



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y
DE LA SALUD**

**MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
ÁREA ANTROPOLOGÍA EN SALUD**

**REDES SOCIALES DE APOYO EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO
MAYOR CON DIABETES EN EL MUNICIPIO DE ATLAUTLA, ESTADO
DE MÉXICO.**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:
YANIRA AGUILAR ACEVEDO**

Facultad de Medicina



**TUTOR PRINCIPAL: DRA. ELIA NORA ARGANIS JUÁREZ.
Entidad: FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

MÉXICO, D.F., OCTUBRE 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Resumen

La dinámica poblacional evidencia el aumento del sector de adultos mayores y con ello la presencia de las enfermedades crónicas degenerativas. La diabetes *mellitus* constituye un ejemplo de los cambios ocurridos con la transición epidemiológica. La diabetes *mellitus* supone un tratamiento médico de largo plazo así como cuidados cotidianos a cargo del adulto mayor y de sus familiares.

Acorde con el panorama descrito la presente investigación se centró en las redes sociales de apoyo como las estructuras que permiten la circulación de recursos para la atención del adulto mayor con diabetes. Fue realizado en el municipio de Atlautla, Estado de México donde existe un aumento significativo en el número de adultos mayores con diabetes.

Como resultado de la investigación se presenta una descripción y análisis de la estructura y funcionamiento de las redes sociales de apoyo con la finalidad de comprender el papel que juegan en la atención cotidiana del adulto mayor.

Agradecimientos:

El presente trabajo de investigación se desarrolló gracias al programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud y con el financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Agradezco especialmente el acompañamiento y orientación a mi tutora Dra. Elia Nora Arganis quien con su paciencia y dirección permitió llevar a buen puerto esta investigación. Al Dr. Roberto Campos por brindarme la oportunidad de incorporarme al área de Antropología en Salud. Gracias a los distintos profesores del programa de maestría por sus aportaciones a mi formación académica y personal.

Mi inmensa gratitud a las personas que aceptaron participar en esta investigación; tanto adultos mayores como sus familias quienes me permitieron entrar en sus vidas y me acogieron durante los meses de trabajo. Gracias a las autoridades del Centro de Atención Especializada (CEAPS-Atlautla) y del Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del municipio de Atlautla por brindar todas las facilidades para elaborar esta investigación.

Gracias a mi madre Francisca Acevedo Cano por su apoyo incondicional durante toda mi vida, a mis hermanos Alberto y Liliana; a mi padre Juan Aguilar. Y a mi esposo Víctor Bazan.

“...Vemos también que la práctica de la ayuda mutua y su desarrollo subsiguiente crearon condiciones mismas de la vida social, sin las cuales el hombre nunca hubiera podido desarrollar sus oficios y artes, su ciencia, su inteligencia, su espíritu creador...”

P. Kropotkin

Contenido

Resumen.....	2
Capítulo I. El diseño de la investigación	19
1.1 El envejecimiento y la diabetes <i>mellitus</i>	19
1.1.1 Las definiciones del envejecimiento.....	19
1.1.2 El proceso de envejecimiento en el enfoque biomédico.....	21
1.1.3 El envejecimiento legal	22
1.1.4 Las teorías sobre el envejecimiento	23
1.1.5 Los estudios sobre el proceso de envejecimiento en México.....	24
1.1.6 El envejecimiento en el enfoque antropológico. Algunas aportaciones mexicanas	25
1.1.7 La Diabetes <i>mellitus</i> como problema de salud en los adultos mayores.....	27
1.1.8 Las teorías sobre el apoyo social y la atención a la salud	29
1.2 Marco referencial	31
1.2.1 El adulto mayor	31
1.2.2 Las redes sociales de apoyo	31
1.2.3 Las redes sociales de apoyo formal	38
1.2.4 Las redes sociales de apoyo informal	40
1.2.5 La reciprocidad en las redes sociales.....	41
1.2.6 Los Modelos Médicos de Atención.....	44
1.2.7 El Modelo de Autoatención	45
1.2.8 La enfermedad, el sickness y el padecimiento.....	48
1.2.9 La carrera del enfermo	49
1.2.10 Los Saberes: representaciones y prácticas.....	50
1.2.11 El curso de vida.....	51
1.2.12 Los estilos de vida	52
1.2.13 La vulnerabilidad social.....	55
1.2.14 El rol de género en las redes sociales de apoyo	56
1.2.15 La interculturalidad en salud.....	58
1.3 Justificación de la investigación	59
1.4 Planteamiento del problema	60
1.5 Preguntas de investigación	62

1.5.1 Preguntas específicas.....	62
1.6 Objetivos.....	63
1.6.1 Objetivo general.....	63
1.6.2 Objetivos específicos.....	63
1.7 Hipótesis.....	65
1.8 Metodología.....	66
1.8.1 Criterios de inclusión y exclusión:.....	66
1.8.2 Informantes asociados.....	68
1.8.3 El análisis de redes sociales.....	69
1.8.4 La reconstrucción de las redes sociales de apoyo.....	71
Capítulo 2. Las políticas dirigidas al adulto mayor con diabetes.....	73
2.1 Las políticas internacionales enfocadas en el adulto mayor.....	73
2.1.1 El derecho a la salud.....	76
2.1.2 Las instituciones rectoras en materia de salud.....	78
2.1.3 La Organización Panamericana de la Salud.....	80
2.1.4 La Comisión Económica para América Latina y el Caribe.....	81
2.2 Políticas y programas nacionales enfocados al adulto mayor.....	83
2.2.1 El marco legal de protección para los adultos mayores.....	84
2.2.2 El Sistema Nacional de Salud y la atención al adulto mayor.....	87
2.2.2 Planes y programas sociales dirigidos al adulto mayor.....	89
2.2.3 Los programas de atención específica a adultos mayores.....	90
2.3 Políticas nacionales y programas enfocados al tratamiento de la diabetes <i>mellitus</i>	91
2.3.1 Las estrategias específicas para el tratamiento de la diabetes <i>mellitus</i>	93
2.4 Las redes sociales como instrumento de intervención.....	95
Capítulo 3. El contexto de la población de estudio.....	98
3.1 Panorama demográfico del adulto mayor en América Latina.....	98
3.2 Dinámica demográfica del adulto mayor en México.....	101
3.2.1 El contexto económico de los adultos mayores en México.....	104
3.2.2 Panorama Epidemiológico del adulto mayor en México.....	106
3.3 Breve descripción de la dinámica demográfica y epidemiológica del Estado de México....	111
3.3.1 Cobertura sanitaria en el Estado de México.....	114

3.4 El municipio de Atlautla.....	115
3.4.1 Algunos datos históricos del municipio de Atlautla	116
3.4.2 Dinámica demográfica de Atlautla	119
3.4.3 Panorama sanitario del Municipio de Atlautla.....	122
3.4.4 Perfil de Mortalidad.....	123
3.4.5 Perfil de Morbilidad.....	126
3.5 Contexto de los informantes seleccionados	127
3.5.1 Una breve presentación de los informantes.....	128
3.5.2 La unidad doméstica.....	133
3.5.3 Los medios disponibles para la atención en salud	134
3.5.4 Los recursos para la salud	135
3.5.5 Situación material de la vivienda.....	137
3.5.6 Estructura de servicios.....	139
3.5.7 Los servicios para la salud	140
Capítulo 4. Las representaciones y prácticas sobre la diabetes	143
4.1 Las representaciones sociales de la diabetes	143
4.1.1 El concepto de diabetes en la red formal	144
4.1.2 El concepto de diabetes en los adultos mayores	144
4.1.3 El diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> en la red formal.....	147
4.1.4 El diagnóstico de la diabetes para el adulto mayor y su red informal.....	147
4.1.5 Las causas y la prevención de la diabetes <i>mellitus</i>	148
4.1.6 Las causas y la prevención de la diabetes para el adulto mayor y la red informal	149
4.1.7 La sintomatología de la diabetes.....	153
4.1.8 La descripción de los síntomas en los adultos mayores	153
4.1.9 El tratamiento prescrito por los servicios de salud	155
4.1.10 El tratamiento y los cuidados cotidianos	156
4.1.11 Las complicaciones de la diabetes.....	157
4.1.12 Las complicaciones para el adulto mayor	158
4.1.13 Las representaciones	159
4.2 La carrera del enfermo con diabetes.....	161
4.2.1 Impacto del diagnóstico.....	162

4.2.2 Autoatención del adulto mayor: la valoración de los síntomas	165
4.2.3 Los criterios preventivos para evitar complicaciones.....	167
4.2.4 Las instancias médicas de la red formal	168
4.2.5 Automedicación	171
4.2.6 Instancias médicas elegidas	172
4.2.7 Actores no profesionales involucrados.....	186
4.2.8 Otras instancias de atención: medicinas tradicionales y medicinas alternativas	187
4.2.9 Acceso a otras instancias médicas alternativas y tradicionales	190
4.2.10 El uso de hierbas medicinales	190
4.2.11 Esquema básico de autoatención.....	192
4.2.12 El tratamiento adoptado: los cambios en la vida cotidiana	193
4.2.13 Las prácticas y las representaciones sobre la dieta	197
4.2.14 Los hábitos de alimentación.....	199
4.2.15 Las prácticas y las representaciones sobre la dieta	200
4.2.16 La salud bucal	206
4.2.17 Las prácticas y las representaciones sobre la actividad física	208
4.2.18 Las prácticas y las representaciones sobre la actividad física	212
4.2.19 Los hábitos de sueño y la actividad cotidiana	216
4.2.19 El estado de salud y las medidas de control de la red formal.....	218
4.2.20 La relación de la red formal y la red informal	223
Capítulo 5. La red informal de apoyo	224
5.1 Las redes sociales de apoyo de los adultos mayores	224
5.1.1 Las redes informales: la red familiar.....	224
5.1.2 La red familiar de Mariana	225
5.1.3 La red familiar de Adriana.....	244
5.1.4 La red familiar de Guadalupe	259
5.1.5 La red familiar de Silverio.....	273
5.1.6 La red familiar de Andrés	288
5.1.7 La red familiar de Daniela	302
5.1.8 La red familiar de Esther	317
5.1.9 La red familiar de Rodrigo.....	332

5.1.10 La red familiar y los diferentes recursos	344
5.2 La reciprocidad en las redes sociales de apoyo	345
5.2.1 Las representaciones sobre la reciprocidad.....	346
5.2.2 Las condicionantes de la reciprocidad	350
5.3 Las dinámicas de los apoyos	351
5.3.1 La jerarquía de los apoyos y el cuidador primario.....	354
5.3.2 El rol del cuidador primario.....	355
5.3.3 La designación del cuidador	357
5.3.4 Las limitantes del cuidador primario	359
5.4 Las redes comunitarias	359
5.4.1 Las redes comunitarias de Mariana.....	360
5.4.2 Las redes comunitarias de Adriana.....	362
5.4.3 Las redes comunitarias de Guadalupe	364
5.4.4 Las redes comunitarias de Silverio	365
5.5.5 Las redes comunitarias de Andrés.....	366
5.5.6 Las redes comunitarias de Daniela	367
5.5.7 Las redes comunitarias de Esther	368
5.5.8 Las redes comunitarias de Rodrigo.....	370
5.5.9 El papel de las redes comunitarias en la vida del adulto mayor	371
Capítulo 6. La red formal de apoyo.....	373
6.1 Las redes formales de apoyo social.....	373
6.1.1 Los programas dirigidos a los adultos mayores	373
6.1.2 Los requisitos para pertenecer a los grupos de autoayuda	376
6.1.3 Referencias sobre la efectividad de los programas.....	377
6.1.4 Los grupos autoayuda.....	379
6.1.5 La implementación de los programas.....	380
6.1.6 El espacio de desarrollo	381
6.1.7 La consulta médica	382
6.1.8 Las sesiones del grupo de autoayuda	385
6.2 La red formal de los adultos mayores	387
6.2.1 La red formal de Mariana.....	388

6.2.2 La red formal de Adriana	395
6.2.3 La red familiar de Guadalupe	401
6.2.4 La red formal de Silverio	407
6.2.5 La red formal de Andrés.....	413
6.2.6 La red formal de Daniela.....	422
6.2.7 La red formal de Esther.....	429
6.2.8 La red formal de Rodrigo	437
6.3 La red formal y las variaciones culturales.....	441
6.3.1 La interculturalidad en los programas de salud	441
6.3.2 La interculturalidad en la red formal de apoyo.....	444
6.3.3 La diversidad cultural en la óptica de los programas dirigidos a los adultos mayores..	445
6.3.4 Las instalaciones adecuadas para la diversidad	447
6.3.5 La práctica médica y la interculturalidad	448
6.3.6 Las adecuaciones interculturales del tratamiento	451
6.3.7 La interculturalidad y los derechos del adulto mayor	452
6.4 La retroalimentación de la red formal.....	454
6.4.1 La participación social en las redes formales.....	454
6.4.2 La promoción de la participación social en la red formal de apoyo.....	456
6.4.3 La red formal de apoyo y su relación con la red comunitaria	457
6.5 La efectividad de las redes formales de apoyo	458
6.5.1 La efectividad desde la perspectiva de la red formal	458
6.5.2 La efectividad desde la perspectiva de los adultos mayores	460
Capítulo 7. Síntesis y consideraciones finales.....	462
7.1 Síntesis de las redes formales de apoyo en los adultos mayores	462
7.1.1 Las estructuras y dinámicas de las redes sociales de apoyo	465
7.2 Consideraciones finales	476
7.2.1 El análisis cualitativo de las redes sociales de apoyo	476
7.2.2 Las representaciones de la diabetes en las redes sociales de apoyo	478
7.2.3 Las redes sociales de apoyo y los factores que intervienen en su funcionamiento.....	479
7.2.4 La efectividad de las redes sociales de apoyo.....	481
7.2.5 Reflexiones finales, alcances y limitaciones de la investigación	485

7.2.6 Propuestas de acción y propuestas de investigación	486
BIBLIOGRAFÍA	488
ANEXO A	517
ANEXO B	518
ANEXO C	519

Índice de figuras

Figura 1. Niveles de apoyo social.....	29
Figura 2. Algunos modelos de redes sociales.....	33
Figura 3. Los Determinantes Sociales de la Salud	35
Figura 4. Reciprocidad generalizada.....	42
Figura 5. Reciprocidad equilibrada.....	42
Figura 6. Reciprocidad negativa	43
Figura. 7 Acuerdos internacionales sobre los derechos de los adultos mayores	75
Figura 8. Esperanza de vida al nacer en América Latina.....	98
Figura 9. Hogares con personas mayores en América Latina	100
Figura 10. Población sin derechohabiencia a servicios de salud	106
Figura 11. Ubicación geográfica Atlautla, Estado de México	116
Figura 12. Cadena de síntomas.....	167
Figura 13. Estructura de atención médica Red Chalco	170
Figura 14. Instancias médicas elegidas Rodrigo.....	173
Figura 15. Atención a las complicaciones Rodrigo	174
Figura 16. Instancias médicas elegidas Andrés	175
Figura 17. Instancias médicas elegidas Silverio	176
Figura 18. Atención a las complicaciones Silverio	177
Figura 19. Instancias médicas elegidas Daniela	178
Figura 20. Atención a las complicaciones Daniela.....	179
Figura 21. Instancias médicas elegidas Esther	180
Figura 22. Instancia médica elegida Mariana.....	181
Figura 23. Atención a las complicaciones Mariana.....	182
Figura 24. Instancias médicas elegidas Adriana	183
Figura 25. Atención a las complicaciones Adriana	184
Figura 26. Instancia médica elegida Guadalupe	185
Figura 27. Atención a las complicaciones Guadalupe.....	186
Figura 28. Remedios y medicamentos utilizados en el tratamiento de la diabetes	192
Figura 29. La genealogía de Mariana	226
Figura 30. La red familiar de Mariana	231
Figura 31. Disposición espacial casa de Mariana	233
Figura 32. Distribución geográfica de la red familiar Mariana.....	236

Figura 33. Genealogía de Adriana.....	244
Figura 34. La red familiar de Adriana	248
Figura 35. Disposición espacial casa de Adriana.....	251
Figura 36. Distribución geográfica de la red Adriana	253
Figura 37. Genealogía de Guadalupe	260
Figura 38. La red familiar Guadalupe	263
Figura 39. Disposición espacial de la casa Guadalupe	265
Figura 40. Distribución geográfica de la red Guadalupe	267
Figura 41. Genealogía de Silverio	274
Figura 42. La red familiar Silverio	278
Figura 43. Disposición espacial de la casa Silverio	280
Figura 44. Distribución geográfica de la red Silverio	282
Figura 45. Genealogía de Andrés.....	289
Figura 46. La red familiar Andrés	292
Figura 47. Disposición espacial casa Andrés.....	295
Figura 48. Distribución geográfica de la red Andrés	296
Figura 49. Genealogía de Daniela.....	303
Figura 50. La red familiar Daniela.....	306
Figura 51. Disposición espacial casa Daniela	308
Figura 52. Distribución geográfica de la red Daniela	310
Figura 53. Genealogía de Esther.....	318
Figura 54. La red familiar Esther.....	322
Figura 55. Disposición espacial casa de Esther.....	324
Figura 56. Distribución geográfica red Esther	326
Figura 57. La genealogía Rodrigo	332
Figura 58. Red familiar Rodrigo	335
Figura 59. Disposición espacial casa Rodrigo.....	337
Figura 60. Distribución geográfica de la red Rodrigo.....	339
Figura 61. Los tipos de cuidadores	354
Figura 62. Red comunitaria de Mariana.....	361
Figura 63. Red comunitaria de Adriana	363
Figura 64. Red comunitaria de Guadalupe	364
Figura 65. Red comunitaria de Silverio	365
Figura 66. Red comunitaria de Andrés.....	366
Figura 67. Red comunitaria de Daniela.....	368
Figura 68. Red comunitaria de Esther.....	369
Figura 69. Red comunitaria de Rodrigo	370
Figura 70. Red formal de Mariana	391
Figura 71. La red formal de apoyo Adriana	398
Figura 72. Red formal de apoyo Guadalupe.....	404
Figura 73. La red formal de Silverio	410

Figura 74. Red formal de Andrés.....	418
Figura 75. La red formal de Daniela.....	426
Figura 76. Red formal de Esther.....	433
Figura 77. La red formal de Rodrigo.....	439

Índice de tablas

Tabla 1. Tipos de informantes de la investigación.....	67
Tabla 2. Tipos de informantes secundarios.....	68
Tabla 3. Marco legal sobre adultos mayores por entidad federativa.....	86
Tabla 4. Indicadores demográficos prospectivos 2010-2030.....	102
Tabla 5. Población total e índice de envejecimiento en México.....	103
Tabla 6. Población por entidad federativa de acuerdo con derechohabiencia.....	107
Tabla 7. Morbilidad y mortalidad en México.....	108
Tabla 8. Porcentaje de adultos con diagnóstico médico de diabetes.....	110
Tabla 9. Diagnóstico de ingreso de pacientes con diabetes <i>mellitus</i>	110
Tabla 10. Indicadores demográficos 1990-2010.....	112
Tabla 11. Población total por localidad, edad y sexo 2010.....	113
Tabla 12. Tipos de residencia de población mayor de 60 años.....	114
Tabla 13. Población con derechohabiencia en el Estado de México.....	114
Tabla 14. Principales causas de mortalidad general.....	115
Tabla 15. Población total y por localidad.....	120
Tabla 16. Indicadores demográficos 1990-2010.....	120
Tabla 17. Crecimiento poblacional 1980-2010.....	120
Tabla 18. Población total y por género, 2010, Atlautla.....	120
Tabla 19. Población total e índice de envejecimiento.....	121
Tabla 20. Hogares censales Atlautla.....	121
Tabla 21. Componentes de hogares censales Atlautla.....	121
Tabla 22. Hogares censales y clase de hogar.....	122
Tabla 23. Equipamiento sanitario Atlautla.....	122
Tabla 24. Características de los informantes.....	127
Tabla 25. Composición de la unidad doméstica de los informantes.....	134
Tabla 26. Población vulnerable Atlautla.....	135
Tabla 27. Aproximación del ingreso económico por unidad doméstica.....	136
Tabla 28. Condiciones de las viviendas de los informantes.....	138
Tabla 29. Servicios públicos hogares entrevistados.....	139
Tabla 30. Informantes e instituciones de salud.....	141
Tabla 31. Las representaciones de la diabetes en el adulto mayor, la red informal y la red formal.....	160
Tabla 32. Red de atención médica Chalco.....	170
Tabla 33. Tratamientos alternativos.....	189
Tabla 34. Hierbas medicinales asociadas al tratamiento de diabetes.....	191
Tabla 35. Preparados asociados al tratamiento de diabetes.....	191

Tabla 36. Esquema de medicamentos.....	194
Tabla 37. Alimentos consumidos diariamente.....	204
Tabla 38. Salud bucal en los adultos mayores.....	207
Tabla 39. El ejercicio físico en los adultos mayores.....	216
Tabla 40. Niveles de glucosa, triglicéridos y colesterol en los informantes.....	219
Tabla 41. Complicaciones de los adultos mayores.....	220
Tabla 42. Miembros de la red familiar de Mariana.....	231
Tabla 43. Medidas de intermediación red Mariana.....	235
Tabla 44. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados.....	238
Tabla 45. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	243
Tabla 46. Miembros de la red familiar Adriana.....	248
Tabla 47. Medidas de intermediación red Adriana.....	252
Tabla 48. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados.....	254
Tabla 49. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	258
Tabla 50. Miembros de la red familiar Guadalupe.....	263
Tabla 51. Medidas de intermediación red Guadalupe.....	266
Tabla 52. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados.....	268
Tabla 53. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	273
Tabla 54. Miembros de la red familiar Silverio.....	278
Tabla 55. Medidas de intermediación red Silverio.....	281
Tabla 56. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados.....	283
Tabla 57. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	287
Tabla 58. Miembros de la red familiar Andrés.....	293
Tabla 59. Medidas de intermediación red Andrés.....	295
Tabla 60. Tipos de apoyo y miembros de la red de Andrés involucrados.....	297
Tabla 61. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	301
Tabla 62. Miembros de la red familiar Daniela.....	306
Tabla 63. Medidas de intermediación red Daniela.....	309
Tabla 64. Tipos de apoyo y miembros de la red de Daniela involucrados.....	311
Tabla 65. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	316
Tabla 66. Miembros de la red familiar Esther.....	322
Tabla 67. Medidas de intermediación red Esther.....	325
Tabla 68. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados.....	327
Tabla 69. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	331
Tabla 70. Miembros de la red familiar Rodrigo.....	336
Tabla 71. Medidas de intermediación red Rodrigo.....	338
Tabla 72. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados.....	340
Tabla 73. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia.....	343
Tabla 74. Red familiar y tipos de recursos.....	344
Tabla 75. Ocupación de los cuidadores.....	350
Tabla 76. Programas de participación de adultos mayores.....	387

Tabla 77. Componentes de la red de Mariana	392
Tabla 78. Tipos de apoyo de la red formal Mariana.....	393
Tabla 79. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Mariana	394
Tabla 80. Componentes de la red formal Adriana	398
Tabla 81. Tipos de apoyo de la red formal Adriana	399
Tabla 82. Miembros de la red por tipo de apoyo y frecuencia	401
Tabla 83. Componentes de la red formal Guadalupe	404
Tabla 84. Tipos de apoyo de la red formal Guadalupe.....	405
Tabla 85. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Guadalupe	407
Tabla 86. Componentes de la red formal Silverio	410
Tabla 87. Los tipos de apoyo en la red formal Silverio	411
Tabla 88. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Silverio	413
Tabla 89. Componentes de la red formal Andrés.....	418
Tabla 90. Tipos de apoyo de la red formal Andrés	419
Tabla 91. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Andrés	422
Tabla 92. Miembros de la red de Daniela	426
Tabla 93. Tipos de apoyo de la red formal Daniela	427
Tabla 94. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Daniela	429
Tabla 95. Componentes de la red formal Esther.....	434
Tabla 96. Tipos de apoyo y miembros involucrados en la red formal Esther	434
Tabla 97. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Esther	436
Tabla 98. Componentes de la red formal de Rodrigo.....	439
Tabla 99. Tipos de apoyo de la red formal de Rodrigo.....	440
Tabla 100. Composición de las redes sociales de apoyo	465
Tabla 101. Glosario de plantas medicinales.....	517

Índice de gráficas

Gráfica 1. Índice de envejecimiento poblacional en América Latina	99
Gráfica 2. Crecimiento demográfico en México.....	102
Gráfica 3. Evolución del índice de envejecimiento.....	104
Gráfica 4. Tasa de participación en el trabajo total en México	105
Gráfica 5. Porcentaje de casos hospitalizados con Diabetes <i>mellitus</i> por institución.....	109
Gráfica 6. Distribución de casos hospitalizados con diabetes <i>mellitus</i> por grupo de edad	109
Gráfica 7. Crecimiento demográfico de México.....	111
Gráfica 8. Habitantes por edad y sexo	112
Gráfica 9. Distribución de la población por derechohabiencia	123
Gráfica 10. Mortalidad municipio Atlautla 2002-2012	124
Gráfica 11. Mortalidad municipal por causa 2002-2012	124
Gráfica 12. Mortalidad por diabetes 60 años y más	125
Gráfica 13. Mortalidad por causa en mayores de 60 años.....	125

Gráfica 14. Incidencia de Hipertensión Arterial Sistémica.	126
Gráfica 15. Incidencia de Diabetes <i>mellitus</i>	126

Introducción

El aumento de la esperanza de vida a partir del siglo XX ha tenido como una de sus consecuencias el cambio en la composición demográfica a nivel mundial: incluyendo el crecimiento del sector poblacional de personas en edad avanzada (Frenk, 2003). Este fenómeno nuevo para la humanidad se refleja en modificaciones de las estructuras familiares, económicas, políticas y de servicios de salud. Con ello las problemáticas y carencias de este grupo de edad toman especial importancia.

En el ámbito de la salud, el aumento en los años vividos por la población es indisociable del desarrollo de nuevas enfermedades, en particular las llamadas crónico degenerativas (Frenk, 2003). Éstas constituyen un reto para las personas y para el sistema de salud debido a lo largo y costoso de su tratamiento. La diabetes *mellitus* es la enfermedad representativa de las crónico-degenerativas, siendo la que presenta mayor frecuencia en varios grupos de edad. Para el caso de los adultos mayores se encuentra en las primeras causas de morbilidad a nivel mundial y a nivel nacional (INSP, 2006¹).

El incremento progresivo de la diabetes la ubica como uno de los principales problemas de salud pública nacional. En términos de distribución se concentra mayormente en la zona centro del país; afectando a las áreas urbanas y periurbanas donde existe una combinación de población con bajos recursos económicos y sin estructura sanitaria suficiente. En el caso particular del Estado de México se estima que la demanda de atención para servicios relacionados con la diabetes se ha elevado aproximadamente un 32% en las últimas dos décadas (SINAVE-DGE, 2009²). El municipio de Atlautla es uno de los que exhibe mayor mortalidad de adultos mayores por diabetes en todo el estado.

La diabetes en la población envejecida tiene diferentes complicaciones con respecto a la población de menor edad; como la comorbilidad con otras enfermedades y estragos debido a la fragilidad producto de los cambios fisiológicos de la edad avanzada. Las complicaciones que se desarrollan dependen de la evolución de la enfermedad, el acceso a tratamientos integrales, la condición previa de salud y el ambiente de respaldo que pueda favorecer una terapéutica que se basa sobre todo, en cambios en el llamado estilo de vida.

Los adultos mayores que padecen diabetes deben generar formas de atención que les permitan seguir con su ciclo vital; para ello construyen saberes que se componen de representaciones y prácticas que les sirven de guía para la vivencia cotidiana. Debido a la cronicidad de la diabetes es necesario establecer redes de apoyo social que faciliten los recursos adecuados para el cuidado y la prevención de complicaciones. Las redes sociales debieran otorgar los recursos materiales, simbólicos y afectivos para enfrentar el padecimiento. Tradicionalmente se asume que en lugares donde la cobertura a los servicios

¹ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, INSP, México: 2006.

² Boletín Epidemiológico 2009, México: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología.

³ OMS, 2002. Envejecimiento activo: un marco político, pp. 99.

⁴ Dicha concepción de refleja en los cambios de las pensiones y las jubilaciones, se ha planteado que el sistema de pensiones es económicamente insostenible ya que los recursos son consumidos por la población

² Boletín Epidemiológico 2009, México: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología.

de salud es deficiente las redes sociales de apoyo informales toman relevancia en la atención del enfermo y permiten su sobrevivencia (Lomnitz, 1983; Montes de Oca, 2005).

Las investigaciones acerca del apoyo social en el campo de la salud se han realizado por la epidemiología, la medicina social y la psicología comunitaria; principalmente como una manera de involucrar los recursos de la población en la salud preventiva y el tratamiento de problemas de salud específicos. En ese tipo de investigaciones se ha encontrado una asociación entre apoyo social, apego al tratamiento y/o mejoría en la salud. En el campo del apoyo social se han identificado actores como la familia, la comunidad y asociaciones semi-institucionales como los grupos de autoayuda.

Esta investigación tiene como propósito describir y analizar el papel de las redes sociales de apoyo en la atención del adulto mayor con diabetes. Fue elaborada en el municipio de Atlautla, Estado de México con un grupo de ocho informantes a los que por medio de entrevistas y observación participante se reconstruyeron sus redes sociales de apoyo para mostrar con qué tipo de recursos cuentan en su atención cotidiana. Además se analizó cómo los diferentes Modelos médicos (Menéndez, 1982) se relacionan entre sí y se reflejan en las formas de vivir el padecimiento y su tratamiento.

Esta tesis se estructura en siete capítulos que se desarrollan de la siguiente manera:

En el primer capítulo se señala el marco referencial que guía la investigación incluyendo los conceptos de envejecimiento, redes de apoyo social y los Modelos Médicos que interactúan en la atención a la diabetes. Asimismo se explica el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis y la metodología que guió la investigación.

El segundo capítulo se compone por un breve panorama internacional y nacional sobre la situación de los adultos mayores incluyendo las legislaciones acerca de sus derechos y la protección de la salud. El marco legal existente en México: los programas y políticas específicas para garantizar la atención médica del diabético.

El tercer capítulo muestra el perfil general demográfico y epidemiológico de los adultos mayores en América Latina y México, para contextualizar. Además, la situación demográfica y epidemiológica del Estado de México; así como la historia, demografía, epidemiológica y cobertura sanitaria del municipio de Atlautla. Y se presenta el contexto de los informantes que participaron en la investigación, así como los recursos y servicios para la salud presentes en la localidad.

En el cuarto capítulo se abordan las representaciones y prácticas en torno a la diabetes del grupo de entrevistados, así como de su red familiar y red formal. Los Modelos de atención a los que recurren: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención. Así como la carrera del enfermo que han desarrollado los informantes.

El quinto capítulo contiene la construcción y descripción de las redes sociales informales de apoyo. En las redes informales se incluyen la red familiar y la red comunitaria: la descripción de su estructura y su funcionamiento.

En el sexto capítulo se explica la construcción y descripción de las redes sociales formales de apoyo. Incluyendo su participación en los distintos programas gubernamentales, la descripción de su estructura y funcionamiento.

Por último, el séptimo capítulo se compone de dos partes: en la primera se exhibe una síntesis sobre las redes sociales de apoyo de los adultos diabéticos, sus alcances y limitantes. En la segunda parte se desarrollan las consideraciones finales acerca de la investigación realizada.

Existen además tres anexos, el anexo A para citar las plantas medicinales que los informantes mencionaron utilizar; el anexo B que contiene el consentimiento informado que fue entregado a todos los participantes; y el anexo C que muestra la reconstrucción de las redes completas, es decir, formales e informales de cada uno de los entrevistados.

Capítulo I. El diseño de la investigación

1.1 El envejecimiento y la diabetes *mellitus*.

1.1.1 Las definiciones del envejecimiento

Las investigaciones sobre la problemática de la *vejez* se han desarrollado desde las disciplinas médica, antropológica, económica, sociológica y en general las de corte sociológico. En todas ellas se menciona la dificultad de conceptualizar de manera uniforme su significado; advirtiendo que los conceptos *vejez*, *ancianidad*, *adultos mayores* han sido construidos históricamente. De acuerdo con la OMS (2002) la *vejez* debe considerarse como una experiencia positiva, donde los sujetos cuenten con oportunidades de salud, participación y seguridad social. Para ello fue definido el término de *envejecimiento activo* como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen³”. La OMS desarrollo dicho concepto con la finalidad de que el envejecimiento sea comprendido como una etapa más del ciclo vital, eliminando la imagen negativa con la que ha sido asociado. Asimismo, busca fomentar la elaboración de programas específicos que alienten el desarrollo integral de la persona a lo largo del ciclo vital.

El envejecimiento está determinado por diversos procesos simbólicos, biológicos y económicos. Esta etapa vital conlleva roles establecidos por los grupos sociales que se modifican rápidamente ante los cambios en el ritmo de vida de las sociedades. Por ejemplo, mientras que para numerosas poblaciones tradicionales el anciano es símbolo de respeto y sabiduría, en la sociedad occidental el anciano representa la pérdida del cuerpo y de la identidad como persona (Le Bretón, 1995).

La *vejez* como representación social se encuentra ligada con ideas peyorativas y de negación de la persona. De acuerdo con Beauvoir (1983) la *vejez* se mira lejana, como parte de un futuro que no se desea alcanzar; es un acontecimiento que le ocurre al “otro”. Implicando que las personas se nieguen a envejecer tomando todo tipo de medidas para no ser identificados en dicho grupo. Un reflejo de lo anterior se encuentra en el marketing contra la *vejez* o los signos de la edad impulsado por la industria cosmética y farmacéutica. Ésta industria promueve productos que buscan retrasar la aparición de señales que se asocian con lo “viejo” como las arrugas, las canas; o bien medicamentos que permitan mantenerse “joven y sano” como son los multi-vitaminicos, antioxidantes, etc.

³ OMS, 2002. Envejecimiento activo: un marco político, pp. 99.

Le Breton caracteriza la vejez como “una relegación social más o menos discreta” (Le Bretón, 1995, p. 147), al anciano se le retira de la vida social ya que ha perdido los valores que lo hacen pertenecer a la misma (juventud, vitalidad, trabajo). Empero, esta visión no siempre ha sido la dominante; Ortiz (1991) reseña cómo la vejez es una construcción que ha cambiado según las diferentes etapas históricas. La posición del anciano en la sociedad de acuerdo con el autor se basa en los recursos que tiene la comunidad: en las sociedades cazadoras-recolectoras los ancianos están integrados al grupo, tienen un estatus social alto por ser el vínculo que transmite el conocimiento. En las sociedades agrícolas el anciano acumula bienes y alimentos, puede tener dominio económico, político, religioso y de conocimiento; es fundamental en el grupo e incluso forma parte del nicho de poder.

Con la industrialización sobreviene un cambio de valores, privilegiándose la juventud y el trabajo, éste último es lo único que asegura la sobrevivencia. El anciano al perder condiciones físicas para continuar su vida laboral es apartado del grupo familiar, por lo que su estatus disminuye. Ya en pleno capitalismo el anciano obtendrá una nueva categoría social: “el jubilado” que adquiere derechos como recibir una pensión, por lo que en el imaginario social es visto como una carga para la sociedad trabajadora.

En el Estado de Bienestar se privilegian algunos derechos como el establecimiento de programas de protección social, pensiones, asistencia médica, etc., pero sin reconocer al anciano como un ciudadano con capacidad de exigir y ejecutar sus derechos, siendo sólo un sujeto de la asistencia estatal. El modelo neoliberal con sus cambios estructurales desmantela la protección social, convirtiendo al anciano en un problema. Esto es debido a que se le cataloga como una amenaza estadística (carga demográfica) por un supuesto consumo de recursos económicos a costa del resto de sociedad⁴.

Los ancianos han sido aislados de la producción y a la vez se alienta su rol como sujetos de consumo: se les exhorta a la compra de mercancías que ayuden a ocultar su vejez (Fericgla, 2002). Al dejar de lado el rol laboral formal al anciano se le ha creado el estigma de ser prescindible, según Yubero (1999, p. 66) “sentirse viejo es igual a sentirse inútil” ya que los discursos sobre la ancianidad están cargados de aspectos negativos asociados a la disminución de la actividad laboral. Esas representaciones de la ancianidad determinan los comportamientos de la sociedad hacia los adultos mayores y se reflejan en las políticas sociales dirigidas a ellos.

El concepto de vejez no sólo parte del aislamiento económico, de acuerdo con Fericgla (2002) es un concepto cultural que se relaciona con formas de parentesco, salud, capacidad de automantenimiento, determinados modelos de conducta, la religión, la marginación, la moral, la política y otros ámbitos socioculturales. Debido a que en la actualidad la representación social del anciano se define a partir de su utilidad en una sociedad de consumo las personas ancianas sufren discriminación (Bazo, 1990).

Acerca de las definiciones de vejez Moragas (2004) hace tres distinciones para la forma de abordarlas: a) vejez cronológica basada en la edad de retiro, b) vejez funcional

⁴ Dicha concepción de refleja en los cambios de las pensiones y las jubilaciones, se ha planteado que el sistema de pensiones es económicamente insostenible ya que los recursos son consumidos por la población “no productiva”. Instituciones económicas como el FMI y el BM recomiendan políticas de recorte del sistema público de pensiones y el fomento de pensiones privadas a cargo de la banca (World Bank, 1994).

referida a la incapacidad o limitación, c) vejez como etapa del curso de vida que se encuentra condicionada por las circunstancias objetivas y subjetivas de su pasado. Así concluye que la edad es una variable medible y comparable pero que constituye sólo una de las determinantes de la condición del sujeto envejecido.

Por otro lado, Rodríguez (1999) considera la vejez como el último estadio del ciclo vital, a su vez establece tres tipos de vejez: a) biológica expresada en los cambios del organismo-; b) legal relativa a la edad de jubilación; c) psicológica que incluye cambios cognitivos, particulares según el individuo. Tomando en cuenta lo anterior la vejez es una categoría social cuyas expectativas dependen del grupo social al que se pertenece (Rodríguez, 1999).

Recientemente se han discutido y elaborado conceptos que apuntalan el cambio de una imagen negativa de la vejez por los aspectos positivos del envejecimiento. En este sentido el concepto más desarrollado por medio de políticas y leyes de protección internacionales ha sido el de *adulto mayor*; el cual considera al anciano como parte de un grupo vulnerable, que debe contar con programas que estimulen su bienestar, atención a la salud, valoración, respeto e integración a la sociedad.

1.1.2 El proceso de envejecimiento en el enfoque biomédico

La biomedicina define el envejecimiento como una etapa final de la vida donde operan transformaciones en las relaciones entre los sistemas fisiológicos, los cuales suelen ser irreversibles, es decir, existe una secuencia de modificaciones que siguen un camino de degeneración y desgaste. En general, los organismos envejecen porque mueren algunas de sus células o porque cambia su función.

Algunas características que la biomedicina otorga a la vejez se encuentran (San Martín & Pastor, 1990):

- Reducción de estatura por la altura de los cuerpos vertebrales, incluyendo aumento en la curvatura de la columna vertebral.
- La movilidad se altera por disminución de braceo, problemas articulares y lesiones artríticas.
- Pérdida de colágeno disminuyendo flexibilidad y elasticidad, provocando la aparición de arrugas.
- Menor producción de glándulas sudoríparas provocando alteraciones en la regulación de temperatura.
- Disminuye la producción de melanina apareciendo las canas.
- Manchas en la piel también debidas a la pérdida de melanina.
- Las células del intestino delgado dejan de producir calcio.
- Pérdida de la masa muscular.
- La masa magra del músculo disminuye y aumenta la grasa corporal.
- Problemas en huesos por la disminución de calcio, apareciendo problemas de osteoporosis y fracturas.

La aparición de los procesos de envejecimiento pueden ser explicados por dos teorías (Gruart, *et al.*, 2002):

cambios en el valor de compra del dinero. Es decir, mientras que la pensión se mantiene constante, el poder adquisitivo disminuye rápidamente dejando al anciano con un ingreso fijo que no le permite cubrir todas sus necesidades. Otro problema reciente radica en las reformas laborales que permiten contratos temporales, limitando la posibilidad de generar antigüedad y un salario constante para aspirar a la jubilación con una pensión adecuada.

Ortiz (1991) también enfatiza los problemas asociados a las reformas al sistema de pensiones; donde el grupo de pensionados es estigmatizado como carga económica para la sociedad. De acuerdo con Ortiz (1991) es a partir de las teorías malthusianas y keynesianas⁶ retomadas sobre todo en los años ochentas que se les considera como un grupo de alto costo que no será posible soportar para las economías nacionales. Debido a ello se han impulsado diferentes medidas para supuestamente amortiguar esta problemática; por ejemplo el Banco Mundial fue el principal promotor de las reformas estructurales de los años 80's en las cuales la seguridad social pasa de ser responsabilidad del Estado a estar en manos del sector privado (Sader & Gentili, 2003). Fue así que los sistemas de pensiones públicos se transformaron en fondos de ahorro individual y planes de pensión controlados por la banca privada.

1.1.4 Las teorías sobre el envejecimiento

Los estudios sobre el envejecimiento incluyen la explicación de los procesos que ocurren durante éste, las conductas que caracterizan al adulto mayor y las que deben desarrollar la sociedad para su convivencia.

➤ **Teoría del desligamiento.** Elaborada por Cummings y Henry (Cummings & Henry, 1961) proponen el envejecimiento como un autoretramiento, el adulto mayor voluntariamente se desliga del sistema social. La sociedad no tiene que preocuparse de dar atención puesto que existen instituciones específicas que se encargan de ello. El adulto mayor sufre un proceso donde se deteriora biológica, psíquica y socialmente lo cual ocasiona que voluntariamente se retire de su actividad cotidiana. Según Ortiz (1991) está teoría fundamenta políticas de segregación y da pie a la fundación de asilos donde el anciano pueda transitar los últimos años de su vida, sin tener que estar en contacto con otros grupos etarios. Negando así que pueda continuar con sus actividades; de hecho plantea que el anciano busca la oportunidad de cambiar sus roles y responsabilidades para las que ya no está apto ni física ni psicológicamente.

➤ **Teoría del compromiso.** Desarrollada por Havighurst en 1968, conceptualiza a los adultos mayores como sujetos de necesidades sociales iguales a las demás personas (Havighurst, *et al.* citado por Bazo, 1990, p.82). Plantean que el adulto mayor debe continuar formando parte de la sociedad, sin ser recluido y que mantenga contacto con su grupo social. Bazo (1990) expone que esta teoría propone que las personas se mantienen felices si existe continuidad en sus actividades. La pérdida de

⁶ Malthus describió que el aumento constante de la población generaría desabasto de alimentos, este precepto fue desarrollado como una teoría demográfica y económica según la cual deben existir obstáculos que puedan controlar el crecimiento desmedido de la población para garantizar los recursos necesarios para sobrevivir. Por su parte el economista Keynes encontró en las teorías malthusianas la explicación de la pobreza en los países subdesarrollados, la cual se debería a la explosión demográfica (Schoijet, 2004).

roles y de actividades impuesta por la sociedad a los ancianos sería el factor que provoca los problemas de socialización de éstos.

➤ **Teoría de la continuidad.** De acuerdo con Bazo (1990) esta teoría genera modelos personalizados, ya que propone que el estilo de vida del sujeto es lo que condiciona el tipo de vejez. Sin embargo, según García (2006) esta teoría plantea la ancianidad como una prolongación de otras etapas, donde el adulto mayor es resultado de su pasado y de su ciclo vital. La principal crítica a esta teoría es su individualismo, ya que plantea problemas para elaborar soluciones o políticas generales para atender este sector.

➤ **Teoría del interaccionismo simbólico.** Bazo (1990) menciona que esta teoría considera a los adultos mayores como sujetos que interactúan a partir de los significados que poseen, es decir, a partir de los símbolos. Los significados de la ancianidad son producto de la interacción social, elaboran por lo tanto, respuestas subjetivas al proceso de envejecimiento.

➤ **Gerontología Crítica.** Es un enfoque surgido en los 70's que propone a la vejez como una construcción social, es decir, las condicionantes sociales, económicas y políticas serán las que determinen las condiciones de vida y las representaciones sociales de la vejez (Aranibar, 2001). Como categorías de análisis propone el efecto cohorte y los ciclos de vida; la vejez es resultante de la división del trabajo y de la estructura de desigualdades. El Estado ha construido la noción de dependencia a partir de la "jubilación" ya que esta es ambivalente debido a que se plantea como un derecho pero al mismo tiempo es una imposición que modifica los roles sociales. El concepto de jubilación está teñido de nociones negativas por el consumo de recursos económicos, reforzando la visión dependiente del anciano y en último término de carga demográfica.

1.1.5 Los estudios sobre el proceso de envejecimiento en México

Debido al impacto del envejecimiento en la sociedad contemporánea las ciencias sociales han abordado la ancianidad desde varias perspectivas, destacando los estudios demográficos, de impacto económico y de uso de sistemas de salud.

Timio (1980) estudia los problemas de salud a partir de su origen en las desigualdades socioeconómicas, planteando que "la diferencia entre clases se presenta durante toda la vida en ambos sexos" (Timio, 1980:11). La desigualdad se manifiesta en las clases desposeídas que enferman más frecuentemente y su evolución de la enfermedad provoca complicaciones, "llevan así la impronta de la pobreza en su constitución física; años de privaciones que han dejado su huella" (Timio, 1980:12). Es de los primeros autores que plantean a las personas como producto del contexto socioeconómico, analizando los factores que están involucrados en la vulnerabilidad de la salud de los individuos.

En otras perspectivas, Vázquez (2003) advierte que las tendencias de corte malthusiano en la demografía (Schoijet, 2004) se enfocan únicamente a costos económicos y programas de asistencia; con lo cual la vejez de la población se vuelve un asunto de "riesgo" para el desarrollo de un país. En esta lógica clasifica los estudios

realizados en las siguientes temáticas: a) el anciano y su relación con la producción y el consumo, b) el anciano y su curso vital, así como sus relaciones familiares, c) el anciano en la globalización y la modernización, d) el anciano y los programas institucionales de salud y bienestar.

En la línea de la demografía Ham (2003) plantea que el envejecimiento de la población es resultado de la transición demográfica, es decir, que al aumentar la esperanza de vida los sujetos tienen la posibilidad de llegar a una edad más avanzada que en otros momentos históricos. Lo anterior significa nuevos costos y programas de atención para este sector que no han sido planeados. Enfatiza que son los países en desarrollo los más sensibles ante la problemática ya que tienen que adaptar y construir sistemas de amortiguamiento para resolverlo, aunado a las carencias que el resto de la población ya presentan.

Sobre la problemática del acceso a servicios por parte de los adultos mayores Engler & Pelaez (2002) señalan la carencia de sistemas de pensiones, programas de salud y servicios sociales. Debido a ello y al bajo desarrollo económico en general, la población de mayor edad sufre exclusión social y pobreza, que es agravada conforme su acceso a servicios de salud e ingresos económicos disminuye.

Otro trabajo interesante es el de Mendoza⁷, quien realizó un análisis cualitativo sobre adultos mayores en zonas marginadas de la Ciudad de México después de las reformas hechas al sistema de salud, desde la perspectiva de las Educadoras Familiares para la Salud. La investigación evaluó los programas de atención implementados en los últimos 10 años, los cuales representan un avance en la mejora de la asistencia social, el acceso a recursos de salud y a los recursos económicos. Sin embargo, menciona cómo a pesar de los resultados positivos, la situación del adulto mayor en la familia no ha cambiado, sufriendo aún maltrato, abuso, abandono y violencia.

1.1.6 El envejecimiento en el enfoque antropológico. Algunas aportaciones mexicanas

Cada sociedad define las etapas de la vida estableciendo normas y valores a seguir; éstas pueden favorecer o no a ciertos sectores de la población. Por ejemplo, en el caso de los adultos mayores son un grupo que se vuelve doblemente despojado: la vida laboral a la que fue sometido le ocasiona un desgaste en su salud, y la sociedad busca reducir su participación. La vejez es vista con temor e incertidumbre debido a la falta de posibilidades que existen para vivir esta etapa.

Rosenblueth (1985) es de las primeras antropólogas que abordan la cuestión de la vejez en México, su investigación parte de la perspectiva de procesos socioeconómicos que constituyen clases sociales que a su vez condicionan la manera en que se enfrenta la vejez. La forma de vivirla tiene como determinantes la inserción en el proceso productivo, las formas de existencia y el grado de alienación; por lo cual “el envejecimiento es una característica de clase y varía según la participación en el aparato productivo y la

⁷<http://cbs.xoc.uam.mx/forosalud/a02.pdf> (sin año de publicación) [10 septiembre 2012]
<http://www.mex.ops-ms.org/documentos/publicaciones/hacia/ao2.pdf> [25 noviembre 2011]

distribución desigual de la riqueza⁸. En la inserción al sistema de reproducción social las personas tienen un número limitado de posibilidades para sobrevivir e insertarse en la sociedad. Los adultos mayores tienden a quedar excluidos y/o marginados; dependiendo de la forma en que se lograron insertar en el mundo laboral durante la adultez. Rosenblueth concluyó que no existen enfermedades de la vejez, sino que las enfermedades varían conforme la clase social; aunque existan padecimientos comunes a la edad éstos se encuentran distribuidos de manera desigual.

Los trabajos con la óptica antropológica como eje central otorgan la palabra a los adultos mayores, haciendo estudios cualitativos donde se abarca la experiencia del ser “viejo” así como las condiciones en las que sobreviven. Por ejemplo, (Orozco, *et al.*, 1998) abordó la identidad del anciano como parte de una construcción colectiva donde se proyecta lo que los otros esperan de ellos. La identidad se forma a partir de la realidad socialmente construida y del discurso. La sociedad delimita lo que espera que el adulto mayor realice, es decir, “no se mira propiamente al sujeto sino lo que él representa” (Orozco, *et al.*, 1998:290). La identidad del adulto mayor está sujeta a aspectos negativos, no sólo como una carga económica para la población sino como parte de una confrontación por espacio laboral entre jóvenes y viejos (Bourdieu, 1990).

Yuni (2001) aborda la vejez desde las representaciones sociales como mecanismo por el cual las personas aprehenden y se apropian de los hechos de la vida. La vejez es presentada como una enfermedad que se inscribe en la imagen corporal. El adulto mayor únicamente tiene un lugar si participa en el mercado, si es sujeto de compra de artículos para seguir siendo joven; su imagen ante el espejo es de desarraigo y negación, la representación social se enfoca a imágenes de desvinculación con el resto de la sociedad. Por lo que el autor propone un cambio en las representaciones sociales y en los discursos lingüísticos y visuales con respecto a la ancianidad.

Vázquez (2003) y su equipo realizaron etnografías de grupos indígenas destacando las actividades y roles de adultos mayores para contrastar si al interior de su grupo cultural los trataban como personas respetadas y veneradas por su conocimiento. Lo anterior debido a que múltiples investigaciones tendían a dar una imagen homogénea e idílica del viejo en las comunidades indígenas. Ese tipo de trabajos de 1950-1980 minimizan los aspectos negativos de la vejez, por lo que el grupo de Vázquez realizó intervenciones en algunas zonas rurales para dar cuenta de las representaciones sociales sobre los adultos mayores y la forma en que éstos afrontan sus diferentes realidades. Este equipo propone “ver la ancianidad como un ciclo de vida: como una experiencia que se construye y se sintetiza en la vivencia misma de los ancianos (Vázquez, 2003:55)”, tratando de rescatar la visión que los actores sociales tienen de sí mismos, sobre todo enfocándose a los adultos mayores marginales y bajo condiciones de alta vulnerabilidad.

Otro enfoque propuesto por Arganis (2004) es el estudio de la salud en la vejez como reflejo de lo acontecido durante la vida; que a su vez ha sido influido por factores genéticos, condiciones socioeconómicas, hábitos de salud y estilos de vida. Los adultos mayores son vulnerables en sus condiciones de salud, tanto por el desgaste sufrido durante la vida como por las enfermedades propiamente geriátricas. Debido a esa vulnerabilidad se convierten en un sector necesitado de sistemas de salud integral. La autora (Arganis, 2005) trabajó con adultos mayores que padecen diabetes *mellitus* para

⁸ Rosenblueth, Ingrid, 1985, Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales, pp. 71

analizar sus prácticas de autoatención, ya que éstas constituyen el primer nivel de atención y revelan los procesos de prevención, hábitos y conductas encaminadas al cuidado de la salud. Ellos elaboran distintas estrategias de autoatención haciendo uso de los recursos formales e informales de que disponen. Esto incluye el uso de la biomedicina y de otros tipos de medicinas como las alternativas y tradicionales.

En otro estudio de Vázquez & Orozco (2006) se realizaron trabajos enfocados a las vivencias del envejecimiento, abarcando aspectos como expresiones sociales, comunitarias, familiares y percepciones individuales. Se enfoca en los adultos mayores con pocos recursos económicos, ya que se desenvuelven en condiciones de desigualdad y exclusión. Sin embargo, también trabajan nuevos temas como la religiosidad y las redes de apoyo en la vejez.

Un aporte significativo es el estudio realizado por Jaimes (2007) en un asilo en Múnich, Alemania. En este país los adultos mayores cuentan con recursos económicos abundantes, pero la investigación mostro que sus redes sociales se encuentran fragmentadas, siendo el mayor problema la soledad, provocada por enfermedad o por abandono. Los adultos mayores en esa sociedad se encuentran estresados ante el cambio de residencia, el abandono familiar y la ruptura de los lazos establecidos en el lugar donde vivían. La pérdida de estatus social y de posesiones ocurre debido a que se aíslan en sus casas o en asilos. Aunque en el ámbito de la salud se encuentren con mejores atenciones y una medicina avanzada, su bienestar y calidad de vida se ve afectado por el abandono social. Este sentimiento de soledad está íntimamente ligado con el alto índice de suicidio o de muerte solitaria al no tener quien los asista y esté al tanto de sus necesidades.

La revisión bibliográfica permite observar que los trabajos relacionados con el tema de la vejez y la salud se refieren al ámbito vivencial y su relación con padecimientos específicos (Arganis, 2005), a las representaciones sociales (Vázquez, 2006), o bien con una evaluación del resultado del cambio de políticas sanitarias (Laurell, 2008). En este panorama se señala la visión contradictoria que se tiene del envejecimiento, en algunas sociedades sobre todo de carácter tradicional se conserva al adulto mayor como guardián de conocimiento y experiencia. Mientras que en las sociedades modernas, sobre todo urbanas el adulto mayor ha pasado a segundo término, los pocos recursos que existen en las familias son distribuidos entre los miembros más cercanos, dejando a los padres sin apoyo.

1.1.7 La Diabetes *mellitus* como problema de salud en los adultos mayores

En la población de adultos mayores las enfermedades crónicas degenerativas son las de mayor presencia e impacto. Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes *mellitus* son las primeras causas de morbilidad, además de tener una amplia gama de complicaciones.

“Con los años se producen cambios sustanciales en la función de las células beta y en la acción de la insulina que favorecen la mayor presentación de diabetes en estos pacientes” (Sanzana, 2009, p. 635). Los cambios en el cuerpo como el aumento de tejido

adiposo también influyen en la resistencia para el aprovechamiento de la insulina. Otros aspectos relacionados son el uso de medicamentos como glucocorticoides, diuréticos tiazídicos, medicamentos antipsicóticos, una vida sedentaria y hábitos dietéticos no equilibrados.

Existen varios tipos de diabetes⁹ clasificados de acuerdo con las alteraciones de producción de insulina:

➤ Diabetes tipo 1. Puede involucrar a cualquier rango de edad, pero con mayor frecuencia en niños y adolescentes; no existe suficiente producción de insulina, necesitando inyecciones continuas de la misma. No existe causa específica para su desarrollo. Se caracteriza por la destrucción de células beta del páncreas, con deficiencia absoluta de insulina.

➤ Diabetes tipo 2. Es la de mayor presencia en la población. Tampoco existe la producción adecuada de insulina, su desarrollo es lento por lo que puede tener un periodo asintomático. Presenta resistencia a la insulina y deficiencia en su producción que puede ser absoluta o relativa.

➤ La diabetes gestacional es una variación que ocurre durante el embarazo. Las hormonas producidas pueden bloquear a la insulina alterando el metabolismo de los hidratos de carbono. Los niveles altos de glucosa vuelven a ser normales después del parto. Sin embargo, existe mayor riesgo a desarrollar diabetes en algún momento posterior.

Los síntomas que suelen presentarse debido al alto nivel de glucosa en la sangre son: visión borrosa, sed excesiva, fatiga, micción frecuente, hambre, pérdida de peso acelerada.

La diabetes se diagnostica a partir de las normas de la OMS y de la *American Diabetes Association*. Se presenta desde una hiperglicemia asintomática que sólo se detecta mediante un examen, o bien puede ser hiperglicemia con deshidratación profunda y coma. La confirmación se realiza por medio de exámenes regulares de orina y sangre.

Exámenes de sangre:

- Prueba de glucemia en ayunas: se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 120 mg/dL en dos sesiones. Los niveles entre 100 y 120 mg/dL son una alteración que se considera como prediabetes. Dichos niveles se consideran factores de riesgo para la diabetes tipo 2. (Sanzana, 2009; NOM-015-SSA2-2010).

- Prueba de tolerancia a la glucosa oral: se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas (esta prueba se usa con mayor frecuencia para la diabetes tipo 2). (Sanzana, 2009; NOM-015-SSA2-2010).

No existe cura definitiva para la diabetes, el tratamiento realizado busca controlar el nivel de glucosa en la sangre y prevenir complicaciones. En el caso de los adultos mayores dependiendo de su condición de desgaste biológico el tratamiento debe ser

⁹ NOM-015-SSA2-2010; Sanzana, 2009; Islas & María, 2005

individualizado, para tomar en consideración posibles comorbilidades. Quienes lo padecen se encuentran propensos a riesgos cardiovasculares, hipoglicemia, alteración del apetito, infecciones urinarias o respiratorias, descompensaciones metabólicas, disminución de visión, etc. (Sanzana, 2009).

1.1.8 Las teorías sobre el apoyo social y la atención a la salud

El apoyo social es fundamental para el sujeto enfermo, pero sobre todo para los grupos vulnerables. El apoyo social existe desde que el hombre se asocio en grupos, en búsqueda de la conservación individual se procuró la integridad del conjunto social. Por lo que, se puede encontrar evidencia de apoyo social a sujetos vulnerables desde épocas tan remotas como los primeros homínidos (Solecki, 1971).

El apoyo social se encuentra ligado al estado de salud, tanto en el ámbito pragmático de cuidado ante los síntomas, como en el ámbito simbólico el cual se expresa por los afectos. Produce un efecto amortiguador ante los problemas de salud, otorga soporte emocional y material. Varios trabajos han estudiado los apoyos sociales en adultos mayores, se han observado diferencias en cuanto a edad, sexo y parentesco de quienes otorgan el apoyo. El apoyo social además de auxiliar al sujeto, sirve como un mecanismo de cohesión e inclusión del grupo social; los tipos de apoyo son básicamente intercambios que pueden ocurrir por reciprocidad o por intercambio directo.

Gómez & Vila (2001) señalan cuatro aspectos del apoyo social que corresponden a niveles de análisis. En la Figura 1 puede observarse los aspectos del apoyo social de acuerdo a su nivel de profundidad:

Figura 1. Niveles de apoyo social



Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez, Pérez y Vila, 2001.

- **Nivel I.** Analiza el número y fuerza de asociaciones de ego con otros sujetos, es la estructura de la serie de apoyos (pueden constituirse en una red) que otorga integración al interior de un grupo.
- **Nivel II.** Involucra la característica de “calidad” en las relaciones entre sujetos, el número de intercambios queda en segundo plano. Lo importante es la calidad del intercambio, y cómo influye en satisfacer las necesidades de afecto y atención.
- **Nivel III.** Permite analizar la “ayuda percibida”, es decir, involucra conocer la valoración del sujeto sobre el apoyo del que es objeto; o bien los valores existentes para otorgar o no los recursos.
- **Nivel IV.** Analiza el aspecto material de los apoyos, las repercusiones reales de los apoyos recibidos; a partir de los otros niveles se identifica si la ayuda se traduce en conductas y satisfacción efectiva de necesidades.

Existen varias teorías sobre la función del apoyo social, la mayoría encaminadas a la integración del grupo y el impacto que causa el aislamiento en la salud de un sujeto (Gómez & Vila, 2001):

- **Teoría de los efectos directos del apoyo social.** El apoyo social se refleja directamente en la salud física y mental.
- **Teoría del efecto reductor directo del apoyo social.** El apoyo social puede amortiguar factores y procesos estresantes, con lo que protege al sujeto de posibles periodos de enfermedad.
- **Teoría del efecto amortiguador del apoyo social.** El apoyo social atenúa los eventos externos, pero en el sentido de mediador entre el estrés y la salud.

Los modelos de apoyo social en salud según Cohen (1988) son los siguientes:

Modelos genéricos donde el apoyo social se asocia a la enfermedad al provocar patrones conductuales riesgosos ó saludables. El apoyo social participa en las conductas ante una enfermedad y su tratamiento.

Modelos centrados en el estrés, el apoyo social amortigua la aparición de eventos de estrés y mantiene la salud mental.

Modelos de los procesos psicosociales, el apoyo social no se da de forma automática, depende del contexto en que se encuentren los miembros del grupo y en base a ello se puede tener apoyo disponible y accesible en tiempo y espacio.

Las investigaciones acerca de los apoyos sociales son el antecedente del estudio de redes, ya que a partir de ellos se rastrean los intercambios y los tipos de relaciones entre personas de un mismo grupo. Es posible distinguir los apoyos sociales de las redes sociales; ya que los primeros suponen un intercambio positivo entre los participantes, mientras que en las redes sociales pueden existir intercambios negativos en su interior.

1.2 Marco referencial

1.2.1 El adulto mayor

Para comenzar el desarrollo de este trabajo hay que definir quién es el adulto mayor. Existen múltiples conceptos asociados a la última etapa de la vida humana, como son vejez, ancianos, adultos mayores, etc. Con meros fines instrumentales se tomará la definición de adulto mayor a partir de la edad cronológica establecida por parte de la OMS (1972) de 60 años. Sin embargo, se reconoce que esta edad contiene un alto grado de arbitrariedad y no contiene todas las dimensiones socioculturales que influyen en las representaciones sociales de la vejez.

En 1994 la OPS retoma el término adulto mayor como referencia de sus estudios demográficos y gerontológicos, así como para llevar a debate el sistema de pensiones en el continente. Este concepto fue introducido a partir de la idea de un envejecimiento activo, el cual pudiera dar pauta para políticas de inclusión y promoción de la salud. Peláez (2004) contribuye a la construcción del concepto de adultos mayores combinando los conceptos del envejecimiento activo y el envejecimiento positivo; esperando con ello la reinserción de los adultos mayores en el sistema social y laboral. Con lo anterior, el adulto mayor fue definido por medio de organismos internacionales como: aquella persona mayor de 60 años para países en desarrollo cuya transición demográfica continúa hacia el gradual envejecimiento y aumento de la esperanza de vida. Mientras que para los países en desarrollo será a los 65 años, ya que han alcanzado el cambio demográfico y tienen políticas bien establecidas de atención a este sector. Además de la edad, se toma en cuenta que este grupo se encuentra en la última etapa de la vida, y se espera que haya concluido su vida laboral formal.

Sin embargo, las mismas instituciones reconocen que esta definición es meramente cronológica, y no toma en cuenta que la gran mayoría de los habitantes de países en vías de desarrollo, no poseen todas las características que asume la OPS (fin de vida laboral, pensión, etc.). Por lo tanto, hablar de adultos mayores bajo la perspectiva de una vejez digna y activa es meramente una forma de imponer por el discurso que sus condiciones de vida han mejorado. Todos los programas actuales dirigidos a este grupo de edad, son matizados por el concepto “adulto mayor”, buscando homogeneizar el proceso de envejecimiento, y con ello ocultar las diferencias de tipo cultural, social y económicas.

1.2.2 Las redes sociales de apoyo

Esta investigación se centra en el análisis de redes sociales, cuya utilidad radica en la representación de los miembros de un grupo, los intercambios de recursos, los tipos de lazos establecidos, los alcances y las intencionalidades de los participantes. Las redes de apoyo social se definen como el otorgamiento de recursos materiales o no materiales, objetivos o subjetivos entre individuos de un grupo o una comunidad (Fernández, 2005). Entre los aspectos que contiene el apoyo social se incluyen lo emocional, lo instrumental y

la información. La función del apoyo social se centra en los recursos que se pueden obtener como resultado de las relaciones sociales. De entre los recursos intercambiados, destaca el feedback, la asistencia emocional, el aporte económico y pequeños servicios (House 1981, citado por Fernández, 2005).

El análisis de redes sociales ha sido trabajado desde ciencias como la sociología, la medicina, la antropología y la ingeniería. La sociología se ha enfocado en buscar estructuras sociales que subyacen a la estructura formal de las redes sociales. La medicina ha trabajado las redes sociales como una de las determinantes de la salud; la antropología ha buscado preferentemente las relaciones de parentesco y de filiación (como el compadrazgo). Por último las ingenierías han trabajado en el establecimiento de modelos matemáticos que puedan reflejar conductas sociales que permitan la predicción de las mismas.

Uno de los primeros autores en hablar de redes sociales fue Radcliffe-Brown (1969) quien utilizó la red como una imagen, una extensión de genealogías pero sumando los vínculos entre cada sujeto; con ello su finalidad era reconstruir las estructuras sociales. Además con la Teoría social del intercambio se inició el estudio sobre los apoyos sociales como un elemento de cohesión social y la red como la estructura que se forma a partir de ello. Los intercambios en red vinculan a los individuos a partir de la obtención de derechos y obligaciones; por su parte Bott (1990) considera que el grupo a priori como tal no existe, sino que a partir de los intercambios es como se forman redes compuestas por subgrupos, grupos y estructuras. Durante los años 50's la Escuela de Manchester realizó varios estudios centrados en el método de análisis de redes buscando explicaciones sobre la cohesión de los grupos sociales.

Para algunos autores la red es un sistema de apoyo primario que integra objetos, servicios y apoyos emocionales (Lopata, 1975¹⁰). Las redes permiten el establecimiento de la identidad social, apoyo emocional, material, de servicios y de información. Para Maguire¹¹ (1980) la red es una fuerza preventiva contra el estrés, los problemas físicos y emocionales. Esta corriente consolida teóricamente la distinción entre apoyos sociales y redes sociales; con la finalidad de diferenciar que en las interacciones sociales puede haber efectos negativos y positivos (Montes de Oca, 2005). La red social puede contener ambos aspectos, mientras que los apoyos sociales tienen un sentido preferentemente positivo. Además, pueden existir intercambios negativos o positivos entre las personas, o aún con la presencia de la red ello no garantiza que los recursos fluyan en el momento que se necesitan o sean de calidad.

El enfoque más trabajado en América Latina es el análisis de los vínculos entre grupos vulnerables, es decir, la red como una forma de sobrevivencia; otra perspectiva es el estudio de las redes de poder en un contexto de desigualdad. Representante de este tipo de estudios es Lomnitz (1983) quien analiza las redes de los grupos marginales y las redes de poder de los políticos de primer nivel. Sus estudios permitieron establecer vínculos horizontales y verticales, es decir, los intercambios entre sujetos de un grupo homogéneo, y los intercambios jerárquicos entre sujetos que concentran poder con aquellos que están abriéndose paso en el grupo.

¹⁰ Citado por (Guzmán, *et al.*, 2002).

¹¹ *Idem.*

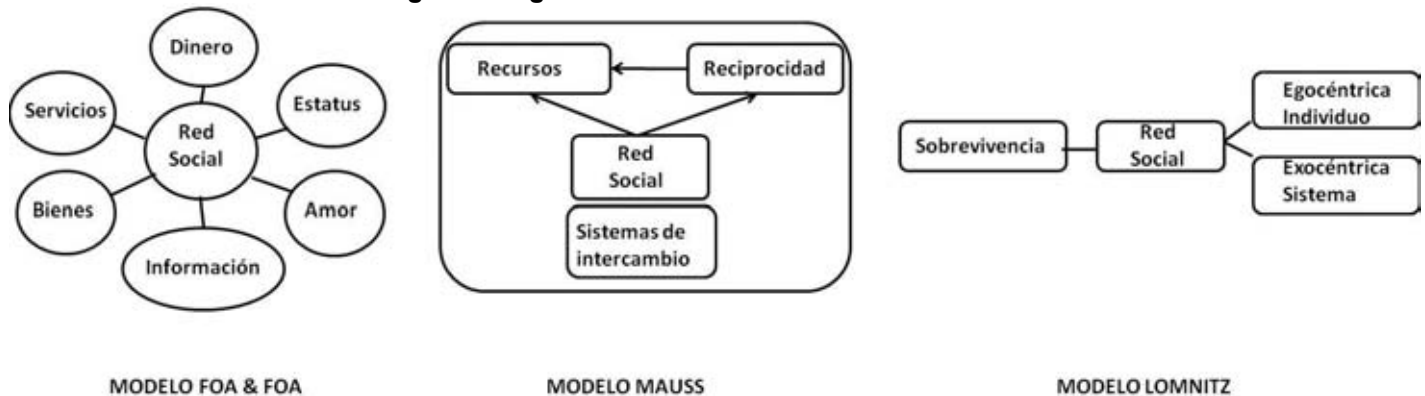
Por su parte Rosenblueth (1984) trabajó redes sociales siendo su unidad de análisis la pareja, lo cual le permitió evaluar la interacción no solo de sujetos en una red sino entre redes. Además puntualizó que las redes de los individuos tienen variaciones por género y a lo largo de la vida del sujeto; además existe variación por posición socioeconómica, por ejemplo en las clases sociales de condición económica media la unión de la pareja depende de los beneficios que la red de cada sujeto aporte para la unidad doméstica. A través de estas investigaciones se ha argumentado que las redes sirven para conservar o aumentar los recursos disponibles para la vida cotidiana.

Sin embargo, Bronfman (2001) discute la noción de la red de apoyo como mecanismo de ayuda para mejorar al grupo doméstico. Este autor estudió el papel de las redes en contextos de marginación; donde los vínculos de las madres están en franca declinación y no son suficientes para servir de sostén en el caso de la muerte infantil; incluyendo también situaciones donde la red más bien entorpece la atención.

De acuerdo con Mauss (1990¹²), las relaciones sociales son establecidas a través de numerosas interacciones pasadas y con perspectiva de largo plazo, donde aparecen sistemas de intercambio no mercantiles basados en la reciprocidad que no es necesariamente inmediata. Esas reciprocidades se dan en cada uno de los "recursos" que componen las redes de intercambio social o del sistema social.

Existen varios modelos de cómo es el funcionamiento de las redes sociales y de cómo es su composición. En la figura 2 se observan tres propuestas provenientes de enfoques diversos, el modelo de Foa & Foa hace énfasis en los recursos que se intercambian en la red social, los cuales pueden ser de índole material o simbólico. El modelo de Mauss destaca la reciprocidad (aunque no utilice abiertamente dicho concepto) que norma en el intercambio de recursos, la red social se constituye por los sistemas de intercambio que buscan mantener la cohesión y el equilibrio al interior de los grupos. Por su parte el modelo de Lomnitz centra la utilidad de la red social para lograr la sobrevivencia, la cual también tiene dos niveles de análisis el individual y el grupal.

Figura 2. Algunos modelos de redes sociales



Fuente: Elaboración propia a partir de Foa y Foa, 1975; Mauss, 1990; Lomnitz, 1983.

¹² Citado por (Durston, 2000)

Los recursos están definidos como algo que se puede transmitir de una persona a otra (Foa & Foa, 1974), pero se incluye como condicionante que exista capacidad de reciprocidad entre los individuos. Estos recursos se pueden clasificar en seis tipos: amor, estatus, servicios, información, bienes y dinero (Foa y Foa; 1975). Para otros modelos los aspectos a considerar en el apoyo social son: lo emocional, lo instrumental, la información y la valoración, a su vez se ha revalorado el intercambio afectivo y no sólo el económico (House 1981, citado por Fernández, 2005).

Para Lomnitz (1983) las redes sociales de apoyo suponen un principio de reciprocidad y de subsistencia entre individuos marginados; propone dos tipos de redes generales: a) red egocéntrica que abarca al ego y los individuos con quienes realiza intercambios de bienes y servicios, b) redes exocéntricas que se refiere al intercambio de todos los individuos entre sí, cuyas relaciones son más estables e intensas. Esta diferenciación de redes permite rastrear los vínculos entre los sujetos y también los vínculos con los sistemas, por ejemplo institucionales.

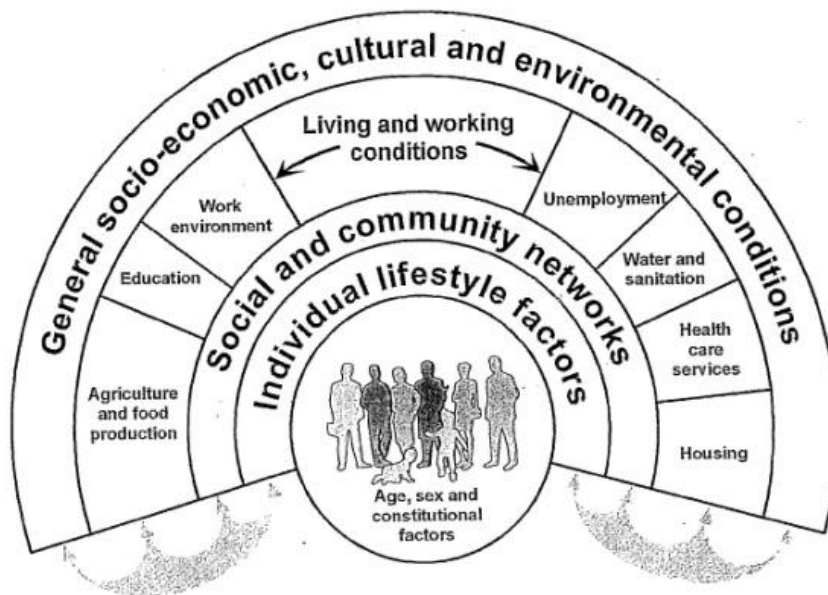
Desde la perspectiva médica el primer antecedente de estudios sobre factores sociales y salud fueron las aportaciones de Virchow en 1848, quien impulsó reformas en la medicina para regresarla al ámbito de la ciencia social y política. Por la misma época otro estudio fundamental fue el realizado por Engels en la sociedad inglesa (1848) donde dio cuenta de los problemas de salud de los obreros, los cuales eran causados por sus condiciones de trabajo y de reproducción social.

El más reciente acercamiento de la medicina con los factores sociales que afectan a la salud es la construcción del Modelo de Determinantes Sociales. En 1974 Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, incluyendo factores sociales que intervienen en el fomento de la salud. Seguirán como punto de referencia mundial sobre la relación del contexto social y la salud; la declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986) donde se establece el cuidado de la salud a partir de la disminución de las inequidades sociales.

En 1991 Dahlgren y Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 1992) proponen un modelo basado en un hemiciclo para mostrar los principales determinantes de salud; considera al individuo como el punto de partida. En este modelo de capas superpuestas las redes sociales y comunitarias ocupan la tercera capa que interviene en la salud. Como se muestra en la figura 3 busca entender los factores que actúan sobre la salud, cómo puede influir la globalización; asimismo acentúa la visión del Modelo Médico Hegemónico del individuo como el responsable de su propia salud, aunque reconozca que también es influida por factores externos.

La primera capa corresponde a los factores constitutivos de las personas como son edad y sexo; la segunda son los estilos de vida que ellos adoptan; la tercera corresponde a las redes sociales y comunitarias. La cuarta capa incluye las condiciones de vida y trabajo: producción del alimento, educación, ambiente laboral, desempleo, agua y sanidad, servicios de salud y vivienda. La quinta capa se refiere a las condiciones estructurales como son la cultural, el ambiente, lo social y lo económico. Cada una de estas capas interactúa entre sí influyendo en el nivel personal y la capacidad para hacer frente a la enfermedad (ver figura 3).

Figura 3. Los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Dahlgren; Whitehead, 1992, pp. 11.

Por su parte Woodward, *et al.*, (2001) propone un diagrama para explicar la conexión entre globalización y salud, donde los flujos se relacionan con riesgos individuales para la salud, y con el funcionamiento del sistema sanitario. Ambos son matizados por los efectos de la globalización; las redes sociales aquí son identificadas como una serie de recursos familiares que afectan los riesgos individuales, reflejándose en el sistema de salud.

De acuerdo con la OMS (2003) el apoyo social es uno de los determinantes de la salud ya que aportan recursos “emocionales y prácticos” que sirven de protección contra los riesgos sanitarios. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud sostiene que los problemas de salud se deben a condiciones socioeconómicas, por lo que éstos al no solucionarse adecuadamente agudizan las inequidades en salud y asistencia sanitaria¹³. Su acción se ha fundamentado en la resolución WHA62.14 donde se exhorta a reducir las inequidades sanitarias con la actuación directa en las determinantes sociales de la salud¹⁴.

En el año 2004 surge la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud auspiciada por la OMS con la finalidad de investigar la repercusión de los factores que intervienen en el mantenimiento o quebranto de la salud. Los aspectos biológicos incluyen: fisiológicos, genéticos, procesos físicos y mentales. Los aspectos sociales incluyen: base económica, ambiental, educación, servicios, abastecimiento de agua y

¹³ http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html [fecha de consulta: 20 octubre 2013]

¹⁴ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf [fecha de consulta: 20 octubre 2013]

alimentación, contaminación, etc. El siguiente nivel es el individual el cual se basa en el estilo de vida que puede incluir riesgos, hábitos personales y culturales. Otro nivel es el sistema generado por la sociedad para atender y cuidar la salud, como las instituciones, equipo sanitario, personal de salud y tecnologías.

Una propuesta desde América Latina para la adaptación del Modelo de determinantes sociales de la salud es el propuesto por Perú (2005), el cual busca reforzar la acción comunitaria. Aquí se priorizan como determinantes el ingreso económico y pobreza, educación, cultura, alimentación y nutrición, entorno. Tiene como actor principal a la población, buscando con ello “desarrollar habilidades personales y redes sociales que le permitan generar cambios y tener un mayor control sobre los determinantes que influyen en su salud” (Ministerio de Salud, 2005:17). Las estrategias que propone son fortalecer las familias; fortalecer las comunidades como espacios con adecuada interacción social; promover la participación activa de la población; crear una cultura sanitaria, política y social basada en la reciprocidad y confianza (Lip & Rocabado 2005:76).

Recientemente el modelo español de determinantes sociales (Ministerio de Sanidad, 2010) propuso tomar en cuenta las desigualdades sociales en salud; éstas son las diferencias por aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos. El modelo incluye una división entre determinantes estructurales y determinantes intermedios; en los primeros se incluye el contexto socioeconómico y político. Abarcando el gobierno y políticas, actores económicos y sociales, mercado de trabajo y políticas del Estado de bienestar. La estratificación social incluye ejes de desigualdad como la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio de residencia. Los determinantes intermedios incluyen recursos materiales como las condiciones de empleo, carga de trabajo no remunerado, cuidado de las personas, nivel de ingresos, situación económica y patrimonial, calidad de la vivienda y área de residencia. Recursos psicosociales y factores conductuales y biológicos. Por su parte los servicios de atención médica pueden amortiguar la desigualdad o agudizarla (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

A partir de las últimas décadas los determinantes sociales de la salud se han convertido en el marco del análisis de la salud pública y la epidemiología. Así se busca estudiar los factores que condicionan la posibilidad de mantener la salud para la población, tanto aquellos que inciden directamente o amortiguan los riesgos. Busca resaltar y analizar las desigualdades entre grupos sociales que tienen relevancia en la condición de salud de la población.

Sin embargo, existen varias críticas a este enfoque desarrolladas desde la medicina social (López, *et al.*, 2008), ya que el Modelo de Determinantes Sociales establece las desigualdades sociales a partir de la distribución de bienes y no de la estructura socioeconómica. Además al usar el enfoque de los “determinantes” se parcela la realidad y se cambia la explicación de procesos a fenómenos; por lo que su aplicación termina usando el discurso de factores de riesgo (conductas o agentes exteriores) y de estilos de vida inadecuados (conductas). El análisis se centra en la discusión de desigualdades específicas y no de los problemas estructurales del modelo económico y sus particularidades contextuales e históricas. Para los fines de esta investigación no se utilizarán las redes sociales como parte del Modelo de determinantes, sino como un

marco teórico diferente que por sí mismo permite abordar factores económicos, sociales y culturales.

Continuando con las definiciones de las redes sociales, para los fines de esta investigación se entenderán las redes sociales como: *las relaciones entre individuos mediante bienes materiales y no materiales, estas relaciones tienen su punto inicial (ego) a donde son dirigidas todas las relaciones; además incluye normativas de derechos, reciprocidad y obligaciones entre sus miembros (Montes de Oca, 2005; Rosenblueth, 1984). Las redes se encuentran continuamente cambiando en su extensión, dinamismo e intensidad, siendo siempre permeadas por las representaciones y prácticas sociales que colaboran en el establecimiento de las nociones de quiénes merecen apoyo social y porqué.*

Las redes sociales de apoyo que se estudian se basan en *la producción de relaciones e interacciones entre individuos de manera regular, cuyos miembros se encuentran unidos por algún tipo de identidad común, realizan una serie de intercambios afectivos e instrumentales de forma continua y recíproca (Montes de Oca, 2005; Fernández, 2005; Lomnitz, 1983). Entendiendo los apoyos materiales como: dinero, vestimenta, medicamentos, vivienda y alimentación; para los apoyos no materiales se considerarán: cuidado, consejo, afecto, compañía, información.*

Entre las características que se atribuyen a las redes sociales se encuentran (Gartly, 1982; Lomnitz, 1983):

- Base. Trayectorias desde el grupo al individuo.
- Rango. Tamaño y alcance de la red.
- Frecuencia. Número de veces de la interacción.
- Distribución. Ubicación geográfica de los miembros de la red; ubicación dentro del modelo de la red.
- Densidad. Grado de concentración de los integrantes.
- Intermediación. Estatus y rol que permite la concentración de poder para toma de decisiones.
- Homogeneidad. Distinciones o igualdades por rol genérico y edad.
- Capacitación. Preparación de los miembros de la red para brindar apoyo.
- Reciprocidad. Contexto de los intercambios, capacidad de *feedback*, valoraciones sobre las formas del apoyo.

En cuanto a la conformación de la red, para Mitchell¹⁵ éste tiene dos propiedades: la morfología que son los nexos entre individuos, y las dimensiones es decir su número y variedad (Gartly, 1982). La red social está determinada por un flujo de intercambio de bienes (económicos, simbólicos) y servicios (económicos, sociales, políticos) entre individuos con regularidad (Lomnitz, 1983). Hasta este momento las redes se explican por su funcionamiento, pero aún es necesario ahondar en análisis sobre ¿porqué se elaboran redes? ¿Qué valoraciones o saberes están involucrados en la formación de las redes? ¿Porqué algunos sujetos participan y otros no?

¹⁵ Citado por Gartly, 1982

1.2.3 Las redes sociales de apoyo formal

Para su análisis las redes sociales de apoyo se dividen en formales e informales, lo cual permite dar cuenta del panorama a nivel micro y macro social del que participa el adulto mayor. En las redes sociales formales se incluyen los tipos de servicios que presta el Estado (entendidos como programas asistenciales y programas de servicios en salud) así como los grupos de autoayuda que se han implementado para los adultos mayores diabéticos.

La división de las redes sociales se hace para distinguir entre aquellas que surgen de la participación de las personas en su entorno inmediato, y las que son organizadas por instituciones externas que tienen finalidades que no siempre coinciden con las de la persona o la comunidad.

La red formal (o también llamada institucional) está constituida con sujetos que participan en una organización estructurada que funciona en base a objetivos y metas específicas, donde existe un cuerpo directivo que formula los roles de los participantes. Se integra por organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas; brindan prestaciones económicas, asistenciales y /o sanitarias (Huenchuan, *et al.*, 2003). De parte del Estado las redes formales son equiparables a las instituciones gubernamentales que pretenden satisfacer las necesidades de la población. Para el caso de la salud, se destaca el Sistema Nacional de Asistencia Social, el cual se divide en: Seguridad Social y Asistencia Social; éstos atienden a la población económicamente activa y a los sectores que se encuentren marginados (Montes de Oca, 2004). Las instituciones de seguridad social en el país se planearon aspirando cubrir a toda la población, pero en la realidad la atención a la salud es desigual, privilegiando a las áreas urbanas de grandes ciudades y a las clases medias (Wong & Salgado, 2006).

El Sistema Nacional de Salud involucra dependencias de administración pública a nivel federal y local, incluyendo también prestadores de salud de los sectores privados. Es encargado de coordinar las acciones y vigilar el cumplimiento de la protección de la salud (Ley General de Salud, 2012). Su principal objetivo es que todos los mexicanos tengan acceso a servicios que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de los niveles de salud (Soberon, 1987). Una de sus funciones es el bienestar social de la población mediante la asistencia social para sectores vulnerables, como aquellos en pobreza extrema, minusválidos, adultos mayores en abandono, etc.

La Secretaría de Salud es la encargada de coordinar las acciones del Sistema Nacional y de las dependencias estatales, como los subsistemas del IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc., así como la cobertura a sujetos sin seguridad social por medio de servicios sanitarios de la propia secretaría. Después de la década de 1980 el estado mexicano sufrió un paulatino desmantelamiento que también afectó al sector salud. Lo anterior ha implicado una orientación neoliberal que busca la ampliación de la participación de sectores privados como prestadores de servicios sanitarios. De tal forma que la Secretaría de Salud se convierta en un administrador que únicamente preste servicios de beneficencia social.

Los sistemas de protección que están dirigidos a la atención de los adultos mayores están organizados por medio de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002); donde se especifican las siguientes dependencias involucradas:

- SEDESOL: INAPAM: rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores.
- SEP: establecimiento de licenciaturas en geriatría y gerontología.
- Instituciones Públicas del Sector Salud: detección oportuna y tratamiento de enfermedades crónicas
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social: empleos y trabajos remunerados.
- Secretaría de Comunicaciones y Transportes: convenios para tarifas preferenciales.
- Instituciones públicas de vivienda de interés social: tramite de créditos para adquirir vivienda o remodelarla.
- DIF: programas para población en situación de riesgo, orientación jurídica, atención en derechos, programas asistenciales de apoyo.
- Secretaría de Turismo: actividades de recreación con tarifas preferentes.

De las dependencias mencionadas la que ha generado mayor impacto mediático en cuanto a apoyo económico es la SEDESOL con el programa Oportunidades. A nivel estatal existen diferencias en el tipo de apoyo prestado, por ejemplo en el caso del Estado de México existe apoyo por el concepto de pensión alimenticia. En cuanto a salud, destacan los programas dirigidos a la prevención y mantenimiento de la salud por medio de los grupos de autoayuda. Éstos existen por parte del DIF y de la Secretaría de Salud; el primero se enfoca en actividades físicas y recreativas en general para las personas mayores de 60 años, mientras que la segunda se enfoca en grupos que trabajan con enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión y la diabetes *mellitus*.

El sector salud considera la existencia de factores de riesgo para el desarrollo y para el control de la DM2, los cuales pueden atenuarse con un tratamiento que integral. Sin embargo, los informes evaluativos de la Secretaría de Salud hacen énfasis en que la problemática es que el sujeto no es capaz de tener apego al tratamiento, por lo que han usado como estrategia la creación de grupos de individuos con un padecimiento en común que funcionen como facilitadores para el seguimiento de las indicaciones terapéuticas (Muñoz, *et al.*, 2007). Estos grupos de autoayuda se diseñan para obtener objetivos específicos como el descenso en índices por unidad clínica de niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos, entre otros.

El funcionamiento de los grupos de apoyo está basado en dos teorías: la Teoría de la Identidad Social (Tajfel, 1998) propone que colocar a sujetos con necesidades compartidas en un mismo grupo fortalece la identificación y con ello la búsqueda de estrategias para resolver problemas compartidos. La segunda teoría es la del Intercambio de información sociocognitiva, ésta se fundamenta en la transmisión de conocimientos personales que fomentan la aceptación y comprensión mutua; lo anterior desemboca en una mejor capacitación para encontrar vías de solución (Schubert & Borkman, 1994).

Sin embargo, es necesario realizar estudios sobre el funcionamiento en la práctica cotidiana de los grupos de autoayuda. Puesto que hasta ahora únicamente se ha estudiado la constatación del cumplimiento de los objetivos que la misma institución se ha planteado, sin que se analice la existencia de correspondencia con lo que el adulto mayor

desea obtener de ellos. Estos grupos suelen enfocarse a una actividad pragmática como es la realización de actividad física, sin tomar en cuenta que el tratamiento del adulto mayor diabético debe ser llevado de forma integral. Es decir, incluyendo actividades que favorezcan el desarrollo económico, ambiente social sano y asistencia psicoafectiva.

1.2.4 Las redes sociales de apoyo informal

Las redes informales incluyen a las redes familiares y a las redes comunitarias; con la finalidad de acotar esta investigación únicamente se abordaron en el análisis a las redes familiares. Esto fue debido a que las redes comunitarias implican grandes tipos de intercambios y actores sociales; por ende necesitan un lapso mayor de tiempo para su estudio. Las redes informales incluyen a los grupos de sujetos que se relacionan sin un modelo explícito organizativo (Hernández, 2003). Es decir, son asociaciones libres que se basan en la convivencia, valores, reglas sociales y no en un esquema institucional formal.

En este estudio se conciben las *redes familiares de apoyo como los conjuntos formados por actores que constituyen el flujo de apoyo de forma cotidiana y que además están asociados por lazos de parentesco y/o afinidad. Sus formas de apoyo son variadas ya que incluyen intercambios de quehaceres domésticos, cuidados, apoyo emocional, información, compañía, consejo, etc.* (Huenchuan et al. 2003; Bott, 1990).

En las últimas décadas, se han multiplicado las investigaciones sobre los mecanismos que los grupos utilizan para afrontar las crisis. Existen múltiples trabajos que priorizan las redes entre grupos vulnerables (Lomnitz, 1983; Heisel, 1989) las cuales sirven de apoyo y sostén para la sobrevivencia; siendo parte de la evidencia que fundamenta la noción institucional de las redes como solución a la falta de servicios. Sin embargo, también debe tomarse en cuenta aquellos contextos donde las redes informales no son capaces de atenuar la vulnerabilidad o incluso son desventajosas (Scheper, 1997; Ramos, 1994; Bronfman, 2001). La red familiar es un factor que interviene en el bienestar del adulto mayor, ya sea como uno de los mecanismos que le ayudan a satisfacer necesidades o como fuente de maltrato y/o abandono.

En cuanto a la red familiar, existen múltiples discusiones sobre cómo se puede delimitar el concepto “familia”, es decir, quiénes se incluyen y el por qué. Asimismo se discuten los valores positivos de la familia como el lugar de protección y apoyo; pero también la existencia de desigualdades a su interior por género o generación, cambios socioeconómicos para el abastecimiento de recursos y valores culturales sobre quienes deben otorgar y recibir apoyos (Gomes & Montes de Oca, 2002).

Los arreglos domésticos de la familia se transforman con el aumento en la esperanza de vida, ya que mayor número de generaciones conviven en el mismo espacio; o bien existen familias conformadas únicamente por la pareja de adultos mayores. Es aquí donde la noción de red familiar en lugar de familia es de gran ayuda, debido a que permite entenderla como los participantes en el flujo de apoyos y deja al descubierto quienes son los sujetos que realmente se involucran en el mantenimiento de los adultos mayores. Asimismo permite entender las expectativas que éstos tienen sobre cómo deberían funcionar los apoyos familiares. Aunado a lo anterior, en los contextos de enfermedad las

redes son visibles, ya que puede contrastarse la ayuda cotidiana con la ayuda de emergencia y valorar el peso de ambas para el bienestar del adulto mayor.

La pobreza y la inestabilidad de recursos genera complicaciones al interior de la red familiar, ya que el flujo de apoyos estará en continúa tensión al tener que decidir a quiénes se apoya (Mora, 2008). Los roles también sufren cambios debido a que aquellos que tradicionalmente eran otorgadores de bienes (como en el caso de los hombres) ahora deben ser apoyados; o viceversa se espera que exista retribución de quienes recibieron durante años el apoyo de los padres, pero que ahora no son capaces ni de sostener a su propia unidad familiar mucho menos de generar recursos extras para la familia de origen.

La red familiar como apoyo para los enfermos crónicos se ha valorado positivamente ya que se considera un recurso para afrontar los problemas y complicaciones, sobre todo porque esta red es la que aporta al cuidador primario. Sin embargo, aunque se cuente con la disposición de un cuidador primario y de una red de sostén para apoyos materiales y afectivos; la gran mayoría de las ocasiones ninguno tiene el conocimiento y la orientación que se requiere para tratar la enfermedad. Lo anterior puede provocar que a pesar de que el adulto mayor cuente con soporte social el tipo de atención recibida puede ser perjudicial en lugar de positiva (Montes de Oca, 2005).

1.2.5 La reciprocidad en las redes sociales

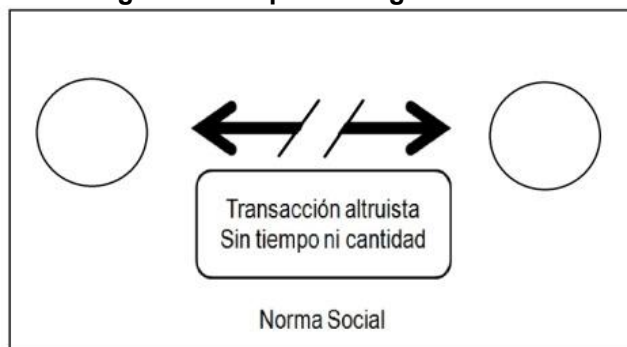
Una de las características destacadas de las redes sociales es la *reciprocidad*, concepto que ha sido trabajado desde su aspecto económico y de estructuración social. Los primeros trabajos desde la antropología hablan de la reciprocidad y los dones (Malinowski 1986, Mauss, 1990) dentro del grupo familia o de la comunidad. Sahlins (1974) es quien establece una amplia explicación de la reciprocidad y de sus variantes. La antropología económica introdujo el concepto de *unidad doméstica* como una comunidad cerrada de bienes y servicios, cuya distribución suele ser de manera recíproca en busca de la supervivencia del grupo y de su unidad. Asimismo, la reciprocidad también ocurre hacia miembros externos, mientras éstos puedan colaborar en la unidad del grupo social. A diferencia de otros planteamientos Sahlins remarca que la reciprocidad no es un intercambio formal, suele ser desequilibrada y las retribuciones no ser equivalentes ni en especie ni en tiempo. Según Sahlins “cuanto más cercano al hogar es menos desinteresado y existe mayor tolerancia en casos de falta de retribución” (1974:144).

La reciprocidad tiene eficacia social para mantener unidos a los miembros del grupo, es una imposición manifiesta de deuda entre todos los sujetos, la cual está dictada por valores morales, afectivos y económicos. Basados en la idea de un beneficio mutuo la reciprocidad puede tender relaciones de solidaridad, sin embargo esto no siempre ocurre así. Sahlins realiza una diferenciación de la reciprocidad en tres categorías:

Reciprocidad generalizada. Son transacciones consideradas positivas o altruistas, se enfocan a la ayuda prestada que se espera tenga retribución pero sin especificar de qué tipo o en qué tiempo (Véase figura 4). Es una reciprocidad amplia, ya que la obligación es discrecional; por lo general ocurre en el grupo doméstico, sobre todo de padres a hijos. Lo material de la transacción (el intercambio puro) se ha matizado por la norma social: no hay reconocimiento abierto de exigencia para pagar el favor; sin

embargo, sí se espera que éste sea devuelto de alguna forma sin necesidad de pedirlo. Depende del sujeto dador la decisión del momento en que se necesita la transacción y en qué momento se espera la retribución; asimismo depende de que el receptor pueda pagar y en qué momento o circunstancia. “La devolución puede ser muy rápida, o no efectuarse nunca” (Sahlins, 1974:211). El no otorgar una respuesta al favor, no implica que se suprima la ayuda, ésta continua dándose aunque sea solo en una dirección y por un amplio periodo de tiempo; empero la idea de lo recíproco se mantiene latente.

Figura 4. Reciprocidad generalizada

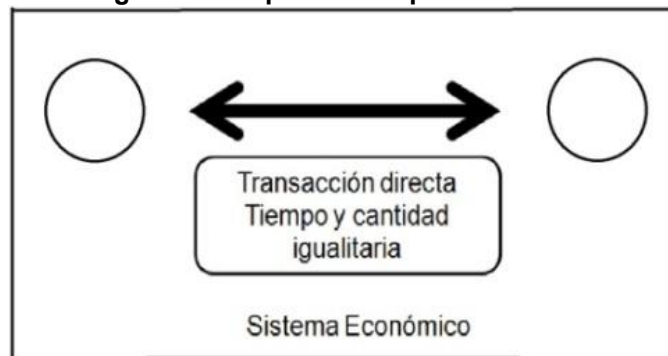


RECIPROCIDAD GENERALIZADA

Fuente: Elaboración propia a partir de Sahlins, 1974.

-Reciprocidad equilibrada. Se refiere al intercambio directo, es la paga del favor sin mayor demora en el tiempo y normalmente incluye un pago igual a lo recibido (Véase figura 5). Existen intereses económicos y sociales distintos a la reciprocidad generalizada; aquí destaca el aspecto material de la transacción y es casi o más importante que el social. La relación entre sujetos corre peligro si no existe un pago en un tiempo predeterminado, ya que en esta dimensión las relaciones sociales existen solo por el flujo de bienes (Sahlins, 1974:213).

Figura 5. Reciprocidad equilibrada

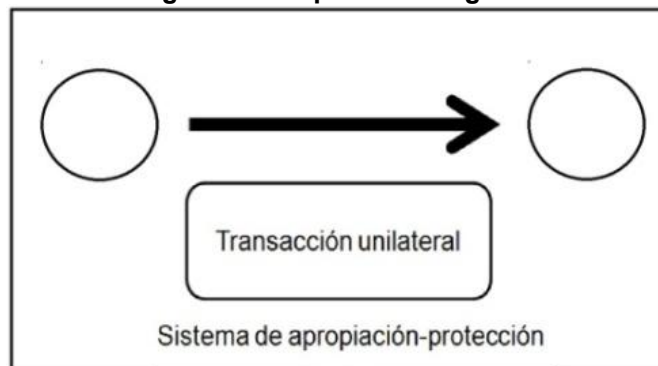


RECIPROCIDAD EQUILIBRADA

Fuente: Elaboración propia a partir de Sahlins, 1974.

-Reciprocidad negativa. Es una forma de apropiación donde se busca la ventaja sobre el otro (Véase figura 6). Los intereses de los sujetos son opuestos, la reciprocidad puede ir en un solo sentido, sin embargo, el dador de bienes obtiene algún tipo de protección o estabilidad manteniendo una relación desfavorable (Sahlins, 1974:214).

Figura 6. Reciprocidad negativa



RECIPROCIDAD NEGATIVA

Fuente: Elaboración propia a partir de Sahlins, 1974.

Otras visiones de la reciprocidad provienen del enfoque sociológico. Montes de Oca (2002) realiza estudios de reciprocidad basados en la red familiar, sobre todo en las relaciones parentales intergeneracionales. En la sociología la base para estudiar la reciprocidad es la Teoría del intercambio social (Homans, 1961, Kelley, 1959, Blau, 1964¹⁶), según ésta hay una serie de interacciones de beneficios entre las personas que los mantiene unidos. Los sujetos buscan relacionarse a partir de un análisis de costo/beneficio, de hedonismo y de búsqueda de satisfacción de necesidades.

Para la sociología la reciprocidad es un intercambio que busca generar vínculos que mantengan la unidad familiar. Debido a las representaciones sobre la reciprocidad es que existen problemas entre el adulto mayor y los familiares, ya que los primeros tienen expectativas sobre el apoyo de los hijos, y éstos no siempre coinciden con la visión de los padres. La reciprocidad entre generaciones ha sido afectada con los cambios económicos. El recibir pensiones y otro tipo de recursos materiales puede hacer que las generaciones jóvenes consideren no ayudar a los adultos al pensar que tienen con ello resueltos sus problemas; o bien puede implicar la búsqueda de cobijo de los padres para compartir esos recursos (Montes de Oca, 2002).

Además con las crisis económicas ha ido en aumento una incapacidad de intercambio al interior de las redes de apoyo, la reciprocidad se ve alterada por estos contextos recurrentes de desposesión (Reygadas, 2008). La formación y mantenimiento de las redes involucra recursos y tiempo, dimensiones que se han visto afectadas con los cambios socioeconómicos (como la condición del mercado laboral) y de conformación familiar; lo cual tiene mayores efectos negativos sobre los sectores más desprotegidos, como es el caso de los adultos mayores.

La reciprocidad en el enfoque sociológico ha sido considerada como una transferencia material de equilibrio, y como intercambio directo, sin embargo, no siempre ocurre así. La reciprocidad no es un intercambio que se realice al instante, puede existir distancia entre el momento en que se otorga y el momento en que se recibe. Además no se intercambia en el mismo rango, ya que el recurso otorgado puede no ser el mismo que se recibe. A diferencia del concepto de intercambio, donde se recibe y se otorga en la misma cantidad, en la reciprocidad lo que cuenta es la cualidad, ya que las nociones de

¹⁶ Citados por Morales, 1978

intercambio justo y equitativo no son el centro de la relación. La finalidad es mantener el flujo y la conexión social (lo cual garantiza mayores apoyos en el futuro), más que obtener una retribución de momento. La reciprocidad da cuenta de aquellas interacciones donde pueden otorgarse favores, sin que exista una retribución material inmediata.

Para los fines de esta investigación se considera que la reciprocidad tiene *más que ver con las relaciones sociales y la forma en que éstas interactúan con las circunstancias materiales. Se encuentra mediada por normas morales de dar y recibir, desde el extremo del dar desinteresadamente, hasta la apropiación encubierta que realizan algunos sujetos de la red. Las diferencias entre la reciprocidad están dadas por la distancia social, las condiciones materiales y los valores morales* (Reygadas, 2008; González de la Rocha, 1999; Abduca, 2007).

Otro punto a discusión es que la reciprocidad parece ser característica solo de las redes informales, sin embargo, habría que considerar si dentro de los apoyos formales también puede existir. Debido a que el trabajo efectuado por los sujetos económicamente activos, sirve de sustento para la sociedad, siendo el Estado el que administra y distribuye esas ganancias generadas por los habitantes. Sería de esperarse que la reciprocidad exista en el sentido de que los adultos mayores han prestado sus servicios a la sociedad durante toda su existencia, por lo que debieran ser retribuidos por ello. Las retribuciones son establecidas por el Estado mediante sus instituciones, sin embargo, esas retribuciones son vistas como beneficencia, o en el peor de los casos como una fuga de recursos. Siendo que son únicamente una forma de regresar el trabajo otorgado, el cual dicho sea de paso, no debe regresarse únicamente en cuestiones económicas, sino también en políticas de bienestar y de cuidado integral.

1.2.6 Los Modelos Médicos de Atención

Las redes sociales de apoyo informales se conectan directamente con la autoatención, es decir, con las formas de enfrentar la enfermedad en el contexto doméstico. Menéndez propone utilizar el enfoque teórico de los Modelos de atención a la salud, para poder interpretar los fenómenos en el proceso salud-enfermedad-atención. Su enfoque proviene de una perspectiva histórico-estructural basado en la antropología médica italiana (Menéndez, 1990); haciendo análisis a nivel macrosocial con un enfoque relacional de las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas y políticas. Asimismo, busca las relaciones y contradicciones entre la hegemonía y la subalternidad. Proponiendo para ello tres modelos de acercamiento: hegemónico, alternativo y de autoatención.

El Modelo Hegemónico se identifica con la biomedicina, busca normar todo conocimiento relacionado con la salud-enfermedad, trata de absorber a las medicinas subalternas para ser el rector de la acción médica. Este modelo se institucionaliza durante la revolución industrial, con la dominación de la clase burguesa, el surgimiento de la clase obrera y de las grandes ciudades industriales. Se caracteriza por el biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. La enfermedad es tratada aisladamente, no se incluyen los aspectos sociales para sus explicaciones, y aspira a la objetividad para lograr resultados.

El Modelo Alternativo Subordinado engloba la llamada medicina tradicional y otras medicinas alternativas (acupuntura, naturismo, etc.) su legitimidad proviene de la comunidad, no es aceptado por el modelo hegemónico y solo convive cuando se le logra institucionalizar. Las plantas medicinales son la base de la medicina alterna, ya sean en su estado puro o procesado. Los tipos de medicina que abarca este modelo son un conjunto de saberes que se encuentran en continuo cambio, de acuerdo a la subordinación que han padecido frente a la biomedicina. Éstas son aceptadas o rechazadas según las necesidades de la industria farmacéutica, sobre todo para extraer el conocimiento de su uso; es por eso que pueden ser permitidas o alentadas, pero ello siempre ocurre bajo la normatividad de la biomedicina.

Por último, el Modelo de Autoatención es considerado el primer nivel real de atención ya que será el sujeto y su red social los que inicien el diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad. Por ello, implica la realización del primer diagnóstico, establecimiento de terapéutica y seguimiento del curso de la enfermedad. Durante ese proceso combina y/o sintetiza los saberes emanados del modelo hegemónico y del alternativo subordinado.

La propuesta de Menéndez se enmarca en la Antropología Médica Crítica y busca relacionar la estructura social y la estructura de significados. Hace hincapié en las relaciones de poder y control social entre los modelos, así como en las contradicciones económicas-políticas que determinan el proceso salud-enfermedad-atención.

1.2.7 El Modelo de Autoatención

Ésta investigación se basa en el Modelo de Autoatención propuesto por Menéndez (1990), el cual abarca actividades relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención como son la alimentación, hábitos higiénicos, prevención y curación; los cuales además están inmersos en contextos socioculturales, simbólicos, económicos y políticos. El valor de las prácticas sanitarias que realizan los grupos sobre sí mismos radica en su eficacia pragmática, en su respuesta inmediata ante un padecimiento y en la aplicación y proliferación de los saberes tradicionales. La autoatención incluye el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento (Osorio, 2001); ésta se lleva a cabo no solo por el individuo, sino por la familia y las redes sociales de apoyo, no incluye a curadores profesionales. La autoatención es una práctica sociocultural que incluye un grado de autogestión impregnada de representaciones sociales, que se relaciona además con la posesión de saberes sobre los padecimientos y dependiente también de factores económicos (Menéndez, 1984).

La autoatención se caracteriza por acciones que garantizan la reproducción biológica y social de un sujeto o de una unidad doméstica (Menéndez, 1990); por lo que no sucede a nivel individual, sino también a nivel familiar o social, mientras no involucre a un curador profesional. Existen dos formas de autoatención: la ampliada y la restringida. La autoatención ampliada incluye toda conducta que asegura la reproducción biosocial del sujeto en su grupo doméstico. Incluye actividades como preparación y distribución de alimentos, aseo del hogar, del cuerpo, obtención y uso de agua, formas de conseguir el recurso económico, etc. Todas las actividades que permitan la reproducción social del sujeto y de la unidad doméstica, o de las redes familiares (Menéndez, 2005:54).

Por su parte, la autoatención restringida se enfoca específicamente en el proceso salud-enfermedad-atención. Incluyendo el diagnóstico, explicaciones, atención, control, curación, solución o prevención de los procesos que están asociados a la enfermedad (Menéndez, 2005:58).

Menéndez aclara que en realidad no existe una ruptura entre una y otra autoatención, ambas son parte del mismo proceso; sin embargo, para los fines de investigación en antropología médica se hace un “corte metodológico” con la finalidad de estudiar exclusivamente las actividades que toman a la enfermedad como su centro de acción.

Estudiar un problema de salud desde la autoatención, permite centrarlo en los actores sociales que padecen la enfermedad (paciente y red de apoyo); permite comprender los saberes –representaciones y prácticas- de las personas sobre su padecimiento, su cuerpo y sus estrategias de afrontamiento. La autoatención es el punto de partida para reconocer que existe un problema de salud, a partir del desarrollo del padecimiento en combinación con factores sociales, económicos y culturales, cada sujeto tomará una serie de decisiones para su atención. Todo este proceso desde la identificación del problema hasta las múltiples instancias a las que se acude en busca de ayuda, son parte del proceso de autoatención. Es por ello que se considera la síntesis de los modelos hegemónico y subalterno, ya que el sujeto se encontrará buscando una eficacia pragmática al combinar sus diagnósticos y terapéuticas. Incluso la elección de no seguir el tratamiento, es también una forma de afrontar la enfermedad y por lo tanto, una forma de autoatención.

Dado que en esta investigación la enfermedad a estudiar es de carácter crónico, se tomara como definición de Modelo de Autoatención: *la serie de estrategias de un grupo social (donde el centro es el adulto mayor) para enfrentar sus padecimientos, las cuales están moldeadas por las representaciones y prácticas sociales; cuyas acciones se dirigen al diagnóstico, cuidados paliativos, cuidados de mantenimiento, nociones de gravedad y prevención de complicaciones* (Menéndez, 1990). Por medio de este modelo en la investigación se busca analizar las formas en que los grupos elaboran sus estrategias de cuidado de la salud, sus alcances y limitaciones.

Debe señalarse que la biomedicina ha traducido la autoatención a dos conceptos: la automedicación y el autocuidado. Ambos forman parte de la autoatención, pero la biomedicina los ha tomado de manera aislada para usarlos acorde a sus necesidades de control de la enfermedad. En cuanto a la automedicación, Menéndez (1992) señala que ocurre en el ámbito familiar, y está enfocada a limitar, solucionar provisional o definitivamente algunos síntomas. Sin embargo para la biomedicina la automedicación es una acción prohibida y se busca erradicarla; bajo el discurso oficial esta prohibición se basa en la ignorancia de los sujetos sobre las consecuencias del abuso de ciertas sustancias así como por la sinergia negativa que pueden causar la combinación de algunos productos farmacéuticos. Desde la perspectiva no oficial, implica también el no asumir que la población posee saberes curativos, y que con una adecuada capacitación sería posible coadyuvar a la figura del médico en ciertas condiciones específicas. Para el caso de enfermos crónicos, la automedicación es condenada a partir de la idea de la mezcla de fármacos (y otros remedios caseros) como algo maligno para la condición susceptible que tiene el sujeto.

El otro concepto usado por la biomedicina y que actualmente está en boga con los grupos de autoayuda y las enfermedades crónicas, es el de autocuidado. Este se refiere a la realización de acciones para paliar las enfermedades y/o prevenirlas. La biomedicina lo utiliza desde el punto individualista, haciendo parecer que la responsabilidad de mantenerse sano es únicamente del sujeto. Es decir, es una forma no de involucrar al sujeto con su salud, sino de culpabilizarlo por las conductas negativas que desarrolla.

Reconociendo que en las enfermedades crónicas, como la diabetes *mellitus* la medicina no puede proporcionar una cura se ha buscado la manera de incidir en el llamado “estilo de vida” para atenuar sus complicaciones. También se ha admitido que la participación del grupo social donde se desenvuelve el sujeto es importante, ya que permite un mejor ambiente para su autocuidado. Es por ello que se han impulsado los grupos de autoayuda, sin embargo, éstos lejos de proporcionar un tejido social de sostén para la mejora del sujeto, se vuelven una actividad más a controlar por la biomedicina donde la eficacia es tan pragmática que se limita a la realización de rutinas de ejercicio físico.

Un aspecto más acerca de la autoatención son los cuidadores. Por lo general, se asume que es la mujer la encargada de brindar el cuidado hacia el enfermo, al mismo tiempo que ella se encarga de organizar la atención. Sin embargo, el establecimiento y conducción de una terapéutica por parte de la mujer se ha estudiado más en niños, mientras que en el caso de los adultos mayores esto representa otro tipo de problemática. Mientras que los niños están sujetos a la autoridad de la madre, o carecen de maneras de enfrentarse a la enfermedad, los adultos mayores (con sus excepciones) son personas autónomas, que conservan la capacidad de elegir un tratamiento o no, y las formas de seguirlo, entrando varias veces en contradicción con lo que piensa y hace el cuidador.

Tradicionalmente se ha estudiado la autoatención a partir de quienes la ejercen, en su mayoría mujeres que asumen el rol de cuidadoras multigeneracionales, pues apoyan a los hijos, los padres, o los abuelos. La existencia de periodos de emergencia provoca que el cuidador primario deba pedir ayuda, siendo ese el momento en que se visibilizan la capacidad de respuesta de los otros miembros de las redes.

El cuidado de los enfermos crónicos, se ubica dentro del Modelo de autoatención (Robles, 2004); ya que el cuidado cotidiano atraviesa por diferentes mecanismos de atención, y no solamente los directamente enfocados a la atenuación de la enfermedad. El cuidado es prestado por la red familiar, la cual ha adquirido un nuevo papel de cuidado intergeneracional de mayor plazo que en épocas anteriores donde la esperanza de vida de los padres era menor. En el enfermo crónico, el cuidado de autoatención es cada vez más demandante, el sujeto puede ir deteriorándose y perdiendo autonomía, siendo los cuidadores quienes toman la responsabilidad sobre él. Al padecer una enfermedad incurable, la capacidad de la autoatención para buscar curas se modifica; nunca se abandona la búsqueda de automedicación que permita atenuar los síntomas, pero se sabe que ésta es únicamente paliativa. El cuidado que se otorga es constante, pero también implica momentos de tensión cuando el enfermo se agrava; siendo una atención de larga duración que puede desgastar las redes sociales con las que cuenta el adulto mayor.

1.2.8 La enfermedad, el sickness y el padecimiento

La enfermedad no es un concepto que unifique la dimensión biológica y subjetiva; sino que se enfoca únicamente a los signos bio-fisiológicos. Es por ello que para abordar las diferentes dimensiones de la enfermedad desde la antropología norteamericana se han construido tres conceptos: *disease*, *illness* y *sickness*. El primero se refiere a la enfermedad desde su construcción en el discurso biomédico; el segundo la construcción del sujeto sobre su condición; y el último refiere a la construcción que realiza la sociedad sobre el padecimiento y la enfermedad (Kleinman, 1988).

El *sickness* parte de la construcción social de la enfermedad, es decir, los valores sociales que intermedian entre *disease* e *illness*. Busca explicar la relación del padecimiento con las fuerzas macrosociales (económicas, políticas, culturales) con la finalidad de comprender la construcción de éstas por la sociedad (Young, 1982). El *sickness* es el proceso para socializar el padecimiento y la enfermedad; por su aspecto global incorpora los procesos sociales y las estructuras que pueden ser económicas y/o políticas (Osorio, 2001).

Fabrega fue el primero en apuntar la diferencia entre *illness* y *disease*; al discutir los diversos síntomas y representaciones de las personas alrededor de la enfermedad, el *illness* incorporaría las particularidades que cada cultura le imprime (Fabrega, 1971). Kleinman es quien continuó con el desarrollo del concepto *illness* (padecimiento), llevándolo al terreno del análisis con su propuesta de las *illness narratives* o modelos explicativos del padecer. Los Modelos explicativos recuperan la perspectiva del individuo sobre cómo se padece una enfermedad. Cada participante en el proceso salud-enfermedad tiene un modelo diferente, es decir, médicos, pacientes y familiares no siempre comparten las mismas representaciones, provocando malos entendidos y desacuerdos.

El punto nodal de los modelos explicativos es buscar las experiencias del padecimiento, desde el individuo y los actores relacionados con la enfermedad; para Kleinman la experiencia es fundamental ya que muestra algunas aristas importantes de la condición humana. Esto puede incluir cuestiones como la creencia sobre la muerte, los procesos de duelo, y el afrontamiento de la enfermedad, en pocas palabras los significados de la vida y la muerte. La enfermedad sólo puede asumirse a partir de otorgarle un sentido, los significados son los que permitirán realizar acciones en torno a ella. Kleinman busca construir narrativas que permitan interpretar la experiencia de la enfermedad; mostrando al mismo tiempo la falta de sensibilidad de la biomedicina y los médicos para tratar con este aspecto subjetivo e incorporarlo para una atención integral.

Para este trabajo se toma como *padecimiento aquellas construcciones socioculturales, que son modos de significación intersubjetiva, es decir, las formas como la salud-enfermedad se nombra, se viven y se aprehenden; proceso interiorizado mediante representaciones y prácticas. Sin embargo, el padecimiento no es solo un proceso subjetivo individual, está sujeto tanto a las influencias de las redes sociales, como al contexto económico, político y cultural. Siendo una construcción que cambia de acuerdo a la experiencia del sujeto, pero en combinación con las políticas de salud (nacionales e internacionales) que modifican las formas de atender a la enfermedad. El padecimiento (illness) se encuentra influido por los conceptos de cuerpo, persona y*

relación social; la cultura crea opciones para entender al mundo y tomar decisiones. En base a lo anterior, el sujeto percibe los procesos corpóreos y tiene un bagaje para interpretarlos; algunas veces puede encontrar un sentido y las armas culturales suficientes para afrontarlo, y en otras ocasiones no será así, siendo su propia cultura la que le establece barreras para lograrlo. Además de la cuestión cultural, las condiciones materiales de existencia también influirán en la forma en que el sujeto viva su padecer; puesto que tendrá acceso diferencial a las formas de reproducción social y por lo tanto a atender su enfermedad (Osorio, 2001; Kleinman, 1988; Moreno, 2007).

1.2.9 La carrera del enfermo

La carrera del enfermo es un concepto que ayuda a la reconstrucción de las acciones que la persona realiza durante el curso de su padecimiento para obtener una cura. Se lleva a cabo a través de la consulta de la biomedicina y las otras medicinas, incorporando los aspectos objetivos y subjetivos del sujeto.

Este concepto surge a partir del Itinerario terapéutico y la carrera moral de Goffman, cuya propuesta es que la persona realiza una trayectoria social desde su acceso a instituciones y agentes regulatorios. Centra su análisis en la estructura social de atención, para con ello conocer la imagen del yo y la posición frente a las instituciones (Goffman, 2007). Esta imagen del yo-enfermo se irá modificando conforme las instituciones actúen y el paciente adapte su imagen interna.

La Antropología médica crítica transformó el concepto en la carrera del enfermo, en que al contrario de Goffman el punto de atención se centra en el sujeto. El enfermo se vuelve un actor social activo que toma decisiones sobre su padecimiento, participa en las instituciones pero también en otras actividades informales (Arganis, 2005). Es decir, se incorpora al análisis las instituciones, estructuras sanitarias, servicios de salud y los sujetos participantes ya sean formales o informales (enfermos, terapeutas, mediadores, administradores, curadores, curanderos, etc.).

En la carrera del enfermo se “operativizan los saberes y se expresa la construcción social del padecimiento” (Osorio, 2001:39), siendo el punto de partida el diagnóstico de la enfermedad, desarrollándose a partir del uso de los recursos para su atención, por lo que supone la búsqueda de diferentes instancias. El motor de las acciones es la satisfacción de las necesidades generadas por el padecimiento. Como menciona Menéndez:

“Al inicio de la carrera del enfermo se usa un tipo de atención (de acuerdo con el diagnóstico presuntivo), sin embargo, si este no está al alcance por accesibilidad física o económica, o bien no ha funcionado se busca una segunda instancia. El proceso puede terminar aquí, o seguir en búsqueda de instancias, incluso regresar a las que ya se habían consultado. El acudir a estas instancias implica hacer uso de los diferentes modelos médicos, por lo que es en la carrera del enfermo donde se puede observar la articulación, los lazos y transacciones entre estos” (Menéndez, 2005:43).

Se entiende entonces que la carrera tiene varias fases, cuyo cambio es determinado por la resolución ó no de la enfermedad o de las expectativas de la persona. Es decir, se constituye a partir de la situación del sujeto, incluyendo aspectos económicos,

sociales, culturales y las experiencias previas de padecimientos y terapéuticas (Sturzeneger, 1994). En este trayecto se evidencia el uso de la autoatención, pero también los valores que intervienen para acudir a otros modelos de atención: por ejemplo la preferencia hacia la biomedicina o la disposición para su combinación con medicinas alternativas. Para este trabajo, se tomará la siguiente definición: *trayectoria que sigue el enfermo crónico para mitigar su padecimiento, ejerciendo pluralismo médico ya que acude a diversos modelos de atención. La toma de decisiones se realiza a partir de valores involucrados con el mundo económico, social y cultural del sujeto; dando inicio la carrera en el momento en que se diagnosticó la enfermedad y hasta el momento presente (tiempo de la investigación). De manera operativa se buscan los periodos de crisis para reconstruir la carrera en momentos específicos, dado que la mayoría de los pacientes crónicos llevan años con su enfermedad* (Arganis, 2005; Osorio, 2001; Rico, 2009; Menéndez, 2005).

Como menciona la definición en el caso del enfermo crónico la carrera no se realiza basándose en la idea de curación, sino de mitigación. Siendo la biomedicina el eje central de atención, se busca complementarla, pero en ningún momento suspenderla. En este sentido, la carrera del enfermo es un vaivén entre remedios caseros y naturistas, pero cuyo eje central son los medicamentos alópatas.

1.2.10 Los Saberes: representaciones y prácticas

El padecimiento conlleva la existencia de saberes sobre el mismo; éstos se construyen a partir de representaciones y prácticas sobre el padecer. La representación social es un concepto que ha sido usado desde largo tiempo en las ciencias sociales, siendo Durkheim el primero en perfilarlo. En su libro *Las reglas del método sociológico*¹⁷ menciona la existencia de representaciones individuales y colectivas, éstas últimas incluyen varios productos culturales como los mitos, la religión, la ideología, la ciencia, etc. (Rodríguez, 2007). Las representaciones individuales se construyen a partir de las colectivas y son una expresión individualizada; entonces las representaciones colectivas resultan formas de conciencia que la sociedad establece en los individuos.

Moscovici es otro autor fundamental en el desarrollo del concepto, para él las representaciones sociales son un producto concreto de la cultura, es decir, procesos mentales donde las relaciones sociales otorgan significados para diferentes aspectos (Charry, 2006). Describe además tres componentes de las representaciones sociales: la información o suma de conocimientos poseídos; la representación que es la organización de dicho conocimiento; y la actitud que es la forma en que se recibe el conocimiento (Rodríguez, 2007).

También desde la psicología pero con matices más cercanos a la antropología Jodelet articula el nivel individual y colectivo de las representaciones sociales al analizar cuáles son los factores sociales que influyen en los saberes del sentido común (Rodríguez, 2007). Por medio de las representaciones sociales los sujetos pueden clasificar, explicar y usar objetos sociales, es decir, se conoce la realidad por las explicaciones sociales a través del discurso. Las representaciones tienen un origen social

¹⁷ 1979, *Las reglas del método sociológico*, La Pléyade, Buenos Aires.

con funciones sociales específicas como la orientación-interpretación de la realidad, por lo cual participa en la elaboración de conductas con respecto a objetos de la realidad específicos (Hebe, 2005).

La definición que aquí usaremos para representaciones sociales es que son un *constructo teórico que permite entender los procesos de constitución del pensamiento social y cómo son los significados construidos por la sociedad* (Hebe, 2005). *Abarca las ideas de un grupo específico sobre la realidad; por lo que es a la vez el andamiaje de interpretación y el producto del conjunto de creencias y conocimientos del grupo social* (Abric, 2011).

El otro componente de los saberes son las prácticas, las cuales son dirigidas a partir de las representaciones, es decir, surgen de creencias y experiencias previas, que además tienen la característica de ser dirigidas para fines específicos (Espinosa & Ysunza, 2010). Éstas concretan la relación entre sujetos y medio social, son a la vez reflejo (adaptado, disociado o interpretado) de las normas sociales, y pueden reafirmarlas, cuestionarlas o alterarlas. Las prácticas sociales consisten en hechos materiales que forman la realidad social (Castro, *et al.* 1996).

De acuerdo con Osorio (2009:3) y como serán retomadas en esta investigación, se refieren las *“formas de atender los padecimientos”, es decir, lo que realmente se hace en la cotidianidad a partir del referente de las representaciones sociales. Son conductas que dan cuenta del uso de criterios evaluativos y reguladores de utilización de ciertos recursos de atención, de ciertas instancias con sus preferencias en base a la eficacia que se les atribuye.*

1.2.11 El curso de vida

El concepto de curso o trayectoria de vida se encuentra definido por el tipo de relaciones que se establecen entre individuos a lo largo de la vida; existiendo variaciones de ésta según los grupos de edad y la participación que guardan en el proceso social. El curso de vida también permite explicar un momento determinado de los sujetos o grupos, en base a contextos de su pasado, los cuales abarcan la situación política, social, cultural, etc. (López, 2010).

Elder (1985) propone este concepto para localizar las relaciones entre sujeto y entorno institución-sociedad, tomando en cuenta la historia del sujeto, elecciones, motivaciones y forma de vida. El curso de vida se construye a partir de las trayectorias y transiciones del sujeto individual, de la relación de las trayectorias con los componentes de la familia, y de la interacción de los anteriores con el cambio sociohistórico. Elder también propone que se puede estudiar el curso de vida completo, o hacer cortes en fenómenos trascendentales como matrimonio, nacimiento de hijos, etc.

Este concepto también fue retomado por Hareven (2000) para analizar la estructura, organización y desarrollo durante la vida de un sujeto; entendiendo que se encuentra influido por procesos macro y microsociales (Peña, 2012). Permite analizar al sujeto con su entorno social durante su curso vital o algunas etapas de este. Logrando

sistematizar, entender y explicar las relaciones que guardan entre sí los fenómenos involucrados en el proceso enfermedad-atención del adulto mayor con diabetes.

Durante el curso de vida se establecen distintas representaciones y prácticas, las cuales explican el origen, desarrollo, curación y representación del padecimiento. Osorio (2001) lo define como la síntesis de complementariedades y conflictos a partir de la información que proviene de la biomedicina y las medicinas alternativas.

El curso de vida da pauta para localizar un fenómeno de la vida del sujeto, como componente de un proceso con tiempo determinado; en el caso del adulto mayor permite entender el momento actual de su enfermedad a partir de la reconstrucción de circunstancias pasadas en su contexto social, económico y político (López, 2010). Pueden analizarse las trayectorias del sujeto, su cambio de roles en tiempo y espacio, así como periodos específicos (Krieger, 2001), que en el caso de esta investigación involucrarían tres tipos: familia de origen, conformación de nueva familia, y diagnóstico de la enfermedad. Lo anterior es de ayuda para comprender las circunstancias en que se desarrolló la enfermedad y las formas en que se ha afrontado a lo largo del tiempo. En esta investigación se entiende *curso de vida como las circunstancias vitales desde el momento del nacimiento hasta el presente en que se ha desenvuelto el sujeto, relacionándolo con las trayectorias familiares y en su contexto sociohistórico. Reconociendo la existencia de procesos que impactan de manera diferencial en la vida de los sujetos, todos en relación con su marco social, económico, ecológico y cultural* (López, 2010; Elder, 1985).

Sin embargo, este concepto también ha sido retomado e impulsado por instituciones de salud que buscan con ello entender los fenómenos importantes de cada etapa de la vida. En el caso de la vejez, se ha adoptado dicha perspectiva para dimensionarla como una fase del curso de vida y con ello evitar una imagen negativa (Aranibar, 2001). En el caso de la CEPAL (2001) la vejez dentro del curso de vida es vista como una etapa relacionada con otras, por lo que se espera no asumirla como etapa de dependencia, enfermedad o incapacidad, sino como resultado del proceso vivido. Ello resultaría en primera instancia positivo ya que trata de eliminar la connotación de vejez = enfermedad, sin embargo, en la práctica es otra manera de reforzar el discurso de la salud como responsabilidad individual. Es decir, debido a las decisiones y estilo de vida personal tomadas durante la vida es que se puede tener una vejez sana o enferma; ya que a pesar de considerar el contexto en el que se desenvuelve el sujeto le otorga mayor peso a las decisiones personales.

1.2.12 Los estilos de vida

El concepto de estilos de vida se ha vuelto fundamental dentro del discurso de la biomedicina y la epidemiología, ya que se ha usado como una explicación de las causas y de la distribución de las enfermedades. Se utiliza particularmente para las enfermedades crónico degenerativas como un discurso preventivo y terapéutico enfocado a impulsar “estilos de vida saludables” como el punto de partida para mejorar la salud del individuo. Así los esfuerzos se enfocan a cambiar los estilos de vida no deseables, considerando a éstos como hábitos de riesgo. Sin embargo, el resultado no ha sido el esperado, ya que al visibilizar únicamente los hábitos se deja de lado la complejidad de factores que incluyen

dicho concepto. Haciendo una revisión sobre la construcción del “estilo de vida” como categoría de estudio encontramos su origen en las corrientes historicistas alemanas, el psicoanálisis y el culturalismo (Menéndez, 1998). De esta manera es posible incluir diferentes aspectos materiales y simbólicos que describen la situación de las personas y los grupos dentro del marco global de la sociedad.

En este sentido Marx lo describe como el resultado de las condiciones materiales y de la superestructura que se expresan en sujetos o grupos de acuerdo a la clase y posición que ocupan dentro de la producción. De acuerdo con Menéndez (1998) Weber redefine el término como la expresión de formas de vida diferentes según las clases sociales; así combina el psicoanálisis y la fenomenología que corresponden a las diferentes formas de estar en el mundo, que a su vez están condicionadas a los intereses y estados materiales de cada clase social (Menéndez, 1998). Bajo la perspectiva socioantropológica los estilos de vida son la expresión de lo material/simbólico, del sujeto/grupo y el punto donde se expresan las estructuras de la sociedad y la elección personal; por lo tanto son el reflejo de los intereses, ideologías, saberes y comportamientos de la clase a la que se pertenece. Siendo además influenciados por las clases hegemónicas.

La medicina social utilizó este concepto como un factor influyente para la atención, su aplicación ha sido la descripción de “rasgos específicos de comportamientos relacionados con enfermedades. Reduciendo su aplicación al estudio e intervención de determinados padecimientos” (Menéndez 1998:50). Lo anterior se ve reflejado en los múltiples trabajos sobre estilo de vida y su impacto en la enfermedad, donde se iguala con el concepto de factor de riesgo; ya que se le asocia con una serie de hábitos o conductas nocivas como el sedentarismo, tabaquismo o alcoholismo. En cuanto a las dimensiones cultural, social y económica no se toman en cuenta para el uso del concepto; en algunos casos los aspectos culturales que intervienen en el proceso salud-enfermedad-atención son vistos también como el riesgo a erradicar.

Desde otras posturas sociológicas los estilos de vida están determinados por los bienes y actividades personales, los valores socioculturales y las prácticas que los sujetos adoptan para satisfacer sus necesidades (Giddens, 1995). El estilo de vida según este autor está relacionado con la identidad del yo, la cual se forma a partir de las decisiones del ¿qué hacer?, ¿qué comer?, ¿qué vestir?, etc.; adquiriendo un papel fundamental para vincularse a la sociedad de consumo. La manera de insertarse en la sociedad depende de la funcionalidad que el sujeto tenga y de la que la sociedad le permita, es decir el sujeto tiene la capacidad de elegir un tipo de vida, pero sólo dentro de los marcos que el colectivo le permita. Giddens plantea la existencia de múltiples decisiones en un contexto globalizado, donde el estilo de vida es la base de la narrativa del sujeto sobre la construcción de sí mismo. A pesar de que Giddens plantea que las circunstancias materiales condicionan las elecciones, termina por concebir los estilos de vida como una construcción simbólica para habitar en la sociedad posmoderna. Reduciéndolo al ámbito narrativo y cargando al sujeto como la dimensión última donde se decide por un estilo de vida u otro, rompiendo así con la relación de la estructura social.

En el caso de Bourdieu los estilos de vida se incluyen en el concepto *habitus* el cual abarca formas de pensar, hacer y sentir y son determinados por la posición que el sujeto tiene en la estructura social. El *habitus* no sólo es un estilo de vida que es característico de una clase social, sino que se forma con la totalidad del mundo simbólico

de la estructura social y del sujeto (Bourdieu, 2010). Las condiciones sociales limitan las prácticas personales, varían por el campo al que se pertenece y a los capitales que posea. Los comportamientos que el sujeto realiza son generados por las condiciones de vida del grupo, pero a la vez el grupo es quien condiciona los tipos de comportamientos. La diferencia que plantea Bourdieu es que las clases responden a las relaciones de producción pero también a la producción que hacen del *habitus* y del uso de diferentes capitales para conservarlo. Los planteamientos de Bourdieu hacen mella en la concepción del estilo de vida como la capacidad de elección del individuo, ya que enfatiza la producción de éste como algo inconsciente. Por lo tanto la modificación del estilo de vida no sería posible a partir del “consejo externo” (como plantean las recomendaciones de los servicios de salud). Sino a partir de un cambio en su posición en la producción social, y en los mecanismos simbólicos que refuerzan su adhesión inconsciente al *habitus* y al campo social que pertenece.

El uso del estilo de vida por el Modelo Médico Hegemónico se explica como un encasillamiento de éste en una serie de hábitos y costumbres, medibles e influenciables; cuya finalidad es modificar comportamientos que causan la enfermedad. Al ser un comportamiento individual se maneja como una elección libre y personal, por lo que el sujeto es el único responsable de generar estilos de vida no saludables.

Los primeros trabajos que hacen referencia de manera formal al concepto son los de Lalonde (1981), quien propone un modelo de determinantes de la salud en el cual el estilo de vida es incluido. Para este autor el estilo de vida es el conjunto de decisiones del individuo sobre su salud, por lo tanto es el propio individuo quien genera riesgos para sí. Tiempo después se discutirá la noción de hábitos como componentes del estilo de vida; éstos pueden ser factores protectores y/o conductas de riesgo (Jenkins, 2005). Además hace énfasis en la promoción del “estilo de vida saludable” a partir de la modificación de los hábitos de riesgo, y de la mejora del contexto del sujeto. Los trabajos que se basan en el estilo de vida tienen una orientación hacia el estudio de la asociación de hábitos - nocivos y enfermedades; otros asocian los hábitos y la adherencia al tratamiento; siendo los más generalizados aquellos que plantean la intervención apropiada para modificarlos minimizando los riesgos de presentar una enfermedad específica o de sobrellevar una enfermedad crónico degenerativa.

La OMS elaboró una primera definición sobre estilo de vida como “la forma de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986). Esta definición dará pie al uso de estilo de vida como patrones conductuales que son modificables. Para su evaluación se caracterizan por “poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista actitudes, valores y motivaciones, no forman parte del mismo aunque pueden ser sus determinantes. Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito”. Asociación y combinación entre conductas de forma consistente”. (Sánchez & González; 2006:2)

En 2012 la OMS promueve el *Estilo de Vida Saludable* sin que tenga una definición terminada menciona que son los comportamientos y hábitos de los individuos que llevan a cubrir las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la salud. Asimismo recomienda la promoción del estilo de vida saludable durante todo el ciclo vital, con la finalidad de llegar a una vejez sana y sin discapacidad. Es decir, elimina la noción de patrones conductuales para alejarse del tinte de la psicología conductista que la

primera definición poseía. La promoción del estilo de vida saludable se concentra en evitar riesgos y apoyar la capacitación para tomar decisiones adecuadas; pero no incorpora el contexto material ni social de la persona. Debe tomarse en cuenta también la facilidad que pueda tener una persona para modificar su comportamiento como apunta Menéndez: “Los comportamientos que son parte de estilos de vida en algunos casos las posibilidades personales y del grupo social de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos/grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección” (1998:50).

En el caso de la diabetes se ha priorizado ese aspecto de cambio de patrones a partir de la promoción del ejercicio cotidiano y alimentación balanceada; los programas de atención se enfocan únicamente a ello, lo cual se ve reflejado en que los resultados alcanzados suelen ser muy limitados. Aún con los problemas ya expuestos que el concepto estilo de vida presenta en los estudios relacionados con la salud, para este trabajo utilizaré la definición que de él hace la Secretaría de Salud; con la finalidad de discutir los alcances y limitaciones que tiene al momento de influir en los adultos mayores diabéticos. Dado que en la NOM dedicada a pacientes con diabetes *mellitus* no se define el concepto, se usará la siguiente definición “*manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales*”¹⁸ concepto que se desprende de la NOM-009 de promoción de salud.

Los programas dedicados a la atención del adulto mayor y del diabético promueven los cambios en estilo de vida como “reducción de peso, una adecuada nutrición, la realización de ejercicio y la disminución de los factores de riesgo cardiovascular”¹⁹. Por lo que es pertinente analizar cómo se implementan acciones para conseguir esos cambios desde las redes sociales de apoyo que el Estado ha impulsado.

1.2.13 La vulnerabilidad social

De acuerdo con la CEPAL la vulnerabilidad es una incapacidad de respuesta ante un evento adverso (exógeno o endógeno), por ausencia de mecanismos de defensa y fuentes de apoyo (CEPAL, 2002:1). La vulnerabilidad social se explica a partir de dos cambios: la existencia de inseguridad de las comunidades, familias y sujetos debido a crisis económicas; los grupos tienen poco margen de manejo de recursos y de estrategias para enfrentar esas crisis. El concepto surge de la vulnerabilidad frente a desastres naturales; sin embargo, se observó que las crisis económicas, sociales y/o políticas también podían causar el mismo efecto en la población (Moser, 1998). Es por ello, que comenzó a hablarse de vulnerabilidad social como una condición permanente de ciertos grupos hacia cualquier cambio en el sistema socioeconómico. Los ajustes al Estado Benefactor provocaron grandes crisis de producción, sociales e institucionales; que causaron en los países desarrollados condiciones de desventaja, y en los países en desarrollo inseguridad e indefensión, así como pérdida de amortiguadores como la seguridad social, el acceso a la educación y la protección de la salud.

¹⁸ NOM-009-SSA2-2013

¹⁹ NOM-015-SSA2-2010

La vulnerabilidad genera desventaja social, incluye riesgo, inseguridad y falta de bases materiales que permitan afrontar los problemas de la vida cotidiana (Aranibar, 2001:36). Para la CEPAL se refiere a “los recursos cuya movilización permite el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes en un momento, ya sea para elevar el nivel de bienestar o mantenerlo durante situaciones que lo amenazan” (2000:52).

La vulnerabilidad social se presenta ante el cambio en las directrices del Estado, pues éste deja de garantizar el bienestar social y mantiene a sectores de la población fuera del desarrollo. Es decir, desaparecen las políticas y programas de apoyo que permitían hacer frente a las crisis económicas. Vulnerabilidad y pobreza son conceptos diferentes, ya que la pobreza remite a valores económicos; mientras que la vulnerabilidad además de tener un tinte económico, refleja además la pérdida de capacidades para enfrentar una situación crítica. Además la vulnerabilidad permite incorporar las modificaciones y carencias que presentan las estructuras e instituciones socioeconómicas del Estado para impulsar el desarrollo de la población (Pizarro, 2001).

Los adultos mayores son considerados un grupo vulnerable, puesto que disponen de menos activos materiales y no materiales, sus condiciones de vida son precarias por el menor acceso a beneficios sociales, su participación de vida pública y condiciones materiales de existencia son precarias. Para esta investigación *la vulnerabilidad se define como una condición de riesgo social, de poca capacidad para afrontar crisis inmediatas o futuras, y de mantener un bienestar satisfactorio para el grupo que la presenta. Es decir, existen desventajas estructurales frente a los cambios políticos, económicos y sociales* (Pizarro, 2001; CEPAL, 2002; Sojo, 2004).

1.2.14 El rol de género en las redes sociales de apoyo

En el funcionamiento de la red familiar existen diferencias por género. El género entendido como las “distintas formas de relación entre hombres y mujeres en un contexto social” (Arroyo & Ribeiro, 2009:46) determina la existencia de procesos diferenciales en el envejecimiento, al contribuir en la construcción de saberes con respecto a las formas de atención y de experiencia del padecimiento. De acuerdo con algunos estudios sobre salud y envejecimiento (Montes de Oca, 2004; Wong, 1999) se ha encontrado que las diferencias radican en que las mujeres tienen una salud más frágil, con enfermedades incapacitantes; mientras que los hombres sufren de enfermedades agudas. Otro factor relacionado con enfermedad y redes, es que los hombres tienen mayores opciones de acceso a recursos de salud debido a su participación en trabajos formales; en tanto que las mujeres tienen mayor apoyo de la red familiar, así como de la comunitaria expresada en amistades y vecinos (Montes de Oca, 2004).

En algunos contextos las mujeres suelen considerarse como un grupo menos valioso para la sociedad, ya que supuestamente no generan el mismo trabajo y riqueza que los hombres, por ello son relegadas en cuanto a su papel en la familia y a la satisfacción de sus necesidades (Aranibar, 2001). Asimismo, a pesar de tener una mayor esperanza de vida por lo general sus condiciones de salud son más precarias que la de los hombres. Suelen presentar mayor incidencia de patologías causadas por

enfermedades crónicas, con menor frecuencia de muerte pero más problemas de incapacidad (Valls, *et al.*, 1999).

El rol genérico de las mujeres implica una doble carga de trabajo, por el trabajo de los quehaceres domésticos y el trabajo productivo con retribución económica informal que también realizan. En relación con el mercado laboral, la mayoría de las mujeres no participan en la economía formal por lo tanto no logran obtener pensiones al final de la vida productiva; otro caso es que reciben menores salarios y por lo tanto la pensión es menor que para los hombres. Ello las coloca en una condición de vulnerabilidad y de mayor conflicto económico.

En el caso de los hombres, la actividad productiva a la que se dedican suele ser de carga física lo que puede causarles lesiones incapacitantes, o estados de fragilidad en la vejez. Igualmente, su rol de proveedor de la familia puede desconectarlo afectivamente al interior de ella, por lo que puede recibir una calidad en la atención bastante limitada al momento de cesar dicho rol. Es el caso contrario de las mujeres, quienes son valoradas en la familia por el apoyo que pueden prestar como cuidadoras de niños, ayudantes de quehaceres, etc. Los hombres suelen ser vistos como un sujeto al que apoyar y del cual no se recibe nada a cambio. La reciprocidad en las mujeres es continua hasta el final de sus días, mientras que para los hombres ésta se relaciona con la calidad de recursos que otorgó en su juventud o bien con la posibilidad de una futura herencia (tierra o recurso económico).

La literatura al respecto de los cuidadores de adultos mayores menciona que existe preferencia hacia las mujeres como cuidadores cotidianos. Se prefiere a las hijas por encima de los hijos, mientras que para los hombres las hijas a pesar de ser las principales cuidadoras tienen una participación limitada para cierto tipo de acciones que involucran niveles de intimidad (Tamez & Ribeiro, 2009).

Un ejemplo de cómo el género afecta la salud es el expuesto por Freyermuth (2003) quien realizó un estudio donde analiza el riesgo de la mortalidad materna a partir de la conjunción de violencia doméstica, redes sociales y género. Aquí enfatiza como el género al interactuar con factores como pertenencia étnica, clase social, condición cultural y tipos de redes de apoyo se convierte en un factor de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas. El género puede ser una desventaja para la construcción de redes favorables y para obtener acceso a servicios médicos.

En el caso de esta investigación no se profundizará sobre los roles de género en el envejecimiento, sino en cómo el género influye en las redes sociales de apoyo, en los cuidadores, quiénes otorgan qué tipo de recursos y cómo varía la atención del adulto mayor por ser hombre o mujer. Por lo que entenderemos los roles de género *se forman por el conjunto de conductas normas y determinaciones de una sociedad que pesan sobre hombres y mujeres, los cuales están relacionados con la división sexual de trabajo, reflejándose en las tareas que se esperan sean desarrolladas por mujeres y las que se esperan lo sean por los hombres* (Lamas, 1996; Pérez, 2003).

1.2.15 La interculturalidad en salud

Un factor más a considerar es la situación intercultural que conlleva la relación médico-paciente; reconociendo que los saberes biomédicos y los saberes populares provienen de marcos explicativos diferentes el enfoque intercultural facilita o no una adecuada relación que lleve a la mejor terapéutica para el paciente. La interculturalidad tiene sus orígenes en los movimientos de reivindicación de los pueblos originarios, dichas reivindicaciones fueron ampliándose para cubrir a otros grupos como los migrantes y las minorías raciales, por lo que se convirtió en el mecanismo de defensa de las diferencias.

De acuerdo con Knipper (2010) un enfoque necesario para disminuir inequidades es trabajar con categorías pertenecientes a cada medio y población a atender, la etnografía facilita tener conocimientos sobre situaciones locales para tener la perspectiva de la población y construir acciones basadas en su contexto.

Knipper también aporta que “las diferencias culturales en el área de la salud no están relacionadas directamente ni dependen de manera exclusiva de la etnicidad de los actores” (2010:99) sino también de las diferencias socioeconómicas entre la población y el personal de salud. La interculturalidad implica tomar en cuenta diversos factores además de la diferencia del lenguaje, como puede ser la disposición de horarios de consulta, el trato del personal de salud, la adecuación de términos técnicos, etc. Por lo tanto, de acuerdo con este autor habría que conceptualizar a la biomedicina como una forma cultural que tiene sus propias normas, conductas y proceso comunicativo; ejemplo de lo anterior es el trabajo desarrollado por Kleinman sobre los modelos explicativos del mundo biomédico.

La cultura biomédica abarca la formación del personal médico, sus valores disciplinarios, las formas de entender el proceso salud-enfermedad-atención, las normas del servicio de salud, y en general las maneras de acercarse a los problemas de salud de la población. Todo lo anterior puede ser diferente a los valores, formas de atención y concepciones de la enfermedad en los pacientes.

La interculturalidad tiene características particulares, según Bouchard (2011) actúa en el nivel social y en el nivel de gestión de políticas; es decir, incluye las relaciones comunitarias y las dinámicas institucionales. Entre sus características se cuentan: búsqueda de integración social de minorías y mayorías; favorecimiento de las interacciones, intercambios e impulso a iniciativas intercomunitarias; fomento de la conciliación, el equilibrio y la reciprocidad en las interacciones; mecanismos de integración y fortalecimiento de la identidad a nivel individual, comunitario e institucional. La interculturalidad es para este enfoque la búsqueda de mediación entre valores, expectativas y culturas diferentes; con la idea de consensuar las formas de convivencia.

Albó (2004) plantea la existencia de diferencias en las relaciones interculturales, dando origen a relaciones positivas y negativas. Las negativas involucran la dominación y absorción de las culturas distintas; las positivas la aceptación, convivencia y retroalimentación. Abarcando relaciones con la otredad, que pueden estar marcadas por diferencias culturales, de género, socioeconómicas, etc.

De acuerdo con Lerin (2005) en México la interculturalidad en salud ha sido diseñada e implementada desde instancias de gobierno, excluyendo a la población y la realización de cambios de fondo. En el caso de la interculturalidad entre la biomedicina y la población el lenguaje, la conducta y los mecanismos de ésta pueden actuar como barreras para que exista una relación adecuada que permita mejoras en la salud. “Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas, no encontrándose la mayoría de las veces puntos de contacto intercultural. Frecuentemente existe descalificación del personal de salud respecto de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a la enfermedad” (Lerin, 2005:3).

La interculturalidad en salud confronta saberes de la biomedicina y saberes populares, para Lerin interculturalidad son “las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos (2005:6)”.

Para los fines de esta investigación se utilizará el concepto interculturalidad en la interacción del adulto mayor con la red institucional, y específicamente la atención médica. Por lo que se utilizará la definición de Campos (2004) sobre la medicina intercultural, siendo la *“práctica médica académica (de origen occidental) con personas que poseen una cultura diferente, donde se trata de establecer una relación de diálogo con búsqueda de consenso. En otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes”* (2004:129).

1.3 Justificación de la investigación

El envejecimiento es un fenómeno de las sociedades modernas que tiene implicaciones a escala internacional y nacional. Por ello en las últimas décadas se han realizado un sinnúmero de estudios desde diferentes perspectivas con la finalidad de entender sus múltiples dimensiones. Debido a la complejidad que representa se suele estudiar desde tres aristas que describen el fenómeno: lo social, lo legal y lo biológico.

Sin embargo, a pesar de los estudios realizados aún quedan aspectos por analizar; sobre todo desde la antropología, ya que ésta ofrece nuevos panoramas al privilegiar la voz del actor. La antropología ha podido indagar sobre la experiencia de ser anciano, las condiciones de existencia, las representaciones sociales sobre el envejecimiento, las prácticas asociadas a la vejez, el impacto de programas de atención, la vivencia de la persona anciana enferma, etc. (Rosenblueth, 1985; Arganis, 2005; Yuni, 2001; Vázquez, 2006; Laurell, 2008).

Partiendo del marco de la antropología médica, la presente investigación pretende ahondar sobre el adulto mayor diabético y sus redes sociales de apoyo; con la finalidad de comprender cómo se relacionan los apoyos formales e informales en la atención a la enfermedad. El análisis de redes sociales de apoyo con un enfoque antropológico posibilita estudiar de manera relacional factores asociados al cuidado del adulto mayor, como los programas institucionales, la seguridad social, los intercambios materiales y

afectivos, los apoyos comunitarios y los apoyos familiares. Lo anterior permite también relacionar factores macro y micro sociales que están influyendo en una problemática delicada como es la diabetes en el adulto mayor.

En los últimos años ha existido una tendencia a la realización de investigaciones sobre redes sociales, las cuales buscan entender los intercambios que ocurren en su interior con la finalidad de impulsar aquellas que se consideran convenientes para la atención de grupos vulnerables. Los organismos internacionales (OMS, OPS, ONG's) han rescatado el estudio sobre redes sociales, impulsando su promoción y desarrollo como una forma de intervención comunitaria. Debido a que se reconoce la trascendencia de que grupos poblacionales que viven en desigualdad -económica o social- puedan tener soportes que les permitan integrarse y mantenerse en un modelo de sociedad donde el Estado ya no es capaz de brindar seguridad social universal.

En México la generalidad de la población mayor de 60 años no cuenta con un plan de pensión y la cobertura médica es limitada. Existe un escenario donde el adulto mayor no cuenta con seguridad social, por lo que parecen fundamentales los apoyos informales y los programas específicos de ayuda que recibe. En el caso de los adultos mayores diabéticos, lo deseable es que su contexto favorezca la atención integral de su salud.

Sin embargo, las redes formales representadas por programas del Estado no se distribuyen igualmente en todo el país (solo algunos estados cuentan con ellos, como es el caso del Estado de México), son de muy reciente creación por lo que está a discusión su alcance y efectividad. Dado que la tendencia actual es individualizar las enfermedades, se ha privilegiado el papel de las redes informales, sobre todo el de la familia como la principal responsable del bienestar para el adulto mayor.

1.4 Planteamiento del problema

El envejecimiento de la población es un fenómeno que se desarrolla progresivamente a nivel internacional y nacional. Ante el aumento de la densidad poblacional y de los problemas sociales de este grupo etario se ha elaborado el concepto de adulto mayor (Peláez, 2004), el cual se refiere a toda persona mayor de 60 años de edad viviendo en países en vías de desarrollo y 65 años para países desarrollados, aplicable a personas que se encuentran en la última etapa de la vida, y que por lo general ya han consumado la etapa laboral. Es además un sector que se encuentra en vulnerabilidad social, es decir, presentan desventaja al tener un desgaste fisiológico del cuerpo, así como una valoración negativa por parte de la sociedad, el mercado laboral, menores recursos económicos y sociales para hacer frente a algún tipo de enfermedad.

El sector de 60 años y más representan el 6.3% de la población mexicana, siendo el grupo con mayor tasa de crecimiento en los últimos 15 años (INEGI, 2010); sus problemas de salud característicos son las enfermedades crónico-degenerativas. De éstas la diabetes *mellitus* tipo II es la de mayor prevalencia, colocándose en la séptima causa de morbilidad (SUIVE/DGE, 2009). Existe también diferencia considerable de la población adulta mayor por género ya que por cada 100 mujeres hay 84 hombres (INEGI, 2010) esta variación se refleja en la salud, la cantidad de mujeres que muere por diabetes es de 18.3% respecto a las causas de muerte de este sector de la población (INEGI, 2009).

En el panorama nacional la diabetes se concentra en la zona centro del país, donde destaca el Estado de México, entidad que cuenta con una densidad poblacional arriba de la media en la población de adultos mayores; mientras que la diabetes tiene una tasa de 204.49 individuos por cada 100 mil habitantes (SUIVE-INEGI, 2010), siendo así la primera causa de muerte a nivel estatal. Es necesario señalar que la diabetes como causa de mortalidad en adultos mayores de 20 años es más común en hombres; lo cual muestra una diferencia importante en la presencia de diabetes por género. A su vez a pesar de tener una frecuencia más alta en hombres es en las mujeres donde es la primera causa de muerte. En cuanto al acceso a servicios de salud cabe destacar que el Estado de México presenta el lugar 11 en falta de protección sanitaria (INEGI, 2010). Estos indicadores son relevantes para el estudio del fenómeno de la diabetes en esa región.

El municipio de Atlautla, en el Estado de México es representativo de este fenómeno ya que es una de la zonas donde la diabetes es la principal causa de morbimortalidad en este grupo y presenta además otras dos características particulares: un porcentaje medio de adultos mayores del 9.38% de la población (INEGI, 2010) y una cobertura en servicios de salud de únicamente el 55.6% de los habitantes (INEGI, 2010).

Atlautla se ubica en la región de Amecameca la cual ha sufrido cambios estructurales durante el tránsito de lo rural a lo urbano, siendo el empobrecimiento de las tierras de cultivo y las migraciones los factores con mayor peso. Estos cambios en el contexto y en la obtención de recursos económicos, se expresan en que los adultos mayores estén construyendo apresuradamente nuevas prácticas y estrategias para la resolución de sus problemas de salud.

Considerando que la diabetes se acompaña de otras complicaciones (problemas cardiovasculares, nefritis, ceguera, pie diabético, etc.) es fundamental una continua asistencia médica. Sin embargo, en el caso de municipios como en Atlautla donde la cobertura es insuficiente, y los programas estatales de atención al adulto mayor tienen poco tiempo de implementación, las redes sociales de apoyo como mecanismo para allegarse recursos cobran relevancia. Estas redes se convierten en mecanismos de mediación entre enfermedad y atención; por lo que permiten entender la problemática del proceso salud-enfermedad-atención de los adultos mayores diabéticos.

Además la cronicidad de la diabetes *mellitus* tipo II posibilita la construcción sociocultural del padecimiento, el cual depende de una valoración social donde la enfermedad es analizada y significada a partir de un conjunto de saberes. Es decir, se construyen representaciones sociales que son expresadas en prácticas cotidianas sobre el tratamiento, cuidado y estilos de vida adecuados para sobrellevar la enfermedad. Las redes sociales de apoyo también se encuentran construidas a partir de una lógica de representaciones y prácticas que influyen en su construcción y que son el soporte para el proceso de atención. Por lo que, se esperaría que coadyuvaran en dar respuesta a las necesidades de atención y tratamiento de los adultos mayores con diabetes. Sin embargo, las redes están en continua reelaboración dependiendo de distintos factores como el género, los cambios en la gravedad de la enfermedad, condiciones económicas y particularidades culturales.

En una situación donde la vida del adulto mayor está marcada por el padecimiento, éste desarrolla diferentes formas de atención (que incluyen autoatención y tratamiento

biomédico), donde las redes sociales de apoyo, entendidas como un otorgamiento de bienes materiales o no materiales entre sujetos con algún tipo de relación entre sí, juegan un papel importante en la atención a los problemas de salud. Estas relaciones serán evidentes a través de la carrera del enfermo, ya que será primero la red informal la que actuará positiva o negativamente para apoyar en dichos procesos. Ante las complicaciones de la enfermedad, las redes sociales de apoyo pueden favorecer el establecimiento de un abanico de posibilidades de atención que prioricen el cuidado durante los periodos de gravedad de la enfermedad.

Lo anterior nos lleva a cuestionar la relación entre adultos mayores diabéticos y redes sociales de apoyo, considerando a estas últimas como un factor que interviene en la construcción de formas de atención ante el padecimiento y la cobertura médica limitada.

Para este trabajo en particular se abordó el proceso enfermedad-atención, analizando los tipos de apoyo, el reparto de ocupaciones y obligaciones de la red hacia el adulto mayor, así como la asistencia informacional sobre recomendaciones terapéuticas. Las redes sociales de apoyo fueron divididas para su análisis en redes formales e informales, entendiendo a las redes formales como las constituidas por los programas de atención de parte del Estado y los grupos de autoayuda. Las redes informales son aquellas generadas por las personas y la comunidad para intercambiar recursos, para su análisis han sido divididas en redes familiares y redes comunitarias.

1.5 Preguntas de investigación

1. En una comunidad donde predomina la combinación de escasos recursos económicos y servicios médicos limitados ¿Qué tipo de redes sociales de apoyo han elaborado los adultos mayores diabéticos?; ¿cómo es su funcionamiento en cuanto a sus miembros?, ¿a qué factores se deberán las diferencias entre redes sociales?

1.5.1 Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son los saberes de los adultos mayores sobre la diabetes y cómo se retroalimentan de sus redes sociales de apoyo?
2. ¿Cuáles son las representaciones que tiene el adulto mayor sobre los apoyos sociales que debe recibir, qué valores asociados usa para conformar su red de apoyo?
3. ¿Cómo son las redes sociales formales e informales de apoyo de los adultos mayores, qué tipo de diferencias se encuentran en sus estructuras y funciones y que tan efectivas o no pueden ser?

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Describir y analizar cuáles son las redes sociales de apoyo con las que cuentan los adultos mayores con diabetes; las representaciones y prácticas involucradas en sus redes de apoyo, su estructura y su funcionamiento en la atención a la enfermedad. Así como analizar las diferencias que pueden presentarse por género, o bien identificar algún otro factor de diferenciación.

1.6.2 Objetivos específicos

1. **Describir y analizar la relación entre redes sociales de apoyo y los saberes que los adultos mayores construyen sobre la diabetes.**
 - 1.1 Representaciones del adulto mayor y de sus redes sociales de apoyo acerca de la diabetes y su terapéutica.
 - 1.2 Prácticas del adulto mayor y de sus redes sociales de apoyo hacia la atención de la diabetes.
 - 1.3 Cambios implementados en la vida diaria orientados hacia la atención de la diabetes.
 - 1.4 Condiciones materiales de existencia: tipo de vivienda, recursos para la salud, recursos de atención.
 - 1.5 Distribución del ingreso familiar: mecanismos de decisión de su uso y su distribución, materialización en la atención del adulto mayor.
 - 1.6 Autoatención del adulto mayor: carrera del enfermo.
 - 1.7 Influencia de la red formal e informal en la carrera del enfermo.
 - 1.8 Uso de recursos de atención: curadores²⁰ e instituciones de salud involucrados.
 - 1.9 Tratamiento recomendado por los curadores elegidos. Apego y forma en que se adopta el tratamiento.
 - 1.10 Consumo de alimentos: actuación de la red formal en la elaboración de dieta, valoración de su cumplimiento y adaptaciones familiares.
 - 1.11 Consumo de alimentos: actuación de la red informal en el cumplimiento de la dieta, adaptaciones y reinterpretaciones.
 - 1.12 Ejercicio físico y la red formal: promoción, rutinas establecidas y vigilancia de las mismas.
 - 1.13 Ejercicio físico y la red informal: existencia de la práctica de ejercitarse, lugar de realización, representaciones sobre el ejercicio cotidiano.
2. **Describir y analizar los tipos de redes sociales de apoyo dedicadas al cuidado y atención del padecimiento, así como su organización y su funcionamiento. Los sujetos que participan, los tipos de apoyo que se**

²⁰ Con curadores me refiero a las personas que se dedican a atender malestares específicos y que son reconocidos por la comunidad por la capacidad o don de “curar” problemas de salud. Pueden tener capacitación de algún tipo como es el caso de las parteras, o bien otros pueden ser producto de la experiencia o el aprendizaje propio.

instrumentan y la diferencia entre géneros en las estructuras y apoyos de la red.

En cuanto a las redes sociales en lo general:

- 2.1 Tipos de redes: redes elaboradas a partir del adulto mayor.
- 2.2 Tipo de apoyos recibidos por las redes

Acerca de la red informal en su dimensión de red familiar:

- 2.3 Curso de vida enfocado a 3 procesos que intervienen en la formación de redes: familia de origen, conformación de la nueva familia, diagnóstico.
- 2.4 Red familiar de origen: existencia, sujetos involucrados, tipos de apoyo.
- 2.5 Red familiar creada: existencia, sujetos involucrados, tipos de apoyo.
- 2.6 Dinámica familiar: roles y actores involucrados en la toma de decisiones.
- 2.7 Tipo de apoyo y sujetos que participan.
- 2.8 Representaciones sobre el apoyo en la atención al adulto mayor diabético.
- 2.9 Características de la red familiar.
- 2.10 Diferencias debidas al género. Roles de género y su relación con la atención al adulto mayor.
- 2.11 Identificación del cuidador primario y funciones.
- 2.12 Distancia genealógica y su influencia en el funcionamiento de la red.
- 2.13 Apoyo instrumental: obtención de recursos económicos, obtención de recursos terapéuticos, recursos alimentarios.
- 2.14 Apoyo no instrumental: acompañamiento a las consultas médicas, cuidado sobre el seguimiento de la terapéutica, afectos.

Sobre la red formal:

- 2.15 Programas de asistencia: desarrollo y tipo de programa, objetivos del programa y referencias de su efectividad.
- 2.16 Recursos materiales y humanos involucrados: personal biomédico, accesibilidad geográfica, recursos de atención.
- 2.17 Tipos de redes formales: programas en los que participa, pertenencia a grupos de autoayuda, instancia médica predominante.
- 2.18 Tipo de apoyo recibido.
- 2.19 Actividades económicas que condicionen al apoyo de la red.
- 2.20 Dinámica del programa implementado.
- 2.21 Existencia de mecanismos interculturales en la normatividad y en la estructura de los programas dirigidos al adulto mayor.
- 2.22 Reconocimiento de la diversidad cultural del sector al que está referido el programa.
- 2.23 Existencia de mecanismos de participación ciudadana en los programas (retroalimentación, quejas, adaptaciones al entorno cultural).
- 2.24 Existencia de mecanismos que permitan y alienten la promoción de otras medicinas.
- 2.25 Existencia de personal capacitado en interculturalidad, género y derechos humanos.
- 2.26 Existencia de mecanismos que interactúen con estructuras de organizaciones locales donde intervengan los adultos mayores.
- 2.27 Repercusión del apoyo en el diagnóstico y terapéutica del adulto mayor desde la institución y desde el adulto mayor.
- 2.28 Apoyo instrumental: obtención de medicamentos, realización de pruebas de laboratorio de rutina, accesibilidad de consultas médicas.

- 2.29 Apoyo no instrumental: adecuación de la terapéutica a las necesidades particulares.

Sobre las redes informales en su dimensión de redes comunitarias:

- 2.30 Identificación de otro tipo de redes involucradas en la atención a la diabetes
2.31 Tipo de apoyo recibido por esas redes.

3. Describir y analizar la conformación de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores con la finalidad de compararlas entre sí para localizar diferencias en sus estructuras, funciones y en el flujo de recursos. Valorar su efectividad en cuanto a los cuidados y la atención al adulto mayor con diabetes.

- 3.1 Identificación de relaciones de poder dentro de la red.
3.2 Distribución geográfica. Consecuencias diferenciales por distancia.
3.3 Tipos de distinciones: excepciones o expectativas sobre sujetos particulares en cuanto a género, edad, capacidad económica y residencia.
3.4 Identificación de la preparación para cuidar del adulto mayor diabético.
3.5 Situación del adulto mayor dentro de la red: capacidad de reciprocidad, capacidad de autonomía y de libertad económica.
3.6 Representaciones del adulto mayor sobre la efectividad de los actores involucrados: red informal y red formal.
3.7 Alcance y limitaciones de las redes para el cumplimiento de necesidades desde la visión institucional.
3.8 Identificar problemas de la red familiar e institucional: abuso, violencia, descuido, abandono, flujos negativos del recurso.

1.7 Hipótesis

En concordancia con las preguntas y objetivos de la investigación se presentan tres hipótesis.

La primera hipótesis responde a la pregunta ¿Cuáles son los saberes de los adultos mayores sobre la diabetes y cómo se retroalimenta de sus redes sociales informales y formales de apoyo?

La segunda hipótesis se refiere a las representaciones que tiene el adulto mayor sobre la red de apoyo, y responde a las preguntas ¿Cuáles son las representaciones que tiene el adulto mayor sobre los apoyos sociales que debe recibir?, ¿qué valores asociados usa para conformar su red de apoyo?

La tercera hipótesis hace alusión a la estructura y función de las redes, responde a las preguntas ¿Cómo son las redes sociales de apoyo de los adultos mayores, qué tipo de diferencias se encuentran en sus estructuras y funciones y que tan efectivas o no pueden ser?

1. Los saberes del adulto mayor sobre la diabetes están ligadas a sus relaciones sociales, siendo la estabilidad en éstas lo que influye directamente en la vivencia

de su padecer. Los saberes de la red formal se enfocan únicamente a mantener parámetros biomédicos, por lo que no siempre existe concordancia con los saberes del adulto mayor. Mientras que los saberes de la red informal no consideran importante el padecimiento a menos que disminuya la funcionalidad del adulto mayor.

2. El adulto mayor diabético busca en la red formal respuesta puntual a su padecimiento por medio de medicamento, apoyo económico y facilidades en general para acceder a un tratamiento farmacológico. En cuanto a la red informal el apoyo es diferencial por género, lazos afectivos, nivel económico, capacidad de reciprocidad y distancia genealógica.
3. La red formal otorga apoyos que incluyen aspectos técnicos; en el caso de la red informal los apoyos tienen mayor diversidad, sin embargo no siempre consideran su efectividad para el tratamiento de la diabetes. Las redes sociales de apoyo generan intercambios que son positivos o negativos; para el adulto mayor la red solo será efectiva si promueve conductas relacionadas con la atención y cuidado en su vida cotidiana. La efectividad de la red no depende de su extensión, sino de que sea capaz de cubrir las necesidades específicas del adulto mayor con diabetes.

1.8 Metodología

La metodología cualitativa tiene como finalidad la descripción y análisis de las cualidades de un fenómeno o proceso; busca analizar factores relacionales y darles voz a los actores sociales. El nivel de análisis no busca mensurar variables, sino describirlas a profundidad y buscar las relaciones que se establecen entre ellas.

En la investigación cualitativa y en el trabajo antropológico uno de los métodos fundamentales es el etnográfico, donde se privilegia la observación participante y el contar con la perspectiva de los actores que participan en el proceso observado (Rodríguez, 1999). Por lo anterior, es de suma importancia elegir adecuadamente a los informantes, para que las características de ellos permitan analizar los procesos desde diferentes perspectivas. En este trabajo se utilizaron los llamados tipos ideales propuestos por Weber (1973) para delimitar a los informantes claves a través de destacar características ideales que permitan comprender y comparar sujetos inmersos en un mismo fenómeno y con ello dar cuenta del proceso a estudiar.

1.8.1 Criterios de inclusión y exclusión:

Para la selección de informantes se tomaron en cuenta criterios basados en características que permiten comprender el actuar de las redes sociales de apoyo en la atención de los adultos mayores diabéticos. Los criterios elegidos son los siguientes:

1. Disposición de fuentes de ingreso propias o presentar dependencia, ya que esto determina los recursos de atención médica a los que puede acceder. Además

permite o inhibe la formación de relaciones, intercambios y vínculos de reciprocidad, que serán determinantes en el tipo de red en que puedan participar (Lomnitz, 1983).

2. Variación por género, ya que de acuerdo con estudios sobre salud y género existe diferencia en la forma de atenderse, así como en la extensión y eficiencia de las redes sociales. Otros factores relaciones son las diferencias en incidencia, prevalencia e índice de dependencia que también se encuentran asociados al género (Orozco, *et al.* 1998; Montes de Oca, 2005; Montes de Oca, 2004).
3. Pertenencia ó no a un grupo de autoayuda, al ser organizaciones que comparten problemas similares es un método que se ha usado recientemente por organismos institucionales de salud con la finalidad de consolidar terapéuticas que se dirijan hacia cambios conductuales y mejoren el apego al tratamiento. El pertenecer a un grupo otorga herramientas para enfrentar de distinta manera la enfermedad, se ofrece comprensión, empatía, así como intercambio de experiencias: lo cual tendría que verse reflejado en un cambio individual de actitud y hábitos enfocados al cuidado (Campuzano, 1996; Mendoza; 1999).

En concordancia con lo anterior los Criterios de Inclusión usados son:

- Adultos mayores que presentan diabetes
- Adultos mayores hombres y mujeres
- Adultos mayores con o sin fuentes de ingreso propias

Sobre los criterios utilizados para la selección de tipos ideales fue necesario realizar una división en el rubro “Con ingreso económico propio”, debido a que existe diferencia entre aquellos que cuentan con ingreso a partir de algún programa de gobierno y aquellos que además obtienen ingreso por diversas actividades remuneradas. Los tipos ideales resultantes se muestran en la Tabla 1 junto con los informantes que se adecuan a dichos criterios.

Tabla 1. Tipos de informantes de la investigación

Tipos de Informantes					
TIPO I	Mujeres entre 60-90 años Con ingreso económico propio Acuda a un grupo de autoayuda		I-A	Con ingreso económico propio a partir de actividades remuneradas	Mariana
			I-B	Con ingreso económico propio a partir de programas de apoyo	Daniela Adriana Esther
TIPO II	Mujeres entre 60-90 años Sin ingreso económico propio Acuda a un grupo de autoayuda				
TIPO III	Mujeres entre 60-90 años Con ingreso económico propio No acuda a un grupo de autoayuda		III-A	Con ingreso económico propio a partir de actividades remuneradas	Guadalupe
			III-B	Con ingreso económico propio a partir de programas de apoyo	
TIPO IV	Mujeres entre 60-90 años Sin ingreso económico propio No acuda a un grupo de autoayuda				
TIPO V	Hombres entre 60-90 años Con ingreso económico propio Acuda a un grupo de autoayuda		V-A	Con ingreso económico propio a partir de actividades remuneradas	
			V-B	Con ingreso económico propio a partir de programas de apoyo	Andrés

TIPO VI	Hombres entre 60-90 años Sin ingreso económico propio Acuda a un grupo de autoayuda				
TIPO VII	Hombres entre 60-90 años Con ingreso económico propio No acuda a un grupo de autoayuda		VII-A	Con ingreso económico propio a partir de actividades remuneradas	
			VII-B	Con ingreso económico propio a partir de programas de apoyo	Silverio
TIPO VIII	Hombres entre 60-90 años Sin ingreso económico propio No acuda a un grupo de autoayuda	Rodrigo			

Fue así que el grupo principal de informantes se conformó con ocho personas: cinco mujeres y tres hombres.

1.8.2 Informantes asociados

Además de la selección de los informantes se tomaron en cuenta otros participantes de las redes sociales de apoyo bajo los siguientes criterios de selección:

1. Sujetos que pertenecen a red familiar por lazo consanguíneo y/o afinidad que intervengan en los cuidados durante la enfermedad.
2. Programas de atención por parte del Estado como los grupos de autoayuda para adultos mayores y otros programas específicos.

El número de informantes y el tipo de entrevista que se realizó se muestra en la siguiente Tabla 2:

Tabla 2. Tipos de informantes secundarios

Tipo	Características	Número de actores
Red familiar	Adulto que cohabita en el mismo terreno. Adulto que visita algunas veces a la semana.	1 ó 2 actores. Entrevista estructurada
Red institucional: programa Oportunidades y Seguro Popular	Médico que atiende al adulto mayor. Director de la clínica. Encargado municipal programas.	3 o más actores. Entrevista estructurada
Red institucional: grupos de autoayuda	Encargado grupo de autoayuda: CEAPS y DIF.	2 o más actores. Entrevista estructurada

Este segundo grupo de informantes se constituyó con ocho familiares que corresponden a los cuidadores cercanos, tres médicos, dos enfermeras, dos nutricionistas y una encargada del grupo del DIF; también se entrevistó esporádicamente a otros familiares, personal de salud, personal del DIF, personal del municipio y de los programas dependientes de SEDESOL.

Para la obtención de datos se realizó una estancia en campo durante varias temporadas entre los años 2011 y 2012, cada una de mes y medio aproximadamente. La principal técnica utilizada fue la observación participante:

- Observación participante pasiva: sólo observación con mínimo de participación.

- Escenarios de observación: espacios comunales donde sucedan fenómenos atípicos, como festividades, rituales, que estén relacionados con la atención del adulto mayor (por cuenta propia o por alguna de sus redes). También se asistió a diferentes reuniones de los grupos de autoayuda del DIF y la clínica local, así como a las consultas médicas de cada uno de los informantes.

Observación participante activa: integración al contexto:

Los escenarios de observación fueron: casa donde habita el adulto mayor, espacio médico de consulta, espacios de interacción con otros miembros de las redes. Las observaciones se realizaron en trabajo de campo durante cuatro temporadas a lo largo de dos años.

Para la observación directa no participante se utilizaron los métodos:

- Entrevista Estructurada: para tópicos específicos y dirigidos a informantes asociados.
- Entrevista Semiestructurada: para obtener información sobre los temas elegidos, reconstruir momentos de la historia de vida, conocer representaciones y comprender estructura de las redes y apoyos obtenidos, dirigida a los adultos mayores seleccionados.

Para la obtención de datos sobre los problemas de salud de la comunidad se acudió al archivo del registro civil, a la jurisdicción sanitaria y a la clínica local. Con la información obtenida se procesaron las estadísticas de morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia de diabetes *mellitus* en la población y en los adultos mayores.

1.8.3 El análisis de redes sociales

La teoría de redes sociales busca conocer las relaciones estructurales, permite a su vez analizar la sociabilidad de las personas, los lazos interpersonales y las estrategias para mantenerse presente en los grupos sociales (Boissevan, 1971). Como método de análisis las redes sociales permiten detallar los actores involucrados entre sí, a partir de relaciones personales o de procesos cuyo elemento básico son los nodos, es decir, la representación gráfica de los actores que mantienen intercambios entre sí. Permitiendo así reconstruir y analizar los grupos sociales que las personas forman, a través de las relaciones y los patrones de éstas (Sanz, 2003; Molina, 2005), reconstruyendo el espacio social de las personas o los grupos. Al realizar el análisis de redes sociales se observan los lazos, interacciones, recursos y actores que participan entre sí en un contexto histórico determinado, o en un momento específico del ciclo de vida de las personas. Por lo que el análisis de redes sociales intenta mostrar dichas formas para comprender las relaciones y conductas de las personas o grupos.

El análisis de redes combina la sociometría, la teoría de grafos y la formalización matemática mediante el uso de programas computacionales (Sanz, 2003). Desde un enfoque antropológico se utilizan las técnicas cualitativas para observar cómo actúan las redes sociales de apoyo en la vida cotidiana o en eventos de emergencia; así como rescatar las representaciones y valores asociados a la necesidad de relacionarse y a la

expectativa de recibir apoyo. Las redes sociales de apoyo pueden ser abordadas a partir de dos niveles: la red completa y la red personal (Lozares, 1996):

Redes completas. Incluyen todos los actores y vínculos existentes, por lo que se construye a partir de un proceso o fenómeno y se busca generar la red de todos los participantes y los vínculos que establecen entre ellos.

Redes personales. Se forman al elegir a un actor principal y reconstruir las relaciones que tiene con otras personas para conocer las interacciones sociales que tiene en su entorno.

Esta investigación se centró en las redes personales o egocéntricas que rescatan la relación de Ego con las personas que él mismo menciona. A partir de la observación y las entrevistas realizadas se construyó una matriz con los actores que forman la red personal y los tipos de apoyos que implementan. Incluyendo también la pertenencia a los programas institucionales y la relación con sus ejecutantes. De esta manera se obtuvieron los datos para construir las redes sociales de apoyo formal e informal.

Algunas características que develan la estructura de la red y que fueron usadas en este trabajo son:

- Tamaño de la red. Número de personas que conforman la red y tienen algún tipo de relación de intercambio (Molina, 2005).
- Densidad. Interconexión entre los miembros (Molina, 2005).
- Homofilia. Semejanza social, demográfica o de algunas otras características compartidas por los miembros de la red (Molina, 2005).

En cuanto a su dimensión funcional también se abordaron:

- Tipos de apoyo. Tipos de recursos que fluyen al interior de la red.
- Vinculación. Tipos de vínculos que unen a los miembros de la red.
- Reciprocidad. Flujos de intercambios equilibrados o no entre la red.

Las características antes mencionadas fueron desarrolladas para los informantes seleccionados. Asimismo se descartaron otros rasgos de las redes debido a que el corte de esta investigación es antropológico por lo que no se tomaron en cuenta algunas de las mediciones y características de tipo sociométrico. Para la medición de redes personales se aplican las medidas sobre niveles de intermediación: grado de centralidad, centralidad de intermediación, cercanía, eigenvector, etc. Éstas ofrecen un panorama sobre las conexiones entre los actores de la red de un conjunto cerrado y con el ego. Dado las características de los datos obtenidos las medidas usadas en este trabajo solamente fueron el grado de centralidad y la cercanía²¹. Así como otro tipo de parámetros como la posición genealógica, distribución geográfica, homogeneidad, tipo de vinculación, capacitación, frecuencia y reciprocidad²². De esta manera el objetivo fue presentar

²¹Grado de centralidad. Señala el número de actores a los cuales un actor está directamente unido; mide el poder y la influencia de los actores de la red. Es una medida de los lazos directos.
Grado de cercanía. Es la capacidad de conexión entre actores, es decir, la distancia de un actor con respecto a los demás.

²² Posición genealógica. Lugar que ocupan los actores de la red según su parentesco y la cercanía que guardan con ego.

parámetros generales de la estructura de la red y profundizar en las relaciones de los actores de las redes con respecto a la atención de la diabetes.

1.8.4 La reconstrucción de las redes sociales de apoyo

Para la reconstrucción de las redes sociales se hizo uso de software que permitió sistematizar algunos datos, en este sentido se usó el programa Audacity para facilitar la transcripción de las entrevistas. El programa Atlas.ti para agrupar y codificar la información. El programa GenoPro para realizar las genealogías; Ucinet y programas derivados para obtener la imagen de las redes construidas.

El primer paso fue la realización de entrevistas para obtener información genealógica de las familias, los datos fueron procesados en el programa GenoPro obteniendo la imagen del árbol genealógico de cuatro generaciones. La genealogía sirvió para establecer quiénes tienen lazos consanguíneos con el adulto mayor, para posteriormente compararla con la imagen de la red. Al hacer esto se identificó las ausencias y presencias de familiares, se preguntó por ellos en posteriores entrevistas encontrando parientes alejados por cuestiones de distancia geográfica, disputas, muerte, o pérdida de contacto.

La red social de apoyo fue reconstruida a través de entrevistas para rastrear a los familiares, amigos, vecinos, asociaciones, programas de atención y personal que interactúa con el adulto mayor. La red informal fue dividida en red familiar y red comunitaria; la red familiar se obtuvo a partir de los datos que el adulto mayor y su cuidador proporcionaron sobre quiénes realizan visitas, acompañan a las citas médicas, dan seguimiento sobre su salud, u otorgan algún tipo de recurso material. Además, durante la estancia de campo se observó la interacción del adulto mayor con sus familiares; constatando quienes lo visitaban y qué tipo de recursos eran intercambiados, cabe mencionar que la observación tuvo como limitante el tiempo por lo que no todas las relaciones pudieron ser observadas. En el caso de las redes comunitarias se siguió el mismo procedimiento, sin embargo, una vez más el tiempo limitó el tiempo de observación, por lo que sólo fue posible adentrarse en algunos de los espacios sociales en que convive el adulto mayor con sus vecinos, amigos y grupos religiosos o políticos. Por lo que la red comunitaria fue construida mayormente con la información proporcionada en las entrevistas.

Para las redes formales el procedimiento entrevistas para conocer a qué programas gubernamentales y grupos de autoayuda pertenecen los adultos mayores. Después se acompañó a cada uno de los informantes a dos citas médicas y a varias sesiones de grupos de autoayuda. También se entrevistó al personal de salud de la clínica local, personal del DIF, personal que ejecuta los programas sociales (70 y más,

Distribución geográfica. Lugar de residencia de los actores de la red.

Homogeneidad. Características afines entre los actores de la red: género, edad, lugar de residencia.

Tipo de vinculación. Relación establecida por parentesco, amistad, convenio, etc.

Capacitación. Conocimiento que permite realizar algún tipo de acción ante problemas relacionados con diabetes.

Frecuencia. Número de intercambios de los actores con ego durante el último año.

Reciprocidad. Formas en que ocurren los intercambios entre los actores y las valoraciones al respecto.

Oportunidades) y miembros de autoridades municipales. Con ello se obtuvo información del funcionamiento de la red formal a partir de sus ejecutantes y de sus beneficiarios.

Audacity 2.06. Permite grabación de audio, edición de archivos, conversión de formatos de audio, agregar efectos de sonido, editar múltiples pistas. Fue utilizado para limpiar los ruidos de las grabaciones de entrevistas, recortar pistas y ralentizar el tiempo de reproducción para permitir la transcripción del audio.

Atlas.ti v6.2. Programa específico para análisis cualitativo de discurso escrito, audios, imágenes y video. Fue utilizado para la codificación de las entrevistas transcritas, se crearon códigos con categoría que contienen conceptos y temas referentes a los objetivos de la investigación. Con los códigos se segmentaron las entrevistas en palabras, frases y párrafos que reflejaban los temas deseados; los códigos sirvieron para aglutinar y organizar información, de esta manera se integró, organizó y comparó los datos obtenidos.

GenoPro 2.5.4. Está dirigido a la generación de genogramas y árboles familiares. En este programa se realiza una representación gráfica de los lazos genealógicos en diferentes generaciones. Pueden introducirse los datos por familia o por persona, posteriormente se escoge el tipo de lazo familiar y además permite incorporar una variedad de representaciones sobre los tipos de relación. Así como otras características como origen étnico, nivel educativo, enfermedades, etc. En esta investigación se utilizó para registrar las genealogías de los adultos mayores, incluyendo padres, hermanos, sobrinos, hijos y nietos; como características extras se incluyó la unidad doméstica y las personas diabéticas.

Ucinet 6.4. Es un programa para el análisis de redes sociales, incluye el subprograma Netdraw; permite ingresar datos relacionales en una matriz, calcular indicadores para el análisis de redes, programar algoritmos, representación gráfica de las redes sociales con variedad de atributos que permiten sobreponer diferentes datos de la estructura de la red. El software se utilizó para representar la red formal e informal de los adultos mayores, caracterizando la relación de parentesco, la distribución geográfica, los tipos de programas de atención, los lazos comunitarios, los miembros de la red que participan directamente en el cuidado, y el cálculo de indicadores como centralidad y cercanía.

Capítulo 2. Las políticas dirigidas al adulto mayor con diabetes

2.1 Las políticas internacionales enfocadas en el adulto mayor

Las políticas públicas dirigidas a amortiguar las consecuencias del proceso de envejecimiento poblacional son relativamente recientes. Es a partir de las décadas de los 70's y 80's cuando inicia su discusión debido a los primeros signos del cambio demográfico en los países europeos. Los cambios incluyen el paulatino y rápido aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad; la población europea podía vivir más años, con mejor calidad de vida pero con el surgimiento de nuevos problemas de salud. Esta tendencia marcó el surgimiento de un nuevo sector con características específicas; el cual presenta diferentes problemáticas a resolver como generar mecanismos de atención e inclusión dignificante para el nuevo grupo y para la totalidad de la sociedad.

En la década de los 80's se construyen los primeros instrumentos sobre derechos humanos específicos para el sector de adultos mayores. Fue Europa el puntero de esta serie de reformas que buscaban la inclusión en la comunidad y el respeto individual como personas autónomas, con la finalidad de mantener su bienestar. Existe desde entonces una continúa preocupación de generar planes, programas y/o recomendaciones que versan sobre su atención. Los primeros acercamientos buscan configurar la noción de grupo dotando de identidad al colectivo de adultos mayores. Es decir, se define ¿quiénes son y cuáles son los retos que enfrentan? Asimismo el porqué es necesaria una actuación internacional coordinada para resolver los problemas que el envejecimiento poblacional presenta.

La primera declaración e instrumento internacional que pretende analizar y construir directrices sobre el envejecimiento es el Plan de Viena (1982) producto de la Primer Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. En este plan se establecieron las recomendaciones sectoriales para intervenir en el proceso de envejecimiento. El documento conceptualiza a las personas mayores como un grupo etario heterogéneo, con capacidades y necesidades específicas. La importancia del plan es que no fue una declaración aislada, sino que se vinculo a otros planes mundiales como:

- Plan de Acción Mundial sobre Población
- Plan de Acción Mundial para la consecución de los objetivos del Año Internacional de la Mujer
- Programa de acción para la segunda mitad del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer
- Declaración de Alma-Ata
- Declaración de Principios de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos

- Plan de Acción para el Medio Humano
- Programa de Acción de Viena sobre la Ciencia y la Tecnología para el Desarrollo
- Programa de Acción para el Decenio de la lucha contra el Racismo y la Discriminación Racial y el Programa de Acción para la segunda mitad de ese mismo Decenio
- Convenio No. 102 de la Organización Internacional del Trabajo relativo a la norma mínima de la seguridad social
- Convenio No. 128 y la Recomendación No. 131 de la Organización Internacional del Trabajo relativos a las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes
- Recomendación No. 162 de la Organización Internacional del Trabajo relativa a los trabajadores de edad avanzada
- Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural
- Programa Mundial elaborado como consecuencia del Año Internacional de los Impedidos
- Convenio No. 157 de la Organización Internacional del Trabajo relativo al mantenimiento de los derechos a la seguridad social

La relación con los planes mencionados ocurrió como un intento para impulsar medidas integrales a problemas complejos, como el cambio demográfico, la seguridad social, la integración igualitaria de la mujer, y la salud como producto del bienestar en distintas esferas como la social, económica y ambiental. Como objetivos el Plan propuso el desarrollo del bienestar y la distribución equitativa de los beneficios derivados de la producción de cada país; valorar la contribución de las personas de edad y considerar los gastos en ellos como una “inversión duradera”; fortalecer la familia como el punto central donde confluyen varias generaciones; eliminación de la discriminación y la segregación por motivos de edad.

Estos pasos para la valoración del envejecimiento surgieron en un contexto donde el Estado de bienestar se encontraba desmantelándose para dar paso a las políticas neoliberales de privatización y de corresponsabilidad en salud. Sin embargo, aún se consideraba al Estado como el garante del desarrollo individual y poblacional. Las recomendaciones emanadas del Plan Viena fueron (ONU, 1982):

- La atención primaria es la estrategia básica para impulsar una vida independiente dentro de la familia y comunidad de pertenencia.
- Estimular la participación de los ancianos en la atención y funcionamiento de servicios sanitarios.
- Contar con la infraestructura sanitaria necesaria y el personal especializado en asistencia geriátrica integral y completa.
- Promover una nutrición adecuada, apropiada y suficiente.
- Impulsar asistencia sanitaria durante toda la vida incluyendo medicina preventiva, nutrición, ejercicios físicos, evitación de hábitos dañinos para la salud y atención a factores ambientales.
- Promover políticas sociales que alienten el mantenimiento de la solidaridad familiar.
- Fomentar la autoayuda recíproca entre personas de edad capaces y activas.

Los objetivos planteados buscaban generar conocimiento sistemático para comprender la magnitud del problema y fortalecer la atención primaria para el control de las enfermedades. Además son los primeros documentos donde se define la salud como responsabilidad de las personas al especificar el autocuidado y la autoayuda como procesos fundamentales.

El marco principal que ha dirigido las recomendaciones internacionales para la acción sobre el proceso de envejecimiento procede del establecimiento de los derechos de las personas mayores. En este sentido los instrumentos de derechos humanos elaborados se han dado en el siguiente orden (ver figura 7):

Figura. 7 Acuerdos internacionales sobre los derechos de los adultos mayores

1976	• Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Tema seguridad social.
1982	• Plan de Acción Viena sobre el envejecimiento
1991	• Principios de las Naciones Unidas sobre las personas mayores
1999	• Plan de Acción Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Tema calidad de vida, apoyo social a las familias que cuidan adultos mayores.
1999	• Protocolo de San Salvador. Tema derechos básicos, único instrumento vinculante.
2000	• Observación General sobre derecho a la salud
	• Recomendación 162 de la OIT. Tema adultos mayores trabajadores, seguridad social. • Resolución CE130.R19 de la OPS. Tema recomendaciones de salud y envejecimiento.
2002	• Plan de Acción Madrid
2003	• Estrategia Regional de Implementación Plan Madrid
2007	• Declaración de Brasilia
2012	• Carta de San José

Fuente: Elaboración propia a partir de la información disponible en: www.cepal.org.mx; www.who.int/es/.

Esta serie de acuerdos internacionales han dado forma al discurso oficial sobre el significado del envejecimiento y las acciones necesarias para afrontarlo. A partir de ellos se desprenden las recomendaciones de políticas sociales, planes y programas para diferentes rubros relacionados con los cambios demográficos.

2.1.1 El derecho a la salud

Diversas reuniones y declaraciones se han hecho al respecto del envejecimiento, pero éstas a pesar de ser avaladas por los países miembros de los organismos internacionales no se convierten en obligatorias para su aplicación. “En el ámbito internacional no existe un instrumento jurídicamente vinculante que estandarice y proteja los derechos de las personas mayores (CEPAL, 2012:60)”. En dicho sentido el Protocolo de San Salvador (1980) que incluye medidas a favor de los derechos humanos de las personas mayores, es hasta ahora el único instrumento vinculante; los otros instrumentos exigibles son aquellos donde se habla de derechos en general para toda la población, o bien derechos por género; pero sin que exista un énfasis en la diferencia por edad.

Durante el año 2000 hubo un nuevo impulso a los acuerdos, políticas y recomendaciones sobre envejecimiento; de hecho en esta etapa es cuando surgen las primeras leyes específicas sobre adultos mayores en los países de América Latina. Se desarrollaron planes, estrategias, programas y políticas que buscan favorecer el “envejecimiento activo”, los “estilos de vida saludables”, la “calidad de vida” y las intervenciones a lo largo de todo el “ciclo vital”. Esta nueva generación de conceptos busca adaptarse a un Estado que divide la responsabilidad del cumplimiento de los derechos y del mantenimiento de la salud con la sociedad, con las organizaciones públicas y privadas.

El reconocimiento de los adultos mayores como un grupo vulnerable y/o en riesgo busca promoverlos como personas poseedoras de derechos, y no solo como actores pasivos. En esta nueva línea de inclusión activa del adulto mayor se genera la Declaración de Toronto (2002) cuyo fin es la prevención del maltrato:

- Prevención del maltrato en colaboración con la sociedad.
- Los trabajadores de salud de atención primaria deben estar capacitados para diagnosticar maltrato.
- Educar en el sector formal y en los medios de comunicación sobre el maltrato y eliminar estereotipos negativos de la vejez.

La Carta de San José es producto de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe (2012). Este documento ratifica la Declaración de Brasilia sobre erradicación de discriminación y violencia; así como la creación de un relator especial encargado de vigilar y evaluar su cumplimiento. Además menciona que para lograr los objetivos planteados es necesaria la universalización del derecho a la seguridad social y la salud. Las recomendaciones más importantes que sugiere son:

- Seguridad social. Universalización del derecho a la seguridad social; sostenibilidad a largo plazo de pensiones contributivas y no contributivas.
- Salud. Universalización del derecho a la salud; implementación de políticas de atención integral en salud preventiva con enfoque gerontológico e interdisciplinario; facilitar el acceso a medicamentos, equipamientos y servicios integrales de rehabilitación; derecho a consentimiento previo, libre e informado; desarrollo y acceso a cuidados paliativos; programas que traten eficazmente las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

- Servicios sociales. Promoción del cuidado que tenga en cuenta la independencia, autonomía y dignidad de las personas.

La Carta de San José es reflejo del cambio en las formas de aplicar los derechos humanos; ya que se entiende están dirigidos no a individuos que necesiten asistencia en el sentido paternalista; sino a personas con expectativas y desarrollo propio. Dichos cambios también han actuado sobre el concepto del derecho a la salud, por ejemplo el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que:

Los Estados reconocen el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental.

Asimismo, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, estipula lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Como puede observarse el derecho a la salud queda entendido como la obligación del Estado de elaborar políticas y legislaciones para proporcionar servicios de atención a todas las personas (Huenchuan, 2011). Este derecho ya no se refiere a la concepción abstracta de “estar sano”, si no a la atención que el Estado está obligado a proporcionar; por lo que su cumplimiento debe ser de manera progresiva, reivindicatoria, evaluable y sin permitir la existencia de retrocesos en su aplicación. Esos cambios fomentan su exigibilidad, ya que su espíritu radica en la procuración de sistemas que garanticen mejorar los sistemas de salud. Es decir, en las pasadas legislaciones el concepto de “salud” es ambiguo; ahora puede exigirse la instalación de medidas y políticas que permitan acceder a ella de acuerdo a las expectativas que las personas tengan al respecto. En la misma línea la atención primaria es uno de los puntos que la OPS (2007) ha buscado fortalecer, ya que lo reconoce como el lugar donde se resuelven la mayoría de los problemas de salud y se da seguimiento a las enfermedades crónicas. Además promueve el acceso universal a la atención médica, equidad sanitaria y participación comunitaria.

Las leyes, políticas y programas sobre adultos mayores se encuentran a cargo de consejos, institutos o secretarías de Estado; los cuales concentran las atribuciones de su formulación y aplicación (Huenchuan, 2009). El problema de la aplicabilidad de los derechos humanos es la homogeneización en la adopción de recomendaciones internacionales, falta de mecanismos de exigibilidad, así como la capacitación de los actores involucrados para ejecutarlos. Aunado a ello, uno de los problemas más apremiantes es que en las legislaciones no existen medidas de financiamiento que garanticen la protección de los derechos; ya que a menudo los gobiernos alegan esa falta de presupuesto para justificar su incumplimiento y su mínimo alcance de exigibilidad.

En América Latina la discusión y generación de planes y/o políticas hacia el proceso de envejecimiento-salud se han considerado asunto de urgencia. En primer lugar debido al rápido envejecimiento de la población; ya que mientras este proceso inició en Europa y se desarrollo de manera pausada, en la región existe un cambio demográfico

acelerado. De acuerdo con informes de OPS y CEPAL más de la mitad de trabajadores de la región latinoamericana no tienen un empleo laboral y por lo tanto están excluidos de seguridad social y de protección integral en salud (Suárez, 2009:197). Lo anterior significa que en unas décadas este sector de la población envejecerá en pésimas condiciones de acceso a servicios sociales y de salud. De acuerdo con una revisión dirigida por Huenchuan (2003) sobre las políticas de 6 países latinoamericanos, en ellas se encuentran reflejadas las recomendaciones del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; sin embargo su crítica versa sobre la falta de adaptación a los diversos contextos que permitan su verdadera consecución. Ya sea por no contar con instrumentos de legislación y aplicación o por falta de conocimiento de los contextos de la población de adultos mayores. Huenchuan (2003) señala los tiempos en que el tema de envejecimiento entró en las políticas y legislaciones de los Estados latinoamericanos:

“i) Países que formularon sus políticas sobre vejez en los años noventa (Brasil y Chile), después de la aprobación en 1991 de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

ii) Países que formularon sus políticas sobre vejez con posterioridad al Año internacional de las personas de edad (1999) o a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), (Bolivia, Costa Rica, El Salvador y Perú)”. (Huenchuan, 2003:178).

El desarrollo de políticas y programas en América Latina es tardío y a diferencia del contexto europeo donde ya se tenía alcanzado un nivel de bienestar social y seguridad económica en la región esto no existe ni siquiera para la población en general. Surgiendo así la doble problemática de generar bienestar a toda la población y además de atender a un creciente sector de adultos mayores que demanda inversiones sociales y atención médica, para lo cual no se realizó ninguna planeación preventiva.

2.1.2 Las instituciones rectoras en materia de salud

Varios organismos internacionales participan de la discusión, la generación de políticas y recomendaciones sobre envejecimiento, ejemplo de ello son las siguientes instituciones:

- DESA: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Dependiente de la ONU, dedicada a la compilación, generación y análisis de datos de índole social; asesorar a los gobiernos en la implementación de programas nacionales. Incluye la División de Política Social y Desarrollo encargada de seguir la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
- OMS: a partir de 1977 impulsa la Asamblea Mundial sobre personas mayores encargada de promover políticas en relación al proceso de envejecimiento, el desarrollo y respeto a los adultos mayores.
- OIT: Ha generado recomendaciones sobre protección de derechos laborales, igualdad de trato, protección social para trabajadores mayores.
- FAO: Tiene como principal interés el seguimiento y generación de políticas de atención sobre el envejecimiento en la población rural.
- OPS: Emite recomendaciones, declaraciones y planes de estrategia para impulsar el envejecimiento activo y la calidad de vida.

La OMS a partir de la constitución del Programa de Envejecimiento y Salud (1995) buscó implementar la perspectiva de participación activa de los adultos mayores como responsables de su propio proceso de envejecimiento. Acorde con esta línea se propone que para atender al fenómeno del envejecimiento es necesario actuar desde etapas tempranas, lo cual permite prevenir y controlar factores de riesgo con la finalidad de evitar que se desarrollen condiciones adversas durante la vejez.

En el año 2000 la línea de actuación se modifica al utilizar el concepto de “Envejecimiento y Ciclo Vital”; incorporando el enfoque de diferentes fases de la vida. El ciclo vital es abordado como el elemento clave para comprender al envejecimiento como una etapa más; resultante de la trayectoria vivida por cada persona. Siendo así el programa de la OMS alienta:

- Adoptar estrategias basadas en la comunidad, resaltando a ésta como el ámbito fundamental para las intervenciones.
- Respetar los contextos y las influencias culturales.
- Reconocer la importancia de las diferencias entre hombres y mujeres.
- Fortalecer los vínculos entre las generaciones.
- Conseguir paulatinamente una mejor calidad de vida.

La estrategia principal para la promoción de los derechos humanos y mejorar la calidad de vida es por medio de la atención primaria adaptada a los adultos mayores. Se busca diagnosticar y prevenir en tiempo como prioridad a las enfermedades crónico-degenerativas ya que son las que aquejan fundamentalmente a la población y causan mayor gasto al presupuesto de salud. Recomienda además fortalecer la continuidad y articulación de la atención a nivel comunitario, primario, secundario y terciario; fomentar la participación de los adultos mayores en la atención primaria (promoviendo el envejecimiento activo); buscar alternativas de medicamentos y tratamientos, por ejemplo incorporando los precedentes de otras medicinas y de las prácticas tradicionales. Otras recomendaciones operativas que ha sugerido son la existencia de medios de transportes seguros y asequibles para acceder al centro de atención primaria; el uso de signos simples y de lectura fácil para la orientación de personas mayores; contar con centros de atención primaria con adecuada iluminación, superficies no resbaladizas, pasillos despejados, rampas y estructuras de soporte para discapacidades. Así como la inclusión de la familia como parte del entorno inmediato, todo lo anterior forma parte del “enfoque de vida positivo y activo” para el envejecimiento (OMS, 1998:16).

Además en el Programa de Envejecimiento activo y Ciclo Vital (2002) se intenta fomentar la participación de la sociedad en la atención a los adultos mayores. Cuya finalidad principal es mantenerlos en su entorno comunitario participando, decidiendo y obteniendo los cuidados específicos que demandan; tratando así de disminuir el abandono familiar y la reclusión en espacios aislados como pueden ser los asilos.

Si bien el enfoque del “estilo de vida saludable” tiene sus orígenes en los años 80’s ha sido en la última década cuando realmente ha cobrado relevancia en el ámbito de la prevención de enfermedades crónico-degenerativas. La OMS recomienda que a través de entornos “adaptados a las necesidades de las personas mayores, la prevención, la

detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoren el bienestar de los mayores”²³. En esta perspectiva es posible incorporar aspectos sociales al cuidado de la salud, a partir de la evaluación de los llamados determinantes de la salud. Específicamente para los adultos mayores se aconseja la promoción de dieta adecuada y ejercicio cotidiano como parte de un estilo de vida saludable que les permita mantener altos estándares de calidad de vida, o bien prevenir complicaciones derivadas de enfermedades crónico-degenerativas. Sin embargo, las maneras en que se implementa el concepto se reduce a hábitos y costumbres, ignorando el contexto socioeconómico y cultural que facilita o inhibe los mismos.

2.1.3 La Organización Panamericana de la Salud

La implementación regional de estas propuestas ha quedado a cargo de la OPS; quien desarrolla estrategias locales y mecanismos de adaptación de los acuerdos internacionales. Por ejemplo, en el caso de la perspectiva del ciclo vital la OPS menciona en sus documentos su adopción ya que permite “identificar cadenas de riesgos que se pueden romper y momentos en los cuales las intervenciones pueden ser especialmente eficaces” (OMS, 2000:7); permitiendo también identificar períodos clave donde los riesgos aumentan y es fundamental la actuación de redes de seguridad. El envejecimiento activo también ha sido formulado por la OPS como:

“El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra” (OPS, 2002:79)

Existen determinantes para el envejecimiento activo, en cuanto a salud es necesaria la perspectiva de ciclo vital, la promoción y prevención, así como atención primaria y cuidados de largo plazo. Se considera para ello la adopción de estilos de vida saludables, al igual que la participación en el autocuidado. Un factor determinante para la reducción de complicaciones es el cumplimiento terapéutico, entendido como la adopción de conductas saludables y la toma de medicamentos bajo control médico; para ello recomienda la promoción de un sistema capaz de influir en él. Sus objetivos específicos en cuanto a políticas en salud y envejecimiento (OPS, 2002:98) han sido:

- Prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades no transmisibles y alentar aquellos factores que protegen la salud durante el ciclo vital.

²³ <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>

- Desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud asequible, accesible, de calidad y respetuosa.
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores.
- Participación y oportunidades de educación durante el ciclo vital.
- Promover y alentar la vida en comunidad.

En el año 2009 la OPS elaboró la Estrategia y el Plan de Acción para la Salud de las Personas Mayores²⁴, donde se definen las prioridades para lograr el envejecimiento sano y con calidad de vida. También se ha encargado de coordinar la investigación, apoyar programas y establecer redes de trabajo interamericanas. También ha organizado y cofinanciado en coordinación OPS-BID la encuesta SABE en algunos países de la región. El cual es un estudio de corte transversal que busca indagar sobre envejecimiento activo y saludable en varios países del continente, los datos recabados abarcan el ejercicio físico, actividades en casa y fuera de ella, estado de salud, capacidad funcional y las actividades en el ámbito local. Gracias a esta fuente de datos se ha logrado conocer el estado de salud de los adultos mayores a nivel regional, y con ello promover acciones o programas específicos para atender la problemática en América Latina.

2.1.4 La Comisión Económica para América Latina y el Caribe

La CEPAL también participa en la generación de lineamientos y recomendaciones acerca del proceso de envejecimiento. En 1994 se adhirió al Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo; fundando el Comité Especial sobre Población y Desarrollo con la responsabilidad de dar seguimiento y revisión de los temas relacionados con población. El comité tiene la misión de alentar el desarrollo de servicios universales de cuidado con la noción de “prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares” (CEPAL, 2012:7)

Durante la Primer Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento (2003) se discutió el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por los países en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que incluía varias áreas de trabajo: calidad de vida, promoción de la salud y bienestar, entorno propicio y favorable. Fue así como se construyó la Estrategia Regional para ejecutar las resoluciones; con las siguientes propuestas de trabajo:

- Envejecimiento activo donde confluyen oportunidades de salud, participación y seguridad para la calidad de vida.
- Integración al mundo laboral y la formación continua.
- Disminución de las brechas generacionales y de género.
- Uso del enfoque de ciclo de vida.
- Estimulación de la solidaridad intergeneracional.

Otro resultado de la reunión fue que la CEPAL, OPS, UNFPA, BID y OIT conformaron el Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento, cuyas actividades han sido: reuniones para discutir redes de apoyo social, salud y seguridad económica; y realización de conferencias intergubernamentales.

²⁴ Período 2009-2018

Los resultados de la primera evaluación en el ámbito de salud arrojaron un panorama donde son pocos países los que incluyen la promoción de salud para los adultos mayores y la inexistencia de trabajos sistemáticos en salud comunitaria (CEPAL, 2004:69). Además no se encontraron servicios de salud integrales ni adaptados a las necesidades de los adultos mayores, la carga es asumida por la atención familiar y la mayoría de las veces por una sola persona (CEPAL, 2004:69).

En 2007 organizó la II Conferencia Regional²⁵ cuyo resultado fue la Declaración de Brasilia donde los países firmantes se comprometieron a impulsar investigaciones sobre el envejecimiento que permitan tener perfiles demográficos y socioeconómicos, así como la identificación de problemas en la aplicación de los derechos humanos. La declaración compromete a los Estados a proteger los derechos humanos y erradicar la discriminación y la violencia, creando para ello redes de protección para las personas de edad. Sus principales recomendaciones se basan en tres ejes programáticos:

1. Seguridad económica:
 - Acceso al trabajo decente en la vejez.
 - Aumento de la cobertura de los sistemas de seguridad social.
2. Salud:
 - Atención de personas de edad con discapacidad.
 - Acceso equitativo a los servicios de salud.
 - Supervisión de las instituciones de larga estadía.
 - Creación de servicios de cuidados paliativos.
 - Acceso a la atención en salud para las personas de edad con VIH.
3. Entornos:
 - Fomento de la educación continúa.
 - Accesibilidad del espacio público y adaptación de las viviendas.
 - Erradicación de discriminación y violencia en la vejez.
 - Reconocimiento del aporte de las personas de edad en la economía del cuidado.

La III Conferencia Regional²⁶ evaluó los avances y problemas que ha presentado la ejecución del plan de acción de Madrid, concluyendo que aún no se cumplían los objetivos propuestos desde la I conferencia. Ello incluye la falta de protección de los derechos humanos, la promoción de empleos, la participación de los adultos mayores y el acceso universal a los servicios de salud integral.

Como se ha señalado las recomendaciones en el ámbito internacional por los diferentes organismos participantes tienen el mismo motor: el envejecimiento activo y saludable. Cada reunión, declaración y programa reitera los objetivos del anterior, ya que en la práctica no se han cumplido las metas de impulso al desarrollo de los adultos mayores en la mayoría de los países de la región. En el ámbito de la salud la falta de cobertura universal, la seguridad social y la capacitación geriátrica y gerontológica son los principales puntos que no se han logrado resolver. Debido a ello, cada declaración e institución son reiterativas en sus objetivos y análisis, puesto que continúa el panorama de

²⁵ II Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2007.

²⁶ III Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2012.

desatención que los Estados tienen hacia el envejecimiento poblacional y la atención de las necesidades particulares de los adultos mayores.

2.2 Políticas y programas nacionales enfocados al adulto mayor

En México el marco jurídico referente al adulto mayor tiene como sustento la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos donde si bien no existe una referencia específica a este grupo, sí lo incorpora en artículos base para las leyes particulares²⁷. En el art. 1º establece que "...todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte... (...) Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana..."²⁸ Basándose en la protección de derechos y procuración de garantías que establece la Constitución se elaboran las leyes específicas para su cumplimiento. Aquellas que están relacionadas con la problemática del envejecimiento son:

Ley General de Salud (DOF: 04/06/2014):

1. Derecho a la protección de la salud. Prolongación y mejora de la calidad de vida (art. 2º)
2. Servicios básicos de salud. Asistencia social a los grupos más vulnerables (art. 27º)
3. Actividades básicas de asistencia social. Promoción del bienestar del adulto mayor y el desarrollo de acciones de preparación para la vejez (art. 168)

Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social (DOF 23-04-2013):

1. Se encarga de los grupos sociales que estén en condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o maltrato. Incluye a los adultos mayores como grupo vulnerable (art. 4).
2. Programa Integral. Casas hogar para ancianos con áreas de trabajo social, salud, alimentación, educación informal, psicología, desarrollo humano, capacitación y empleo y asistencia jurídica.
3. Programa de Extensión Comunitaria. Atención en casas de día y asistencia gerontológica a domicilio.

Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia:

1. Institución encargada de los programas de asistencia social. Con dos ámbitos generales: coordinar programas de asistencia y patrocinio jurídico, orientación social y psicológica a adultos mayores (art. 16); visitas domiciliarias y envío de

²⁷ El marco jurídico de cada país se vincula con el marco internacional; los derechos de los adultos mayores se sancionan como parte de los Derechos del Hombre y del ciudadano, acuerdo al que todo Estado debe apegarse y hacer cumplir. Además de manera específica en el Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1999) se describen los derechos de las personas adultas mayores.

²⁸ Artículo reformado en 2011 en el que se cambia la expresión "garantías individuales" por "derechos humanos y sus garantías" estando así acorde con los tratados internacionales.

citatorios para reportes de maltrato o violación de los derechos de los adultos mayores (art. 16)

Existen además normas o regulaciones técnicas, con requisitos, especificaciones y procedimientos para establecer parámetros de actuación y evaluación en contextos específicos. Para el caso de la atención hacia los adultos mayores existen varias normas que deben ser atendidos por instituciones privadas o públicas. Ejemplo de ello son las siguientes normas en orden cronológico:

- Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Adultos Mayores.
NOM-031-SSA3-2012
- Para la Asistencia Social Alimentaria a grupos de Riesgo.
NOM-169-SSA-1998
- Para la atención integral a personas con discapacidad.
NOM-173-SSA3-2012
- Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
NOM-030-SSA2-2009
- Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
NOM-037-SSA2-2012
- Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.
NOM-043-SSA2-2005
- Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes *mellitus*
NOM-015-SSA2-2010

2.2.1 El marco legal de protección para los adultos mayores

En 1970 se crea el Instituto Nacional de la Senectud antecedente del INAPAM el cual es reformado mediante la Ley de derechos de adultos mayores en el año 2002 dependiendo de la Secretaría de Desarrollo Social. El Inapam trabaja en los siguientes ejes:

- **Eje 1 Cultura del envejecimiento.** Busca valorar y reconocer la dignidad de los adultos mayores y alentar la protección los derechos humanos. Se adopta para responder al cuarto punto de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid.
- **Eje 2 Envejecimiento Activo y Saludable.** Busca proporcionar medios y oportunidades para una vejez saludable, por medio de eventos de recreación, esparcimiento y participación. Se adopta para responder las recomendaciones de la OMS en la resolución EB115.R7 y al tercer punto de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid.
- **Eje 3 Seguridad Económica.** Asegurar mecanismos de provisión como sistemas de pensiones, ingresos procedentes del trabajo, ahorros y transferencias privadas de familiares o redes sociales de apoyo.
- **Eje 4 Protección social.** Garantizar las necesidades mínimas como salud, alimento, abrigo y vivienda. Se adopta para dar respuesta al tercer punto de la

Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

- **Eje 5 Derechos de las Personas Adultas Mayores.** Garantizar y ampliar la protección efectiva de los derechos humanos.

Ya que el INAPAM es el rector de la política nacional dirigida a los adultos mayores los ejes señalados son las bases para elaborar las estrategias y programas de atención de las distintas instituciones dependientes del estado.

Además se cuenta con la Ley de Adultos Mayores fue publicada en el año 2002 con motivo de los acuerdos firmados en diferentes instancias internacionales (específicamente por la firma del Protocolo de San Salvador, 1999). La ley recoge varias de las recomendaciones impulsadas por la ONU, OMS y OPS. Las instancias responsables de su aplicación y seguimiento corresponden según el art. 3º a:

- Ejecutivo Federal por medio de las Secretarías de Estado y otras dependencias.
- Entidades Federativas, municipios, órganos desconcentrados y paraestatales.
- La familia de las personas adultas mayores.
- Los ciudadanos y la sociedad civil organizada.
- El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

La ley entiende por persona adulta mayor a todas aquellas que cuenten con 60 años y más (art. 3º), sus principios rectores son (art. 4º):

- Autonomía y autorrealización.
- Participación.
- Equidad.
- Corresponsabilidad.
- Concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social.
- Atención preferente.

Se estipula que son obligaciones del Estado: “garantizar condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social” (art. 6º).

Mientras que son obligaciones de la familia: “velar por cada persona adulta mayor que forme parte de ella, proporcionar satisfactores para su atención y desarrollo integral”; otorgar alimentos, fomentar la convivencia cotidiana, evitar discriminación, abuso, explotación, violencia y poner en riesgo su persona, bienes y derechos (art. 9º).

Ya que México cuenta con una forma de gobierno federalista, la Constitución permite que cada estado sea libre y soberano en la elaboración de leyes y constituciones estatales²⁹; para que las leyes de carácter federal tengan aplicación a nivel estatal deben ser transformadas en leyes locales. En el caso de la Ley de Adultos Mayores a partir de su publicación diferentes estados la han ratificado y elaborado como ley local. Sin embargo, la adopción de dicha ley por los estados ha sido paulatina, en la Tabla 3 se presenta el estado actual del marco legal estatal:

²⁹ Estipulado en el art. 40 en el que se permite la legislación de leyes locales, pero éstas no deben “contravenir las estipulaciones del Pacto Federal”, art. 41, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Tabla 3. Marco legal sobre adultos mayores por entidad federativa.

Estado	Ley dirigida a los adultos mayores
Aguascalientes	Ley de la Senectud del estado de Aguascalientes (2000)
Baja California	Sin Ley
Baja California S	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el estado de Baja California Sur (2001)
Campeche	Ley de Protección de Adultos Mayores para el estado de Campeche (2005)
Coahuila	Ley del Instituto Coahuilense de las Personas Adultas Mayores (2001)
Colima	Ley para la Protección de los Adultos en Plenitud del estado de Colima (2004)
Chiapas	Ley para la Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del estado de Chiapas (2004)
Chihuahua	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del estado de Chihuahua (2010)
Distrito Federal	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (2000)
Durango	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del estado de Durango (2003)
Guanajuato	Sin ley
Guerrero	Ley número 375 de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del estado de Guerrero (2004)
Hidalgo	Ley de los Derechos de los Adultos Mayores del estado de Hidalgo (2010)
Jalisco	Ley para el Desarrollo Integral del Adulto Mayor del estado de Jalisco (2011)
México	Ley del Adulto Mayor del estado de México (2008)
Michoacán	Ley de Protección Integral a las Personas Adultas Mayores del estado de Michoacán de Ocampo (2013)
Morelos	Ley de Desarrollo, Protección e Integración de las Personas Adultas Mayores para el estado libre y soberano de Morelos (2010)
Nayarit	Sin ley
Nuevo León	Ley Estatal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2005)
Oaxaca	Sin ley
Puebla	Ley de Protección a los Adultos Mayores para el estado de Puebla (2000)
Querétaro	Ley de las Personas Adultas Mayores del estado de Querétaro (2008)
Quintana Roo	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del estado de Quintana Roo (2007)
San Luis Potosí	Ley de las Personas Adultas Mayores para el estado de San Luis Potosí (2007)
Sinaloa	Iniciativa de ley en discusión (2012)
Sonora	Ley de los Adultos Mayores del estado de Sonora (2007)
Tabasco	Ley para la Protección de las Personas Adultas Mayores en el estado de Tabasco (2003)
Tamaulipas	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el estado de Tamaulipas (2001)
Tlaxcala	Ley de Atención a las Personas Adultas Mayores en el estado de Tlaxcala (2006)
Veracruz	Sin ley
Yucatán	Ley para la Protección social de las Personas en edad Senescente del estado de Yucatán (1999)
Zacatecas	Ley de Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para el estado de Zacatecas (2006)

Fuente: INAPAM, 2010; actualización propia, 2013.

Para el caso del Estado de México la ley de adultos mayores fue promulgada en el año 2008, siendo uno de los estados que más tiempo tardaron en legislar la ley local. Es dirigida a hombres y mujeres a partir de 60 años de edad. Basa la mayoría de su

contenido en la ley federal sin que existan cambios sustanciales. Sus principios rectores son:

- Autonomía y Autorrealización
- Integración
- Equidad
- Corresponsabilidad
- Atención Preferente
- Dignificación

De la misma manera que la ley nacional distribuye las responsabilidades entre el Estado, la familia y la sociedad. De acuerdo con esta ley algunas obligaciones del estado son: facilitar el acceso a los servicios asistenciales, protección y atención de los derechos humanos, asegurar el acceso a servicios de salud de las instituciones públicas, recibir información geriátrica y gerontológica, capacitación para preservar su salud³⁰.

2.2.2 El Sistema Nacional de Salud y la atención al adulto mayor

El Sistema Nacional de Salud en México se encuentra fragmentado en diferentes instituciones del sector público y del sector privado. Existen los servicios de salud que conllevan seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR). Para aquellas personas que no participan de un empleo formal, están diseñados programas de ampliación de cobertura como el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades. El Seguro Popular es el sistema con mayor presencia en el territorio mexicano después del IMSS/ISSSTE.

El modelo de atención a la salud en el sexenio anterior (2006-2012) se basó en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y cobertura universal. Cuyos objetivos fueron: la coordinación interinstitucional e intersectorial, atención a salud familiar, participación activa de la comunidad y la interrelación de recursos institucionales y comunitarios (MIDAS, 2006). El llamado Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) depende de la Secretaría de Salud y pretende establecer redes de servicios para llegar a una integración del sistema nacional de salud, sus principios de operación son:

- Prioridad en las personas (individuo-familia-comunidad)
- Acercabilidad
- Universalidad
- Integralidad
- Continuidad en la atención
- Resolutividad
- Inclusión social

³⁰ Asimismo se establece el Comité Estatal para la Atención del Adulto Mayor, encargado de establecer la planeación de acciones del sector público y privado para atender a este sector poblacional.

Modelos de Unidades Médicas del MIDAS:

- Caravana de la Salud (unidad móvil con equipo de salud itinerante)
- Hospital General
- Hospital General con especialidades
- Hospital de Especialidades (Materno-Infantil, Pediátrico, Trauma)
- Hospital de la Comunidad
- Instituto Nacional de Salud
- Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE)
- Unidad de Especialidades Médicas (UNEME)
- Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)
- Centro de Salud
- Casa de Salud
- Unidad Médica
- Hospitalario Ambulatorio

La operación del modelo está a cargo de las Jurisdicciones Sanitarias. El modelo pretende que los hospitales se conviertan en organismos autónomos y que el financiamiento se asigne al usuario y a los proveedores de servicios. Es la implementación del modelo competitivo de mercado público y privado, con paquetes de servicios diferenciados en función del monto del seguro del usuario con un mecanismo de pago al administrador de los fondos de salud. En teoría lo que pretende es generar e implementar un Sistema Universal de Salud, a partir de la participación cada vez mayor en su financiamiento de los “usuarios”. Cabe destacar el uso de un lenguaje de corte mercantil, y no del tipo de cumplimiento de derechos. Hasta ahora el financiamiento se ha realizado por aportaciones gubernamentales federales y estatales, así como por “usuarios” que no son cubiertos por el Seguro popular. Sin embargo, los críticos de este modelo hacen hincapié en que se trata de desarrollar de una estructura donde la privatización de la salud pueda ser implementada.

Las Unidades de Especialidades Médicas surgen del MIDAS y del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS) con la finalidad de obtener cobertura integral de servicios y de alta especialidad. Éstas cuentan con servicios especializados como: cirugía ambulatoria, hemodiálisis, rehabilitación, SoRID (sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes *mellitus*). Se trata de unidades especiales para atención de alto nivel. Los objetivos que se plantearon para dichas unidades son:

- Ofrecer un modelo de atención para padecimientos de Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes *mellitus*, el cual sea integral, interdisciplinario y acorde a las expectativas del paciente.
- Promover la prevención y adherencia al tratamiento.
- Hacer uso del desarrollo local y vincularlo con iniciativas públicas y privadas.

Sin embargo al día de hoy las UNEMES son mínimas y su distribución geográfica en el país es pobre; además no se ha realizado una evaluación específica para conocer si realmente cuentan con el equipamiento adecuado y si cumplen con las metas que se establecieron.

2.2.2 Planes y programas sociales dirigidos al adulto mayor

Grosso modo las políticas públicas son instrumentos de los gobiernos y función del Estado para resolver necesidades y problemáticas de los ciudadanos (Ruiz, 2002). De aquí se desprende la política social que tiene como finalidad de garantizar aspectos fundamentales como son educación, salud, seguridad social y económica para los ciudadanos (Ortiz, 2007:6). En el diseño de la política social debe considerarse las necesidades y derechos de las personas; además de mecanismos que permitan su instrumentalización y una serie de objetivos prácticos y medibles.

Las estrategias nacionales de desarrollo son el instrumento principal de planeación de la política pública, así como de sus diferentes aplicaciones, como por ejemplo la política social. En el caso de México cada periodo presidencial está marcado por la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo; el cual ha sido concebido como el documento maestro donde se plasman las principales acciones a instrumentarse durante el periodo sexenal. En él se plasman los objetivos, estrategias, prioridades, programación y presupuesto de los planes que el gobierno desarrollará durante seis años.

Las primeras referencias sobre el envejecimiento en los planes de desarrollo se encuentran en el PND 2001-2006 donde se señala la transición demográfica que ocurre en el país. Especificando a los adultos mayores como un grupo vulnerable, sin embargo no existirán políticas particulares para ellos sino hasta finales del mismo sexenio. En este período la política social será dirigida por el Programa Oportunidades³¹, el cual no incorpora al sector de adultos mayores sino hasta el año 2005 cuando se integro un apoyo económico mensual para los mayores de 70 años; pese a que la Ley de adultos mayores aprobada en ese mismo periodo establecía la edad legal de adulto mayor como 60 años³². En el ámbito de la salud en este sexenio surge el Sistema de Protección Social en Salud (2004) con la finalidad de obtener cobertura universal para la población no asalariada. En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 surge el Programa Salud para Todos que después se conocerá como “Seguro Popular de Salud”.

La presente investigación fue elaborada durante el periodo 2011-2013 por lo que el proceso estudiado corresponde a las medidas impulsadas durante el sexenio 2006-2012.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 el eje central del sexenio anterior fue el “Desarrollo Humano Sustentable” que pretendía generar un ambiente de crecimiento para las generaciones actuales y futuras. En el ámbito de la salud, en el diagnóstico se enfatiza el aumento de enfermedades no transmisibles como principales causas de mortalidad; asimismo reconoce el acelerado proceso de envejecimiento de la población. Asume dicho proceso como problemático, ya que el crecimiento de la población de adultos mayores “disminuye la base social de personas que aportan recursos al conjunto social” (PND, 2007:162).

³¹ Anteriormente existía el programa Progresas, en 2002 se emitió un decreto para crear el Programa Nacional de Desarrollo Humano Oportunidades que mantenía el espíritu del programa anterior con la diferencia de que los beneficiarios se hacen “corresponsables” de su propio desarrollo.

³² La inclusión de este grupo etario coincide con las acciones del gobierno de la Ciudad de México que en el año 2003 crea la Ley de pensión alimentaria para adultos mayores. Debido a que éste es el primer gobierno que genera una política específica de apoyo para el adulto mayor se considera que los programas implementados después se inspiran en este modelo de atención.

El Plan contiene un apartado dirigido a los grupos vulnerables donde se hace alusión los adultos mayores; proponiendo la implementación de “acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar” (PND, 2007:214). Las estrategias específicas que se programaron para atender a los adultos mayores durante el sexenio fueron:

- Focalizar el apoyo en la población de 70 años y más, con prioridad a los sectores de alta marginación o pobreza. Se establece un apoyo económico bimestral a los ancianos que vivan en áreas rurales.
- Generar oportunidades para su participación en actividades productivas, generación de empleos por medio de estímulos fiscales a las empresas que contraten adultos mayores.
- Procurar el acceso a redes sociales de protección promoviendo la atención por parte de organizaciones de la sociedad civil.
- Priorizar programas de apoyo alimentario y nutricional.
- Fomentar una cultura de recreación física para la práctica de deporte de manera regular y sistemática.

Como derivado de las áreas prioritarias de atención establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) se elaboro el Programa de Acción Específico para el Envejecimiento. Cuyos objetivos generales fueron:

- Implementar el modelo de los Centro de Día de Atención al Envejecimiento (Geronto-geriátricos) para el adulto mayor con discapacidad física y mental.
- Campañas de comunicación que promuevan una nueva cultura sobre el envejecimiento.
- Actualizar e integrar a las normas oficiales de diabetes *mellitus* e hipertensión arterial sistémica en apartados específicos para el adulto mayor.
- Consolidar el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) y los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAENS) para establecer políticas a favor del envejecimiento activo y saludable con participación intersectorial.
- Detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia a través de la adecuación de los sistemas de información para el adulto mayor.
- Implementar el enfoque de estilos de vida saludables, orientación alimentaria y práctica de actividad física programada.

2.2.3 Los programas de atención específica a adultos mayores

Para la atención del adulto mayor se han construido diferentes programas de intervención específica, los que han operado en la última década en algunas instituciones son:

- **Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.**
Modelos de atención como albergues, residencias, centros de atención integral, centros culturales y clubes; así como credencialización para obtención de tarifas especiales en diferentes rubros.

Programa de Cultura Física Inapam. Alienta el ejercicio cotidiano y sistemático con la finalidad de alargar esperanza de vida y años libres sin discapacidades.

Programa Nacional de Promoción y Difusión de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Promoción, capacitación, orientación y asesoría jurídica sobre los derechos de los adultos mayores.

➤ **Secretaría de Salud.**

Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento. Busca promover el envejecimiento saludable y exitoso, integración de servicios, creación de ambientes sociales y físicos adecuados, promoción de estilos de vida saludables.

➤ **Secretaría de Desarrollo Social.**

Programa Oportunidades - SEDESOL. Encauza recursos para los adultos mayores; por medio de tres programas: Apoyos alimentarios, Vivir Mejor y Energético. En cuanto a salud realiza acciones de promoción, prevención e incremento de cobertura de servicios.

Programa de 70 y más y la Secretaría de Desarrollo. Mejorar el ingreso de los adultos mayores de 70 años por medio de un apoyo mensual.

➤ **DIF.**

Modelo de Atención de Día del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Proporciona servicios médicos, psicológicos, trabajo social y alimentación; actividades recreativas y sociales.

➤ **IMSS.**

Programa Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS Oportunidades. Se enfoca a la prevención y atención oportuna de enfermedades no transmisibles; dirigido a personas de 60 años y más que reciben atención de primer y segundo nivel. Incluye: manejo de dieta para enfermedades crónico-degenerativas, control y vigilancia de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes.

Programa PREVENIMSS. Acciones preventivas, educativas, de nutrición, protección específica y detección oportuna.

Programa GeriatrIMSS. Prevención de enfermedades como diabetes, problemas cardiovasculares, hipertensión y cáncer; capacitación de médicos y enfermeras en geriatría.

➤ **ISSSTE.**

Programa PrevenISSSTE. Acciones preventivas dirigidas a los ámbitos de nutrición, diabetes y envejecimiento saludable.

Programa de Envejecimiento Saludable del ISSSTE. Orientación y capacitación para tener un estilo de vida saludable.

➤ **Grupos de Ayuda Mutua.** IMSS, ISSSTE; referente a diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, obesidad y adicciones.

2.3 Políticas nacionales y programas enfocados al tratamiento de la diabetes *mellitus*

Para el tratamiento de la diabetes *mellitus* además del aspecto farmacológico existen recomendaciones internacionales en materia de alimentación y actividad física; ya que ambos factores se relacionan con la prevención y la terapéutica. La OMS impulsa estrategias y modelos de promoción de la salud para las enfermedades no transmisibles en general, las recomendaciones incluyen cambios en educación, desarrollo comunitario,

políticas y legislaciones. En el caso específico de la diabetes *mellitus* tipo II recomienda ejercicio moderado regular y alimentación adecuada, considera a ambos como las variables principales en el desarrollo de las complicaciones asociadas que afectan la funcionalidad y la calidad de vida.

La OMS publicó en 2008 la Estrategia para prevención y control de las enfermedades no transmisibles, en concordancia con la resolución WHA53.17 de la Asamblea de Salud de la ONU sobre la estrategia para prevención y control de las ENT's. La finalidad es la reducción de las altas tasas de mortalidad causada por este tipo de enfermedades en los últimos años. En 2007 la resolución WHA60.23 hace la petición formal de elaborar el plan de acción para prevención y control de ENT's que será aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud.

El plan de acción propuesto para su cumplimiento se implementó junto con el Plan Estratégico a Plazo Medio 2008-2013. Los objetivos acordados para la consecución del plan son:

- Elevar la prioridad de las enfermedades no transmisibles en el marco de las actividades de desarrollo en el plano mundial y nacional.
- Fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol.
- Realizar un seguimiento de las ENT's y sus determinantes; evaluar los progresos en los ámbitos nacional, regional y mundial.

Acerca de aspectos como dieta y nutrición la OMS también ha elaborado recomendaciones para tener un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades asociadas a problemas nutricionales. En este sentido las principales recomendaciones de la OMS (2004:3) han sido:

- Promover los platos tradicionales basados en vegetales y legumbres.
- Limitar los platos tradicionales con encurtidos salados o conservas.
- Introducir platos tradicionales saludables de otras cocinas.
- Disfrutar los alimentos y el comer en compañía, evitar alimentos recreativos.
- Alentar a la industria alimentaria para la producción con bajo contenido de grasa animal.

De acuerdo con la OMS el ejercicio aeróbico es útil para prevenir y tratar varias de las enfermedades crónicas asociadas a la edad avanzada como la diabetes *mellitus*, la hipertensión, la cardiopatía y la osteoporosis. En este sentido establece 3 tipos de prevención:

- Prevención primaria: modificación de factores de riesgo para prevenir la presentación de la enfermedad.
- Prevención secundaria: detección de la enfermedad antes de que sea sintomática.
- Prevención terciaria: tratar y minimizar las complicaciones de una enfermedad.

Específicamente sobre la diabetes *mellitus* tipo II se recomienda cambios en la dieta, pérdida de peso y ejercicio cotidiano. Se aconseja consumir pequeñas cantidades de alimento con frecuencia, alimentos con bajo índice glucémico y pequeñas cantidades

de grasa animal³³. Las personas mayores deben realizar por lo menos 30 minutos de ejercicio aeróbico todos los días.

Otro organismo internacional de importancia es la Federación Internacional de Diabetes, que en materia de prevención hace énfasis en la modificación de factores de riesgo como la falta de actividad, la mala alimentación y la obesidad. La estrategia que propone es la implementación de programas nacionales de diabetes, los cuales deben ser integrales para mejorar la organización, la calidad y el alcance de la prevención y atención (FDA, 2011:17).

Las recomendaciones sobre ejercicio de la OMS están basadas en las directrices de Heidelberg³⁴ de promoción de actividad física para personas adultas mayores. De acuerdo a estos lineamientos el estilo de vida físicamente activo puede conseguirse sin necesidad de participar en programas de ejercicios formales; por ejemplo con las actividades habituales de la vida diaria, “el primer mensaje que debe darse a las personas a medida que envejecen es que deben ser activos en su vida cotidiana” (WHO, 2002:118). Para aquellos que tienen estilos de vida sedentarios si es recomendable la existencia de programas con actividades estructuradas, cuyos lineamientos son:

- Programar actividades individuales y/o grupales.
- Incluir ejercicios de estiramiento, relajación, calistenia, aeróbicos y entrenamiento de fuerza.
- La atención debe centrarse en las formas simples y moderadas de actividad física (bailar, caminar, subir escaleras, etc.)
- Los componentes del programa aeróbico deben incluir fuerza muscular, flexibilidad y equilibrio.
- El ejercicio debe ser relajante y agradable, debe ser regular, si es posible todos los días.

México ha hecho eco de las recomendaciones de organismos internacionales, específicamente en el Plan Nacional de Salud (2007-2012) reconoce la importancia que han cobrado las enfermedades no transmisibles y los retos que provocan su atención; para ello propone una política nacional que influya en los “determinantes críticos de la salud”.

2.3.1 Las estrategias específicas para el tratamiento de la diabetes *mellitus*

La mortalidad en adultos mayores se concentra en las ENT's sobre todo en: diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades hipertensivas y tumores (PNS, 2007:28). Pero es la diabetes la que representa el reto por su alta prevalencia, su mayor

³³ El ejercicio mejora el metabolismo de los carbohidratos, se ha reportado que el ejercicio aeróbico regular mejora la tolerancia a la glucosa, la tasa de glucosa estimulada por insulina y aumenta las concentraciones de GLUT-4 (OMS, 2004:49).

³⁴ Cuarto Congreso Internacional en Pro del Envejecimiento Sano, la Actividad y los Deportes (Alemania, 1996)

demanda en consulta externa, y por ser de las principales causas de hospitalización, así como la de mayor gasto en instituciones públicas (PNS, 2007:28). Las estrategias de control han sido la detección de casos, la promoción de la actividad física, el control de peso y el monitoreo de la calidad del tratamiento (PNS, 2007:69), sin embargo se ha reconocido su poca efectividad. Para ello se han propuesto modificaciones que incluyen “la alfabetización en diabetes, que comprende la realización de actividad física, la alimentación de acuerdo a las características individuales de los enfermos, el control de peso y el auto-cuidado de la salud” (PNS, 2007:69).

Debido a ello fue elaborado el Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes *mellitus*, siendo la primera vez que se toma en cuenta esta enfermedad en específico para su atención. Se desarrolló tras el reconocimiento de que dicha enfermedad ocupa los primeros lugares de morbilidad a nivel nacional. Las líneas de acción que se formularon fueron:

- Establecimiento del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas.
- Promoción del programa de “Educación Saludable”, orientación alimentaria, así como la implementación de menús regionales, estatales y municipales para centros escolares.
- Evaluar y aplicar las normas internacionales del etiquetado de alimentos, incluidas bebidas azucaradas y alcohólicas.
- Instrumentar gradualmente el modelo de UNEMEs Enfermedades Crónicas y Clínicas de Diabetes, Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular.
- Ampliar el cuadro básico de medicamentos para el manejo de estas enfermedades.
- Fomentar en los pacientes, sus familias y la comunidad el autocuidado y la autosuficiencia para disminuir la dependencia médica y mejorar la calidad de vida.
- Gestionar y fomentar el diseño de esquemas de tratamiento en presentaciones integradas de monofármacos preventivos, que reduzcan el costo y favorezcan la adherencia al tratamiento.
- Realizar detección oportuna de complicaciones, a través de revisión anual de fondo de ojo y exploración de pie.
- Capacitación de los coordinadores de Grupos de Ayuda Mutua de los 32 estados.
- Tratamiento multidisciplinario para control adecuado de la hiperglucemia.
- Continuar con la estrategia de Línea de vida donde se establezca el cuidado de la salud y la alimentación.
- Garantizar la existencia de UNEMEs para que fortalezcan la capacitación interinstitucional en el 100% de las jurisdicciones sanitarias del país.
- Garantizar la existencia de clínicas para la atención de personas con diabetes en 70% de las unidades médicas de primer nivel.

Para contrarrestar los impactos de la diabetes se generaron metas de detección, control metabólico, establecimiento y acreditación de Grupos de Ayuda Mutua y difusión de los factores de riesgo que la provocan. Los Grupos de Ayuda Mutua son la estrategia principal de este programa, debido a que se considera que quienes los integran logran una adherencia terapéutica mayor y tienen mejor control glucémico (PAE, 2008:22). El grupo funciona a partir de la organización de los participantes, apoyados por personal médico que brinda capacitación para el control de la enfermedad, es un espacio de intercambio de experiencias, retroalimentación y difusión de cambios conductuales.

Debido a su importancia existen mecanismos para acreditar a cada grupo, los cuales se basan en objetivos de control de parámetros específicos.

Las recomendaciones de actuación para la estrategia de Grupos de Ayuda Mutua son en lo general la promoción de:

- Por lo menos 30 minutos de actividad física.
- Alimentación correcta como rutina de cuidado.
- Examen de la vista anual.
- Tests trimestrales si el tratamiento tiene cambios en los objetivos.
- Prueba anual de microalbuminuria si el análisis de orina es negativo para proteína.
- Presión arterial <130/80 Examen cada consulta de diabetes.
- Perfil Lipídico Examen cada año
- Exploración de los pies Examen cada año.
- Evaluación de peso cada visita.

Recientemente en el año 2010 se genera el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, donde se plantea que el exceso de peso es uno de los principales retos de salud debido a su relación con el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles³⁵. México se adhirió en 2004 a la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas impulsada por la OMS.

“Está demostrado y probado que a través de la atención de determinantes fundamentales como la actividad física, la ingesta de agua potable, una alimentación saludable, junto con una actitud prudente y corresponsable del autocuidado a través de una participación activa de las personas, las familias y las comunidades junto con el equipo de la salud y la educación, se obtienen resultados altamente satisfactorios” (SSA, 2010:10).

Sin embargo este acuerdo no fue plenamente ejecutado durante el sexenio anterior, las recomendaciones emanadas de él se vieron limitadas por la injerencia de empresas de alimentos no saludables. Se limitó el alcance al no lograr acuerdos de regulación con el sector empresarial, por lo que sus resultados fueron mínimos.

Además de las recomendaciones sobre dieta y ejercicio en todos los programas dirigidos a los adultos mayores y al control de la diabetes *mellitus* se hace referencia al uso de redes sociales y/o de grupos de ayuda mutua como la estrategia principal que es capaz de sintetizar los objetivos principales de control y vigilancia.

2.4 Las redes sociales como instrumento de intervención

Las instituciones internacionales han investigado cuáles son los mecanismos con que cuentan las personas para sobrevivir, sobre todo en contextos de pobreza y marginación. A partir de los estudios enfocados en las estrategias de sobrevivencia y vulnerabilidad social fue como se visibilizaron las redes sociales como el mecanismo

³⁵ El 90% de los casos de *diabetes mellitus* tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

principal por el que la población obtiene todo tipo de recursos y apoyos de manera informal.

Las redes sociales de apoyo se han incluido como una de las determinantes del entorno social; el aislamiento social y la soledad exponen a mayores riesgos de discapacidad y muerte prematura. Los contactos sociales y las continuas interacciones se han revelado como amortiguadores de estrés que permiten generar estrategias ante los problemas asociados al envejecimiento. Las intervenciones se localizan en estas redes por el supuesto de que aunado al envejecimiento existe aislamiento social debido a la muerte de quienes rodean al adulto mayor y a que éste pierde roles sociales de interacción (OPS, 2003).

De acuerdo con los datos de las encuestas SABE la principal fuente de apoyo de los adultos mayores es la proveniente del ámbito familiar. Un tercio de la población encuestada no recibía ningún tipo de ingreso más que de la familia (CEPAL, 2003:16). Sin embargo, se analiza también que ante la disminución de la fecundidad, los fenómenos de migración y la vulnerabilidad económica pueda reducirse el tamaño de la red de apoyo limitando las transferencias hacia los adultos mayores. Otras problemáticas son la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, lo cual complica el cuidado que otorga al adulto mayor causando una doble carga que se reflejará en su propio estado de salud.

Se propone que las ONG'S, los representantes políticos, la industria privada y los profesionales sanitarios puedan colaborar en el fomento de redes sociales, en base al apoyo de las sociedades tradicionales y grupos comunitarios, la ayuda vecinal, el voluntariado, los cuidados familiares y los programas intergeneracionales. Es decir, buscar el fortalecimiento de las redes de apoyo social, para incluirlas en los mecanismos de protección social formal e informal. Las intervenciones de salud comunitaria se han multiplicado esperando que los adultos mayores sean atendidos por la familia y se mantengan activamente integrados a la comunidad; con ello se logre reducir las brechas de desigualdad en la atención. Por ello se fortalece tanto la red formal con los servicios de salud; como la red informal para generar un entorno saludable.

En el año 2002 la CEPAL organizó la primera Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social de Personas Mayores, donde se analizaron los tipos de apoyo social que reciben, los alcances y las limitantes. Debido a la creciente tendencia de buscar corresponsabilidades en la atención y focalizar los recursos públicos se ha volcado el impulso de las redes sociales para que cumplan funciones específicas de atención y soporte. Las instituciones dictan recomendaciones para fortalecer las redes, incluyendo a los servicios de salud que otorga el gobierno como parte de las mismas. El informe final de la reunión plantea que el Estado debe conocer la situación de las redes de apoyo familiar, social y comunitario. Las recomendaciones emanadas enriquecieron la estrategia de aplicación del Plan de Acción de Madrid; asimismo se presentaron investigaciones de 6 países referentes a los estudios sobre redes sociales.

Específicamente la CEPAL (2002) elaboró las siguientes recomendaciones para políticas que incidan en las redes de apoyo social:

- Fortalecer las redes de apoyo social para mejorar la calidad de vida.

- Promoción de la solidaridad intergeneracional, de la asociatividad, participación y empoderamiento de los adultos mayores.
- Reducción de las diferencias de acceso y beneficio de las fuentes formales e informales de apoyo.
- Impulsar al gobierno como un agente proactivo en la disminución de las desigualdades de apoyo social.
- Desarrollar indicadores y fuentes apropiadas de medición sobre redes de apoyo social de personas mayores.

Las redes sociales de apoyo ya sean institucionales o comunitarias son parte de las estrategias para mejorar la calidad de vida (OMS, 1994, 1996); partiendo de que el autocuidado es uno de los elementos que garantizan el éxito en la vejez, interviniendo el adulto mayor, la familia, las redes institucionales y comunitarias. El envejecimiento activo parte de la premisa del autocuidado, por ello la OMS/OPS busca alentar que las personas cuiden de sí mismas, los familiares apoyen a sus parientes, las familias se cuiden unas a otras, los vecinos, amigos y la comunidad generen respaldo, los cuidadores primarios obtengan protección y relevo, la sociedad elabore políticas de protección y mejoramiento de las condiciones de vida, y por último que los profesionales de la salud contribuyan a la generación de acciones de apoyo para la salud y el bienestar. También promueven el desarrollo del autocuidado con el apoyo de las redes sociales, ya que favorece la construcción de identidad social, el intercambio de apoyos, y alienta el sentido de reciprocidad y solidaridad. Los programas institucionales a nivel nacional que impulsan la generación y fortalecimiento de redes sociales de apoyo se enfocan a:

- Red social de apoyo institucional.
- Red social de apoyo comunitario.
- Cuidadores de personas mayores.
- Grupos de ayuda mutua.

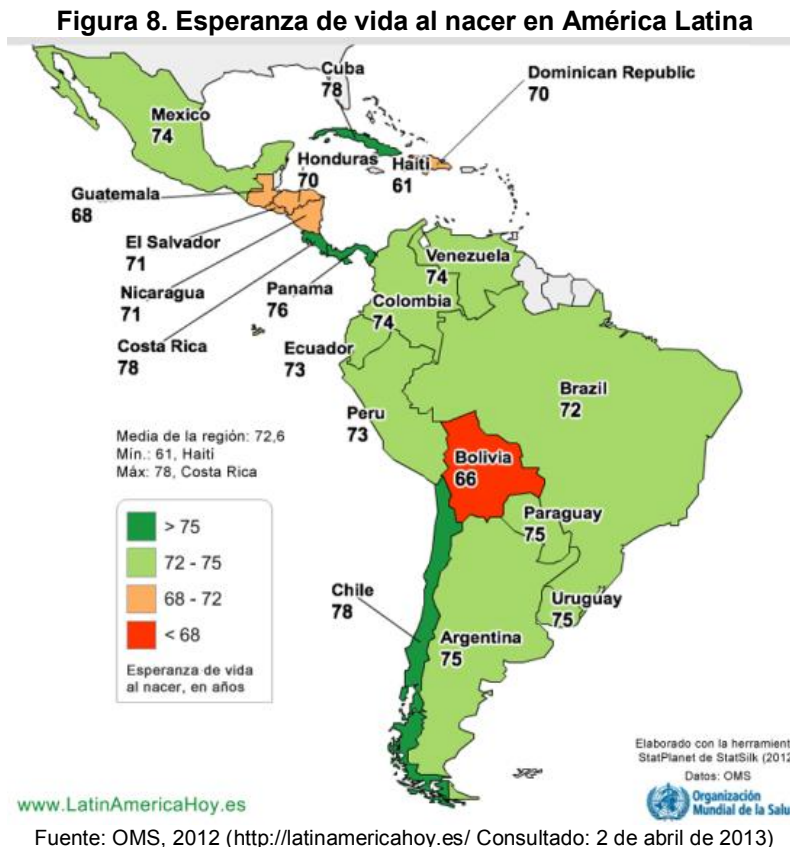
El establecimiento de grupos de autoayuda se ha impulsado bajo la línea del fortalecimiento y creación de redes informales. Sin embargo, aún no se han realizado evaluaciones específicas sobre si se están construyendo redes adecuadas o no, es decir, evaluar el alcance de las actividades hechas en los grupos de autoayuda. El impulso de las redes sociales y los grupos de ayuda mutua están orientados hacia la corresponsabilidad de las personas y el Estado con la salud; es otra manera de individualizar el cuidado de la salud y buscar las causas de la enfermedad en el contexto individual-local de los pacientes; pero también delegar parte del tratamiento en éstos.

Capítulo 3. El contexto de la población de estudio

3.1 Panorama demográfico del adulto mayor en América Latina

La relación entre aumento de esperanza de vida y cambio demográfico se ha teorizado como una expresión de la transición demográfica, ésta teoría propone un tránsito en el cual tanto la tasa de natalidad como la de mortalidad disminuyen. La consecuencia es el envejecimiento de la población, es decir, hay un aumento en el número de personas mayores y en los años vividos de la población.

Se estima que el grupo de población que más crecerá en los próximos 30 años será el de los adultos mayores, (CEPAL, 2012:27) en siete décadas la población logró aumentar su promedio de vida 23.4 años (ONU, 2011). En América Latina y el Caribe la esperanza de vida ha llegado a los 74.7 años (ver figura 8).



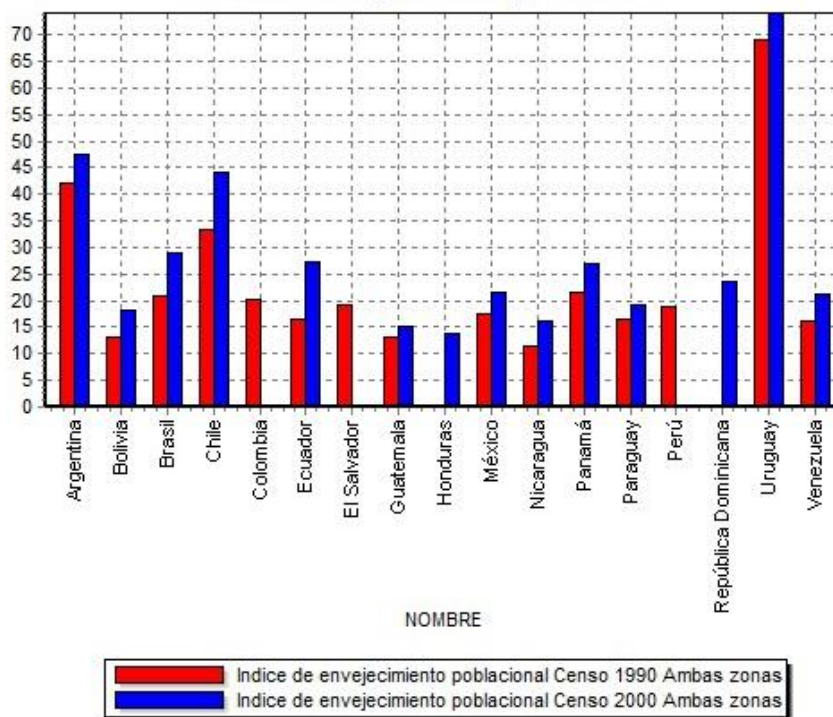
La velocidad del envejecimiento poblacional es diferencial, en el caso de los países desarrollados fue lenta y pausada, mientras que en América Latina el proceso ha

sido acelerado. Lo anterior combinado con los rezagos en materia económica, social y de servicios de salud provoca que los adultos mayores en la región se enfrenten a una vulnerabilidad social mayor que en los países de primer mundo. En relación a la velocidad de envejecimiento se ha clasificado a la región en tres grupos (CEPAL, 2004):

- **Envejecimiento incipiente.** Porcentajes de población de 60 años y más entre 5-7%. Incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay.
- **Envejecimiento moderado.** Porcentajes de población de 60 años y más entre 6-8% de personas de 60 años y más. Incluye a Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela.
- **Envejecimiento moderado avanzado.** Porcentajes de población de 60 años y más entre 8-10% de personas de 60 años y más. Incluye a Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Surinam y Trinidad y Tobago.

El declive de la fecundidad en la región se ha sustituido por el aumento de la esperanza de vida; los países donde la fecundidad descendió primero son los que presentan el mayor envejecimiento de su población. Además de la fecundidad las altas tasas de migración hacen que el sector poblacional de jóvenes y adultos disminuya, al tiempo que aumenta el de adultos mayores. El índice de envejecimiento es mayor en países como Uruguay, Chile y Argentina; mientras que el menor corresponde a Honduras (ver gráfica 1).

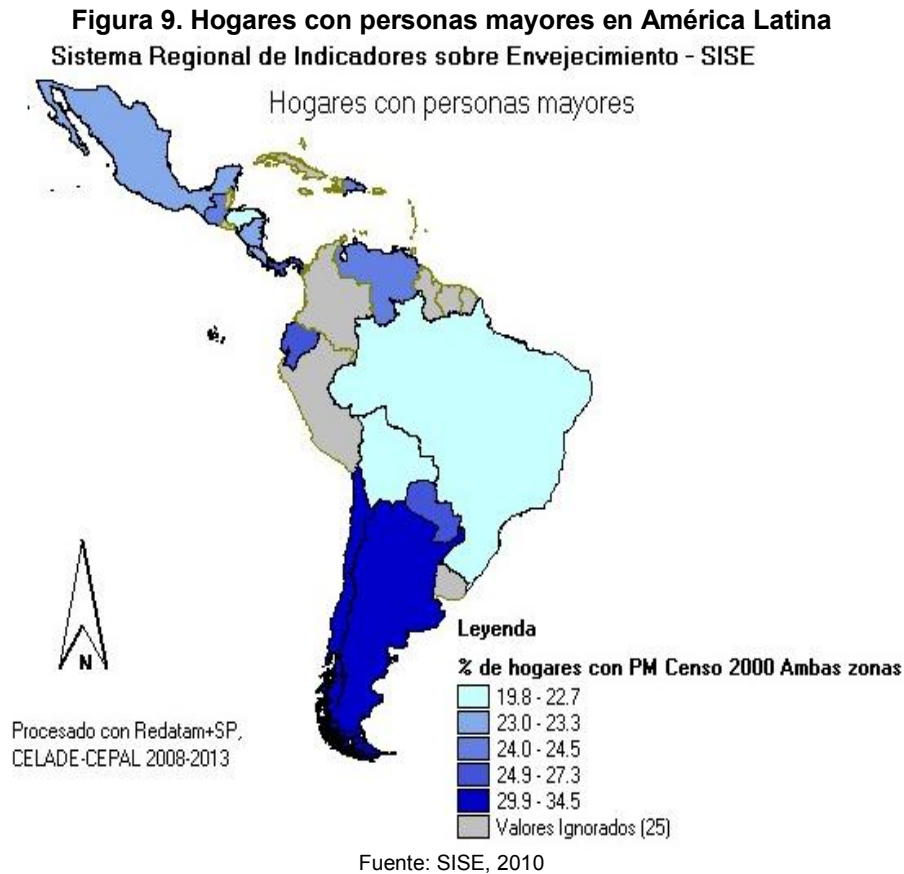
Gráfica 1. Índice de envejecimiento poblacional en América Latina



Fuente: SISE, 2010

Además de las características de velocidad, existen otras diferenciales en el envejecimiento; como la concentración de los adultos mayores en las zonas urbanas. Ello debido a que la esperanza de vida es mayor y por el fenómeno de migración del campo a

la ciudad; otra diferencial es el ingreso económico ya que en la zona urbana el autoempleo no garantiza la satisfacción de necesidades, mientras que en la zona rural pueden existir algunos amortiguadores de la pobreza como el apoyo familiar y comunitario. El género es también una fuente de diferencia; en la región la población femenina mantiene una esperanza de vida mayor que la masculina; el envejecimiento femenino tiene como característica la viudez, al igual que la cohabitación en hogares multigeneracionales y la presencia de mayor fragilidad en su salud (ver figura 9).



La disminución de ingresos económicos, la fragilidad de la salud y la falta de vivienda pueden provocar la dependencia del adulto mayor. En el aspecto demográfico en América Latina disminuye el número de adultos en edad de trabajar con respecto al número de adultos mayores dependientes. La dependencia del adulto mayor afecta su vulnerabilidad, ya que pierde recursos para la sobrevivencia. El sistema de pensiones en América Latina sufrió cambios a partir de las recomendaciones de organismos internacionales para sustituir el sistema público³⁶. Los primeros cambios ocurrieron en la década de los 80's, siendo Chile el primer ejemplo de transición del sistema público al privado de capitalización individual. Los países latinoamericanos optaron por la

³⁶ Uno de los documentos que impulsó el cambio en los sistemas de pensión fue "Averting the old age crisis" (World Bank, 1994), donde se plasma el problema del envejecimiento poblacional. Recomienda para ello un sistema de pensiones que incluyera: pensiones para sectores marginales, sistema privado dependiente del mercado financiero. Según el informe al liberar las pensiones al mercado se conseguiría: aliviar presiones fiscales del gasto público, reducción de la pobreza, fortalecimiento del mercado financiero, y con ello estimular el crecimiento económico (Roffman & Lucchetti, 2006).

combinación de modelos públicos y privados; coexistiendo modelos de capitalización privada individual, modelos públicos de seguridad social y modelos mixtos.

Sin embargo, los datos existentes sobre la cobertura de pensiones y la seguridad económica de los adultos mayores muestran que los cambios en el sistema pensionario no ha mejorado la situación de este sector. Como panorama general la mitad de los países latinoamericanos tienen índices bajos de cobertura³⁷; la población de zonas rurales tiene menor acceso a las pensiones; la cobertura para hombres duplica la de las mujeres (Roffman & Lucchetti, 2006).

En relación con la salud, algunos autores plantean que la transición demográfica se refleja en la epidemiología (Frenk, 2003; Huenchuan, 2009): al paso que disminuyen las enfermedades infecciosas aumentan las no transmisibles. Sin embargo, en la realidad latinoamericana no existe un cambio de enfermedades sino la combinación de éstas; el rezago en los esquemas de protección social y cobertura sanitaria ha acarreado la complejidad del panorama epidemiológico.

De acuerdo con la OPS (2012) la región enfrenta una triple carga de enfermedad: el avance de las enfermedades crónicas con sus complicaciones y discapacidades; las enfermedades infecciosas que provocan alta morbilidad; y las causas externas como accidentes, lesiones y muertes violentas en general. Las enfermedades crónico-degenerativas con mayor impacto son las cardiovasculares (1° causa de muerte); los trastornos mentales que causan discapacidad; y la diabetes (OPS, 2012). Esta última representa 242,000 muertes al año; en su distribución existen diferencias ya que en países como Argentina, Canadá y Estados Unidos está disminuyendo; sin embargo, en Cuba, Ecuador y México la incidencia va a la alza.

3.2 Dinámica demográfica del adulto mayor en México

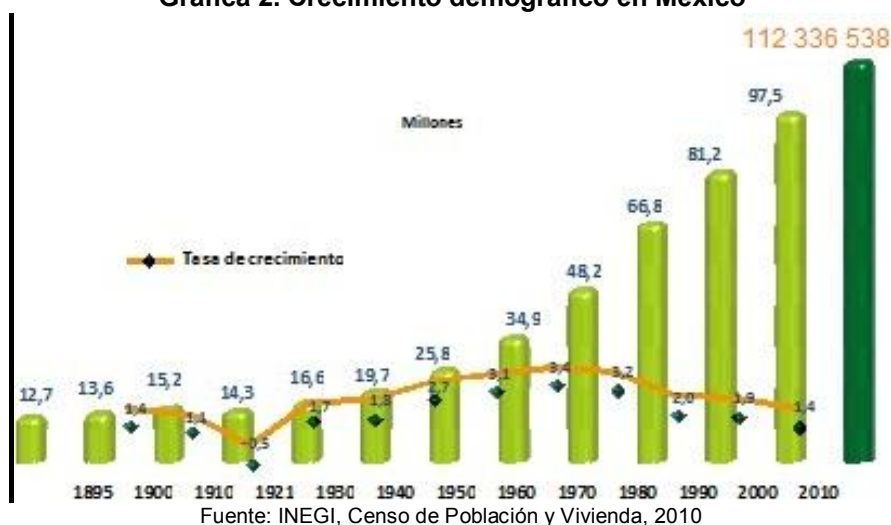
La población en el país ha atravesado por diferentes fases en su desarrollo; tras la etapa revolucionaria se impulsaron programas de crecimiento demográfico con la finalidad de recuperar la población perdida a causa de la guerra y de la migración hacia Estados Unidos por la demanda de mano de obra. Poco a poco fue creciendo la actividad económica y mejoraron las condiciones sociales por lo que para 1940 se alcanza una esperanza de vida de 63.1 años (Montes de Oca, 2002). En las década de los 40-50's ocurre una baja significativa de mortalidad, mientras que la natalidad continuaba en aumento, debido a ello se enfatizaron políticas de control natal. Alrededor de los 70's el auge de dichas campañas comienza a verse reflejado en la disminución de la natalidad; asimismo la movilidad poblacional generó las grandes ciudades por la transferencia de pobladores del medio rural al urbano.

A partir de la década de los 90's la dinámica demográfica ha sido marcada por el descenso de la tasa de fecundidad y de la mortalidad infantil; pero también por el aumento del fenómeno migratorio, lo anterior influye en el envejecimiento de la población y en la

³⁷ Únicamente en Costa Rica, Argentina, Bolivia, Chile, Uruguay y Brasil los índices son de un 60% o más. Argentina tiene una cobertura a la baja con una disminución del 77% al 69% (Roffman & Lucchetti, 2006).

distribución del mismo. Desde la década de los 80's México ha crecido a un ritmo del 1.2%³⁸ lo que aún refleja los efectos del pasado boom demográfico; sin embargo se advierte una estabilización en la tasa de natalidad. En cuanto a la mortalidad ésta ha ido a la baja desde la década de los 60's, logrando que la esperanza de vida vaya en aumento. El factor migratorio se ha comportado como un estabilizador del crecimiento poblacional; pero a su vez está contribuyendo al envejecimiento poblacional sobre todo en las regiones rurales (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Crecimiento demográfico en México



Los principales indicadores demográficos exponen que tanto la tasa de natalidad como la de mortalidad tuvieron una pequeña disminución en los últimos 5 años. La esperanza de vida ha alcanzado los 74.4 años (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Indicadores demográficos prospectivos 2010-2030

Indicador	2010	2015	2020	2025	2030
Población a mitad de año	114.255.555	121.005.815	127.091.642	132.584.053	137.481.336
Nacimientos	2.251.731	2.241.366	2.227.376	2.202.237	2.167.688
Defunciones	640.522	692.320	757.881	836.966	925.175
Tasa bruta de natalidad*	19,71	18,52	17,53	16,61	15,77
Tasa bruta de mortalidad*	5,61	5,72	5,96	6,31	6,73
Tasa de crecimiento natural**	1,41	1,28	1,16	1,03	0,90
Tasa global de fecundidad	2,28	2,19	2,13	2,10	2,08
Esperanza de vida al nacimiento. Total	73,97	74,95	75,73	76,35	76,97
Esperanza de vida al nacimiento. Hombres	71,05	72,34	73,29	73,96	74,64
Esperanza de vida al nacimiento. Mujeres	77,03	77,68	78,28	78,85	79,41

*Por mil

**Por cien

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

³⁸ <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.GROW> (Fecha de consulta 26 de febrero de 2013)

Los datos del último censo arrojan que la población de 60 años y más es de 10, 055, 379 o sea el 9.06% de la población total; en los últimos 10 años la tasa de crecimiento de este sector ha sido del 3.8%, la más alta con respecto a otros grupos etarios. El índice de envejecimiento corresponde a 31, es decir, por cada 100 niños y jóvenes existen 31 adultos mayores (60 años y más). En el caso de las mujeres corresponde a 34 por cada 100 y de los hombres a 28 por cada 100, mostrando la diferencia genérica del envejecimiento. El estado de Veracruz se coloca en el 1° lugar de este índice con 37.45, siendo Quintana Roo el más joven con un índice de 16 (Ver Tabla 5) (INEGI, 2010).

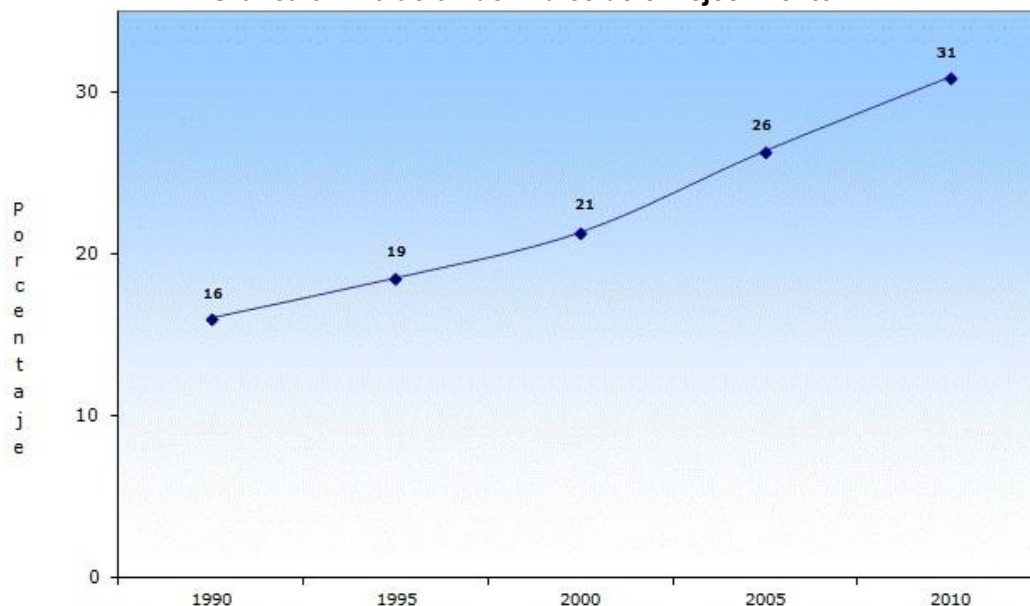
Tabla 5. Población total e índice de envejecimiento en México

Entidad	Pb total			Edad mediana			Índice de envejecimiento		
	Total	Hombres	Mujeres	T	H	M	T	H	M
Total	112,336,538	54,855,231	57,481,307	26	25	26	31	28	34
Aguascalientes	1,184,996	576,638	608,358	24	23	25	24	22	26
B. California	3,155,070	1,591,610	1,563,460	26	26	26	24	22	26
B. California S	637,026	325,433	311,593	26	26	26	23,6	23,01	24,21
Campeche	822,441	407,721	414,720	25	25	26	28,7	28,39	29,02
Coahuila	2,748,391	1,364,197	1,384,194	26	25	27	29,35	27,43	31,33
Colima	650,555	322,790	327,765	26	26	27	33,07	31,11	35,11
Chiapas	4,796,580	2,352,807	2,443,773	22	21	22	21	20,59	21,43
Chihuahua	3,406,465	1,692,545	1,713,920	26	25	26	28,78	26,85	30,77
Distrito Federal	8,851,080	4,233,783	4,617,297	31	29	32	51,8	43,03	60,85
Durango	1,632,934	803,890	829,044	24	24	25	30,19	28,84	31,6
Guanajuato	5,486,372	2,639,425	2,846,947	24	23	25	27,64	25,37	29,97
Guerrero	3,388,768	1,645,561	1,743,207	23	22	24	28,76	26,6	30,98
Hidalgo	2,665,018	1,285,222	1,379,796	25	24	26	31,76	29,39	34,2
Jalisco	7,350,682	3,600,641	3,750,041	25	25	26	31,42	28,76	34,17
México	15,175,862	7,396,986	7,778,876	26	25	27	26,13	23,62	28,71
Michoacán	4,351,037	2,102,109	2,248,928	25	24	25	33,67	31,35	36,04
Morelos	1,777,227	858,588	918,639	26	25	28	36,3	33,16	39,55
Nayarit	1,084,979	541,007	543,972	26	25	26	34,69	33,63	35,8
Nuevo León	4,653,458	2,320,185	2,333,273	27	27	28	32,34	29,71	35,07
Oaxaca	3,801,962	1,819,008	1,982,954	24	23	25	34,21	31,27	37,21
Puebla	5,779,829	2,769,855	3,009,974	24	23	25	28,58	25,44	31,81
Querétaro	1,827,937	887,188	940,749	25	24	25	25,02	22,6	27,51
Quintana R.	1,325,578	673,220	652,358	25	25	25	16,77	16,78	16,75
S. L. P.	2,585,518	1,260,366	1,325,152	25	24	25	32,82	31,12	34,56
Sinaloa	2,767,761	1,376,201	1,391,560	26	26	27	33,87	32,43	35,36
Sonora	2,662,480	1,339,612	1,322,868	26	26	27	30,33	28,63	32,1
Tabasco	2,238,603	1,100,758	1,137,845	25	24	25	25,08	24,31	25,87
Tamaulipas	3,268,554	1,616,201	1,652,353	27	26	27	31,59	28,98	34,29
Tlaxcala	1,169,936	565,775	604,161	25	23	25	27,44	25,37	29,56
Veracruz	7,643,194	3,695,679	3,947,515	27	25	28	37,45	34,51	40,47
Yucatán	1,955,577	963,333	992,244	26	26	27	36,73	35	38,51
Zacatecas	1,490,668	726,897	763,771	25	24	25	33,37	31,98	34,8

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

La evolución del índice de envejecimiento desde 1990 a la fecha muestra el aumento acelerado de adultos mayores con respecto al resto de la población. En éstos 10 años casi se ha duplicado el índice pasando de 16 a 31; aún se espera que el ritmo de crecimiento de este grupo etario en 10 años sea igualable al número de niños que habitan el país. (Ver Grafica 3).

Gráfica 3. Evolución del índice de envejecimiento



Nota: Número de personas adultas mayores (60 y más años de edad) por cada 100 niños y jóvenes (0 a 14 años de edad)
Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

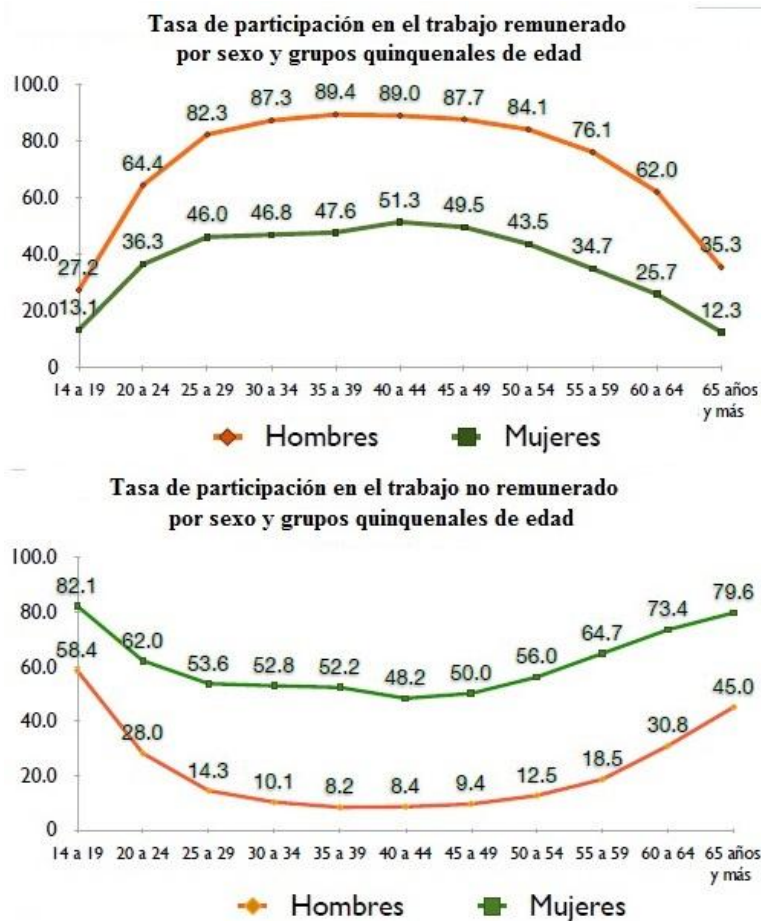
De acuerdo con las proyecciones de CONAPO (2012) la tasa de natalidad continuará en descenso; la edad media se incrementará de los 29 años a 31 en 2020 y 38 en 2050. El grupo etario menor de 15 años será menor de 33.9 millones actualmente a 28.9 millones en 2050. Por último los adultos mayores será el grupo con mayor crecimiento, pasando de 7.1 millones en la actualidad, a 23.1 millones en 2050, es decir muy cerca de igualar a la población joven.

3.2.1 El contexto económico de los adultos mayores en México

La seguridad económica de los adultos mayores se garantiza mediante la protección social, el mantenerse activo en participación económica y por los apoyos sociales. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (2009) la población que era beneficiaria de pensión (en los institutos de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, ISSFAM, Pemex, etc.) apenas alcanzaba el 25.6%; este porcentaje se dividía en 34.7% para hombres y 17.7% para mujeres. La cobertura de pensiones contributivas o no contributivas es limitada y con sesgo genérico; además de que las mujeres tienen menor posibilidad de conseguir una pensión el monto de ésta también es menor.

De la población económicamente activa, el grupo de adultos mayores se encuentra en valores bajos. En la tasa de participación en el trabajo remunerado la caída de este tipo de empleo ocurre desde los 55 años. Sin embargo, al considerar la tasa de participación en el trabajo no remunerado los adultos mayores son el 2º grupo con mayor representación. Esta tasa incluye actividades que no refieren remuneración económica formal, incluyendo cuidados, quehaceres domésticos, servicios generales a la familia o la comunidad, etc. (Ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Tasa de participación en el trabajo total en México



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, INEGI, 2011

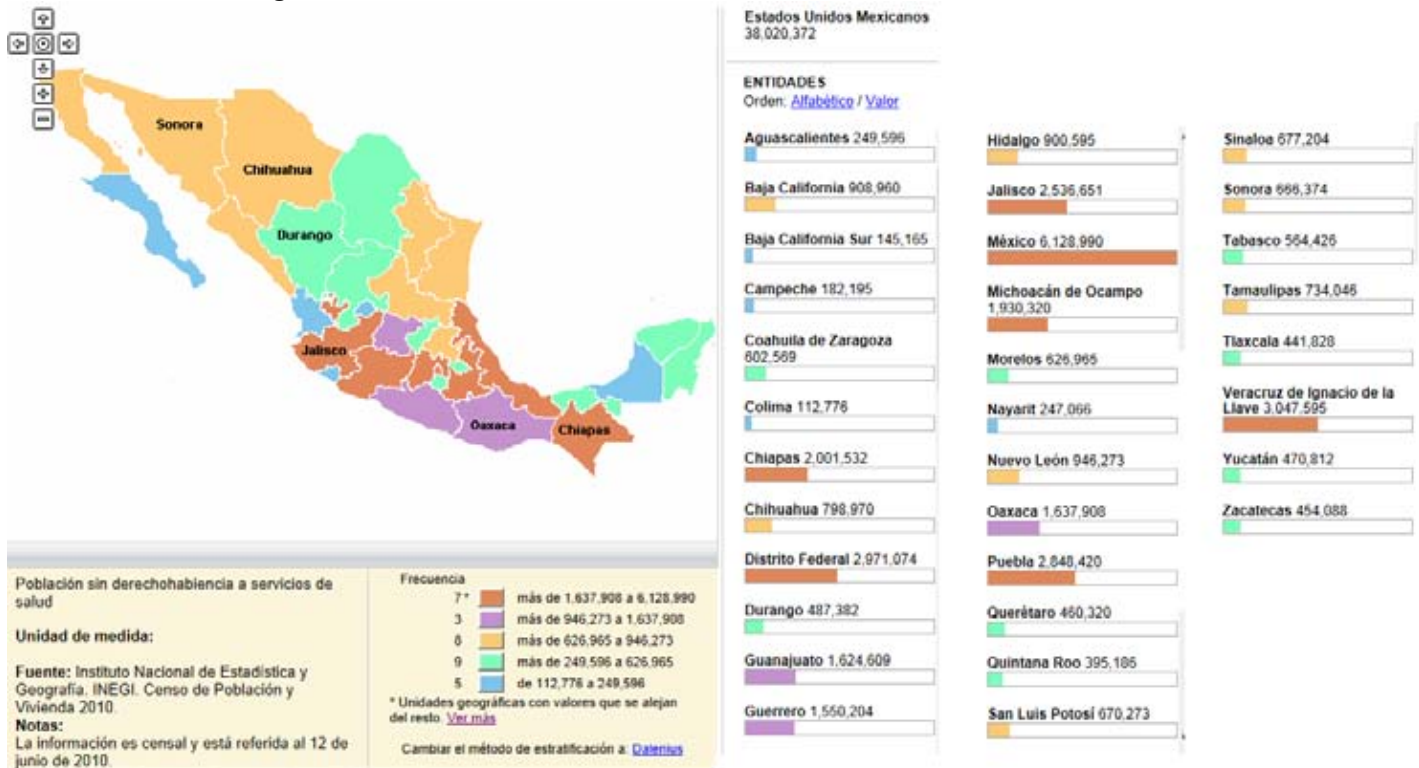
En la gráfica 4 también puede observarse la diferencia genérica, mientras que en el caso del trabajo remunerado los hombres mantienen una tasa superior a la de las mujeres, en el no remunerado el comportamiento es al revés. Lo anterior muestra que las mujeres tienen mayor dependencia económica, trabajo intenso y desgaste por actividades dentro del hogar que no le generan ganancias para su manutención. Sin embargo, la realización de actividades domésticas le garantiza mayor aceptación en un núcleo familiar, que a la contraparte masculina.

En estos términos se construye la razón de dependencia a partir de la suma de la población menor de 15 años y de 60 años o más, dividido por la población de 15 a 59 años. Dando como resultado la razón o relación de dependencia infantil y el de dependencia por vejez; de acuerdo con los resultados del último censo, por cada 100 personas económicamente activas existen 55 dependientes, de los cuales 10 son adultos mayores. Por lo tanto en la configuración demográfica actual es la mitad de la población la que sostiene económicamente a la otra mitad; sin embargo, esta relación de dependencia no considera si la población mayor de 60 años realiza algún tipo de actividad compensatoria formal o informal.

3.2.2 Panorama Epidemiológico del adulto mayor en México

Acercas de los servicios de salud con los que cuenta la población de adultos mayores la cobertura sanitaria universal no se ha consolidado. Una vista general de la población revela la existencia de desigualdad entre los estados sobre el alcance de los servicios de salud; existiendo una parte significativa de la población que no tiene garantizado su acceso a los servicios médicos (ver figura 10).

Figura 10. Población sin derechohabencia a servicios de salud



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

En la Tabla 6 se muestra la cobertura de la población mayor de 60 años, donde el 69.6% corresponde a cobertura por el sector público, mientras que el 28.3% no alcanza ningún tipo de derechohabencia. La población que tiene acceso a los servicios de salud formales se atienden en un 36.2% en el IMSS; le siguen los centros de salud y hospitales del sistema SESA en un 31.1%; los consultorios privados tienen un porcentaje de 17.6% (incluyendo consultorios incorporados a farmacias); y por último el ISSSTE presenta un 9.1% (ENSANUT, 2012).

Tabla 6. Población por entidad federativa de acuerdo con derechohabiencia

Entidad	Edad	Total	Derecho habiente	No derechohabiente		No especificado
				Público	Privado	
Total	60-85+	10,055,379	7,002,666	149,008	2,844,891	31,263
Aguascalientes	60-85+	89,605	74,984	903	14,933	142
Baja California	60-85+	215,854	155,822	5,919	52,023	1,191
Baja California S	60-85+	42,114	36,05	798	6,362	74
Campeche	60-85+	67,879	56,662	303	12,146	160
Coahuila	60-85+	233,944	195,321	3,886	34,641	372
Colima	60-85+	58,728	51,693	616	7,112	141
Chiapas	60-85+	22,666	218,991	1801	121,836	979
Chihuahua	60-85+	345,481	214,886	4,159	50,721	1259
Distrito Federal	60-85+	471,931	339,780	4,573	127,207	742
Durango	60-85+	323,468	173,334	1,416	146,007	1,215
Guanajuato	60-85+	250,715	169,844	1,442	79,056	492
Guerrero	60-85+	671,323	460,604	14,265	192,888	1,601
Hidalgo	60-85+	1,003,648	755,517	36,554	209,590	3,516
Jalisco	60-85+	149,681	112,807	938	36,720	353
México	60-85+	1,137,647	749,199	16,429	355,407	2,519
Michoacán	60-85+	439,127	233,113	3,464	198,867	1,229
Morelos	60-85+	177,878	125,968	2,202	50,920	288
Nayarit	60-85+	109,391	93,175	671	17,605	157
Nuevo León	60-85+	407,278	332,884	15,568	50,091	4,252
Oaxaca	60-85+	406,169	221,879	2,113	179,628	1,424
Puebla	60-85+	514,436	275,853	4,309	229,137	1,440
Querétaro	60-85+	136,381	104,24	2,479	30,401	224
Quintana Roo	60-85+	63,965	46,479	1,041	16,276	492
San Luis Potosí	60-85+	257,976	194,958	3,536	62,112	499
Sinaloa	60-85+	266,725	226,429	2,070	42,252	530
Sonora	60-85+	232,874	190,572	4,063	40,079	483
Tabasco	60-85+	167,927	125,630	1,167	35,911	288
Tamaulipas	60-85+	285,097	228,357	3,306	50,549	2,425
Tlaxcala	60-85+	98,229	62,129	743	34,518	145
Veracruz	60-85+	798,557	512,540	4,723	277,419	1,628
Yucatán	60-85+	196,474	160,613	2,719	33,351	703
Zacatecas	60-85+	152,152	102,353	832	49,126	300

¹ Incluye una estimación de población a nivel nacional de 1 344 585 personas que corresponden a 448 195 viviendas sin información de ocupantes. La suma de los derechohabientes en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

En cuanto al perfil de morbimortalidad la diabetes es la enfermedad con mayor prevalencia desde el año 2000, es la primer causa de muerte a nivel nacional incluso por encima de los problemas cardiovasculares (OPS, 2012). De acuerdo con los datos de la Dirección General de Epidemiología que se muestran en la Tabla 7 las principales causas de morbilidad y mortalidad en adultos mayores son:

Tabla 7. Morbilidad y mortalidad en México

Morbilidad 2011		Mortalidad 2010	
IRAs	25,181,626	Enfermedades del corazón	105,144
EDAs	5,194,186	Diabetes <i>mellitus</i> tipo II	82,964
Infección de vías urinarias	3,901,922	Tumores malignos	70,240
Úlceras, gastritis, duodenitis	1,581,023	Accidentes	38,117
Gingivitis y periodontales	647,897	Enfermedades del hígado	32,453
Otitis media agua	637,897	ECV	32,306
Hipertensión arterial	519,836	Agresiones	25,757
Conjuntivitis	436,348	EPOC	19,468
Agresiones (homicidios)	419,009	Influenza y neumonía	15,620
Diabetes <i>mellitus</i> tipo II	413,450	Periodo perinatal	14,377
Otras	1,440,213	Otras	155,572
*Representan el 95% del total		*Representan el 74% del total	

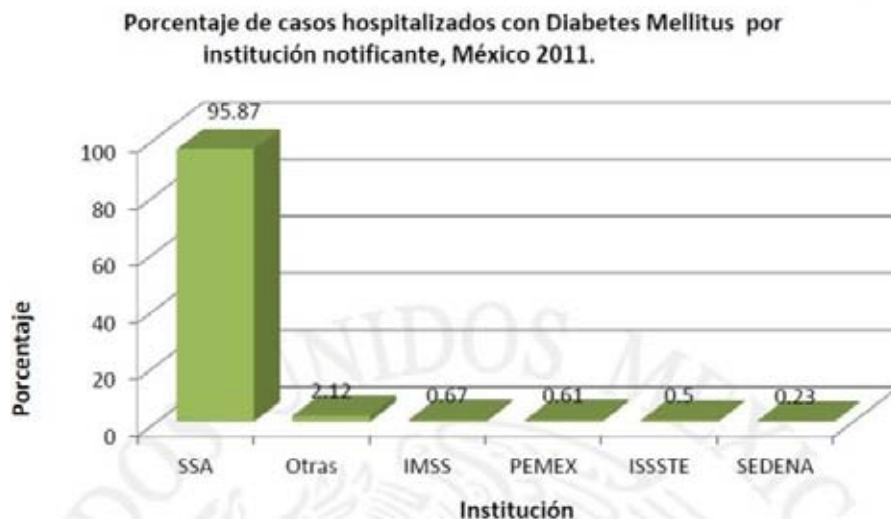
Fuente: Anuarios de Morbilidad, DGE/SSA.

Las 10 primeras causas de morbilidad ocupan el 95% del total de las presentadas en el año; mientras que las 10 primeras de mortalidad representan el 74% del total. Cabe resaltar que en ambas aparece la diabetes *mellitus*; la cual ha oscilado en los últimos 5 años como la primera o la segunda causa de muerte.

La dependencia se evalúa a partir de la ABVD, o actividades básicas de la vida diaria. Incluyendo actividades de autocuidado básico como uso del baño, alimentarse, control de esfínteres; y autocuidado superior como vestirse, asearse o caminar. Otro parámetro de evaluación es el AIVD, o capacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria que corresponden a hacer compras, cocinar, quehaceres domésticos, uso de transporte, administración de alimentos, etc., (ENSANUT, 2012). El 26.9% de los adultos mayores presentó algún grado de discapacidad para los parámetros que contempla la ABVD; otro 24.6% tiene problemas de capacidad para cumplir las tareas básicas que abarca la AIVD. Para ambas la prevalencia va en aumento conforme la edad, además se presenta en las mujeres con un 29.6%, y en los hombres con 23.8%.

En la población adulta mexicana existe aumento en la prevalencia de obesidad, el 30% de la población mayor de 20 años se clasifica en algún grado de sobrepeso u obesidad (Boletín Epidemiológico, 2011). Se considera que ésta es uno de los factores riesgo para el desarrollo de enfermedades de control metabólico, contribuyendo al incremento de la morbimortalidad de la diabetes *mellitus*. Uno de los resultados que el Boletín epidemiológico arroja es que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes *mellitus* (SVEHDMT2) registra 18,108 casos en el año 2011, siendo atendidos en su 95.87% por la Secretaría de Salud. En la Gráfica 5 se muestra la considerable diferencia entre los números de casos atendidos, lo cual puede significar falta de mecanismos de prevención y control eficaz en el resto de las instituciones.

Gráfica 5. Porcentaje de casos hospitalizados con Diabetes *mellitus* por institución



De estos pacientes hospitalizados el Boletín afirma que el 46.36% corresponde a adultos mayores de 60 años; además que los mayores de 65 años representan el 33.98% por lo que es el grupo etario más hospitalizado (ver gráfica 6). Le sigue el grupo de 55 a 59, mientras que el de 60 a 64 años presenta una diferencia de .037% con respecto al de 50 a 54 años. Lo anterior muestra problemas en el cuidado y detección de complicaciones en la población de 50 a 59 años; justo en el umbral hacia convertirse en adultos mayores.

Gráfica 6. Distribución de casos hospitalizados con diabetes *mellitus* por grupo de edad



Sobre el diagnóstico médico de diabetes ENSANUT (2012) reporta que las más altas prevalencias se encuentran en el Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Estado de México, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. Además durante el año 2011 hubo un incremento del 1% con respecto al año 2010. En la Tabla 8 se observa el porcentaje de diagnóstico médico previo de diabetes, mayor en las mujeres, y concentrando para ambos

sexos en el rango de edad de 60-69. La frecuencia de diagnóstico de 80 y más puede estar alertando de un retraso en la detección oportuna de la enfermedad. Otro dato importante es que la mayoría de las pruebas de hemoglobina glicosilada se realizaron por parte del sector privado; es decir, la población no acude regularmente a un servicio médico y es ahí donde mediante el control y prevención detectan la diabetes *mellitus* (Boletín epidemiológico, 2011). Lo que está ocurriendo es que la población realiza pruebas al azar para conocer su nivel de glucosa, lo cual representa una falla en los sistemas de control por falta de prevención; y además un riesgo puesto que la recomendación de la NOM-015-SSA2-1994 es de varias pruebas al año junto con el seguimiento de otros factores de riesgo (ver tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de adultos con diagnóstico médico de diabetes

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
60 a 69	635.4	24.1	787.2	26.3	1 422.6	25.3
70 a 79	345.3	21.5	502.3	27.4	847.6	24.7
80 y más	143.3	18.9	190.2	20.8	333.5	19.9
Total	1,124		1,479.7		2,603.1	

*Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT, 2012

Las complicaciones causadas por la diabetes *mellitus* incluyeron un 47.76% de problemas de visión, 13.9% de daño a la retina, y 6.6% de pérdida de la vista; las úlceras presentan un 7.2%; y el pie diabético un 2.9% (ENSANUT, 2006). Para el año 2011 se reportaron como causas de hospitalización relacionadas con la diabetes necrobiosis 2.7%, estado hiperosmolar 1.8% y cetoacidosis 1.7% como las tres principales (ver tabla 9).

Tabla 9. Diagnóstico de ingreso de pacientes con diabetes *mellitus*

Diagnósticos de ingreso	Casos	%
Necrobiosis	2,070	11.43
Cetoacidosis	1,720	10.37
Estado Hiperosmolar	1,878	9.51
Hipoglicemia	1,522	8.41
Otra relacionada con la DM	1,246	6.88
Insuficiencia Renal	1,189	6.57
Deshidratación	892	4.93
Crisis Hipertensiva	863	4.77
Quirúrgica no relacionada a la DM	797	4.4
Procesos infecciosos no señalados	663	3.66
EVC	531	2.93
Infección de vías urinarias	460	2.54
Cardiopatía Isquémica	443	2.45
IRC Diálisis	323	1.78
Neuropatía diabética	206	1.14
Quirúrgica relacionada a DM	140	0.77
IRC Hemodiálisis	56	0.31
Tuberculosis	41	0.23
Retinopatía diabética	36	0.2
Total	5,454,948	

Fuente: SVEHDM/DGAE/SSA/México 2011

En la Tabla 9 se mencionan las otras complicaciones que causaron alta en algún tipo de sistema hospitalario en el año 2011 (Boletín Epidemiológico, 2011).

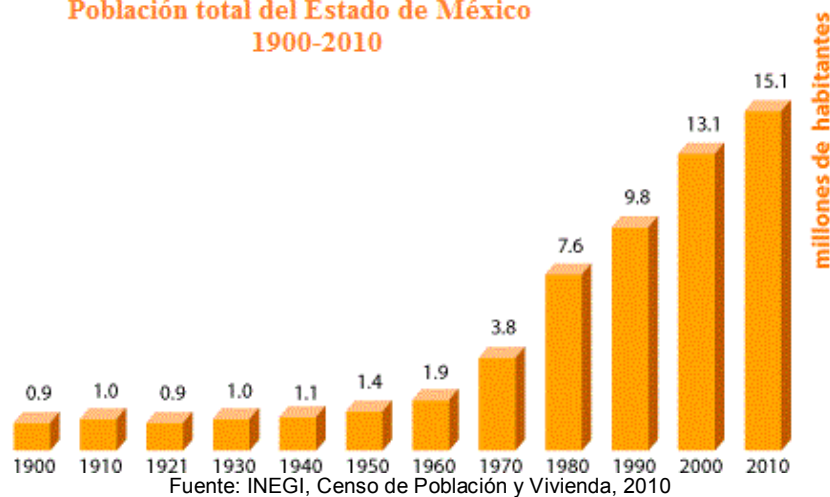
Como se ha señalado el envejecimiento de la población está íntimamente ligado con las enfermedades crónicas. En el caso de México la diabetes *mellitus* es la de mayor relevancia por sus elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, además de las complicaciones que genera. Además de la enfermedad los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad económica por falta de ingresos económicos estables, vivienda propia y personas que puedan cuidarlos.

3.3 Breve descripción de la dinámica demográfica y epidemiológica del Estado de México

El envejecimiento como parte del proceso de transición demográfica es reciente en todo el país, en la región centro ocurre la concentración demográfica de los adultos mayores. El Estado de México es la entidad con más alta densidad de población de la región y se encuentra en franco proceso de envejecimiento poblacional. El aumento de las enfermedades crónico-degenerativas forma parte de dicho proceso, se han colocado como las principales causas de morbimortalidad, desplazando a las enfermedades respiratorias y a las relacionadas con malnutrición. A nivel nacional el Estado de México ocupa el 6^a lugar dentro de las entidades con mayor número de personas diabéticas (SINAIS, 2010). A nivel estatal la diabetes *mellitus* tipo II es la primer causa de muerte desde el año 2007, teniendo una tasa de 70.5 por cada 100 mil habitantes (SUIVE, 2010).

El desarrollo del estado se encuentra ligado a la Ciudad de México, sin embargo, éste no es igualitario a pesar de compartir procesos económicos y sociales la entidad presenta carencias y limitaciones específicas. De acuerdo con el censo de 2010 es el estado con mayor población a nivel nacional con 15,175, 862 habitantes; la dinámica demográfica cambió después de los años 60's cuando inició el aumento sostenido de la población (Ver gráfica 7).

Gráfica 7. Crecimiento demográfico de México
Población total del Estado de México
1900-2010



De acuerdo con indicadores demográficos la tasa de natalidad ha tenido ligeros decrementos anuales, mientras que la tasa de mortalidad se mantuvo estable hasta el 2010 año en que tuvo un ligero aumento; como consecuencia el crecimiento natural se ha estabilizado. La esperanza de vida concuerda con la nacional de 74.4 años, mientras que en las mujeres la esperanza es de 77.1 años, los hombres están en 71.8. (ver tabla 10).

Tabla 10. Indicadores demográficos 1990-2010

Indicador	1990	1995	2000	2005	2010
Población a mitad de año	10,083,763	11,591,879	12,933,002	14,233,514	15,582,671
Nacimientos	291,864	302,881	303,496	304,923	305,477
Defunciones	49,082	49,863	54,406	62,116	73,867
Tasa bruta de natalidad*	28.94	26.13	23.47	21.42	19.6
Tasa bruta de mortalidad*	4.87	4.3	4.21	4.36	4.74
Tasa de crecimiento natural**	2.41	2.18	1.93	1.71	1.49
Tasa global de fecundidad	3.23	2.79	2.51	2.36	2.23
Esperanza de vida al nacimiento. Total	70.05	72.35	73.55	74.22	74.45
Esperanza de vida al nacimiento. Hombres	66.78	69.53	70.98	71.76	71.86
Esperanza de vida al nacimiento. Mujeres	73.49	75.31	76.24	76.79	77.17

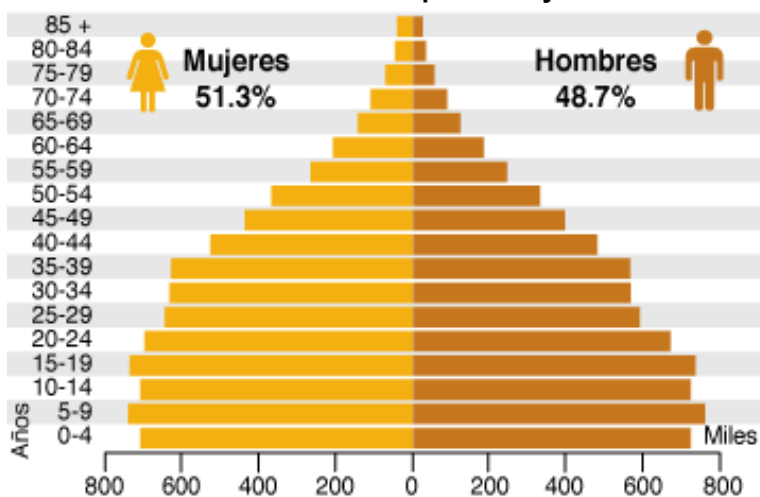
* Por mil

** Por cien

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

La distribución de la población por género muestra que las mujeres constituyen la mayoría con 2,6%, mientras que el sector etario con mayor representación es el de los 5-29 años. La población mayor de 60 años ha tenido un aumento significativo abarcando el 7.4% del total, siendo más alto que el nivel nacional (6.3%). De acuerdo a las proyecciones hechas por CONAPO para el año 2030 la población se duplicaría alcanzando el 16% de la población total.

Gráfica 8. Habitantes por edad y sexo



Fuente: INEGI. Panorama Sociodemográfico de México, pp. 13..

El índice de envejecimiento corresponde a 26.13, es decir, hay 26 adultos mayores por cada 100 habitantes; de los cuales 26.3 son hombres y 28.71 son mujeres (INEGI, 2010). Relacionado con el envejecimiento el índice dependencia ha ido en aumento y seguirá esta tendencia, siendo actualmente de 11.4% (INEGI, 2010). El grupo de adultos mayores en el estado tiene una dinámica afectada por la migración, en algunos municipios (sobre todo rurales) el envejecimiento poblacional es acelerado debido a los flujos migratorios de la población juvenil; mientras que en los municipios urbanos la tasa de crecimiento se mantiene estable.

La distribución de los adultos mayores en zonas urbanas es mayor que en las rurales, patrón que comparte con el resto del país. Las mujeres tienen una vez más una representación mayor en las zonas urbanas y rurales que los hombres como se observa en la Tabla 11.

Tabla 11. Población total por localidad, edad y sexo 2010

Grupos de edad y Sexo	Población total	Rural	Urbana
Total	15 175 862	1 973 517	13 202 345
0 a 14	4 353 914	684 596	3 669 318
15 a 59	9 497 753	1 134 181	8 363 572
60 y más	1 137 647	146 352	991 295
No especificado	186 548	8 388	178 160
Hombres	7 396 986	970 539	6 426 447
0 a 14	2 206 980	346 397	1 860 583
15 a 59	4 575 319	551 495	4 023 824
60 y más	521 277	68 429	452 848
No especificado	93 410	4 218	89 192
Mujeres	7 778 876	1 002 978	6 775 898
0 a 14	2 146 934	338 199	1 808 735
15 a 59	4 922 434	582 686	4 339 748
60 y más	616 370	77 923	538 447
No especificado	93 138	4 170	88 968

Nota: Localidades rurales las de 1-2 499 habitantes urbanas tienen más de 2 500 habitantes.

Fuente: COESPO con base en INEGI.

Los tipos de residencia de la población mayor de 60 años pueden explorarse conociendo los tipos de hogar a los que pertenece. Ésta forma de cohabitación varía en función de la edad y del sexo. Los hombres suelen vivir mayormente en hogares nucleares siendo los jefes de hogar; las mujeres viven con su pareja pero también es considerable la cantidad de jefas de familia. La residencia con descendientes se presenta más en mujeres que en hombres; existiendo además una cantidad significativa de mujeres que viven en hogares con parentescos diferentes al nuclear o bien con personas sin lazos de parentesco. El número de hogares es prácticamente el doble que el de los hombres. Lo anterior permite señalar que las mujeres viven como jefas de familia dado su mayor esperanza de vida, los hombres mantienen el estatus de jefe y en menor grado se hacen cargo de ellos parientes lejanos o personas sin parentesco (Ver tabla 12).

Tabla 12. Tipos de residencia de población mayor de 60 años

Hogares censales						
México	Total	Jefe de familia	Pareja	Descendientes	Otro parentesco	Sin parentesco
60 +	1,136,024	691,674	269,645	7,484	37,103	3,716
Hombres 60 +	520,565	451,402	22,366	2,966	13,231	1,266
Mujeres 60 +	615,459	240,272	247,279	4,518	23,872	2,450

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

La escolaridad de los adultos mayores es más alta en los hombres. Los hombres presentan como grado máximo instrucción secundaria, y las mujeres la primaria; el mayor porcentaje se concentra en los que no recibieron ningún tipo de escolaridad o cursaron algunos años de primaria.

3.3.1 Cobertura sanitaria en el Estado de México

La estructura de servicios de salud del Estado de México es errática ya que es una de las entidades con menor cobertura. La cobertura para la población es de un 60% incluyendo tanto el sector público como el privado; considerando en el sector público los servicios de IMSS, ISSSTE y otros, así como el Seguro Popular. Para el caso específico de los adultos mayores el porcentaje de cobertura es del 67%, para la población menor a 60 años la cobertura es del 59%; existiendo una ligera diferencia que favorece la atención en los adultos mayores (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Población con derechohabencia en el Estado de México.

Entidad	Edad	Total	Derechohabiente		No derechohabiente	No especificado
			Público	Privado		
Edo. de México	00-59	7,069,368	3,949,234	218,910	5,771,364	51,204
	60 +	1,137,647	749,199	16,429	355,407	2,519

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

Las principales causas de mortalidad son la diabetes *mellitus*, las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades del hígado. La diabetes *mellitus* tiene el mayor crecimiento desde el año 2008, así como las enfermedades cardiovasculares; otras enfermedades como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis y enfermedades hipertensivas oscilan entre las primeras cinco causas de muerte. En cuanto al género tanto hombres como mujeres presentan la diabetes como la principal causa de muerte, aunque en hombres ésta es del 7.78% y en mujeres es de 10.66% mostrando la mayor vulnerabilidad femenina a padecerla (Ver Tabla14).

Tabla 14. Principales causas de mortalidad general

Causa	Año 2008		Año 2009			Año 2010		
	Tasa	Total	Tasa	00-65	65 +	Tasa	00-65	65 +
Diabetes mellitus	70.5	10,324	73.3	4,860	6,013	77.7	4,977	6,708
Enfermedades del corazón	64.3	9,405	67	2,857	7,064	70.6	2,970	7,630
Tumores malignos	37.8	5,539	50.3	3,890	3,574	52.4	4,151	3,722
Enfermedades del hígado	48.8	7,145	32.7	2,976	1,653	32.2	3,080	1,743
Accidentes	33.6	4,925	26.6	3,239	667	25.9	3,140	708

*Tasa por 100, 000 habitantes

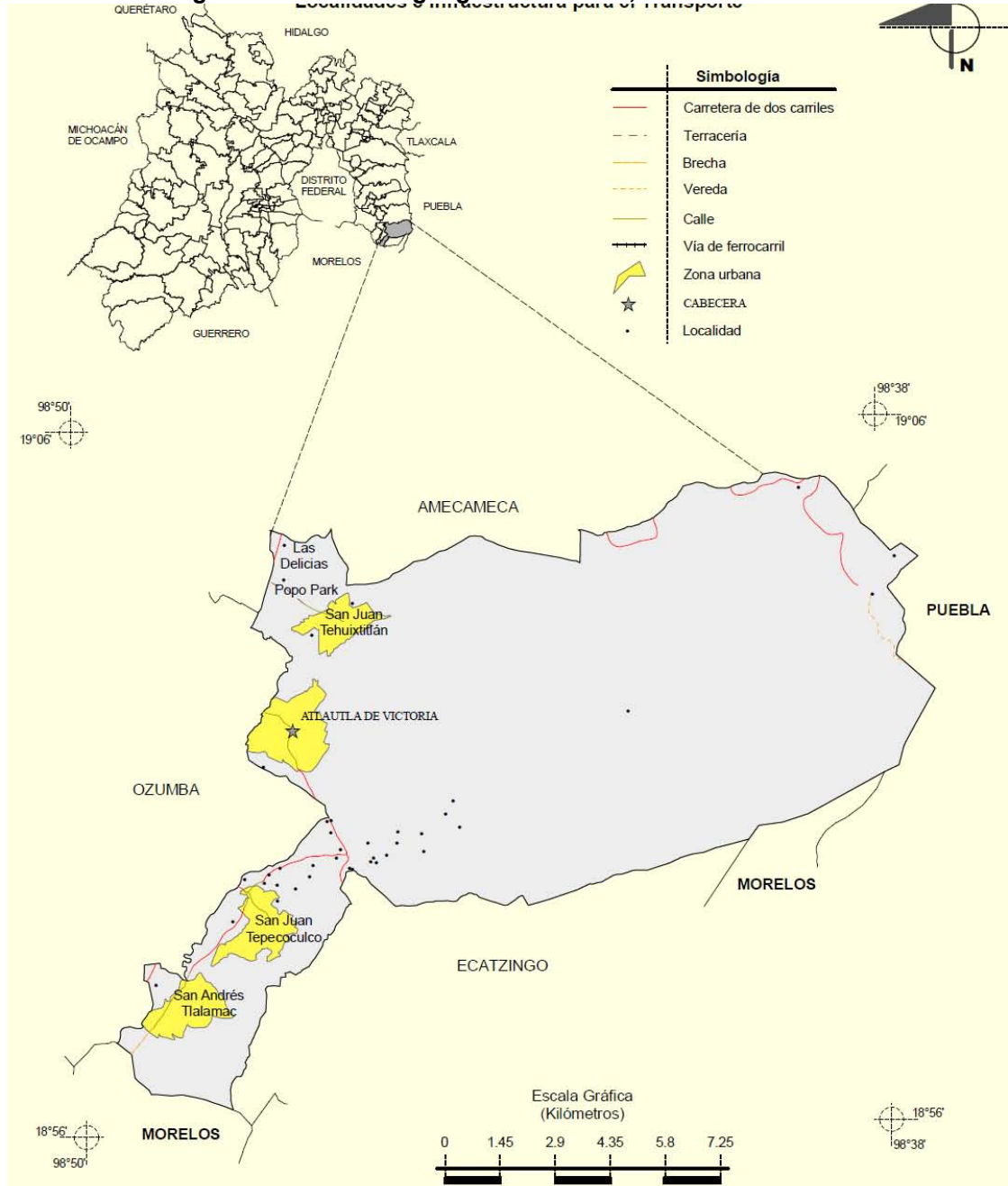
Fuente: DGIS-SINAIS

3.4 El municipio de Atlautla

Atlautla es un municipio del Estado de México perteneciente a la región de Amecameca, con límites al oeste con Ozumba y Tepetlixpa, al sur con Ecatzingo, al este con Puebla y Morelos y al norte con Amecameca. Perteneciente al eje neovolcánico, es una zona de agricultura de autoconsumo. El municipio está compuesto por las siguientes localidades:

- La cabecera municipal es Atlautla de Victoria y las localidades principales son: San Juan Tehuixtitlán, San Juan Tepecoculco, San Andrés Tlalamac, Colonia Guadalupe Hidalgo, Popo Park y Colonia Las Delicias.
- San Juan Tehuixtitlán: tiene como principal actividad la agricultura, la albañilería y los panaderos especializados en el llamado *cocol*.
- San Juan Tepecoculco: la principal ocupación es la agricultura y fruticultura, principalmente el aguacate.
- San Andrés Tlalamac: su principal actividad es la agricultura.
- Guadalupe Hidalgo: es una pequeña localidad donde se dedican a la agricultura y el comercio.
- Popo Park-Delicias: se encuentra integrada por el Pueblo de Popo Park y el fraccionamiento Las Delicias. Es lugar de casas de descanso, de algunos establecimientos como restaurantes, renta de cabañas y paseos a caballo.

Figura 11. Ubicación geográfica Atlautla, Estado de México



Fuente: INEGI, Marco Geoestadístico Municipal 2005, versión 3.1

3.4.1 Algunos datos históricos del municipio de Atlautla

De acuerdo con algunas versiones³⁹ la zona fue originalmente poblada por descendientes de chichimecas de tres familias: totolimecas amaquemes, tecuamipas y tlailotlacas atlautecas que a su vez pertenecían a la nación otomí. En la actualidad la mayoría de la población es mestiza.

³⁹ 1986, Silva, María, Monografía Municipal de Atlautla.

Existen pocos datos históricos del municipio, debido a la pérdida de sus archivos históricos lo único con lo que se cuenta son algunas menciones en cartas de relación de la época colonial; y referencias de acontecimientos que involucran la región de Ameca-Chalco. Chalco era una confederación de altépetls que ocupaban tierras de la cuenca abarcando una parte de bosques y zonas de cantera. Estaba constituida por once altépetl con su propio tlatoani: Tlalmanalco, Amaquemecan, Chimalhuacan y Tenanco-Tepopollan. Atlauhtlan pertenecía al altépetl de Amaquemecan. El altepetl de Amaquemecan fue fundado por una migración chichimeca totolimpaneca procedente de Aztlán. Se menciona que cuando este grupo llegó la zona ya estaba habitada por un grupo de olmecas, a los que sometieron habitando el lugar. Los mexicas sometieron al señorío de Chalco y utilizaron la región como fuente de madera y piedra (Navarrete, 2010).

El señorío de Chalco se dividió durante la conquista ya que algunos altepetls se aliaron con los españoles y otros ofrecieron resistencia como parte del imperio mexica.

La primera referencia del período colonial se encuentra en las Relaciones Originales de Chalco Amaquemecan⁴⁰, Fray Diego Durán señala la existencia de asentamientos altamente poblados en las faldas de un cerro (refiriéndose al volcán Popocatepetl). La zona pertenece a la llamada “ruta de Cortés” por lo que se sabe hubo contacto sostenido con los españoles. Una vez derrotada Tenochtitlán se enviaron misiones con el propósito de fundar pueblos donde se juntaron a los nativos que vivían dispersos en las llanuras y en los cerros. Fue el cacique Cuauhpoltécatl quien fundó el pueblo San Jacinto Atlauhtlan en el año 1551⁴¹. Según la traducción de Rosales⁴² se realizó la conversión al catolicismo de los caciques así como el establecimiento de los límites del pueblo y los títulos de propiedad:

“En este lugar de Atlauhtla (población de los barrancos)... años de 1552 en Atlauhtla nosotros los viejos Miguel Axaxayacatzin, el atlahuateco Pedro Maczochitzin, Bartolomé Cuauhxochoilzin, Francisco Cahuiscoatl, Juan Cuauhtotol, Domingo Ayotochtecas, Martín Cuauhmazatecatl, Diego Cuauhuexolotecatl, Lorenzo Chicotoyol. Los once atlahuatecos mencionados definieron el lugar para que en él se pudiera poner el templo Santo Chozza de Dios donde todos debían creer y adorar considerándola como si fuese una medicina dejada por su padre Miguel Cuauhcapotecatl y la abuela Juana Acachiquitecotl” (citado por Silva, 1986).

Se hace alusión a la “aceptación de la religión como mandato de dios y del rey de Castilla y también a los gobernantes para que cuidaran a los macehuales” (*idem*). También se exponen los límites de cada uno de los barrios San Diego, San Pedro, San Bartolomé, San Francisco, San Juan, Santo Domingo, San Martín, San Lorenzo, Pueblo de San Jacinto, Santísimo Sacramento, la virgen del Rosario y la Santa Casa de dios. Aquí se menciona a San Miguel como santo patrón del pueblo. En este punto existe una

⁴⁰ *idem*

⁴¹ *idem*

⁴² 1861 Documento que muestra el Registro de títulos primordiales localizado en el Archivo Nacional de la Nación, *op. cit* Silva, María, 1986.

divergencia con otros relatos⁴³; ya que en otros se habla de San Jacinto como el primer patrón del pueblo. Existen relatos de fuentes orales que hacen alusión a la llegada de San Miguel como producto de una procesión proveniente de Puebla; la cual no pudo seguir su camino porque el buro que lo transportaba se negó a avanzar interpretándose como que el santo eligió quedarse ahí. Después el santo reemplazaría a San Jacinto, otras apariciones ocurrirán para defender los linderos del pueblo de la compra de tierras por parte de habitantes de Ozumba.

Durante los años 1545-47 el cocoliztli apareció como una de las epidemias identificadas con la denominación cocoliztles⁴⁴ siendo la causa de un sinnúmero de muertes entre los indígenas. Ésta enfermedad se asociaba con los períodos de sequía, provocando hemorragias, fiebres, lengua seca y negra, pulsos frecuentes, delirios y convulsiones (Malvido, Viesca; 1985). En el documento traducido por Rosales se hace referencia a los estragos de la epidemia que asoló la zona: “Vino el sacerdote de México don Alfonso de Mata fray arzobispo dominico para que se confirmaran los niños, jóvenes puros y doncellas puras en el tiempo en que se extendió el cocomixtle (la enfermedad) por lo que en todas partes hace 12 años y medio en los años de 1554 los de Costilla murieron”⁴⁵. Como consta en el relato una variedad de cocoliztli (cocomiztle según el texto citado) se presentó en el pueblo de Atlautla.

En 1604 Atlautla se separa de Amecameca para incorporarse a Ozumba. Fue en 1874 cuando es declarado como municipio independiente con el nombre de Atlautla de Victoria –como referencia a Guadalupe Victoria–.

Las únicas noticias de la zona son las referencias de la época de Porfirio Díaz, en esos momentos una parte del municipio pertenecía a la Hacienda de Yautla. En 1882 el ferrocarril interoceánico y el ferrocarril México-San Rafael-Atlixco tuvieron estaciones en el municipio; el primero a la altura de lo que hoy es Popo Park y el segundo en los límites con Ozumba.

Durante la revolución mexicana la zona será influida por el levantamiento zapatista, al parecer en el año 1914 hubo enfrentamientos contra las tropas del gobierno federal, el pueblo fue arrasado y el palacio municipal incendiado (perdiéndose el archivo local). Según referencias de la población actual durante la revolución las personas huían al monte “mi mamá decía que cuando la revolución, luego decían *ahí vienen los carrancistas* y todos se iban, luego oíamos la balacera ya está en Ozumba, ya están balaceando, corríamos pa'l monte, se iban hasta el monte dicen que iban allí a esconderse. Decía mi mamá luego *ya nos vamos pa'l monte ya se oye la balacera cerca, vámonos al monte a escondernos, ahí en la cañada nos metíamos*. Si podíamos llevarnos tortillas y si no aunque sea la masa y allá hacemos tortillas”⁴⁶.

En 1924 producto de la Reforma agraria se constituyeron los ejidos de San Juan Tehuixtltlán y de San Miguel Atlautla. Existen algunos relatos de pobladores sobre las

⁴³ 1965 Rendón, Silvia “Relaciones originales de Chalco Amaquemecan” citado por 2008 Terrero, Adaly; mientras que el documento presentado aquí es una traducción de Rosales, Francisco.

⁴⁴ Proveniente del náhuatl “coco” ó enfermedad, “cocoliztli” se asocia a enfermedad, mal, peste.

⁴⁵ 1861 Documento que muestra el Registro de títulos primordiales localizado en el Archivo Nacional de la Nación, *op. cit* Silva, María, 1986

⁴⁶ Información obtenida en trabajo de campo 2012.

décadas 1920-1940 que dan cuenta de la situación del municipio, por ejemplo pueden encontrarse referencias al conflicto cristero en un relato de una mujer que no asistió a la escuela debido a que se escuchaban los rumores sobre que “les iban a cortar un oído a las que iban a la escuela, yo no conocía niños que fueran porque decían que allá en la escuela les cortaban las orejas”⁴⁷. Unos años después también se refleja el reclutamiento de jóvenes locales para su preparación como maestros rurales, otra mujer comentó al respecto “una vez vino el presidente y nos dijo: *quieren yo las meto para maestras*. Yo le dije a mi mamá “namás que acabemos la primaria yo quiero trabajar” pero no me dejo, mis compañeras si terminaron la primaria y se hicieron maestras, ellas ya hasta se jubilaron.”⁴⁸

Existe un acontecimiento que se considera importante por parte de los pobladores, en 1949 ocurre un accidente de avión en el pico del fraile del Popocatepetl muriendo alrededor de 25 personas, entre ellas la actriz Blanca Estela Pavón y el diputado Gabriel Ramos Millán. Se cuenta que el pueblo colaboró bajando los cuerpos y la misa se llevo a cabo en la iglesia de Atlautla. Los pobladores destacan que este hecho ocurrió cerca del día 26 de septiembre (fecha de la fiesta del santo del pueblo) por lo que “decía el coronel o quien sabe quién era, dijo *hay mucho difunto como van a hacer la fiesta no, no va a haber fiesta*. Él se iba pa’ México y en el camino se le apareció un niño con su espada, que le dijo que era Miguel y que inmediatamente se llevaran sus difuntos porque fiesta tenía que haber. El señor se regreso y cuando entró a la iglesia vio que el niño que se le había aparecido era San Miguel, así que recogieron todo y se fueron, entonces se pudo hacer la fiesta”⁴⁹.

Durante la década de los 60’s se impulsa el Modelo de servicios básicos de salud basado en la creación de centros de salud rural, fundándose en el año 1968 el Centro de Salud Rural en la cabecera municipal de Atlautla. Éste el primer servicio de salud formal, ya que antes únicamente existían algunos consultorios particulares y la población acudía a Amecameca por otros servicios de salud.

La zona tiene una importante relación con el volcán Popocatepetl ya que se encuentra dentro de la zona uno de riesgo, a partir de 1994 la actividad volcánica ha sido constante, por ejemplo en el año 2000 la población fue evacuada, aunque en los hechos varios pobladores decidieron quedarse.

3.4.2 Dinámica demográfica de Atlautla

De acuerdo con el último censo la población total del municipio es de 27,663 concentrándose en la cabecera municipal (Ver Tabla 15).

⁴⁷ Información obtenida en trabajo de campo 2012.

⁴⁸ Información obtenida en trabajo de campo 2012.

⁴⁹ Información obtenida en trabajo de campo 2012.

Tabla 15. Población total y por localidad

Nombre	Población
Atlautla	27,663
Atlautla de Victoria	10,967
Popopark	1,214
San Andrés Tlalamac	3,497
San Juan Tehuixtitlán	6,743
San Juan Tepecoculco	3,790
Poblaciones menores	1,452

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

La población ha crecido en un 0.6% desde el año 1990 al 2010, siendo las mujeres las que representan el mayor porcentaje de la población (Ver Tabla 16).

Tabla 16. Indicadores demográficos 1990-2010

Población 1990-210					
	1990	1995	2000	2005	2010
Hombres	9,386	11,249	12,641	11,661	13,396
Mujeres	9,607	11,385	13,309	12,449	14,267
Total	18,993	22,634	25,950	24,110	27,663

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

La dinámica del municipio está marcada por una Tasa de Crecimiento Media Anual que fue en aumento de 1950 al 2000 en un 1.2%; registrando su valor máximo en el periodo 1970-1980 (3.5%) y en el periodo 1990-2000 (3.19%). Después del año 2000 la tasa ha tenido un decremento de -1.7%, por lo que su crecimiento es por debajo de la media estatal (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Crecimiento poblacional 1980-2010

Año	Total	Hombres	Mujeres	0-12	12 +	Periodo	TOMA
1980	16,840	8,442	8,398	7,528	10,696	1970-1980	3.6
1990	18,993	9,386	9,607	7,829	12,742	1980-1990	1.2
2000	25,950	12,641	13,309	8,799	16,760	1990-2000	3.2
2010	27,663	11,661	12,449	8,045	17,544	2000-2010	-1.7

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

Específicamente la población de 60 años representa el 9% de la población total, las mujeres son mayoría sin embargo, en comparación con los hombres la diferencia es tan solo de 3% (Ver tabla 18).

Tabla 18. Población total y por género, 2010, Atlautla

Edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	27,663	13,396	14,267
00-59	24,941	12,067	12,874
60 +	2,455	1,196	1,259
N/E	267	133	134

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

Los sectores de la población que presentan crecimiento es el sector de 20-24 años y el de 30-34 años; para el último censo (2010) la edad media poblacional es de 24 años. En cuanto al Índice de envejecimiento éste es de 29.24, es decir existen 29 adultos

mayores por cada 100 habitantes. Una vez más se observa el valor máximo en mujeres con 30.3 respecto del 28.1 de los hombres. Relacionado con el índice de envejecimiento se encuentra la Razón de dependencia por edad que para el municipio es de 70.0, es decir que por cada 100 personas en edad productiva (15-64 años) hay 70 en relación de dependencia (menores de 15 y/o mayores de 64). La razón de dependencia demográfica de vejez corresponde a 14.8, de las 70 personas en dependencia 14 son mayores de 60 años (Ver tabla 19).

Tabla 19. Población total e índice de envejecimiento

Entidad	Pb total			Edad mediana			Índice de Envejecimiento		
	Total	Hombres	Mujeres	T	H	M	T	H	M
México	15,175,862	7,396,986	7,778,876	26	25	27	26.13	23.6	28.7
Atlautla	27,663	13,396	14,267	24	23	25	29.24	28.1	30.3

*Incluye una estimación de población a nivel estatal de 180,159 personas que corresponden a 60,053 viviendas sin información de ocupantes.

*Para calcular la edad mediana se excluye a la población con edad no especificada.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

Los hogares censales del municipio tienen como tamaño promedio 4.4 componentes, predominando la jefatura masculina (ver tabla 20).

Tabla 20. Hogares censales Atlautla

Tamaño promedio	4.4
Hogares con jefatura masculina	4,824
Hogares con jefatura femenina	1,355

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

Los hogares censales donde habitan adultos mayores muestran que la mayoría de la población tiene como jefe de familia a un hombre, repitiéndose el patrón tanto para hombres menores de 59 años como para los mayores de 60. Los hogares donde viven los adultos mayores se caracterizan por tener más de cinco componentes. Para el caso del sexo masculino predominan los hogares con tres integrantes y para el sexo femenino aquellos con más de cinco componentes. Esta distribución muestra que los hombres suelen vivir con su pareja y algún hijo; mientras que las mujeres pueden vivir igual o también en hogares múltiples donde conviven varias generaciones (ver tabla 21).

Tabla 21. Componentes de hogares censales Atlautla

Sexo	Edad	Total hogares	Número de integrantes				
			1	2	3	4	5 +
Total		6,179	385	740	963	1,382	2,709
	15-59	4,712	166	399	761	1,195	2,191
	60 +	1,463	217	340	202	186	518
Hombre		4,824	195	503	708	1,148	2,270
	15-59	3,826	102	252	569	1,022	1,881
	60 +	996	92	251	139	125	389
Mujer		1,355	190	237	255	234	439
	15-59	886	64	147	192	173	310
	60 +	467	125	89	63	61	129

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010

En cuanto a los tipos de coresidencia predomina el familiar nuclear, siguiéndole el ampliado; en ambos la proporción de hombres es mayor que la de mujeres. Existe un número importante de hogares unipersonales, siendo éste el tercer modelo de coresidencia más común en la zona. El patrón de adultos mayores viviendo solos no muestra diferencia significativa por sexos; contrario a lo que menciona la literatura de existencia de mayor abandono en hombres que en mujeres en el municipio puede observarse que el nivel de abandono es similar. Además el número de hogares donde la relación consanguínea es de segundo orden ó no existe corresponde mayormente a hombres que a mujeres (ver tabla 22).

Tabla 22. Hogares censales y clase de hogar

Sexo	Tipo y clase de hogar censal				
	Familiar			No familiar	
	Nuclear	Ampliado	Compuesto	Unipersonal	Corresidentes
Total	3,789	1,953	37	385	5
Hombres	3,195	1,398	27	195	3
Mujeres	594	555	10	190	2

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010⁵⁰

3.4.3 Panorama sanitario del Municipio de Atlautla

Los servicios de salud del Estado de México presentan una baja cobertura sanitaria, en particular el municipio de Atlautla cuenta con una población total de 15, 175, 862 de la cual únicamente 8, 811, 664 son derechohabientes de algún sistema de salud (INEGI, 2010). En el caso de los adultos mayores la población abarca el 6.7%, de un total de 27,888 (INEGI, 2010). El equipamiento sanitario es de un CEAPS (Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud) en Atlautla de Victoria, y tres unidades médicas en otras localidades. El personal médico del CEAPS incluye 52 trabajadores del ISEM divididos en cinco turnos, incluyendo personal de intendencia, cuatro de personal de vigilancia y cuatro de personal de farmacia. No existen unidades de segundo nivel, ni de los sistemas del IMSS, ISSSTE, ISSEMYN, etc. Los hospitales de referencia son el Hospital General de Tepetlixpa y el Hospital General de Amecameca (ver tabla 23).

Tabla 23. Equipamiento sanitario Atlautla

Tipo	Ubicación	Cobertura*	Déficit rel.**
CEAPS	Atlautla	4,140	199.2
Clínicas periféricas	San Andrés Tlalamac	2,249	38.2
	San Juan Tehuixtílán	6,679	15.1
	San Juan Tepecoculco	2,999	140.3

*Datos del año 2009

**Indica el porcentaje de habitantes que no pueden ser atendidos

Fuente: ISEM, 2009

⁵⁰ Nuclear formado por madre, padre e hijos, un padre e hijos, o pareja sin hijos

Ampliada: nuclear y otros parientes (tíos, primos, hermanos, etc.)

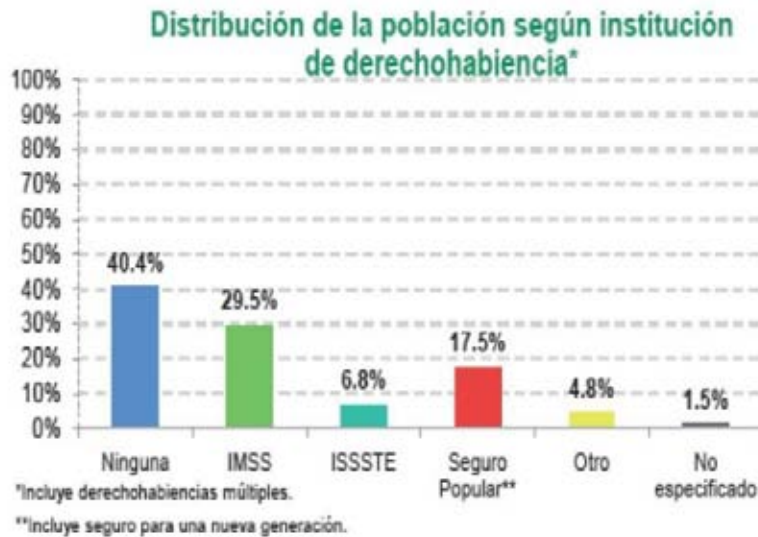
Compuesto: hogar nuclear o ampliado más personas sin parentesco con el jefe de hogar

Unipersonal: una sola persona

Corresistente: Dos o más personas sin relación de parentesco

El índice de cobertura del municipio es bajo, tanto la cabecera municipal como la localidad de Tepecocolco presentan el porcentaje más alto de habitantes que no pueden ser atendidos por el equipamiento sanitario actual. Además debe considerarse que el resto de las localidades no cuentan con ningún tipo de establecimiento de salud y por lo general deben trasladarse a la cabecera municipal (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución de la población por derechohabiencia



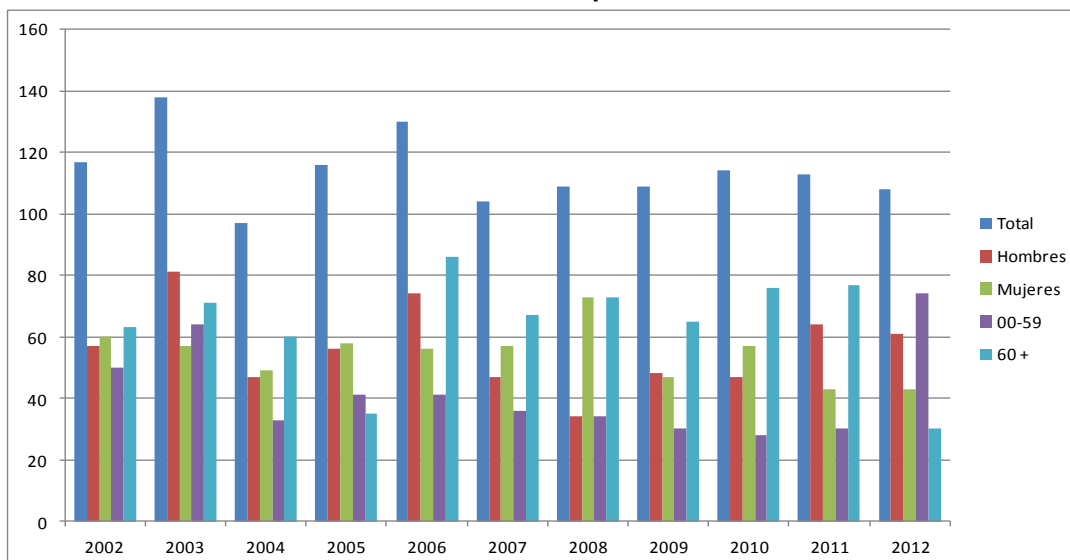
Fuente: ISEM, 2009

En la gráfica 9 se muestra el porcentaje de derechohabiencia que corresponde a 40.4%, las unidades médicas están por debajo de la media estatal. De acuerdo con los datos del ISEM se cuenta con 0.78 médicos por cada 1000 habitantes, una cama por cada 4,018 habitantes, y una ambulancia en todo el municipio la cual no pertenece a ningún instituto de salud sino que sirve a Protección Civil como parte de las medidas de protección frente a eventualidades relacionadas con el volcán Popocatepetl.

3.4.4 Perfil de Mortalidad

En la última década la mortalidad en el municipio oscila entre las 100 a 120 defunciones por año; el componente genérico no muestra grandes diferencias, en cuanto a la edad el grupo con mayor mortalidad es el de 60 años y más. Algunas variaciones se encuentran en el año 2006 cuando hubo una mayor mortalidad en mayores de 60 años con respecto a los últimos 10 años; destaca que en el año 2012 ocurrió el fenómeno contrario la mortalidad en menores de 59 años fue la mayor en los últimos 10 años (ver gráfica 10).

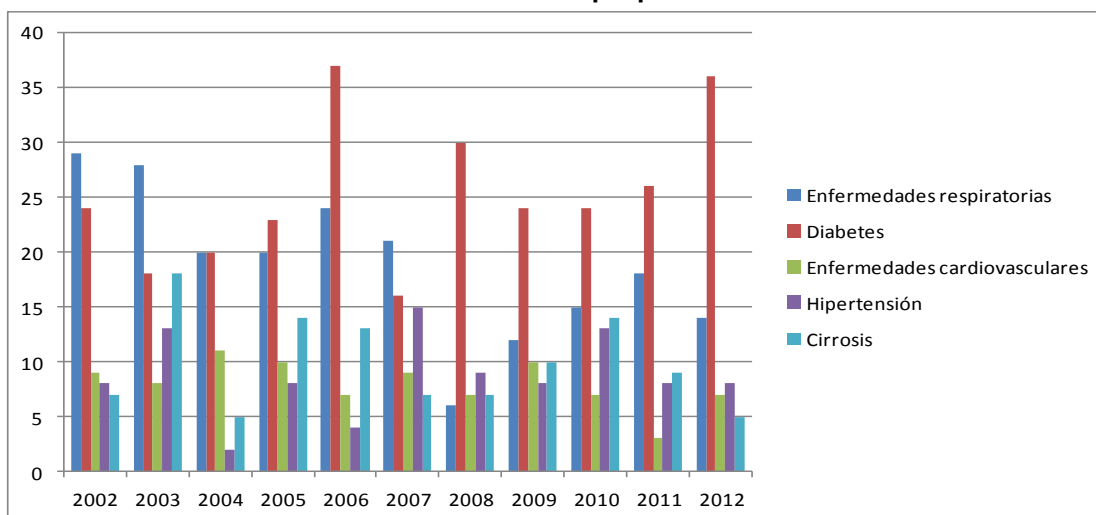
Gráfica 10. Mortalidad municipio Atlautla 2002-2012



Fuente: Registro Civil 2002-2012

Las principales causas de mortalidad en los últimos 10 años son: diabetes, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, hipertensión y cirrosis. A partir del año 2006 la diabetes se ubica en el primer lugar, las enfermedades respiratorias son la segunda causante asociada al tipo de clima de la zona⁵¹. La tercera es la cirrosis que se asocia con el consumo de alcohol, por último las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión ocupan los siguientes puestos (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Mortalidad municipal por causa 2002-2012



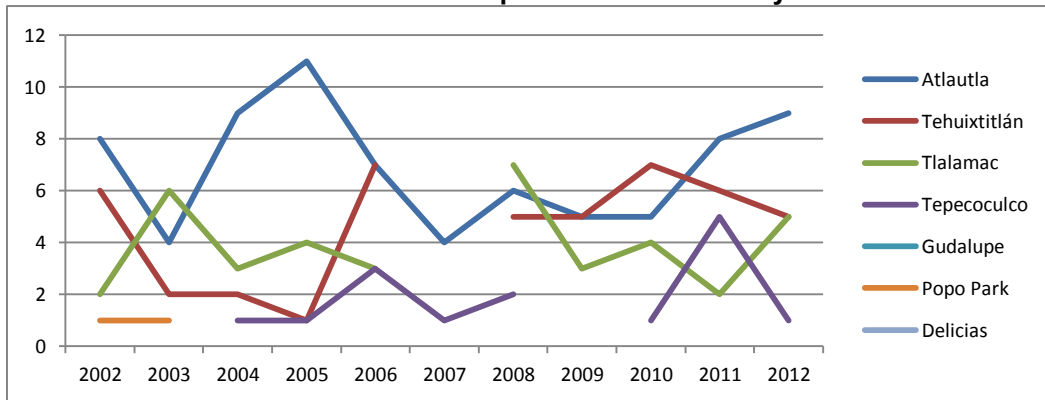
Fuente: Registro Civil 2002-2012

La mortalidad específica de los adultos mayores por diabetes es mayor en la cabecera municipal debido a que ahí se concentra la población del municipio. Le sigue

⁵¹ En el municipio predominan 3 tipos de climas: Templado subhúmedo, semifrío subhúmedo, frío de altura con marcado invierno. Con un rango de temperatura 2-20°C.

Tehuixtitlán y Tlalamac en número de adultos mayores fallecidos y también en densidad poblacional. Las localidades menores como Popo Park y Delicias tienen una densidad mínima poblacional, por lo que su representación en la mortalidad es baja; ya que en ambas localidades predominan las casas de campo deshabitadas (la zona fue usada como lugar de veraneo por migrantes nacionales y extranjeros) (Ver gráfica 12).

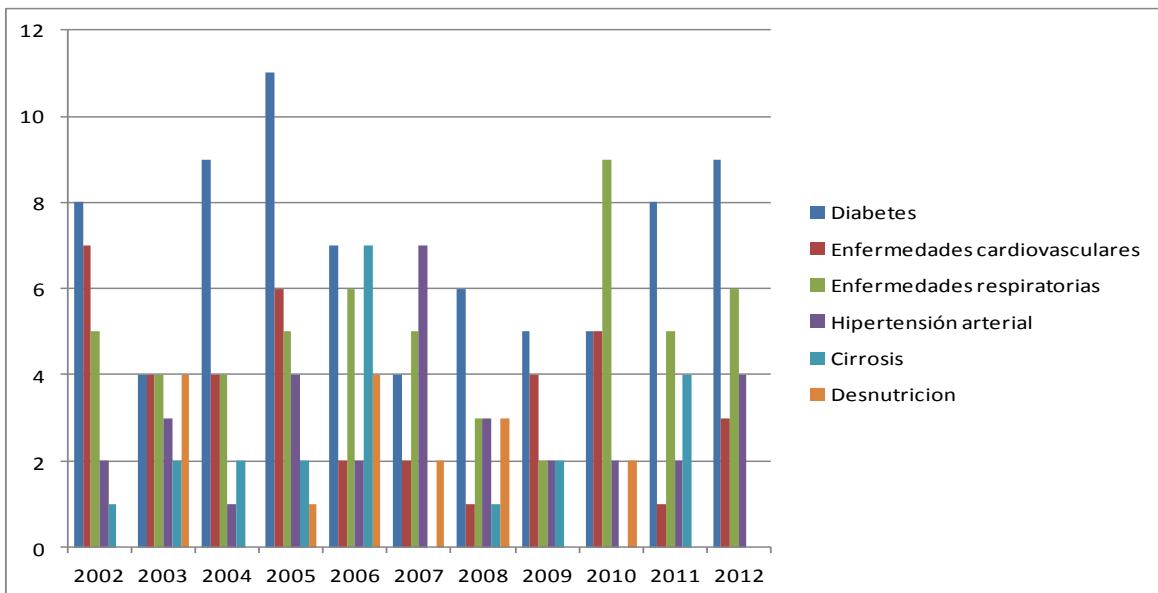
Gráfica 12. Mortalidad por diabetes 60 años y más



Fuente: Registro Civil 2002-2012

En la cabecera municipal el patrón de mortalidad indica a la diabetes como la primera causa desde hace 10 años, le siguen las enfermedades respiratorias y las enfermedades cardiovasculares. La mortalidad asociada a problemas de desnutrición y anemia también aparece como causas que se presentan en los adultos mayores. Lo anterior da cuenta del grado de vulnerabilidad en el que se encuentran, así como de los pocos recursos con los que cuentan y/o bien de deficiencias en el apoyo familiar que permita transferencias económicas y de alimentación a este grupo.

Gráfica 13. Mortalidad por causa en mayores de 60 años



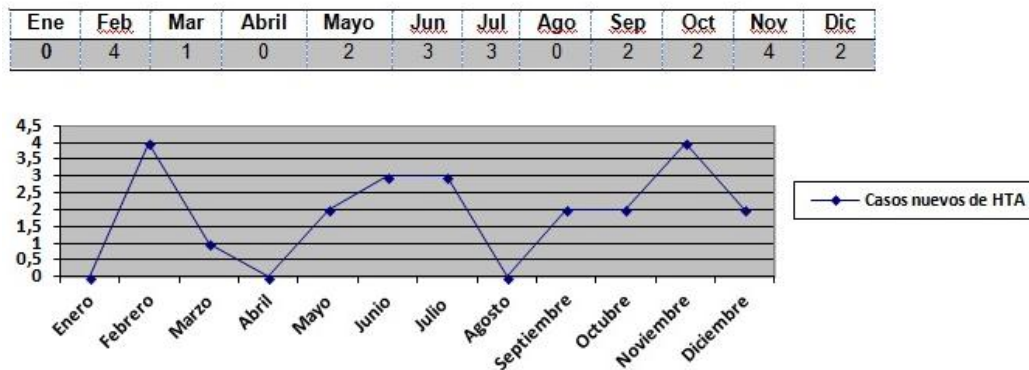
Fuente: Registro Civil 2002-2012

3.4.5 Perfil de Morbilidad

En Atlautla la diabetes *mellitus* se concentra en la población mayor de 60 años, le sigue el grupo de adultos de 30 años en adelante. La diabetes en este municipio es la enfermedad que implica mayor gasto de recursos de salud y programas específicos de atención (como la formación de los grupos de autoayuda dependientes del ISEM).

En las principales causas de morbilidad aparece en los últimos cinco años como una de las primeras cinco causas; siendo a partir de 2009 la primer causa de mortalidad (Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones, 2006, 2007, 2008, 2009). De acuerdo con el Diagnóstico situacional 2011 (CEAPS, 2011) la incidencia de la hipertensión arterial sistémica tiene un promedio de 22 casos por año para la cabecera municipal; reportándose 23 casos nuevos en tan solo el años 2011 (ver gráfica 14).

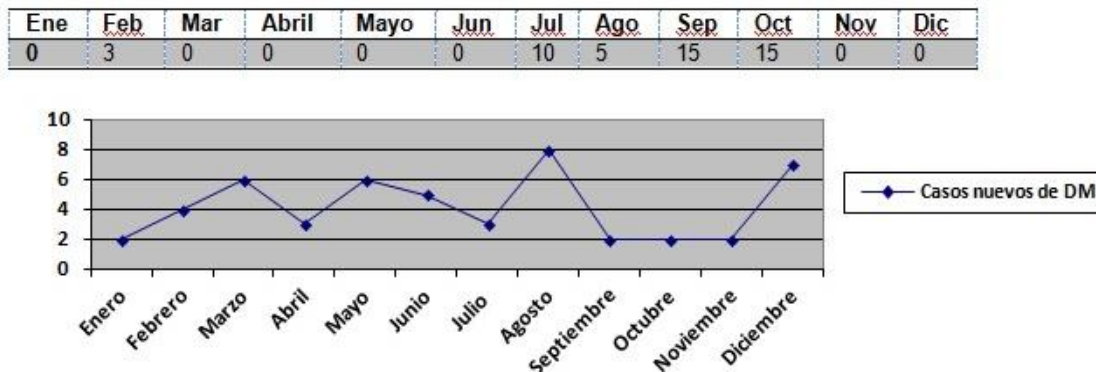
Gráfica 14. Incidencia de Hipertensión Arterial Sistémica.



Fuente: Registro SIS CEAPS Atlautla, 2011

En cuanto a la morbilidad por diabetes, según los datos del Diagnóstico en 1995 se registró la mayor incidencia con 90 casos; durante el año 2011 se registraron 50 casos nuevos (ver gráfica 15).

Gráfica 15. Incidencia de Diabetes *mellitus*.



Fuente: Registro SIS CEAPS Atlautla, 2011

3.5 Contexto de los informantes seleccionados

Con la finalidad de abordar la influencia de las redes sociales de apoyo en la atención de los adultos mayores diabéticos se eligió un total de ocho informantes que por sus características permiten abordar aspectos contrastantes de dicha problemática. El proceso de selección se realizó con los criterios establecidos para obtener “tipos ideales” a partir de tres condicionantes: la disposición de fuentes de ingreso generadas por el trabajo del adulto mayor o por alguna institución gubernamental; la diferenciación por género y la pertenencia ó no a un grupo de autoayuda. Asimismo, se consideró que fuesen personas con un tiempo mínimo de diagnóstico de diabetes de cinco años. Al respecto de las redes sociales se obtuvo información de un miembro de la unidad doméstica del adulto mayor, los médicos que los atienden en su unidad médica y el personal que dirige el grupo de ayuda mutua del CEAPS y del DIF.

Tabla 24. Características de los informantes

Informante	Sexo	Edad	Estado civil	Origen	Escolaridad	Tiempo con diabetes	Uso de insulina	Ocupación
Rodrigo	H	76	Casado	Atlautla	3 años primaria	26 años	No	Cuidado de animales
Andrés	H	74	Separado	Atlautla	Ninguno	20 años	No	Ventas intermitentes
Silverio	H	81	Separado	Atlautla	Ninguno	20 años	3 años	Ventas intermitentes
Daniela	M	61	Casada	Atlautla	Primaria completa	15 años	2 años	Ama de casa
Esther	M	61	Casada	Puebla	1 año primaria	19 años	5 meses	Ama de casa
Mariana	M	76	Viuda	Atlautla	4 años primaria	6 años	10 meses	Comerciante
Adriana	M	62	Divorciada	México	4 años primaria	9 años	11 meses	Ama de casa
Guadalupe	M	87	Viuda	Atlautla	Ninguno	8 años	No	Comerciante

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

El grupo está compuesto por adultos mayores que van de los 61 años a los 87; eso permite observar las diferencias entre personas que recientemente son consideradas “adultos mayores” y aquellos que tienen mayor tiempo en ese rol. Sobre el estado civil existen tres personas casadas, las demás están separadas sin que exista un trámite de divorcio legal y viven en el mismo predio que su cónyuge, sin embargo, cada uno habita en cuartos separados y realiza sus propias actividades. La mayoría nacieron en Atlautla, con estancias largas en el Distrito Federal cuando eran jóvenes por razones de trabajo. A excepción de dos mujeres: una nació en Xayacatlán, Puebla y llegó a Atlautla tras su matrimonio; otra nació en la Ciudad de México y migró con sus padres a Atlautla. La escolaridad de todos es de unos cuantos años en primaria, debido a que se dedicaron a trabajar desde pequeños ya sea en el campo o en las actividades domésticas que sus padres les asignaban.

La temporalidad con diabetes sobrepasa los cinco años en todos los casos; el tiempo vivido con la diabetes provoca que el padecimiento haya atravesado distintas fases de su ciclo vital. Sobre el uso de insulina cinco de ellos la tienen incorporada a su

tratamiento, destacando que durante la primera estancia de campo tres de las mujeres aún no iniciaban con su uso. Ninguna de las personas entrevistadas es pensionada o jubilada, todas se dedicaron durante su vida a trabajos informales; en la actualidad el único ingreso periódico es el correspondiente al programa 70 y más u Oportunidades; a excepción de un hombre que no está inscrito a ninguno de éstos. Dos mujeres son amas de casa que no realizan ninguna actividad con remuneración, dedicándose exclusivamente a los quehaceres domésticos. Cuatro son comerciantes que venden hierbas o algún otro producto de sus terrenos, esto lo hacen de manera irregular en el tianguis regional de Ozumba. Un hombre se dedica a cuidar animales de sus hijos, mientras que otro siembra en una pequeña huerta para autoconsumo.

3.5.1 Una breve presentación de los informantes

➤ **Rodrigo**

Es un hombre de 76 años que ha vivido todo el tiempo en Atlautla, está casado y de sus siete hijos una vive con él, los demás habitan en el mismo pueblo y en Ozumba. Únicamente fue a la escuela tres años porque siempre trabajó en el campo, su padre era campesino de sus propias tierras así que él y sus hermanos iban a sembrar. Durante su juventud se mantuvo trabajando en las tierras de su padre, cuando éste falleció buscó obtener mejores ingresos dedicándose a ser transportista y a criar animales. Se volvió lechero además de pedir en renta otro terreno para ampliar su siembra; conoció a su esposa en el pueblo y se casaron después de tener dos hijos. Los primeros años de matrimonio los vivió en casa de su madre, pero su esposa y ella no se llevaban bien así que había constantes problemas familiares; tiempo después que la madre le heredó el lugar él le pidió que se fuera con una de sus hermanas para que la cuidaran porque su esposa tenía mucho trabajo con los hijos. Como se “hartó” del trabajo de cuidar vacas las fue vendiendo para comprarse una camioneta.

Comenzó a trabajar como chofer de carga, haciendo viajes llevando verduras y frutas a la central de abastos de la Ciudad de México. Él comenzó a tomar a la edad de 15 años, siendo la etapa de chofer cuando más lo hacía porque era cansado y “había que divertirse”. El consumo de alcohol continúa hasta la fecha pero en menor cantidad; durante los años que fue chofer sostuvo relaciones con varias mujeres pero nunca supo de haber tenido otros hijos fuera de su matrimonio. De sus siete hijos la mayoría estudiaron por lo menos la secundaria y la preparatoria, otros lograron una carrera técnica, su esposa se dedicó siempre al hogar, a cuidar a los hijos y por momentos ir a vender. “Nunca nos ha faltado nada, lo que sembraba lo comíamos y otro pa’ vender, y con las vacas daban mucho dinero”. Aproximadamente siete años atrás comenzó a sufrir de una enfermedad que le altero las piernas, entorpeciéndole el caminar. Sus piernas se encuentran arqueadas y sólo le es posible caminar distancias cortas con ayuda del bastón “me iba sintiendo con dolor, me sentaba, otra vez me paraba y no se quitaba... de un tiempo ya no pude caminar”. Su vida no cambió a partir del diagnóstico de diabetes porque no considero necesario cuidarse de manera diferente, pero los problemas en sus piernas es lo que a su juicio ha modificado toda su vida. Ha acudido con varios curadores para que lo traten, ahora está convencido de que el problema es una “mala enfermedad”

traída a consecuencia de un trabajo de brujería⁵². Continúa en búsqueda de curadores, sobadores, hueseros y brujos que le ayuden con el problema; sus hijos son quienes lo apoyan llevándolo a las citas y con dinero para pagar los tratamientos. En la actualidad considera su situación económica regular porque tiene para comer, para su “copita” y sus hijos le dan dinero sin que él tenga que pedirselos. Se dedica a ir a cuidar un terreno de uno de sus hijos, el cual no está habitado y usa para sembrar algunas cosas, así como cuidar borregos que tiene en el mismo lote. A él no le gusta participar en ningún grupo de ayuda mutua porque considera que es una pérdida de tiempo y prefiere pasar sus tiempos de ocio en la esquina con sus amigos platicando.

➤ **Andrés**

Es una de las personas que vive separado de su pareja pero que mantienen una relación ya que habitan en el mismo lote, tiene 74 años, nació en Atlautla y de pequeño fue llevado a vivir con una tía en la Ciudad de México. Vive en su casa con su esposa, su hija y dos nietos, sus hijos viven en el pueblo, una hija en otra localidad; tiene también un hijo con otra pareja que radica en la Ciudad de México. Sus padres se separaron y él quedó a cargo del padre, al morir éste uno de los tíos lo llevó a vivir a la ciudad, ahí estuvo toda su niñez con una tía. Nunca fue a la escuela debido a que debía trabajar para colaborar con la familia, lavaba carros en un estacionamiento; después de soportar malos tratos decidió salirse, consiguió un lugar donde quedarse a cambio de trabajar como ayudante. En ese lugar fue localizado por una hermana y regreso a Atlautla a ver a su madre (a él le habían informado que había muerto hace tiempo), con este nuevo contacto con su familia se enteró que tenía un terreno heredado por su padre.

Trabajó un tiempo como chofer de autobús de pasajeros, después con ayuda de su madre compró una camioneta para realizar mudanzas. Fue entonces cuando conoció a su esposa, vivieron un tiempo en Ozumba con la familia de él mientras construía su casa. Él y su pareja se hicieron comerciantes de verduras y frutas, algunos de sus hijos estudiaron una carrera profesional, otros heredaron sus puestos de venta. Ellos y sus familias vivieron un tiempo en la misma casa, hasta que por problemas con las nueras se fueron a otros lugares. Sufrió un accidente y debido a “una mala operación” quedó afectado en la movilidad de la pierna derecha. Ha acudido a diferentes servicios médicos pero no tuvo una recuperación adecuada; con la diabetes tiene seis años y esto aunado a su problema de movilidad impidió que siguiera trabajando. Lleva varios años de separación de su esposa por malos entendidos en la forma de relacionarse con los hijos, sin embargo continúan conviviendo en el mismo terreno y no se han divorciado. Tiene una serie de árboles de nogal que vende en temporada para obtener ingresos, asimismo cuida gallinas y vende los huevos entre los vecinos o a las tiendas cercanas. Hace unos años decidió cambiar de religión y volverse cristiano, esto fue otro motivo de conflicto familiar, ya que ningún otro miembro profesa la misma religión. Acudía a un grupo religioso pero debido a la distancia lo abandono, no le satisfacen los grupos que existen en el pueblo así que prefiere estar en su casa “estudiando” la biblia. Él acude al grupo de autoayuda del DIF, no es capaz de hacer todos los ejercicios pero le gusta ir para “distraerse y platicar” con las otras personas.

⁵² El diagnóstico clínico de su padecimiento es Gonartrosis. Es una enfermedad degenerativa de articulaciones, en la cual hay pérdida del cartílago articular, se forman osteofitos provocando deformaciones en el lugar afectado. Entre las causas se encuentra la sobrecarga de trabajo y la predisposición genética. Nadie de su familia había padecido algo similar.

➤ **Silverio**

Es el hombre de mayor edad del grupo con 81 años, nació en Atlautla y todo el tiempo ha trabajado ahí y en sus alrededores. Su padre nunca se hizo cargo de él y sus hermanos; su madre vendía comida en las fiestas religiosas, él ayudó a cuidar a sus hermanos menores así que aprendió a cocinar y hacer otros quehaceres domésticos. Estuvo en la escuela alrededor de tres años, no tenían dinero y además de cuidar a los hermanos ayudaba a su madre en la venta, cuando era joven se alquilaba para cuidar animales en el monte. Conoció a su esposa en los bailes del pueblo, cuando se casaron fueron a vivir a casa de ella, ya que no tuvo herencia de su familia. Trabajó como albañil y como cuidador de casas en una localidad aledaña, cuando su esposa heredó un terreno compraron otra parte para ampliarlo, ahí es donde construyeron su casa. Algunos de sus hijos estudiaron una carrera profesional, y otros trabajaban con él en la albañilería.

Mientras laboraba como albañil tuvo un ingreso económico estable, además su esposa también trabajó como empleada doméstica. Durante el trabajo de albañil tomo el “gusto por el alcohol”; a raíz de varias discusiones con su esposa al respecto del dinero que gastaba en ello y la manera en que se iba a repartir el terreno herencia de los hijos se separo de su esposa. Siguen viviendo en el mismo lote pero en cuartos diferentes, él se hace cargo de todos sus quehaceres (incluyendo comida, limpieza, etc.) la relación ha mejorado con el tiempo pero prefieren mantenerse separados para continuar así. Tiene ocho hijos, de los cuales seis viven en el pueblo y dos en otras localidades; además en el terreno donde habita viven dos hijas y un nieto cada uno en un lugar designado e independiente. La primera afección que tuvo fue la hipertensión, tiempo después sufrió una parálisis facial que fue atendida a tiempo dejando únicamente algunas marcas faciales. Lleva 20 años con diabetes, los primeros años consideró que no tenía que cuidarse porque no sufría molestias, fue hasta que tuvo una crisis en que su glucosa se elevó que decidió llevar el “tratamiento como es”. Dejó de tomar de manera continua y aceptó el tratamiento con insulina. Sufrió varias caídas durante su trabajo como albañil razón por la cual tiene algunos problemas en sus piernas y sufre de dolores; dejó de trabajar 10 años después de su diagnóstico. Obtiene ingresos vendiendo cartón y pet, siembra hortalizas para autoconsumo y a veces vende las frutas de temporada de sus árboles. No acude a ningún grupo de ayuda mutua porque le parece que “sólo quitan el tiempo y hay puro chismerío, además yo hago más ejercicio aquí en la joyita o caminando”.

➤ **Daniela**

Ella es una de las mujeres de menor edad, tiene 61 años, es casada y vive con su esposo, una hija y dos nietos. Al inicio de la investigación cuidaba a su padre que estaba en silla de ruedas producto de una caída de la cual no se recupero. Nació en Atlautla, vivió en casa de sus abuelos toda la infancia, ella tiene la instrucción más alta del grupo estudiado ya que concluyo la primaria completa. Dejó de estudiar para trabajar en casa y apoyar a la familia, conoció a su esposo en Atlautla y se fueron a vivir juntos cuando ella era joven. Desde que se caso dejo de trabajar con ingreso formal, su esposo se alquilaba –y se alquila- como peón porque no tienen tierras propias, ella realiza algunas tareas por las que recibía dinero como crianza de gallinas y venta de hierbas.

Se dedicó a cuidar a sus cuatro hijos, cuando su madre enfermo se la llevo a ella y a su padre a vivir con ellos para cuidarlos. Su madre quedo postrada por lo que ella debía encargarse de todos los quehaceres para cuidarla; años después de la muerte de la madre, el padre tuvo una caída y a partir de ahí su salud declinó. Quedó también postrado

y nuevamente fue ella la que se hizo cargo, contando ahora con la ayuda de la mayor de sus hijas. Sus hermanos no pudieron apoyarla en el cuidado de los padres, sin embargo, algunas veces le daban dinero para gastos. Tiene 15 años con diabetes y es una de las personas con más hospitalizaciones del grupo de estudio; tanto la muerte de su madre como de su padre le han provocado “mucha tristeza” y piensa que por ello no se ha cuidado demasiado. Sus hijos se casaron y se fueron a vivir aparte sin que convivieran las familias en el mismo espacio; sólo una hija que se casó regresó a vivir con ella y es ahora quien la acompaña. Sus actividades económicas son la crianza de gallinas, la venta de pollos y algunas veces de hierbas. Participa en el grupo de ayuda mutua de la clínica local, su médico se lo recomendó y a ella le ha gustado, le parece que es bueno ir para “distraerse de sus problemas”.

➤ **Esther**

Otra de las mujeres con menor edad, tiene 61 años, ella nació en Puebla y llegó a Atlautla a raíz de su matrimonio. De origen mixteco no conoció a ninguno de sus padres, fue criada por su abuelo y por la mujer de éste, había problemas ya que convivían el hijo del primer matrimonio, los hijos del segundo y Esther. Debido a esto tanto ella como su tío iba y venían a casas de otros familiares, durante su infancia se dedicó a los quehaceres domésticos en la casa de su abuelo. A la edad de ocho años uno de sus tíos se la llevó “con engaños” a casa de una tía que no conocía sin que se despidiera de su abuelo y llevando únicamente la ropa que traía puesta. Sufrió abuso sexual por parte de ese tío quien la dejó en casa de la tía y nunca más volvió a tener noticias de su familia. La tía que la crió era “cantinera” y a ella la colocó como trabajadora doméstica; en varias ocasiones trató de inmiscuirla en el trabajo con los hombres que la visitaban. Sin embargo, una familia para la que trabajaba la ayudó a conseguir empleo en otra casa y huir de su tía.

Conoció a su primer pareja mientras trabajaba en casa, tuvo tres hijos con él, ella se dedicó a cuidarlos y como vivía con su suegra también cuidó a sus cuñados que eran pequeños. Ellos eran comerciantes, un día el esposo fue a la central de abastos y ya no regresó; nunca más tuvieron noticias de él. Su suegra es originaria de Atlautla, así fue como ella conoció el lugar, permaneció en México viviendo con ella y acompañándola al pueblo. En Atlautla conoció a su actual pareja quien la aceptó con sus hijos, así que se mudaron; sin embargo la suegra convenció a los nietos de quedarse con ella para que estudiaran. Con su nueva pareja tuvo cuatro hijos, todos estudiaron hasta máximo la preparatoria, vivió los primeros años en casa de la abuela de su esposo hasta que a él le heredaron un lugar donde vivir. Su esposo se dedica a sembrar sus tierras igual que dos de los hijos; sus hijas también ayudan a sembrar y cosechar. Ella no realiza actividades económicas estables, únicamente en tiempo de cosecha ayuda a su esposo. Tiene 19 años con diabetes, y en el último año aceptó iniciar el tratamiento con insulina ante los niveles altos de glucosa que presentaba. Es miembro del grupo de ayuda mutua de la clínica, no le gusta bailar pero le parece bien hacer ejercicio aunque le “quita tiempo para hacer el quehacer en tiempo de cosecha”.

➤ **Mariana**

Es una mujer de 76 años, es viuda y vive con su hija, ella nació en Atlautla al igual que sus padres. Sólo tuvo un hermano que falleció ya adulto, se criaron los dos en casa de su mamá, asistió cuatro años a la primaria ella quería estudiar para ser maestra pero su madre no lo permitió porque “no sirve de nada estudiar, tú aprende a hacer las cosas de la casa ¿qué tienes que estar haciendo en otro lado?”. Al ser la única mujer la cuidaban que no saliera a la calle si no era acompañada de su madre; cuando cumplió 15

años se escapó a trabajar a México como empleada doméstica, su madre la localizó y la llevo de regreso. Conoció a su pareja en la escuela y se veían a escondidas hasta que él se la llevó, tuvieron ocho hijos; desde el inicio vivieron aparte en un terreno herencia de su marido. Ella se dedicó a ayudarlo a su esposo a sembrar los terrenos que tenían, así como a ir a vender los productos a Ozumba. Cuidó a sus padres cuando se enfermaron aunque ellos permanecieron en su propia casa. Después se hizo cargo de su suegra a la que atendió mientras vivió con ellos; tenía disgustos con su esposo debido a los problemas de alcoholismo, murió por problemas en el hígado. La mayoría de sus hijos no terminó la enseñanza profesional, las mujeres viven en Atlautla, dos hijos en México y un hijo con el que no tiene contacto al parecer vive en E.U.

Sus hijos vivieron con ella cuando comenzaron a formar sus familias, casi todos estuvieron en su casa por lo menos los primeros tres años de matrimonio; una de sus hijas después de irse regresó a vivir con ella junto con su hijo y es quien actualmente la atiende. Durante un tiempo su nieto y su esposa vivieron ahí, la pareja se separó y ahora él vive ahí pero únicamente los fines de semana. Tiene seis años con diabetes, es la única persona del grupo que cuenta con otro servicio de salud ya que uno de sus hijos la afilió al ISSSTE; en los últimos años ha tenido problemas con el control de su glucosa por lo que recientemente aceptó el tratamiento con insulina. Sus actividades económicas son la venta de árboles de capulín en temporada, venta de hierbas que ella cultiva, y ocasionalmente la cría de algún animal como pollos o cerdos. Acude al grupo de ayuda en la clínica y en el DIF, al primero que se incorporó fue al DIF donde ya tiene alrededor de 10 años participando.

➤ **Adriana**

Es una mujer de 62 años, divorciada que vive sola, nació en la Ciudad de México, su padre era de Atlautla y su madre de Hidalgo. Tenía cinco años cuando regresaron a vivir a Atlautla con sus abuelos, su abuela (suegra de su madre) no los aceptaba y les apartaba la comida, así que estuvieron poco tiempo. Ella estudió cuatro años de primaria, ayudaba a su mamá al quehacer de la casa y a cuidar animales; después de que dejara la escuela trabajó como empleada doméstica en la Ciudad de México, conoció a su esposo y se fue a vivir con él a los 13 años. Vivieron con sus suegros, pero su esposo tomaba alcohol y era violento, en varias ocasiones le pegaba a ella y a los hijos, los amenazaba con su pistola y tenían que irse a dormir al campo. Él trabajaba en el campo como peón, los fines de semana preparaba pulque; ella le ayudaba a venderlo y se hacía cargo de los quehaceres domésticos para sus hijos, sus suegros y sus cuñados.

Se divorció cuando sus hijos ya eran mayores, se fue a vivir a un cuarto que le ayudaron a construir sus padres, pero sus hijas no quisieron seguirla y se quedaron con sus abuelos. Ella trabajó nuevamente como empleada doméstica en la ciudad, construyó su casa y sus hijas se fueron a vivir ahí. Sus hijos estudiaron como mínimo la preparatoria, todos viven Atlautla a excepción de una hija que está en México. Ella vivía con una de sus hijas y sus nietos, pero su madre se enfermó y quedó parapléjica, por lo que decidió irse a vivir con ella para cuidarla ya que estaba sola. Su madre recientemente falleció pero ella ha decidido quedarse ahí porque se siente “más tranquila estando sola, aquí hago mis cosas sin que nadie me diga nada”. Tiene nueve años con diabetes en el último año aceptó el tratamiento con insulina porque sus niveles de glucosa no se estabilizaban. Las actividades que realiza para tener ingresos incluyen ayudar a su hermana con lo que ella siembra, vender algunas hierbas que le van a pedir a su casa, y la crianza de gallinas para su venta. Ella pertenece al grupo de autoayuda de la clínica a

recomendación de su médico, le agrada porque “se hace ejercicio y así no se entume uno, porque si no se mueve se hacen chiquitos los músculos”.

➤ **Guadalupe**

Es la mayor de las mujeres contando con 87 años, es originaria de Atlautla, su madre murió cuando era niña quedando a cargo de su padre y de su madrastra. Sólo tenía una hermana que falleció hace tiempo, tuvo medios hermanos pero también fallecieron. Ella no fue a la escuela así que no sabe ni leer ni escribir, su infancia transcurrió ayudando en las labores domésticas, su madrastra cuidaba que no saliera a fiestas ni anduviera en la calle. Su padre era campesino, mientras habitó en su casa no trabajaba más que en el hogar. Conoció a su primer pareja y se fue a vivir a casa de sus suegros; él le fue infiel y la maltrataba así que ella prefirió separarse, no tuvieron hijos y eso facilitó que pudiera regresar a casa de su padre. Después de un tiempo hizo pareja con un hombre viudo el cual tenía dos hijos, viviendo con él tuvo seis hijos, él también trabajaba en el campo y ella le ayudaba. Sus hijos estudiaron como máximo la secundaria y se dedicaron al campo y a la venta de legumbres. Su esposo falleció debido a la ingesta de alcohol cuando ella estaba embarazada, así que se hizo cargo de mantener a sus hijos dedicándose a vender hierbas, nopales y frutas en la ciudad de México.

No volvió a buscar pareja, sus hijos mayores le ayudaban a sembrar en el campo mientras ella iba y venía de la ciudad para vender. Tenía problemas con sus medios hermanos por lo que evitó todo contacto con ellos, pero cuidó a su padre hasta que falleció. Sus hijos se casaron y se fueron a vivir a otros espacios en el mismo pueblo, el menor de ellos continúa soltero y vive con ella, él trabaja sembrando en el campo mientras que ella lleva las cosas a vender a Ozumba. Primero se enfermó de hipertensión arterial y hace nueve años le diagnosticaron diabetes, estuvo asegurada en el IMSS por parte de uno de sus hijos, pero la fábrica donde trabajaba quebró y perdieron el servicio médico. Ella no acude a ningún grupo de autoayuda, fue durante un tiempo pero terminó desagradándole y lo abandono; no tiene considerado regresar o ir al grupo del DIF.

3.5.2 La unidad doméstica

Una manera de aproximarse al análisis de las dinámicas del adulto mayor con su red social es tomar en cuenta la unidad doméstica. Este concepto permite diferenciar el ámbito del parentesco del ámbito de lo cotidiano; ya que facilita la identificación del espacio de convivencia de las relaciones de parentesco. Este concepto se diferencia de la red ya que se refiere a un sistema cerrado a modo de unidad espacial, en el cual existe un conjunto de acciones y objetivos comunes en tiempo/espacio que buscan el beneficio común dentro de sí mismo (Sahlins, 1974).

La unidad doméstica tiene como una de sus bases el parentesco pero no es excluyente de otro tipo de afinidades. Si bien la familia es principalmente un grupo consanguíneo la unidad doméstica implica además la coresidencia (Robichaux, 2007). El concepto toma importancia en el contexto de los adultos mayores debido a que por lo general el ciclo de la unidad doméstica contempla las variantes estructurales que surgen por los cambios en la edad, sexo y número de integrantes del mismo (Chayanov, 1985).

Los adultos mayores se encuentran en una etapa de fisión donde su núcleo familiar primario se ha transformado debido a que los miembros más jóvenes han formado sus propias familias y habitan en otros lugares de residencia. Es así que los adultos mayores pueden cohabitar como parte de un nuevo ciclo dentro de la familia de algún descendiente; o residir con personas con las que no guarda relación consanguínea; o incluso formar una habitación unipersonal.

En la Tabla 25 puede observarse la conformación de la unidad doméstica de los informantes. Únicamente Adriana vive sola, en su caso ella vivía en su casa con una hija pero decidió irse a vivir con su madre a su casa ya que ésta no podía valerse por sí misma. Tras el fallecimiento de su madre ella decidió quedarse ahí. El resto de los informantes viven con cónyuges e hijos, la mayoría de los hijos son casados y habitan con sus parejas y/o hijos. Los otros hijos viven en el poblado o en lugares cercanos siendo el más lejano el Distrito Federal, Veracruz y Chihuahua.

Tabla 25. Composición de la unidad doméstica de los informantes

Informante	Unidad doméstica	No. de hijos	Tipo de unidad*	Actividad desarrollada
Rodrigo	Cónyuge, una hija, dos nietos	7	Nuclear	Comerciantes
Andrés	Cónyuge, una hija, dos nietos	6	Nuclear	Comerciantes. Enseñanza.
Silverio	Cónyuge	8	Nuclear	Comerciantes.
Daniela	Cónyuge, una hija, dos nietos	4	Nuclear	Comerciantes. Campesino.
Esther	Cónyuge, una hija, 3 hijos, una nuera, una nieta	7	Nuclear	Campesino. Comerciantes.
Mariana	Una hija	8	Nuclear	Comerciante.
Adriana	Sola	7	Unipersonal	Comerciante.
Guadalupe	Un hijo	6	Nuclear	Campesino. Comerciante.

*Basado en la clasificación INEGI para tipo de hogares

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las actividades que realiza el adulto mayor con respecto a la unidad doméstica son en su mayoría de quehaceres domésticos, esto debido a que son los hijos los que suelen desarrollar las tareas de obtención de recursos económicos. Cabe señalar el caso de los dos hombres separados que aparentemente participan en sus unidades domésticas. Ambos están de hecho alejados de los habitantes del lugar y aunque existen actividades comunes e incluso intercambios, el impacto que esto tiene en su atención es limitado. Aunque la unidad doméstica pareciera ser un campo de actividad social que busca la estabilidad de los miembros, en múltiples ocasiones el “bienestar de la unidad” deja de lado la atención específica hacia sus componentes.

3.5.3 Los medios disponibles para la atención en salud

Como ya se ha hecho mención en este trabajo se considera que los adultos mayores pertenecen un grupo vulnerable, ya que debido a su fragilidad sufren desprotección o incapacidad para enfrentar cambios externos de índole social, económica o ambiental. De acuerdo con datos del gobierno del estado la población considerada vulnerable en el municipio se divide en personas de 0 a 14 años y de 60 y más años; siendo el 0.3% el porcentaje de la población vulnerable (ver tabla 26) (Gobierno del Estado de México, 2011).

Tabla 26. Población vulnerable Atlautla

Municipio	0-14 años	60 y más	Población vulnerable	%PV
Atlautla	8, 395	2, 455	10, 850	0.3

Fuente: Gobierno del Estado de México, 2011

El contexto donde los adultos mayores interactúan afectan sus posibilidades de acceder y mantener un tratamiento efectivo de manera continúa para su padecimiento. Los medios para la atención no existen *per se* como un contexto donde el adulto mayor elija “libremente” sus opciones, existen factores estructurales que condicionan el proceso por el cual las personas acceden a la atención y llevan su tratamiento.

Las maneras en que se transitó el ciclo vital repercuten en la gama de opciones que tienen en el presente. Sin embargo, no se trata únicamente de las decisiones personales, sino de la estructura existente en el sistema económico y cultural al que pertenecen. En este sentido la vulnerabilidad no aparece al llegar a los 60 años, sino que se va construyendo durante la vida por la serie de cambios estructurales que implican la precarización del empleo, las prestaciones sociales y las condiciones materiales inmediatas donde se desarrolla la persona.

La literatura referente a los problemas de salud enfatiza el uso de “determinantes sociales” para comprender las variables que intervienen en las problemáticas de salud. Dichos determinantes son tomados como agentes externos e internos que por su concatenación pueden producir vulnerabilidad. No se profundiza en el carácter holístico del medio donde se habita, cada factor contribuye y se enlaza con otros para producir amortiguadores o carencias que permiten hacer frente a la enfermedad; pero además crean sinergias que perpetúan ciclos de marginación. De tal forma que intervenir en alguno no garantiza el mejoramiento de las condiciones de vida, ya que la estructura donde se interactúa continúa generando fragilidad para aquellos que no tienen igualdad de condiciones económicas y sociales.

Es por ello que el análisis sobre los medios existentes en la comunidad referentes a la atención de la salud, debe incluir en lo práctico la diferencia entre recursos y servicios. Permitiendo así conocer las características que estructuran la vulnerabilidad en el acceso y la atención del adulto mayor diabético. Para analizar qué medios existen en la comunidad se ha tomado la propuesta de Módena (1990) de distinguir entre recursos para la salud y servicios para la salud. Los primeros se refieren a aspectos como la posesión de tierra, empleo, nivel de salario, vivienda, educación, y otros que afectan y/o condicionan las capacidades para hacer frente a la enfermedad. Los servicios para la salud son aquellos específicos para la prevención y tratamiento de la enfermedad; aquí se incluyen la estructura sanitaria propiamente dicha y los curadores presentes (profesionales o no profesionales) que están a disposición del adulto mayor para garantizar la atención a su padecimiento crónico.

3.5.4 Los recursos para la salud

Los ingresos familiares son un componente importante en la atención del adulto mayor diabético, ya que coadyuva en el acceso a servicios de salud, estabilidad, intercambios y acciones específicas de atención en caso de emergencias. De acuerdo con sus ingresos los informantes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y de

marginación del trabajo formal. Los componentes de la unidad doméstica también muestran actividades económicas informales, lo que condiciona que los ingresos económicos sean erráticos, esporádicos o mínimos. El ingreso económico generado por los programas de ayuda gubernamental constituye un aporte mínimo al gasto total generado por el adulto mayor; sin embargo en tres de los casos es la principal entrada económica.

En el caso de las personas miembros de la unidad doméstica hay que señalar que la baja escolaridad producto de la necesidad de integrarse tempranamente a la fuerza de trabajo, incide en que sus fuentes de ingreso sean erráticas e informales en su mayoría. Este patrón no existe únicamente en los adultos mayores, sino en las siguientes generaciones donde no existieron cambios radicales en dicho sentido. La falta de seguridad económica en el hogar nuevamente provoca la colocación de las personas en empleos mal pagados, informales e itinerantes. Repercutiendo en la sustentabilidad de la unidad doméstica compuesta por múltiples generaciones (tabla 27).

Tabla 27. Aproximación del ingreso económico por unidad doméstica

Informante	Ingreso total mensual *	Habitantes económicamente activos	Aportación por habitante**	Fuente de ingreso	Entradas extras	Gastos específicos adulto mayor***
Rodrigo	\$ 8,000	Esposa. Venta hierbas Hija. Maestra	30% 70%	Cuidado de animales, venta de fruta	Anual: venta árbol nogal y capulín (\$4,000)	\$300
Andrés	\$ 8,000	Hija. Comerciante. Esposa. Comerciante. Adulto mayor* *esporádico	40% 40% 20%	Venta de frutas y legumbres en mercados Bimestral: \$1,000 70 y más	Anual: venta de árbol de nogal (\$4,000) Esporádica: venta de aves.	\$100
Silverio	\$ 3,000	Esposa. Maquila en casa Adulto mayor* *esporádico	70% 30%	Venta de pet y cartón (\$300). Bimestral: \$1,000 70 y más	Anual: venta de nueces y frutas (\$2,000)	\$200
Daniela	\$ 4,000	Hija. Vendedora en un local Esposo. Jornalero temporal Adulto mayor*	60% 30% 10%	Venta de aves Bimestral: \$800 Oportunidades	Venta esporádica: hierbas, aves.	\$100
Esther	\$ 4,000	Esposo Hijo Hijo Hija	40% 20% 20% 20%	Bimestral: \$800 Oportunidades	Venta esporádica de huevos	\$200
Mariana	\$ 4,000	Hija. Encargada palettería. Adulto mayor. Comerciante.	70% 30%	Venta de hierbas Semanal: \$600	Anual: venta de árboles capulín (\$6,000)	\$ 200
Adriana	\$ 2,000	Adulto mayor*	100%	Venta de hierbas. Bimestral: \$800 Oportunidades	Venta de huevos, esporádico	\$ 100
Guadalupe	\$ 3,000	Hijo. Campesino. Adulto mayor. Comerciante.	50% 50%	Venta de hierbas, frutas, granos. Bimestral: \$1,000 70 y más	Venta de gallinas esporádico	\$ 200

*Promedio aproximado.

**Porcentaje del total aportado por cada individuo.

***Únicamente contempla gastos extras derivados de su atención.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La actividad económica del adulto mayor es menor que en otros momentos de su vida, únicamente en dos casos su actividad enfocada al comercio es significativa para sus gastos. Los otros adultos mayores cuentan con hijos jóvenes cohabitando que reciben un sueldo que les permite ser el principal actor económico del grupo. Las principales formas de ingreso son la venta de hierbas en el mercado local o la crianza de animales de corral; ambas actividades son fluctuantes porque dependen de la demanda, de los precios del mercado local y permiten apenas la sobrevivencia.

Las mujeres que no tienen una actividad económica remunerada constante se dedican a las tareas de casa, entre ellas también incluyen el cuidado de los miembros de la familia. Las actividades son comúnmente la limpieza del espacio, la preparación de alimentos, la limpieza de vestimenta, cuidado de nietos, etc. Los hombres que no tienen actividad económica remunerada constante también realizan algunas tareas como limpieza del patio, áreas de sembrado, reparación de la vivienda, recolección de leña. Uno de los hombres realiza todas las tareas necesarias para su mantenimiento personal y de vivienda puesto que no cuenta con otros miembros de la familia que las realicen.

Los recursos económicos generados se comparten por medio del pago de servicios o compra de alimentos, no se encontró ningún caso donde los corresidentes entregaran alguna cantidad directamente al adulto mayor. La distribución de los ingresos de la unidad doméstica es a partir de la decisión de cada persona sobre que gastos fijos pagar o que alimentos comprar; para sus gastos personales el adulto mayor sólo cuenta con el apoyo gubernamental recibido o con lo que él obtenga de actividades extras. En el caso de la persona que vive sola Adriana, ella se hace cargo completamente de sus gastos, contando con algunos apoyos esporádicos de otros miembros de la familia. El caso de Guadalupe que vive con su hijo es diferente ya que ella es la encargada de conseguir todos los ingresos económicos a partir de la venta de las cosechas que su hijo realiza. En este caso es ella la que tiene la administración sobre los recursos de ambos.

Además de las aportaciones de los componentes de la unidad doméstica cada miembro cuenta con apoyos externos, más adelante se hará hincapié en los tipos de apoyo con que cuenta el adulto mayor para su mantenimiento y atención. Son esos apoyos los que constituyen la red informal y la red formal los que permiten la subsistencia del adulto mayor dentro de la unidad, ya que amortiguan la aparente carga que podrían significar para los miembros jóvenes.

3.5.5 Situación material de la vivienda

La situación material de las viviendas es la siguiente: todas son de un piso y en su mayoría cuentan con un espacio para cultivo de autoconsumo o cría de animales. En el caso de los hombres son producto de la herencia de sus padres, y para las mujeres son herencia de los esposos; en general es la mujer la que se muda a casa de los suegros al casarse. Existen excepciones cuando el hombre no cuenta con un terreno de herencia, y entonces viven en un lugar comprado o de herencia de la mujer (Ver tabla 28).

Tabla 28. Condiciones de las viviendas de los informantes

U. D.	Material de la vivienda	Tipo de tenencia	Espacio para cultivo	Animales domésticos	Aparatos eléctricos
Rodrigo	Piso de cemento, losa.	Propia, herencia.	Si	No	T.v., radio, refrigerador, licuadora.
Andrés	Piso de cemento, losa.	Propia, herencia.	Si	Si, gallinas	T.v., radio, refrigerador, licuadora.
Silverio	Piso de cemento, losa.	Propia, comprada	Si	No	T.v., radio, refrigerador, licuadora.
Daniela	Piso de cemento, losa.	Propia, conyugal.	No	Si, gallinas	T.v., radio, refrigerador, lavadora, licuadora.
Esther	Piso de cemento, láminas.	Propia, conyugal.	No	No	T.v., radio, licuadora.
Mariana	Piso de cemento, losa.	Propia, conyugal.	Si	Si, gallinas	T.v., radio, refrigerador, licuadora.
Adriana	Piso de cemento, láminas.	Prestada.	Si	Si, gallinas	T.v., radio, licuadora.
Guadalupe	Piso de cemento, losa.	Propia, herencia.	Si	No	T.v., radio, licuadora.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Acerca de la calidad de la vivienda (usando los indicadores de INEGI⁵³) puede ubicarse a seis de ellas en un estrato medio y dos en estrato bajo. Siendo los mayores problemas el hacinamiento y el material de construcción de la vivienda. Es importante señalar que la mayoría cuenta con espacios de cultivo, donde normalmente existen hierbas medicinales o aromáticas, éstas forman parte de los recursos utilizados para atenuar molestias ocasionales y como fuente de ingresos mediante su venta. Existen también algunos casos donde se cuenta con un espacio mayor que incluye árboles frutales y hortalizas; éstos representan una entrada económica mayor que ocurre solo en la temporada de cosecha. El contar con dichos espacios permite a los adultos mayores tener entradas extras o aminorar la compra de algunos alimentos.

Asimismo, se consideró los instrumentos dedicados al control y seguimiento de signos relativos a su padecimiento, encontrando que es inusual debido al costo del equipo y/o reactivos y la falta de conocimiento sobre su uso. Silverio, Guadalupe y Mariana cuentan con el equipo, sin embargo. En el caso del baumanómetro ninguna de ellas sabe usarlo ni sus familiares, si lo utilizan es llamándole a alguien más para ello por lo que prácticamente no hacen uso de él. Silverio cuenta con glucómetro y baumanómetro, sabe utilizar el primero y compra las tiras reactivas y lancetas para la determinación de glucosa, sin embargo no lo hace de manera regular debido al costo. Su hija quien estudió enfermería vive cerca y es ella quien suele utilizar el baumanómetro para verificar su presión.

⁵³ Material del piso, cuarto de baño, cuarto de cocina, hacinamiento, agua disponible, electricidad, drenaje.

3.5.6 Estructura de servicios

Otros factores de relevancia que forman parte del medio donde habita el adulto mayor son los servicios públicos, éstos facilitan su movilidad, seguridad, higiene y salud (ver tabla 29).

Tabla 29. Servicios públicos hogares entrevistados

Adulto mayor	Electricidad*	Pavimentación	Agua corriente*	Drenaje
Rodrigo	Si	Si	Si	Si
Andrés	Si	Si	Si	Si
Silverio	Si*	No	Si	Si
Daniela	Si	No	Si	Si
Esther	Si *	No	No**	No
Mariana	Si*	Si	Si	Si
Adriana	Si*	No	Si	Si
Guadalupe	Si	Si	Si	Si

*Se cuenta con ambos servicios, empero, el servicio no es constante.

**Debido a la lotificación del predio no existen llaves instalaciones de agua en las viviendas.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En el caso de la electricidad las casas señaladas tienen problemas de cortes constantes, por lo menos dos veces a la semana al parecer por el estado del tendido eléctrico y por el bajo voltaje. El agua tampoco es constante, son uno o dos días cuando hay en la llave, existen temporadas donde escasea hasta por un mes. El acceso al agua es un problema importante en la zona, existen dos sistemas de abastecimiento uno para tomas domésticas internas y otro para tomas en cajas públicas. Las tomas domésticas internas son las que presentan mayor desabasto, “llega cada dos semanas, nos la tardan mucho, como ahora desde antes del año nuevo no teníamos pero como está la piletita de ahí la jalamos para lo que vamos ocupando, quien sabe porque nos falta mucho el agua” (Mariana).

La red de agua fue construida en 1954, el Sistema Atlautla-Ozumba-Tepetlixpa introdujo la toma doméstica de agua potable⁵⁴, a Atlautla lo abastece específicamente el sistema Alfredo del Mazo. Dicho abastecimiento se realiza principalmente por escurrimientos, y actualmente presenta problemas para satisfacer las demandas de la creciente población.

El otro sistema se basa en la conducción de agua de los deshielos del volcán, que fue entubada con el trabajo de la comunidad generando los sistemas Amalacaxco y Cuauxolo, es dirigida a distintas cajas o tomas de agua ubicadas en las calles principales. El sistema está a cargo de la organización local del Comité de Bienes Comunes.

La comunidad divide los usos del agua: empleando la que llega por la toma casera para actividades de limpieza como bañarse, lavar los trastes, la ropa, etc.; mientras que el agua de la toma callejera es para su consumo directo y en preparación de alimentos. La comunidad considera que es agua limpia porque viene del volcán, no realizan ningún tipo

⁵⁴ Atlautla es parte del Sistema Sureste-Balsas, de la sub-región del Alto Balsas. La obtención del agua es por medio de la microcuenca Arroyo Nexpayantla.

de tratamiento sobre ésta ni clorado ni hervido. El grupo de comuneros se hace cargo de la distribución del agua y limpieza de las cajas ubicadas en el volcán, la gente que vive cerca de las cajas colocadas en las calles se organiza para lavarlas de manera regular:

Los señores de acá del pueblo subieron a entubar el agua del volcán... Pues según dicen que está bien limpia, yo no sé nunca he subido allá, pero según dicen que desde allá entubaron y que viene limpia, que seguido suben a limpiar las cajas (Daniela).

Hasta ahora no se han encontrado referencias sobre la calidad del agua. En las temporadas de escasez las personas recolectan el agua de lluvia para suplir las funciones del agua de la toma doméstica; o usan el agua de la toma callejera. La recolección del agua de las cajas se hace por medio del acarreo de botes y cubetas, en el caso de los adultos mayores dependen de que alguien más les traiga agua, o bien usan pequeñas cubetas para hacerlo ellos mismos aunque esto último supone un desgaste adicional dependiendo de la cantidad de cuadras a caminar⁵⁵.

Sobre el manejo de residuos no todas las calles disponen de drenaje, existe un alto porcentaje de personas cuyos sistemas domésticos de drenaje desembocan en grietas, barrancas o ríos. Esos desechos sanitarios constituyen contaminantes directos ya que el municipio se encuentra asentado sobre acuíferos abiertos. Igualmente existen fallas en la recolección de basura por falta de unidades recolectoras, en su mayoría la población se deshace de los desechos depositándolos en barrancas y ríos secos.

3.5.7 Los servicios para la salud

La estructura de servicios de salud de Atlautla depende de la Secretaría de Salud única institución presente que cuenta con un Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud (CEAPS), y tres clínicas periféricas. En la cabecera municipal se localiza el CEAPS (vinculado al programa Oportunidades y Seguro Popular), una unidad de rehabilitación, y el DIF que cuenta con servicio médico, odontológico y psicológico. Existen cuatro consultorios privados donde participan médicos generales, uno de ellos pertenece a la modalidad de farmacia con consulta médica a bajo costo⁵⁶; tres clínicas privadas una de ellas dedicada a la atención materna y en todas se ofrece el servicio de "atención especializada para la diabetes", tampoco en estas clínicas se cuenta con especialistas; además existen tres consultorios dentales.

Las unidades de farmacia son siete, en éstas se encuentran fármacos para diabéticos de patente y genéricos; también existen dos papelerías que ofrecen la venta de agujas para insulina y lancetas.

Existen curadores tradicionales como parteras, graniceros, rezanderos y brujos, sin embargo, las personas mencionan que no acuden con ellos para tratar la diabetes

⁵⁵ La problemática del agua se agudiza en las localidades, es el caso de Tepecocolco y Tlalamac donde el agua llega dos veces por mes. Existe también desabasto debido al cambio de administración, ejemplo es la misma localidad de Tlalamac, Tepecocolco y Guadalupe Victoria donde se dejó de abastecer de agua desde noviembre hasta marzo del presente año (2012) por adeudo del ayuntamiento con la Comisión Federal de Electricidad.

⁵⁶ Esta farmacia-consultorio pertenece al grupo de Farmacias GI, S. A. de C.V.

porque “ellos no curan eso”, así que no hacen uso de este recurso. Los hierberos es un grupo al que sí se consulta con la finalidad de adquirir hierbas, tés preparados, o tinturas que “le ayuden” contra la enfermedad. Los hierberos no se encuentran en Atlautla, sino en el mercado de Ozumba; en ese municipio existen también tiendas naturistas donde la población acude para buscar “remedios” que son usados a la par del medicamento alópata.

Un recurso reciente es el de los productos alternativos que se ofrecen en los desayunadores de Herbalife; existe una variedad de “batidos” matutinos y cápsulas que ayudan a la “pérdida de peso y quema la grasa”. Los distribuidores mencionan que los productos provocan “pérdida de grasa que ayuda a disminuir la presencia de azúcar en la sangre”; los batidos contienen fructosa que les “aporta energía sin que incluya calorías y carbohidratos ayudando a que estén activos”. Entre los productos que ofrecen existen cápsulas que funcionan como suplementos alimenticios, cápsulas y sopas para controlar el hambre, polvos para preparar agua que no contienen azúcar y aporta proteínas, los batidos que tienen fibra, antioxidantes, vitaminas y minerales. Este tipo de recursos es reciente en la comunidad y tiene pocos usuarios; algunos manifiestan su desconfianza por que han escuchado malas referencias sobre ellos pero otras personas sí han acudido aunque no sea de manera continua.

No existen servicios de 2º nivel en el municipio, así que son referidos a otros municipios, como al Hospital General de Amecameca o al Hospital General de Tepetlaxpa que se encuentran entre 30 y 45 minutos de distancia. No existen vías directas para ir a ambos lugares, debiendo tomar un transporte que vaya al municipio de Ozumba (a 15 minutos) y de ahí dirigirse a cualquiera de los dos hospitales. Como ya se había hecho mención no existe ambulancias para el traslado de enfermos urgentes, por lo que la población tiene que hacer uso de sus propios recursos para el traslado; en ocasiones si se encuentra disponible la ambulancia de Protección Civil puede usarse. El resto de las localidades que no cuentan con asistencia médica acuden a la clínica de la cabecera; lo cual también provoca saturación de servicios, y que el equipamiento sanitario sea insuficiente para la población residente de la cabecera y de las localidades. Del grupo de personas que participaron en esta investigación los servicios de salud a los que pertenecen son:

Tabla 30. Informantes e instituciones de salud

Persona	Institución y programa
Rodrigo	CEAPS
Andrés	CEAPS, Beneficiario Seguro Popular
Silverio	CEAPS, Beneficiario Seguro Popular
Daniela	CEAPS, Beneficiario Oportunidades*
Esther	CEAPS, Beneficiario Oportunidades*
Mariana	CEAPS, Beneficiario Seguro Popular, ISSSTE
Adriana	CEAPS, Beneficiario Oportunidades*
Guadalupe	CEAPS, Beneficiario Seguro Popular

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Todas las personas a excepción de Rodrigo están afiliadas al seguro popular. Daniela, Esther y Adriana pertenecen al programa Oportunidades y por ello se afiliaron al Seguro popular. Rodrigo no pertenece a ningún programa debido a que no cuenta con acta de nacimiento en regla y por eso no se ha afiliado a los programas gubernamentales. Él menciona que no ha tenido problemas para recibir atención médica, y que no le ha hecho falta arreglar su acta además de que le quita tiempo el hacerlo.

A pesar de que todos cuentan con servicios de salud la mayoría no cuenta con seguridad social, no tienen acceso a pensión o prestaciones de algún tipo. Ellos son beneficiarios de programas de atención que buscan únicamente ampliar la cobertura de salud⁵⁷. Solamente Mariana se encuentra asegurada en el ISSSTE por parte de uno de sus hijos, sin embargo no hace uso del servicio debido a la distancia de la unidad médica que le corresponde, ya que esta se ubica en la colonia Ignacio Zaragoza a tres horas de donde vive. Una muestra de la inestabilidad del trabajo en el país es el caso del hijo de doña Guadalupe quien trabajó durante años en una fábrica que le permitía contar con seguro médico para él y su familia. Sin embargo, al quebrar la fábrica y despedir a la mayoría de los trabajadores a él se le ofreció mantener su empleo si aceptaba trabajar sin la afiliación al IMSS. Es por lo anterior que tanto él como su familia perdieron el servicio, entonces Guadalupe busco afiliarse al Seguro popular.

Se han expuesto brevemente las condiciones socioeconómicas de los informantes, así como los medios con los que cuentan para la vida cotidiana y la atención a la diabetes. Es una población de bajos recursos económicos, con problemas en la estructura de servicios básicos como el agua potable, y de acceso a fuentes de empleo bien remunerados. La seguridad social es prácticamente inexistente en todas las etapas de la vida del grupo estudiado, las condiciones de baja escolaridad y el empleo informal que han tenido se conjugan para no participar de dicha seguridad social.

Los elementos más jóvenes de la unidad doméstica también participan del esquema de inseguridad económica, condicionando el tipo de apoyo que pueden prestar hacia la generación anterior. La vulnerabilidad social se presenta tanto por la dependencia del adulto mayor que necesita de cuidados específicos, como por la desventaja de mantener su salud y tener un rol activo al interior de la comunidad.

La vulnerabilidad tiene sus bases en los aspectos macrosociales como el cambio en el modelo del Estado; el cual dejó de ofrecer seguridad social y desarrollo colectivo a cambio de la competencia individual y un enfoque dirigido a grupos delimitados considerados vulnerables. Este modelo no permite la equidad social en todas las etapas de la vida, realizando únicamente medidas asistenciales en periodos específicos de tiempo; que en el caso de los adultos mayores los recursos para su subsistencia y desarrollo llegan de manera fragmentada. En la escala microsocial las personas tienen una serie de recursos generados por las decisiones personales, las familiares y las de la comunidad que en teoría ayudan a paliar las desventajas. Sin embargo, éstas son parte de la misma estructura desigual, por lo que su efectividad como amortiguadores queda limitada.

⁵⁷ La seguridad social ha sido conceptualizada en el art. 123 de la Constitución Política como el derecho a la regulación del trabajo, vivienda, salarios adecuados y salud. En el art. 2º de la Ley del Seguro Social se define por los atributos de: derecho a la salud, asistencia médica, protección de los medios de subsistencia y servicios sociales, pensión.

Capítulo 4. Las representaciones y prácticas sobre la diabetes

En este capítulo se describen las representaciones y prácticas que el adulto mayor y sus redes sociales tienen sobre la diabetes. Cada uno de los actores tiene representaciones propias sobre la terapéutica, la enfermedad y la vivencia cotidiana del padecimiento; algunas de las cuales son coincidentes ya que el discurso biomédico y el popular se retroalimentan. Como parte de las prácticas de atención se describe la carrera del enfermo que han desarrollado las personas entrevistadas y la influencia de las redes sociales formales e informales en ella.

4.1 Las representaciones sociales de la diabetes

La diabetes *mellitus* es la enfermedad que está ocasionando estragos en la población con mayor rapidez. Los informes de los panoramas epidemiológicos muestran la existencia de fallas para prevenir, diagnosticar con prontitud y lograr el apego al tratamiento (OMS, 2004); esto a pesar de la aparente abundancia de información que existe sobre la diabetes. Sin embargo, pocas veces se depara en que las personas no son meros asimiladores del discurso biomédico, sino que lo resignifican y adaptan a su contexto social, cultural, familiar y simbólico. Generando con ello múltiples representaciones y prácticas al respecto, las cuales pueden tener puntos de confluencia y/o de oposición con el discurso biomédico. Estas representaciones y prácticas pocas veces son tomadas en cuenta por el personal de salud y los planificadores de programas para enriquecer su práctica y atención hacia la población.

De acuerdo con Bourdieu (2007) las prácticas y representaciones son construidas por la persona a partir del sistema de disposiciones “estructuradas y estructurantes”. Las representaciones y prácticas acerca de la diabetes están generadas a partir de la experiencia propia, el tejido familiar, la comunidad, el contexto socioeconómico, el conocimiento biomédico que está a su alcance y los medios de comunicación. Como señala Abric son “una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-decodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas” (Abric, 2011, p. 13).

El padecer es una construcción sociocultural que otorga significado al proceso salud-enfermedad dando forma a las representaciones y las prácticas cotidianas relacionados con éste (Osorio, 2001). En el caso de la diabetes los saberes que dan sentido al padecer se enfocan hacia la aceptación de la incurabilidad, buscando atenuar las molestias, complicaciones y períodos de gravedad. Sin embargo, la idea de la inexistencia de cura no es del todo aceptada ya que continúa la búsqueda de una cura eficaz por medio de la combinación de diversos *tipos de medicinas*.

Las personas utilizan las representaciones para comprender los síntomas y evaluar las formas de tratamiento que deben realizar para mejorar su salud. Las

representaciones de la persona con diabetes se forman a partir de su contexto social en el que fluye información disponible en sus redes sociales (formales e informales). Las prácticas también se ven condicionadas por el apoyo que recibe de las redes sociales y por los mecanismos de traducción que hacen de las representaciones en su accionar cotidiano. Las redes sociales formales e informales otorgan apoyos materiales y no materiales, siendo parte importante de éstos últimos la información y los discursos que genera con respecto a categorías específicas descriptivas como son el apoyo social y el proceso de salud-enfermedad-atención.

Las redes formales coadyuvan en la elaboración de los saberes del adulto mayor para la atención de la diabetes; el discurso biomédico permea al doméstico aunque no exista una completa correspondencia entre ambos. Las redes informales son las que generan representaciones más cercanas a las del adulto mayor teniendo un proceso de retroalimentación continuo entre ambos; además los apoyos que emanan de estas redes condicionan algunas de sus prácticas de autoatención.

4.1.1 El concepto de diabetes en la red formal

La lógica de modelo biomédico está basada en procesos objetivos demostrables y cadenas de causalidad que explican la salud-enfermedad. La enfermedad es el centro del quehacer médico, la persona toma un papel secundario por lo cual no se concede validez a las representaciones que elabora desde su experiencia. Esto es debido a que suelen tomarse como erróneas y poco eficaces para el tratamiento si no son un reflejo del propio discurso biomédico. En el Modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005) la enfermedad es el objetivo del tratamiento dejando de lado a la persona; en este sentido las representaciones sobre su experiencia del padecimiento no son consideradas, porque los fines de la atención son meramente pragmáticos. Las prácticas de las personas son consideradas como riesgosas, por lo que la biomedicina atrae aquellas que están asociadas con el autocuidado para transformarlas en apego al tratamiento biomédico.

De acuerdo con la definición de la OMS la diabetes es una “enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce”⁵⁸. Esta definición se basa en una explicación cuya base es fisiológica, donde la diabetes solo es entendida como un desorden de tipo metabólico. Sin embargo, las personas no poseen una concepción de la diabetes como una enfermedad metabólica, sino como un desequilibrio por niveles altos de glucosa. A diferencia del modelo biomédico en la cultura popular es un padecimiento asociado al estado de ánimo y de carácter mecánico causal ya que a mayor consumo de azúcar existe una elevación del azúcar en la sangre.

4.1.2 El concepto de diabetes en los adultos mayores

A diferencia de los problemas de salud “populares y/o tradicionales” no existen en la generación de adultos mayores referentes o criterios generales que puedan dar pistas sobre la diabetes como padecimiento. Ha sido a través de su vivencia personal y su red

⁵⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> [fecha consulta: 10 marzo 2013]

familiar como han podido desarrollar representaciones sobre lo qué es la diabetes, los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento.

El concepto de la diabetes en los adultos mayores entrevistados se relaciona con la “subida del azúcar”, o una “alteración de la sangre por acumular azúcar”. Estas características son compartidas por la población en general (Torres, 2004), donde el azúcar es simbolizada como un componente externo que puede alterarse por la alimentación y por las emociones de la persona. Además de esta interpretación existen otras más acordes con el discurso biomédico presentes sobre todo en adultos mayores con menos de 70 años:

El páncreas cuando estamos bien ahí recibe todo lo dulce y lo distribuye a la sangre, fue el que trabaja; y ya cuando tenemos la diabetes este, el páncreas ya no este, ya lo dulce ya no trabaja el páncreas, o sea bien, lo dulce ya llega directamente a la sangre, o sea que eso es la diabetes cuando ya no sirve el páncreas (Daniela).

Lo anterior es una muestra de cómo las personas más jóvenes tienen un entendimiento del discurso biomédico que les permite mencionar ideas generales sobre el significado de la diabetes. Este uso del discurso tiene un sentido de repetición ya que el conocimiento biomédico no es entendido en su totalidad. Al indagar sobre la comprensión de la fisiología del páncreas y el metabolismo de la glucosa fue patente que las personas tienen ideas vagas al respecto, que no existen ideas más allá de un “órgano descompuesto por tener mucha azúcar”. Debido a la anterior puede comprenderse el porqué las indicaciones sobre dieta y ejercicio no son entendidas a cabalidad, y por ello en la práctica los adultos mayores únicamente buscan controlar la cantidad de “azúcar” ingerida.

Los integrantes de la red familiar tampoco muestran ideas claras sobre qué es la diabetes; existe una combinación entre el discurso del desequilibrio⁵⁹, lo innato y las nociones superficiales que indican afectación de órganos específicos.

Otras personas comentan que ya todos nacemos con eso, así como que uno lo hereda de los papás (Carla, familiar de Guadalupe).

Las personas que tienen más información sobre el tema en general es debido a su asistencia a pláticas de salud del programa Oportunidades, o porque estuvieron en contacto de alguna manera con el ámbito sanitario. Tal es el caso de Liliana quien trabaja en una farmacia y ha tenido algunas charlas sobre las enfermedades más comunes.

Hay dos tipos de diabetes: diabetes I y diabetes II; la mellitus y la otra que no me acuerdo cual es. También este son dos, y es cuando a las personas ya nos les funciona creo que el páncreas (Liliana, familiar de Adriana).

Algo fundamental para la elaboración del diagnóstico y el concepto de la diabetes es la información previa que las personas poseen sobre la enfermedad y/o el padecimiento. Las ideas previas sólo se encontraron en aquellos que tenían algún familiar o amigo enfermo, ejemplo de éstas son algunos de los síntomas y las consecuencias

⁵⁹ El desequilibrio es asociado con una impresión súbita que altera la cotidianeidad y perturba las emociones de la persona.

graves como pérdida de la vista o la muerte. Las ideas previas condicionaron a su vez el impacto inicial del diagnóstico en el adulto mayor y en la red familiar.

De las personas entrevistadas Daniela tuvo familiares con diabetes previo a su diagnóstico, dos de sus tíos y un hermano la padecieron; así que ella tenía varias nociones al respecto. El resto de los informantes se dividen en aquellos que nunca habían escuchado sobre la enfermedad y los que llegaron a oír algo porque un vecino o conocido la padecía.

Yo no sabía qué enfermedad era esa, yo nunca me enfermaba de nada, ni de gripa. Solamente una vez me operaron de la vesícula y ya de ahí, ya de ahí me empecé a enfermar de todo...(..)Yo no recuerdo ningún vecino o conocido que dijera que la tenía, antes eso no existía (Mariana).

Había escuchado que se enflacaba uno, guardaban dieta. No había casi enfermos, un amigo era diabético a ese le ponían mitad de agua y mitad de insulina y falleció por eso... (..) él era mucho más grande que yo, de nadie más había escuchado esa enfermedad pero ahora ya todos la tienen (Rodrigo).

Me decían las personas como eran los síntomas, si como se sentían, igual que lo que me sentí yo también. Luego me decían así las personas o vecinos que me encontraba en la calle, como digo que me veían que iba yo adelgazando mucho (Esther).

O sea que tenía yo familiares, ya fallecieron con el azúcar. Pero nunca me imagine que me fuera a pasar a mí también... (..) Pues que me cuidara, que este, que tuviera mucho cuidado, según ellos luego me decían que de los sustos, los corajes, que tratara de cuidarme, que ya no comiera mucha carne que porque también eso es lo que nos estaba haciendo mucho daño (Daniela).

La diabetes es una enfermedad relativamente nueva para la población en el sentido de su frecuencia; las generaciones más viejas raramente escuchaban hablar de ella. Ha sido alrededor de los últimos 15 o 20 años cuando el número de conocidos que la padecen ha ido en aumento. Este es un factor que las personas destacan como una nueva “normalidad” que implica encontrar diabéticos por todos lados.

Los miembros de las redes familiares mencionan que algunos vecinos la tenían pero no mostraban interés por conocer más al respecto, hasta que su familiar enfermó fue cuando comenzaron a integrar y enfocar su atención a todas las pláticas escuchadas en la calle. Fue entonces cuando reconocieron los síntomas que otros les habían platicado:

Si escuchaba yo, pero no sabía yo de que se trataba, que era una enfermedad que andaba mucho, que era azúcar en la sangre (Patricia, familiar de Rodrigo).

Pues como nadie la tenía en la familia pues yo no tanto, como dicen no le ponía mucha atención, pero a partir de que me dijeron que mi mamá que ella ya la tenía; que gracias a Dios le comenzó ya hace poco porque antes sufría de la presión pero ya eso era todo. Pero ya después dijo el doctor que ya tenía diabetes, me comentan que cuando la persona es muy joven, es la juvenil que les da. Entonces pues oigo decir que esa es la más peligrosa y que ya la otra la van controlando por medio de medicamento (Verónica, familiar de Esther).

4.1.3 El diagnóstico de diabetes *mellitus* en la red formal

Los servicios de salud realizan el diagnóstico de diabetes mediante la medición de la glucosa en sangre, cuyo valor no debe ser superior a 120mg/dl, la prueba es por medio de análisis de laboratorio previa realización de un cuestionario de factores de riesgo:

Se sabe si tienen glucosa superior a 120mg/dl, esto se conoce porque se hacen pruebas de glucemia, se hacen aquí en el laboratorio, la prueba es para personas en riesgo como con obesidad o sobrepeso. Si se detecta riesgo por el cuestionario de factor de riesgo se programan visitas una vez cada tres o cuatro meses para verificar niveles de glucosa, se revisa la presión arterial, la piel, los pies, la sensibilidad y la vista para buscar más síntomas diabéticos (médico CEAPS).

El diagnóstico para la diabetes son una serie de pruebas estandarizadas donde el único componente que interviene es el nivel de glucosa en sangre, este factor aparentemente objetivo a cambiado con el curso de los años ya que los valores que se toman como condición de diabetes han variado. Hasta hace unos años los valores de 120-125 mg/dl eran considerados normales, ahora el consenso es que a partir de 120 mg/dl ya se tiene diabetes. Se ha elaborado una fase que no todos los médicos reconocen como prediabetes para los valores de 100-120 mg/dl con la finalidad de acrecentar el control y establecer un pre-tratamiento que pueda prevenir o retrasar el desarrollo de diabetes.

4.1.4 El diagnóstico de la diabetes para el adulto mayor y su red informal

El diagnóstico es la fase inicial del padecimiento, en el caso de la diabetes la instancia que lo realiza es exclusivamente la biomédica. La mayoría de las personas entrevistadas no contaban con parámetros que les permitieran identificar sus síntomas con la diabetes, por lo que no eran capaces de discernir qué los afectaba. Los más jóvenes mencionan síntomas parecidos a lo que vecinos o familiares les referían de cómo se siente la diabetes. Pero debido a que los síntomas en general eran cansancio, pérdida de peso y sed lo asociaban con características propias de la vejez, por “falta de vitaminas” o por alguna infección. No consideraban necesario acudir con un médico hasta que los síntomas se agravaban. Acerca del proceso de diagnóstico señalan que éste se realiza por medio de un estudio de sangre, para saber si el “azúcar está alta”, a partir de ese momento toma sentido el conjunto de síntomas percibidos y se da significado al padecimiento.

Los informantes entrevistados coincidieron en que acudieron al médico por intervención de miembros de la red familiar, debido a un conjunto de síntomas persistentes como la pérdida de peso o el cansancio extremo. Ni los adultos mayores ni la red familiar asociaban los síntomas con diabetes, por ejemplo la red familiar atribuía el cansancio a la edad y debido a los años que llevaban trabajando. En el caso de Guadalupe y Mariana el diagnóstico fue elaborado en instituciones públicas de salud a partir del seguimiento que tenían por la enfermedad preexistente de hipertensión arterial.

A Mariana nunca le habían mencionado que era la diabetes, a Guadalupe sí le habían hecho mención; su hija recuerda que el médico le dijo que comenzaba a tener "...azúcar alta y si no se cuida le puede dar diabetes". Sin embargo, no existen asociaciones entre hipertensión y diabetes ya que lo consideran como eventos aislados más bien asociados a situaciones emocionales diferentes. Los demás no tenían ningún tipo de seguimiento o de prevención mediante el cual se pudiera prevenir la enfermedad.

El diagnóstico en todos los casos fue realizado por un médico ya sea en el centro de salud o con médico particular, en sus relatos dicen que tras comunicar sus síntomas el médico les mandaba a "hacer un estudio" para corroborar el diagnóstico.

Allá el doctor me mandó a sacar el estudio y fue como se dio cuenta, "es diabetes" me dijo, y pues ya desde ahí ya no se pudo hacer nada (Silverio).

El doctor luego, luego me dijo que era diabetes cuando le dije que me sentía así bien cansada, con harta sed. Y pues me mandó a hacer estudio para ver si tenía razón, me dice "ojalá que no sea lo que estoy pensando" pero pues sí jue (Adriana).

Ante el diagnóstico las personas inician una nueva etapa de comprensión y asimilación de la enfermedad, la cual se va asumiendo como un padecer personal. Las formas en que se comunica el diagnóstico y como se da inicio al tratamiento son fundamentales para que la persona cuente con elementos suficientes para autoatenderse y desarrollar apego terapéutico. De acuerdo con investigaciones acerca de las implicaciones psicológicas del diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas (Ledón, 2012; Brown, *et al.*, 2005) existen diferentes emociones asociadas como la negación, el miedo y la depresión. Por lo que el diagnóstico debe ir acompañado con apoyo psicológico que permita su aceptación, sin embargo esto ocurre en raras ocasiones.

Las primeras reacciones ante el diagnóstico pueden ser de miedo que desemboque en depresión o en negación que lleve a subestimar la enfermedad, o se genere confusión sobre los cuidados a seguir. Estas reacciones determinan el apego al tratamiento, el cual va modificándose de acuerdo a la comprensión, acompañamiento y apoyo que el adulto mayor reciba de sus redes sociales de apoyo. La actuación de la red familiar otorga cobertura emocional y cuidados en esta fase inicial; la persona transita del estado de lo "sano" a la "enfermedad" y es preciso trabajar sobre dicho estigma para que se adapte a su nueva vida lo antes posible.

4.1.5 Las causas y la prevención de la diabetes *mellitus*

Las causas de la diabetes se relacionan con los problemas en la producción de insulina, sea por su baja producción, resistencia o ambas. Esto contrasta con las representaciones que tienen los adultos mayores, quienes en su mayoría lo atribuyen al experimentar sustos o corajes, es decir, asociados a los sentimientos causados por una impresión externa. La biomedicina sí considera que el factor psicológico pueda impactar en la salud pero no como determinante en la alteración de la fisiología de la insulina.

Además de las causas fisiológicas o alteraciones en el proceso normal de

producción de insulina los médicos hablan de factores de riesgo que conllevan a padecer diabetes. Entre los más comunes y que se incluyen en los cuestionarios de factores de riesgo de la Secretaría de Salud⁶⁰ se encuentran el IMC con sobrepeso y/o obesidad, la medición de la cintura, la falta de ejercicio, la edad avanzada, la herencia, la dieta inadecuada, el consumo de alcohol y el estrés. Adicionalmente otros consideran factores como la pertenencia étnica y enfermedades preexistentes asociadas como la hipertensión arterial. Los médicos del CEAPS⁶¹ consideran como riesgos para desarrollar diabetes los malos hábitos de alimentación y la falta de ejercicio físico.

Es igual que en otros lugares, aquí pesan las costumbres, los hábitos alimenticios, el estilo de vida es lo que provoca que la gente tenga diabetes y en eso no hay mucho cambio de un lugar a otro. La alimentación es lo que influye totalmente para tener diabetes, además de que hay mucha obesidad y sedentarismo (médico CEAPS).

Tienen un mal control en su alimentación, esto es sobre todo por la alimentación local, consumen más harinas, no hacen ejercicio, comen carne con muchas grasas, tienen ayunos prolongados (médico CEAPS).

Casi en general las causas son estándar, aquí en estas zonas se disparó por el tipo de alimentación, antes se consumía más verdura, ahora ya van más al Aurrera a comprar comidas procesadas, ya no trabajan tanto en el campo y hacen menos ejercicio (médico CEAPS).

Como se aprecia en las explicaciones de los médicos las causas principales son la mala alimentación y la falta de hábitos saludables; atribuyéndolo a la ignorancia y la falta de decisión para mejorar los estilos de vida. Ninguno de los médicos entrevistados considera el aspecto sentimental y emocional como un factor que pueda ser fuente de riesgo. Cuando se les preguntó sobre las representaciones que sus pacientes tienen al respecto todos mencionaron que “ellos” piensan en otras causas como los “enojos, corajes, sobresaltos”. Sin embargo, esas representaciones las conocen por ser lo que escuchan fuera del consultorio; ninguno ha platicado con sus pacientes preguntándoles directamente por qué consideran que se enfermaron. Debido a esto no conocen la historia personal que de acuerdo con los adultos mayores los llevo a padecer diabetes.

4.1.6 Las causas y la prevención de la diabetes para el adulto mayor y la red informal

Las causas de la enfermedad y del padecer no son las mismas, la diabetes *mellitus* se explica a partir de causalidad fisiológica de acuerdo al modelo hegemónico biomédico; mientras que el padecer se explica a partir de procesos de la vivencia y experiencia personal. Las personas otorgan significados al por qué del padecimiento, estableciendo una serie de circunstancias que rodean a la adquisición de éste, las cuales se significan en el ciclo de vida para poderla enfrentar y vivir con ella. Es por ello que las causas se sitúan en el plano del sentimiento, la emoción y la dinámica cotidiana. Todos los informantes coinciden en que las causas son “el susto y el coraje”. El susto lo

⁶⁰ http://soportedgis.salud.gob.mx/sis/descargas/pdf/SIS_CuestionarioFactorRiesgo2010.pdf

⁶¹ Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud

entienden como cualquier fenómeno fuera de lo cotidiano que pueda alterarlos; y el coraje surge por enojos fuertes o de larga duración. Cualquiera de los dos eventos tiene que ser sobredimensionado por la persona, ya que esto queda marcado como el incidente que desencadena la diabetes en tiempos postreros que pueden ser de días o años.

Por un susto, un gusto, o un coraje algo así con eso puede dar, porque uno se altera con eso y entonces el azúcar se sube y ya no se la pueden bajar a uno (Silverio)

Pues tengo entendido que pues por un coraje que hagan, o una sorpresa, un susto, no sé si haiga más motivos, para que se altere esa enfermedad, porque supuestamente dicen los doctores que en sí todos nacemos con la diabetes. Únicamente que no a todos se nos desarrolla (Laura, familiar de Silverio).

Pues dicen que por un susto se viene esa enfermedad, que a veces hasta por una alegría, que se viene esa enfermedad la diabetes, yo más digo que a mí se me desarrolló por el susto que hubo una vez de la iglesia que jue de la fiesta de San Miguel y se prendieron los cuetes... (...) Apenas había pasado eso, y le digo fue el susto que me dio (Adriana).

Dicen que cuando uno se lleva sustos, corajes ¿Qué más? Sustos, corajes, eso y por ejemplo, un ejemplo yo llevo ahorita un susto o un coraje y siento que tengo sed o simplemente me da por tomar agua y que según de ahí se viene, quien sabe si eso sea la realidad o cual, se oye decir eso, o algún líquido dulce. O sea hay que llevar como quien dice un, o sea no tomar nada de eso para no provocar; otras personas comentan que ya todos nacemos con eso (Lucía, familiar de Andrés)

Pues ahora dicen que por todo, por susto que por gusto, le digo que acá mi vecina que estaba contenta pues estaba bien y dice que en su cumpleaños le trajeron los mariachis, abre la puerta y entran cantando; y a la vez le dio gusto y a la vez como que se enojó, todo eso para que le diera la diabetes, por eso dicen que es de susto y de gusto y de todo (Mariana).

El discurso biomédico aparece ya dentro de las causas, sobre todo la mención de los cambios en la alimentación como consumir “chatarra y refresco” o los factores hereditarios.

La otra vez no me acuerdo si fue enfermera o una doctora que estaba comentando que porque no nos alimentamos adecuadamente, o sea, ahí yo lo entendí que, que uno esta como débil entons la enfermedad se agarra de uno, se agarra más precisamente por uno estar débil. Dicen que esa enfermedad si uno está bien alimentado aunque la tenga yo no se me desarrolla (Lizbeth, familiar de Mariana).

Por comer cosas así comida chatarra ¿no? Y el refrecote mas el refresco la coca es bien mala. También he oído que es porque no tenemos cuidado en nuestra alimentación, comemos mucha carne y también nos malpasamos comiendo, que por exceso de grasa (Andrés).

Mmm bueno yo siento que ahora también tiene que ver mucho la alimentación, porque yo veo que ya los animales tanto cerdos, de res, de pollo ya es a base de pura química, de puro alimento. Los toros luego oigo, bueno los toros oigo que les dan sales

para engordarlos rápido, los marranos, los pollos pos que día y noche están con alimento. Yo digo como ya es pura química ya no es todo natural como antes, antes yo me acuerdo que los toros y los puercos, los pollos este con quelites, con masa, maíz, trigo, los pollos y los animales los toros que los llevaban al monte, con pura hierba, zacate. Y ahora ya es puro alimento, los hacen engordar a fuerza (Daniela).

Los criterios de causalidad están ligados a la experiencia personal, se incluye también los factores que enumeran la biomedicina como la alimentación o la herencia. Éstos últimos son explicados a partir de la forma cotidiana de alimentarse, por tener periodos prolongados sin consumir alimentos o por el cambio en la forma en qué estos se producen. El factor herencia es entendido como algo que se posee y que se desarrolla o no por los sustos, enojos y alimentos consumidos. Cuando se hace mención de los sustos y enojos éstos no dependen únicamente de la persona sino de las relaciones sociales que establece. Es decir, las formas de relacionarse con los otros es un detonador para sufrir disgustos mayores que pueden provocar la diabetes; así se significa la adquisición del padecimiento por el ambiente en que se vive y se participa.

A pesar de que se hace mención de lo aprendido por el contacto con la biomedicina cuando las personas hablan de las causas específicas por las que se enfermaron se remiten a hablar de circunstancias familiares que les provocaron dicha condición. Es decir, el conocimiento biomédico es registrado como un discurso que se repite pero no se interioriza; no se encuentra sentido en él sino en la vivencia cotidiana, la experiencia y las representaciones sociales del grupo social.

¿Por qué me enfermé? Porque este muchacho [su hijo] íbamos a vender a un pueblo y hay muchas curvas, y le deje el carro, “llévatelo y este te vas con cuidado porque mira aquí hay muchas curvas”. Y en una de esas la agarró velocidad y adelantito estaba la curva, y no pus nos volteamos. Pues si me asuste harto, porque yo toda mi vida manejé y nunca tuve un golpe y pues ese día sí me espanté. Y este, yo digo que de ahí me pegó la diabetes (Andrés).

Me acuerdo, que eso me pego por un coraje. Pues fue un coraje de acá, de la casa que el hijo grande, era medio canijillo ¿no?, y un día entró y me sacó los papeles de la contribución y se los llevó. Luego yo me di cuenta y siempre vengo con la señora y le digo “¿Quién agarró los papeles de acá?”, estos y estos. Pues que yo no, y que yo no, y que ninguna nada y que todo, y después supe que él los había agarrado, porque platicó que me iba a quitar el terreno porque él estaba pagando los impuestos y que él ya tenía los recibos. Y ese fue el coraje, y de eso coraje me vino eso (Rodrigo).

La diabetis le dio de un coraje muy fuerte que hizo, fue un coraje muy fuerte y de ahí lo vimos... pues él toda su vida fue albañil y tenía su madera, mucha madera para sus lozas, y es cara la madera, y en una ocasión se la pidieron prestada y ya ni le devolvieron la madera ni se la pagaron, y en eso él hizo mucho coraje, y si de ahí vimos, que con ese motivo le cayó (Laura, familiar Silverio).

Pues yo siento, en ese tiempo se cayó mi papá de un árbol y me lo trajo para acá y este... y yo al verlo como venía. No se hizo herida sino se lastimó por dentro y bueno yo siento que a la mejor fue entonces porque yo sentí, le digo a mis hijos no me explico ni cómo pero yo sentí algo, algo como que se me desprendió de adentro, de mi estómago o algo y le digo luego a los dos meses se me descubrió. Le digo que no dure yo mucho a

los dos meses se me descubrió, o a la mejor ya estaba yo propensa a eso, ya namás por un achaque luego dicen (Daniela).

Pues no sé, yo digo que si porque hacía yo muchas muinas, o sustos o ansina porque luego yo a veces me pongo muy nerviosa cuando veo un pleito aunque no sean de mi familia, pero si veo un pleito en la calle que me dan así nervios que veo que se estén pegando...(...) Pos porque, bueno desde antes cuando vivía el difunto porque se emborrachaba y luego a veces no tiene uno de donde andar pidiendo con el vecino prestado, que si me daba ya después ya que trabajaba ya me daba, pero al momento no tenía yo. Y luego mis hijos que les iba a dar de comer, y me amuinaba yo porque al oírlo que ahí viene me da coraje, no me decía nada pero me daba muina, se iba desde la mañana y llegaba a las 10, 11 ya tomado (Guadalupe).

Pues yo digo que, bueno pues porque hacía yo muchos corajes con ahora mi hijo que se drogaba mucho porque cuando estaba en el Distrito y luego venia y me hacía mucho escándalo, le digo que era bien groserísimo, bien grosero. Y una vez me acuerdo que estaba embarazada de mi hijo, y me aventó y me iba yo a caer, y ahí me iba yo a pegar en mi cabeza. Y no sé si me espanté o fue coraje, pero pues mi error fue en que, fui y agarré un vaso de agua y me lo tomé eso fue lo que me hizo yo creo mal. Pero no luego me resultó, sino hasta que tuve mi último hijo (Esther).

El susto o el coraje aparecen como una de las causas de la diabetes, a su vez esto ocurre por una mala relación con algún miembro de la familia que puede incluir algún tipo de violencia física o psicológica. También los accidentes de familiares cercanos son catalogados como sustos; no existe una temporalidad precisa entre el momento en que éste ocurre y la aparición del padecimiento ya que puede ser en días, meses o incluso años. Aunque en la representación inicial de la causa de la diabetes se dieron respuestas cercanas al planteamiento biomédico éstas no aparecen en la narración de la experiencia personal; denotando que esas representaciones biomédicas no son útiles para significar el proceso personal.

Las representaciones populares de la diabetes se asocian con un susto, sin embargo, éste es diferente a la enfermedad conocida como “susto⁶²” para el cual existe un tratamiento tradicional que consiste en una serie de limpiezas, baños, sahumadas y remedios a base de hierbas. Ningún informante manifestó haber acudido a curarse del “susto” por lo que no se consideró que se desarrollara ese padecimiento. El susto en la diabetes se asocia con una repentina elevación del azúcar en sangre que es manifestada por una serie de síntomas como palidez, sed excesiva y cansancio en general. El coraje, enojo o muina es otra causa que altera las emociones y estas son retenidas dentro de la persona ocasionando daños en diferentes órganos⁶³.

⁶² “Enfermedad originada por una fuerte y repentina impresión derivada del encuentro con animales peligrosos, objetos inanimados y entidades sobrenaturales, así como por sufrir una caída en la tierra o en el agua; y, en general, producto de cualquier episodio traumático que amenace la integridad física y/o emocional del individuo”. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?!=1&t=susto>

⁶³ “Otros padecimientos y anomalías que pueden surgir a causa de un coraje son la diabetes. Tal parece que las creencias en torno al coraje, muina o bilis, tienen su origen en concepciones prehispánicas y europeas”. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/termino.php?!=1&t=susto>

Sobre la prevención no fueron identificados medidas específicas sino algunos factores generales a considerar como la alimentación y no exponerse a sustos o corajes. Las únicas medidas de control mencionadas son aquellas relacionadas después de pasar un susto o coraje, entre ellas no tomar líquidos después del evento y no ingerir alimentos dulces.

4.1.7 La sintomatología de la diabetes

No existen discrepancias entre los síntomas de la diabetes que señalan médicos y pacientes, siendo un punto de acuerdo entre ambas representaciones. Los médicos refieren que la mayoría de sus pacientes han acudido por problemas de cansancio, falta o exceso de hambre, incontinencia urinaria, visión borrosa o cansada y pérdida de peso repentina. Todos los síntomas que expresaban sus pacientes eran los “normales” asociados a la diabetes por lo que inmediatamente realizaban el cuestionario de riesgo y mandaban la orden para una prueba de glucosa en sangre. Los médicos indican que la mayor parte de sus pacientes no tenían sospechas sobre padecer diabetes ya que no conocían de esta enfermedad cuando acudían con ellos.

4.1.8 La descripción de los síntomas en los adultos mayores

Las representaciones sobre los síntomas asociados a la diabetes abarcan el aspecto físico de la persona y algunos comportamientos específicos como el aumento en la sed, la fatiga extrema y el cambio en la frecuencia para orinar.

A mí me daba por estar tomando mucha agua, mucha agua, y yo tomaba y tomaba pero nunca se me quitaba la sed, y luego yo empecé a sentirme mal. Me sentía desmayado, sin fuerza, sin nada, no tenía ganas de hacer nada, muy flojerudo, muy todo, muy decaído de todo (Silverio).

Pues mi mamá estaba pálida sin color, decaída, muy decaída, ni tenía ganas de hacer nada, tenía ganas de estar en la cama, se le reseca mucho la boca, tenía mucha sed. Empezó a bajar de peso y estaba con sueño o de mal humor (Verónica, familiar de Esther).

Pues yo diría que a veces nos sentimos cansados, con sueño, sin ganas de hacer nada este..., mareados no nos dan ganas ni de hacer nada, la comida no sabe igual que como cuando uno estaba bien. Porque, mmm además se van adelgazando ¿no?, se ve uno así todo enfermo así como cansado (Andrés).

Yo si también, pa que voy a decir, en la noche también unas cuatro o tres veces me levanto pero nada más, o te sientes cansada, con mucho sueño, sin ganas de hacer nada, o mareada, te dan náuseas y todo eso, y le digo que yo así también me paso, ujum (Adriana).

Los síntomas que presentaban los adultos mayores no fueron reconocidos inmediatamente como algo de gravedad, en general mencionaron que tardaron de dos a más meses para acudir al doctor. En su mayoría fueron aconsejados por familiares o

amigos que los veían decaídos, cuando las alteraciones con respecto a su vida cotidiana fueron en aumento acudieron en busca de respuesta a sus molestias.

La valoración de los síntomas es diversa, algunos expresan que se sienten “normales o sanos” ya que prefieren asumirse de dicha manera para no decaerse sentimentalmente. Diferentes investigaciones (Sedó, 2010; Papelbaum, *et al.*, 2010) reportan tendencias parecidas, donde la población trata de maquillar sus síntomas al asociarlos con “lo propio de la vejez”; tratan de evitar la estigmatización de convertirse en una “carga” por estar enfermo o bien usan la negación como mecanismo de amortiguamiento para evitar el rol de enfermo.

Las mujeres utilizan la negación de sus síntomas como estrategia para continuar realizando sus actividades cotidianas y con ello evitar que la enfermedad las “venza”. En este sentido la negación de algunos síntomas es una actitud de protección ante el cambio de rol de sano a enfermo⁶⁴. Únicamente en el momento que los síntomas les provocan algún tipo de limitación para sus actividades es cuando se les considera graves, por lo que se dirigen al médico o bien lo comunican con sus familiares.

La valoración de los síntomas de los adultos mayores coincide con la red familiar, quienes conviven en la misma casa son capaces de diferenciar variaciones más finas de síntomas; es decir notan el cansancio excesivo, la somnolencia, etc. Aquellos que viven en otro lugar no califican ese tipo de síntomas como importantes debido a que lo consideran “normal” para alguien enfermo; su alerta se dispara cuando el adulto mayor les pide expresamente ayuda o bien la gravedad de su condición los obliga a hospitalizarlos. Sin embargo, los adultos mayores también toman la incapacidad de sus familiares de observar las variaciones de su salud como una desatención, es decir, ellos dudan de su condición de enfermo y por ello no lo atienden:

Pues éstos ni piensan que yo esté enfermo, como ando por aquí y por allá aunque tenga así mis piernas que camino lento como que ya se acostumbraron. Como que hasta que me ven que no salgo o que estoy de malas me hacen caso, yo digo que a veces hasta piensan que me hago el tonto (Rodrigo).

De acuerdo con la valoración de los síntomas se decide pedir ayuda y/o acudir al médico, en general los adultos mayores no lo hacen a menos que el malestar sea persistente por varios días. En el caso de las mujeres éstas son quienes suelen ocultar la sensación de malestar como parte de su rol genérico según el cual las mujeres “aguantan más” porque deben de ser “fuertes para sostener a su familia”⁶⁵. Al contrario los hombres dicen hablar continuamente con sus familiares sobre sus molestias, sin que éstos le tomen importancia; por lo que poco a poco deciden “dejar de quejarse”. Aún así buscan mejores oportunidades para manifestar los “achaques” que les provoca la diabetes.

⁶⁴ El “rol del enfermo” es un concepto elaborado por Parsons según el cual existe una serie de conductas que la sociedad confiere a los enfermos: pueden es, se les libera de algunas responsabilidades sociales, y se les obliga a buscar cambiar su estado colaborando en el proceso de curación (Parsons, 1999). Esta concepción inicial ha sido modificada para incluir otras características que desarrollan los enfermos crónicos.

⁶⁵ Esto coincide con otras investigaciones donde también se establece una diferencia de género con respecto al dolor percibido (Barragán, 1999)

4.1.9 El tratamiento prescrito por los servicios de salud

Sobre el tratamiento las representaciones de médicos y adultos mayores son parecidos, saben que está relacionado con los cambios en la dieta, la práctica del ejercicio y la toma de medicamentos según la prescripción médica. Sin embargo, existen discrepancias sobre cómo llevarlo a cabo y la dificultad de lograr el apego al tratamiento. En el caso de los adultos mayores y sus familiares el discurso dominante es la aparente “facilidad” de su cumplimiento y la decisión personal como el principal aspecto involucrado. Sin embargo, en la práctica reconocen la existencia de múltiples dificultades para cumplir con el tratamiento como es recomendado por el médico sobre todo en aspectos de la dieta.

Los médicos consideran que no existe apego al tratamiento, y las principales dificultades son la dieta y el ejercicio físico. La toma de medicamentos es un aspecto con el que los pacientes presentan mejor cumplimiento, esto de acuerdo con los médicos es debido a que los pacientes consideran que “tomando la pastilla piensan que ya van a estar controlados”. Sin embargo, el tratamiento debe incluir cambios en varios aspectos de su vida y no es suficiente con tomar el medicamento. Para los médicos esto es un problema porque “comen lo que no deben y luego se toman la pastilla pensando que así no les hace daño” y terminan desequilibrándose.

Aquí se les da todos los medicamentos, tenemos laboratorio para hacer aquí los estudios, hay de todo para atenderlos (CEAPS).

Principalmente los tratamos con hipoglucemiantes como metformina, glibenclamida y pioglitazona; también hay esquemas con insulina pero son muy resistentes a ello porque piensan que los va a dejar ciegos (CEAPS).

Los médicos piensan que la dificultad de llevar el tratamiento es mínima pero el problema es que se acostumbren a ello y puedan desarrollar estrategias para conseguirlo. La biomedicina encuentra la falta de adherencia al tratamiento como uno de los problemas más frecuentes y que mayores estragos ocasionan al tratamiento de la enfermedad (OPS, 2004), entre los factores que influyen señala:

- Factores relacionados con el sistema o equipo de salud.
- Factores relacionados con la enfermedad.
- Factores relacionados con el tratamiento.
- Factores socioeconómicos.
- Factores relacionados con el paciente.

Los médicos de la comunidad no identifican estos factores en los problemas de adherencia de sus pacientes y remiten la problemática a la decisión personal de mantenerse saludable ó no. No toman en cuenta los factores del entorno socioeconómico de la persona, el entorno familiar o el psicológico.

La adherencia al tratamiento en el caso de la diabetes está conceptualizada como “el compromiso activo y voluntario del paciente en el tratamiento de su enfermedad, al seguir una terapia mutuamente acordada y compartir la responsabilidad con los prestadores de asistencia sanitaria” (OPS, 2004, p. 76). En este sentido el tratamiento

depende de las habilidades personales del paciente. Esto contradice la tradición del modelo médico hegemónico de concebir al paciente como incapaz de generar autoatención efectiva como parte del tratamiento. Es a raíz de las enfermedades crónicas degenerativas cuando se ha aceptado que la participación del paciente es fundamental.

El esquema de autoatención que propone la OPS se basa en cuatro aspectos: administración del medicamento, monitoreo de la glucosa, régimen alimentario adecuado y actividad física. De acuerdo con las entrevistas realizadas a los médicos locales ellos observan que el único punto que los pacientes cumplen es con la administración del medicamento. El monitoreo de la glucosa implica la sugerencia de que cada paciente adquiera un glucómetro pero “ellos no lo compran aunque se les insiste en ello” las personas mencionan que no lo hacen porque es caro, no lo saben usar y los suministros también son costosos. Los otros dos factores críticos que de acuerdo con los médicos no se cumplen son la dieta y la actividad física, cuestiones que como se ha señalado no son fáciles de cambiar en los adultos mayores ya que al contrario de lo que se piensa no dependen de una decisión personal para cumplirlo ó no. Esto es porque están involucrados otros factores como el económico, familiar, psicológico, costumbres, participación en un grupo socio-cultural, etc.

4.1.10 El tratamiento y los cuidados cotidianos

La terapéutica y los cuidados necesarios son concebidos como el cuidado de la dieta, la realización de ejercicio y la toma de medicamentos prescritos por el médico. En cuanto a la dieta lo básico es dejar de consumir azúcar añadida y grasa; mencionando la “imposibilidad” de seguir las indicaciones al pie de la letra. El ejercicio es un factor mencionado sin que se profundice en qué tipo de ejercicio o la cantidad recomendable para ellos. Otros hablan sobre cuidar que la piel no se reseque, el cuidado de los pies como la forma de cortar uñas, o al tratarse una herida. No se hace mención de otros factores de cuidado, lo cual parece coincidir con que el énfasis de la biomedicina está puesto en control de dieta y ejercicio.

Que uno debe de irse a checar frecuentemente si no se eleva la glucosa, si de que no la tengamos elevada para que así ya nos damos cuenta si esta elevada y ya nos dan medicamento... (...) Pues ahí uno se debe cuidar con las pastillas y la insulina (Daniela).

Al ser la diabetes una enfermedad crónica las personas tienen que aprender a lidiar con ella para toda la vida, pasando por diferentes etapas de apego y desapego al tratamiento. Todos los informantes hacen alusión a que al obtener el diagnóstico no consideraron necesario cuidarse demasiado porque después del primer tratamiento para disminuir los niveles de glucosa se sintieron bien. Pasaron varios años sin transformaciones significativas en sus hábitos alimenticios, de actividad física y/o de cuidado en general; y fue hasta la aparición de episodios de gravedad como han ido incorporando algunas de las recomendaciones biomédicas.

La adherencia al tratamiento es una de las principales dificultades que identifica la biomedicina para el adecuado control de la enfermedad (Durán, *et al.*, 2001). Para lograr el apego se deberían modificar aspectos como el trabajo, los quehaceres domésticos, la actividad física, las formas de alimentación, las relaciones interpersonales, la toma de

medicamentos y en general el autocuidado⁶⁶. Por lo que el establecimiento del tratamiento debiera ser integral y abarcar la totalidad de la vivencia personal, sin embargo, al momento de instrumentalizarlo queda reducido al uso de medicamentos y recomendaciones sobre dieta y actividad física. Algunas de las consecuencias son que el control glucémico no sea el adecuado, y por lo tanto los propios adultos mayores consideren que a pesar de sus esfuerzos exista incapacidad para mejorar su salud y sólo pueden retrasar las complicaciones.

Es que esto no se cura, y luego yo veo que hay gente que se cuida harto, que no comen esto, que no comen lo otro y de todas formas están igual o peor que yo. Yo antes me cuidaba más pero pues pa' que si ni se quita y además cuesta un chorro llevar la dieta. Yo hago lo que puedo y trato de comer lo que es, las pastillas esas sí me las tomo siempre, pero pues aún así esta enfermedad es mala y uno va poniéndose delicado. Ya no se puede hacer nada, nada más cuidarse para que no le corten a uno algo (Andrés).

Más adelante se profundiza sobre las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores; cabe resaltar que es en este punto donde las redes sociales de apoyo actúan ya sea mejorando la capacidad y habilidad para el autocuidado o bien limitándolo.

4.1.11 Las complicaciones de la diabetes

Las complicaciones desarrolladas a causa de la diabetes surgen por una inadecuada adopción del tratamiento, según los médicos las personas son poco conscientes de las consecuencias de no atenderse adecuadamente. Los adultos mayores mencionaron la falta de información y el poco tiempo invertido por el médico para hablarles al respecto. Los médicos estiman que los pacientes no se preocupan demasiado por las complicaciones a pesar de que ellos les hacen énfasis en que deben de cuidarse para que esto no ocurra. El motivo principal por el que piensan que no les pasará es porque el surgimiento de las complicaciones es aleatorio, puede pasar tiempo sin que desarrollen problemas extras, o bien puede ser demasiado rápido.

Lo que ocurre con las complicaciones es que no siguen el tratamiento como es, piensan que tomándose la pastilla es suficiente, pero no se esfuerzan y cambian sus hábitos y estilos de vida (CEAPS).

Siempre yo les digo todas las complicaciones, pero piensan que no les va a pasar, se les hace mención para concientizarlos de las consecuencias a corto plazo (CEAPS).

En la consulta trato de explicarles para convencerlos de tomar bien los medicamentos, hacer los cambios que necesitan en sus vidas. Me tardo mucho en explicárselos, cuál es la función de páncreas, en qué consiste las mejoras de llevar bien la dieta (CEAPS).

⁶⁶ La OMS define el apego al tratamiento o adherencia terapéutica como: "El grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria" (OMS, 2004, p. 3).

De acuerdo con los médicos del CEAPS las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en sus pacientes son:

- Nefropatías
- Problemas relacionados con la visión
- Gangrena de miembros inferiores

De los adultos mayores entrevistados sus médicos mencionaron que tienen algún problema de visión y dos de ellos están generando problemas de nefropatía. Su opinión es que el sector de adultos jóvenes son quienes desarrollan complicaciones graves y de manera temprana ya que tienen un control de la enfermedad peor que los adultos mayores. Según sus experiencias los adultos mayores “intentan” cambiar sus estilos de vida mientras que los jóvenes “creen que si se van a morir para que se cuidan tanto”.

4.1.12 Las complicaciones para el adulto mayor

Las personas entrevistadas enfatizan la poca información existente, ya sea por que los médicos no les hablan al respecto o porque ellos no comprenden totalmente las pláticas recibidas. Ninguno recordaba que les hubieran dado ese tipo de información, pero sí conocían las complicaciones más agresivas que desembocan en amputación, infarto o daño renal.

Pues si se ha oído que el hígado, el páncreas y que por no tomar agua... (...) Lo he escuchado pues acá en el radio, en la tele, ahí en el médico no dicen nada todo es rápido namás dan la medicina y ya... (...) Se puede morir por un ataque cardíaco, conozco a vecinos que han muerto así porque se les paralizó el corazón ¿no? Si porque es un ataque que les da (Andrés).

Pues nunca, nunca me han platicado, ni nunca le he preguntado, o sea que voy a consulta lo que me checa nada más es la presión, el corazón, la temperatura, es lo que me checa y ya me da mis medecinas que siempre me da. Eso es lo de mi consulta... (...) Pues si se complica, si porque aquí se han muerto muchos de eso, muchos (Silverio)

Las complicaciones son conocidas e interiorizadas no a partir de la información biomédica; sino por los relatos de vecinos o familiares a los que ya les ha ocurrido. Las acciones preventivas son consideradas poco eficaces, o bien no existe conocimiento sobre qué hacer ante síntomas específicos. La conducta que consideran adecuada para evitar las complicaciones es el cumplimiento de la dieta.

Pues pienso que si porque yo lo he visto en otras personas que las acaba mucho la enfermedad, les deteriora mucho su cuerpo, adelgaza uno mucho y nos morimos. Porque uno no se cuida, está débil la gente se muere porque les pega fuerte, eso es lo que pasa, la gente se muere (Rodrigo).

Ya ve cuántos y tantos les cortan los pies, muchachos, el muchacho de aquí arribita ya le cortaron los dos pies, que fea enfermedad pero dicen que hay tipos. Pues si se siente uno mal, como ahora yo le digo que se me subió mucho el azúcar y no sé porque, comí mucho creo (Guadalupe).

La diabetes va acabando con todo ¿no? Con todo más que nada con los riñones, con los riñones. De hecho la metformina les hace daño los riñones de tanta que toman, o glibenclamida, les va afectando a los riñones. Eso se los dan para el azúcar pero les afecta el riñón porque es muy fuerte (Liliana, familiar de Adriana).

La posibilidad de las complicaciones es latente para adultos mayores y red familiar, siendo las más preocupantes la amputación y la muerte. La medicina establece un control por medio del miedo a la pérdida de las extremidades para tratar de que las personas sean conscientes de los daños ocasionados por la glucemia descontrolada. Sin embargo, esta estrategia no parece del todo eficaz ya que la multiplicidad de factores que intervienen en el apego al tratamiento sobrepasa el temor a tener más molestias o complicaciones.

Existen también representaciones que asocian problemas de ceguera e infartos con el uso de un tipo de tratamiento como la insulina. A su uso se le atribuyen las complicaciones más drásticas por lo que pocas veces se acepta como parte del tratamiento.

4.1.13 Las representaciones

Los adultos mayores comprenden y asumen la diabetes como un padecimiento que altera para siempre su vida, para el que no están preparados ni existe forma de volver a ser sanos por lo que asumen participan de una espiral descendente.

En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es inesperado, en algunos casos por la poca información existente en décadas pasadas o bien porque aún escuchando sobre él no parece una enfermedad que pueda prevenirse y por lo tanto prever su aparición. La vivencia de la enfermedad trae inseguridad, cambios en las relaciones sociales y sentimientos de dependencia e inseguridad sobre cómo y cuándo puede agravarse. Es percibida como algo que escapa al control personal, por ello los síntomas pocas veces son asociados con conductas o factores de riesgo.

La red familiar tiene una valoración similar sobre el impacto del diagnóstico y la aparición repentina que no permite su prevención. Sin embargo, en el tratamiento enfatizan el “deber” del adulto mayor de cuidarse; para la red familiar los cuidados son fáciles de llevar ya que los identifican con cumplir la dieta por medio de la fuerza de voluntad.

La comprensión sobre el tipo de complicaciones y su origen es limitada tanto por el adulto mayor como por la red familiar; la mención de éstas es percibida por el adulto mayor como una amenaza con la que médicos y familiares controlan su forma de comer. La red familiar concibe las complicaciones como algo temible pero no cercano, la idea de que puede ocurrirle a su familiar no es aceptado en el discurso, y en la práctica no elaboran medidas preventivas cotidianas.

Los diabéticos evalúan la gravedad de su estado según síntomas particulares como el cansancio, el sueño y los resultados en la medición de glucosa. Sin embargo, esos parámetros de evaluación sobre su condición hacen que adviertan demasiado tarde

problemas en su manera de llevar el tratamiento, ya que al acostumbrarse a presentar síntomas cotidianos únicamente cuándo éstos se agravan tratan de revalorar la manera de llevar el tratamiento. Esto hace que se actúe sobre las repercusiones ya existentes y la prevención de las mismas sea prácticamente nula.

El modelo general del padecer en este grupo de adultos mayores es del tipo fatalista, se percibe la diabetes como algo externo, imprevisible, incurable, cuyos síntomas permiten vivir durante un tiempo la cotidianidad sin grandes limitaciones. Pero que su impredecibilidad hace que en algún momento se agraven y tengan que hospitalizarse o aumentar los cuidados. Es un padecimiento que resta fuerza y energía a las personas, cuya terapéutica es molesta porque implica la toma de varios tipos de medicamentos y sobre todo restringir la alimentación. Las complicaciones no son claramente prevenibles así que se espera su llegada inevitable en algún momento.

Por otro lado, el modelo del padecer de la red familiar tiene varias coincidencias, como la aparición súbita, los síntomas de poca gravedad y que inesperadamente pueden complicarse. Enfatizan el autocuidado del adulto mayor como su responsabilidad, no siempre se involucran en ello ya que solo el adulto mayor es quien decide si quiere cuidarse o no. Al respecto en pocas ocasiones generan estrategias de cuidado que vayan en dirección preventiva. Pueden reconocer la gravedad de algunas de las complicaciones, pero tampoco tienen claro cuáles son y cómo es que se podrían evitar.

En la tabla 31 se presenta un resumen comparativo entre las representaciones de los adultos mayores y sus redes sociales encontramos las siguientes diferencias:

Tabla 31. Las representaciones de la diabetes en el adulto mayor, la red informal y la red formal

	Adultos mayores y red informal	Red formal
Diagnóstico	Por medio un análisis sanguíneo.	Por medio de un análisis sanguíneo.
Causas	Emocionales: Susto, gusto-alegría, coraje, sorpresa. Innatas: de nacimiento, herencia familiar. Alimentación: consumo comida chatarra, carne y grasa en exceso, refrescos, falta de alimentos.	Baja producción de insulina. Resistencia a la insulina. Sobrepeso y obesidad. Sedentarismo. Dieta alta en grasas y carbohidratos. Consumo de alcohol. Pertenencia étnica. Antecedentes familiares con diabetes.
Prevención	No existen prácticas o mecanismos que permitan prevenir su aparición.	Realizar actividad física. Tener un plan de alimentación saludable. Acudir a revisión médica si existen factores de riesgo. Mantener estilos de vida saludables.
Síntomas	Sed, cansancio, decaimiento, palidez, boca reseca, pérdida de peso, mal humor, mareos,	Aumento del apetito y de la sed, entumecimiento en manos o pies, visión borrosa, infecciones frecuentes en piel, encías o vejiga, sensación de cansancio, disminución de peso.
Terapéutica	Biomedicina: consumo de medicamentos controlados pastillas, insulina. Comportamiento: dieta específica.	Mantener un nivel adecuado de azúcar en sangre. Control de la dieta y del peso. Actividad física regular.

	Medidas de control: verificación de niveles de glucosa.	Medicamentos: biguanidas, meglitinidas, sulfonilureas, tiazolidinedionas.
Complicaciones	Paro cardíaco, muerte, amputación de extremidades, daño renal, muerte.	Problemas oculares, retinopatía, enfermedad cerebro vascular, nefropatía, neuropatía, enfermedad vascular periférica.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las representaciones entre los adultos mayores y la red formal varían en primer lugar por la diferencia entre el conocimiento de personal médico capacitado en el tema y las ideas generales que las personas pueden llegar a aprender sobre la diabetes en los medios que tienen a su alcance. Otras razones son la falta de un mecanismo de comunicación adecuado para que el médico pueda transmitir su conocimiento al paciente. Tampoco existe educación sobre la salud que permita tener conocimientos generales del funcionamiento del organismo y las alteraciones ocasionadas por las enfermedades.

Las representaciones sobre las causas y el tratamiento son los aspectos donde existen más diferencias; son a su vez los factores donde las prácticas de autoatención pueden corresponder o no con un tratamiento que permita mantener un buen estado de salud.

La red formal y la red informal de apoyo presentan dificultades para acercarse al adulto mayor e indagar en qué tipo de representaciones tienen ellos sobre su enfermedad; así como comprender y empatizar con ellas. Sin embargo, la red informal suele compartir la gran mayoría de representaciones con el adulto mayor, ya que esta red es influida e influye en su elaboración. Al contrario la red formal no comparte varios puntos de las representaciones; es más reacia a conocerlas y tratar de colaborar al cambio de éstas cuando no son del todo adecuadas para su salud. La manera en que el modelo médico hegemónico trata de intervenir para modificarlas es poco adecuada ya que en lugar de comprender y negociar busca prohibir e imponer. Debido a su estructura pragmática no toma en cuenta las ideas previas, el contexto social, económico y cultural en que viven las personas. La consulta médica no permite la escucha del paciente más allá de lo mínimo necesario para establecer el diagnóstico y el tratamiento; coartando la posibilidad de ambos de escucharse y con ello construir conjuntamente estrategias eficaces para la atención.

4.2 La carrera del enfermo con diabetes

La manera tradicional en que el Modelo Médico Hegemónico ha abordado la enfermedad es por medio de su “historia natural”, es decir, una manera de describir los problemas orgánicos para estandarizar los signos y síntomas de la enfermedad en las personas (Menéndez, 2009). En contrapartida la antropología médica desarrolla el concepto carrera del enfermo para abordar las distintas formas en que las personas usan los recursos de atención para resolver sus problemas de salud (Barragán, 1999; Osorio, 2001). Este abordaje permite conocer la experiencia del enfermo, que va más allá de presentar síntomas comunes a una enfermedad; sino que implica la serie de decisiones y prácticas para hacer frente a su padecer. Reconociendo que durante la búsqueda de tratamientos se realiza una combinación de prácticas emanadas del modelo médico

hegemónico, modelo médico alternativo subordinado y modelo de autoatención.

La carrera del enfermo implica las estrategias que el paciente desarrolla para su atención incluyendo los controles que el Modelo médico hegemónico establece. Debido a que la conceptualización de la enfermedad es como un acontecimiento “natural” las medidas de control no tienen relación con el contexto social, cultural o económico de la persona. De hecho una de las presunciones de la biomedicina es que el control que establece es universal y sus tratamientos son eficaces por su generalidad.

4.2.1 Impacto del diagnóstico

Los estilos de vida concebidos como producto del contexto socioeconómico y cultural en que las personas se encuentran; influyen en la posibilidad de llevar un tratamiento que supone necesario cambiar las prácticas cotidianas, el acceso a información, la alimentación, el apoyo económico, el apoyo psicológico, los lugares adecuados para ejercicio y otros aspectos relacionados con la posición socioeconómica. La discusión entre la idea de “estilo de vida” como condicionantes estructurales y “estilo de vida” como hábitos de libre decisión es importante para comprender el porqué el enfoque de promoción de estilos de vida saludable no ha tenido una repercusión positiva en la disminución de la diabetes y sus complicaciones. Menéndez señala que el uso de “estilo de vida” desde el modelo hegemónico hace responsable a la persona de su salud ya que por medio de sus conductas elige enfermarse o curarse sin tomar en cuenta que las condiciones estructurales socioeconómicas posibilitan o impiden dichas elecciones (Menéndez, 1998).

La carrera del enfermo comienza en el momento del diagnóstico, el impacto inicial al recibir la noticia repercute en cómo se padecerá la diabetes. La manera en que sea comunicada y recibida la noticia por el adulto mayor y la red familiar permitirá desarrollar un sentido al padecimiento y las estrategias de cambio para la vida cotidiana. La cronicidad propia de la enfermedad demanda cuidados extensivos que obligan a modificaciones integrales en lo cotidiano o en los llamados estilos de vida.

Una vez que existe el diagnóstico la persona debe darle sentido e interiorizarlo, esta etapa debiera ser acompañada por el personal de salud, específicamente por personal capacitado en asesoría psicológica. La primera tarea es ayudar en la aceptación y entendimiento del diagnóstico para poder iniciar el tratamiento y los cambios necesarios para sobrellevar el padecer.

La comunicación del diagnóstico debe tomar en cuenta las implicaciones que traerá en la vida de la persona, las cuales atraviesan las dimensiones psicológicas, sociales, económicas y culturales (OMS, 2004; Papelbaum, *et al.*, 2010). Esto implica la comprensión de las representaciones de ambas redes sociales de apoyo y del adulto mayor para sumar esfuerzos en la atención. El médico por lo general es el primer contacto que se tiene para el diagnóstico de la diabetes, aunque también existen personas que primero acudieron a otras instancias en algún momento tienen que llegar con la biomedicina y dar inicio al tratamiento sin que sea excluyente de otros tipos de medicina y de mecanismos de atención.

Los médicos dicen que comunicar el diagnóstico de una enfermedad incurable como la diabetes provoca reacciones de temor ante la posibilidad de la muerte, las complicaciones y los cambios en la vida cotidiana. Las reacciones que han observado en las personas han sido:

Cuando se les dice se ponen tristes, se asustan, lloran. Pero se les platica de las alternativas de tratamiento y se les habla de su estado de salud; de cómo cuidarse y de que pueden seguir estando bien mientras ellos decidan estarlo. Es una enfermedad común entonces tienen que decidir si quieren vivir bien o no, todo depende de ellos lo que quieran hacer (CEAPS).

Casi siempre se preocupan, aunque algunos lo toman a la ligera, unos dicen que ya lo esperaban o se resignaban, y como piensan que van a morir de diabetes no se cuidan porque prefieren seguir su vida como siempre pero no entienden que pueden desarrollar varias complicaciones y vivir muy mal por varios años (CEAPS).

En el caso de los adultos mayores entrevistados ninguno de los médicos que actualmente laboran en el CEAPS les dio el diagnóstico, debido a los tiempos de rotación los médicos que están laborando ahora retomaron los casos ya diagnosticados. Las dificultades que se les presentaron fue retomar y/o corregir el tratamiento que ya tenían y establecer una nueva relación médico-paciente la cual está precedida por buenos o malos entendidos con el anterior médico, por lo que pasaron por un tiempo de adaptación en el que los adultos mayores aprendían a tenerles confianza⁶⁷.

En el caso de Andrés las primeras emociones después del diagnóstico fueron de tristeza y desconcierto, nadie en su familia había escuchado sobre la diabetes, sus primeras acciones se enfocaron en buscar alternativas para curarse. Él trabajaba vendiendo en los tianguis pero cada vez sentía mayor cansancio, los problemas en su casa aumentaron producto de la tensa relación con sus hijos y sus esposas; en este contexto se dio el rompimiento con su pareja separándose y tomando cada quien una parte de la casa.

Me deprimí, dije “no pues no como es que ya no se me va a quitar”, estaba yo bien triste, ya sin ganas de hacer nada, y namás de pensar que iba yo a padecer, dije no pues ya. Ya diosito me quita de sufrir mejor, y es que ya se deprime uno tanto, que dice pues ya, ya no sirvo pa nada, ya que cosa. Ya fui, árbol que ya dio su fruto, pues ya. Ya pa’ la leña. Pero a ver todavía estoy aquí (Andrés).

Para Daniela la diabetes no era algo desconocido puesto que tenía familia que la había padecido; con este antecedente recibió la noticia con tristeza y decaimiento puesto que sabía que su vida cambiaría. Tuvo asesoramiento de un médico quien estuvo dándole pláticas a ella y su hija; ella piensa que gracias a las palabras y las citas continuas durante seis meses con la doctora fue modificando su actitud.

⁶⁷ Esto aplica sobre todo a los médicos jóvenes ya que los adultos mayores comentan que al inicio de la relación tenían reservas con ellos ya que podían tener poca experiencia; pero después afirmaron que su “juventud” les permitía tenerles más “paciencia” ya que los doctores de mayor edad pueden ser “regañones, enojones” y no disfrutaban ir a la consulta médica porque sabían que serían “regañados” por no seguir las instrucciones recibidas.

Pues al principio si me sentí como más decaída, como que se me hacía que me iba a morir que ya no iba a vivir mucho tiempo, pero una doctora de Ameca del hospital me dio una plática y me dijo que lo tomara como una cosa normal que de todos modos dice “cuando se va uno a morir aunque no esté enfermo, tú vive tu vida como siempre, y no estés pensando que ya te vas a morir, todo esto es normal” dice, y no te deprimas no te sientas, si que ya estás en las ultima. Y luego ya de ahí fui pensando y todo y ya lo vi como una cosa normal (Daniela).

Silverio trabajaba como albañil cuando tuvo el diagnóstico, su hija lo acompañó al médico y lo cuidó los primeros días para ayudarlo a adaptarse a los cambios de dieta. Buscó otras opiniones para encontrar una cura, reconoce que los primeros años no llevó ningún cuidado en parte porque no creía que fuese necesario y porque al saber que la enfermedad era incurable pensaba que no tenía caso y era mejor vivir como él quisiera.

No, no me dio por pensar así otra cosa, no pues, malo o bueno no. No, no me dio nada, namás se que era una enfermedad y dije esta enfermedad se cura. Pero fue mentira, ya luego me jui dando cuenta de que no se quitaba y pues primero no me cuidaba porque pa que si de todas formas no se iba a quitar, pero ya luego uno ve que se pone malo y pues aunque no se quite hay que cuidarse porque se puede poner uno peor (Silverio).

Adriana trabajaba haciendo limpieza en la Ciudad de México cuando decidió acudir al médico, al recibir la noticia se asustó porque no tenía información sobre que podía pasar a futuro. Trabajó algunos meses más y ya no quiso volver porque se sentía demasiado cansada y prefirió tener más cuidados sobre su estado de salud.

Pues que iba a cambiar toda su vida para siempre, cambiar toda su vida, debe estar más tranquila sin sobresaltos, cuidarse; hasta por un susto se le puede subir la presión, por un coraje... (...) A nosotros no nos ha afectado, bueno al contrario, nos ha hecho que estemos más pendientes de ella. También ahorita ya tratamos de no comer mucha grasa, comer verduras, menos carnes rojas y hacer ejercicio, tratamos porque la verdad no siempre lo hacemos (Liliana, familiar de Adriana).

Para Esther la diabetes era relativamente conocida porque algunas personas de la familia de su expareja la padecían. El diagnóstico no le causó sobresalto asumió que no podía hacer nada al respecto y prefirió estar tranquila. Sus hijos querían llevarla con otros médicos para tratar de encontrar mejores tratamientos pero la falta de dinero se los impidió.

Y pues ya cuando me dijo el doctor no pues tiene diabetes, yo no sentí así como dicen ya me voy a morir, ya me enfermé. No, yo agarré y pues me vine tranquila. Yo no, o sea yo vivo tranquila ya me acostumbre a vivir así con mi enfermedad o sea yo no digo “ay porque yo, o porque me dio”, o porque, no pues no, o sea no renegué yo estuve tranquila así normal, yo no pienso en que tengo diabetes, yo me levanto y doy gracias a Dios y pues vivo así todos los días (Esther).

Mariana tuvo miedo al principio porque se sentía cansada y con mareos todo el tiempo, esto le hacía pensar que podía morir en cualquier momento. Paso tiempo antes de aceptar el “tener que vivir con la enfermedad” para toda su vida. Sus hijos le ayudaron a estar mejor dándole palabras de ánimo y estando al pendiente de su salud.

Al principio me sentía mal, platicaban que la diabetes es remala, yo pensaba que ya iba a morir, pero mire ya llevo 20 años, y otras personas ya están muy malas y son más chicas, o más grandes, pero yo no me siento mal. Yo pensaba que se iba a quitar pero no es así, ya no se quita...Y pensaba ¿cuánto tiempo más estaré así?...Y ya va harta, y estoy bien, fuera de que no duermo me siento bien (Mariana).

Guadalupe nunca había escuchado de la diabetes, al igual que otros informantes tuvo miedo de morir, durante los primeros años llevaba “bien” su dieta y trataba de seguir el tratamiento, se sentía todo el tiempo preocupada y nerviosa. Estaba tan “débil” y cansada que por consejo de su esposo dejó de llevar la dieta y de preocuparse por la enfermedad, fue así como ella se sintió mejor y con mayor tranquilidad.

Yo no sentí nada, bueno pensé que me iba a morir luego, pero ya ve que no. Luego hay personas que se cuidan harta y de todas formas se mueren, yo me cuidaba mucho al principio por miedo, pero luego ya me mareaba por no comer bien. Cuando ya no le hice caso a la enfermedad, y ya no se siente nada, ya luego pus no ya no le tome con tanta importancia porque no me sentía así tan mal pero si con sueño que tenía yo y tengo casi todo el tiempo (Guadalupe).

Rodrigo había escuchado de la diabetes por un amigo que enfermó, pero no le pareció mala cuando se enteró que la padecía porque pudo seguir haciendo sus actividades. Él siempre ha buscado tomar jugos, té y otras alternativas naturales para controlar el “azúcar”, según su percepción gracias a esos cuidados no ha sido mermada su salud. Su familia ha tratado de que cambie algunos hábitos como el tipo de comida o la ingesta de alcohol, pero al no encontrar respuesta dejan “que haga lo que quiera porque ya está grande”.

Yo ya había escuchado de eso pero cuando me dijeron dije “pues yo no quiero eso” como no me gustan las pastillas busque por todos lados y pues tenía dinero para ir y venir. A mi esa enfermedad no me asusta porque yo me le impuse que no iba a estar enfermo, pero cuando me llevo la mala de las piernas ahí si ya me siento bien mal, yo a la diabetes ni caso le hago pero la otra ni me deja estar (Rodrigo).

En la mayoría de los casos la reacción de la red familiar fue de preocupación buscando maneras de apoyar a su familiar, lo más común fueron las palabras de aliento para aligerar los miedos del adulto mayor. Las mujeres de las familias son las que desarrollan conductas de apoyo inmediato, como buscar atención médica, ayudar al cambio de dieta, la toma de medicamentos y aumentar la frecuencia de las visitas.

4.2.2 Autoatención del adulto mayor: la valoración de los síntomas

La autoatención es el proceso que realizan las personas para atender su padecimiento, incluyendo diferentes ámbitos de la cotidianidad, siendo el enfermo y sus redes familiares los que generan estrategias de atención para enfrentar las complicaciones generadas por la diabetes. La autoatención incluye además de la elección del curador, las acciones enfocadas a la sobrevivencia de la persona tales como la alimentación, los hábitos higiénicos, la automedicación, las conductas dirigidas a seleccionar tratamientos que demuestren eficacia pragmática para satisfacer sus

expectativas de atención a la salud (Menéndez, 2009; Comelles & Martínez, 1993). Además de constituir el primer nivel de atención es la síntesis de los otros modelos médicos, debido a que conjunta varios tipos de medicinas que basados en la experiencia subjetiva personal demuestran eficacia en el control de los malestares asociados a la diabetes.

La forma en que las personas llevan su tratamiento para el control de la diabetes varía de acuerdo a como perciben y valoran los síntomas que padecen en un momento dado. Como es una enfermedad de larga duración existen periodos estables donde los adultos mayores toman menor importancia a su tratamiento cotidiano. Según como se registre la “gravedad” de las molestias se activan cuidados específicos que buscan restablecer la normalidad de la experiencia diaria del padecimiento.

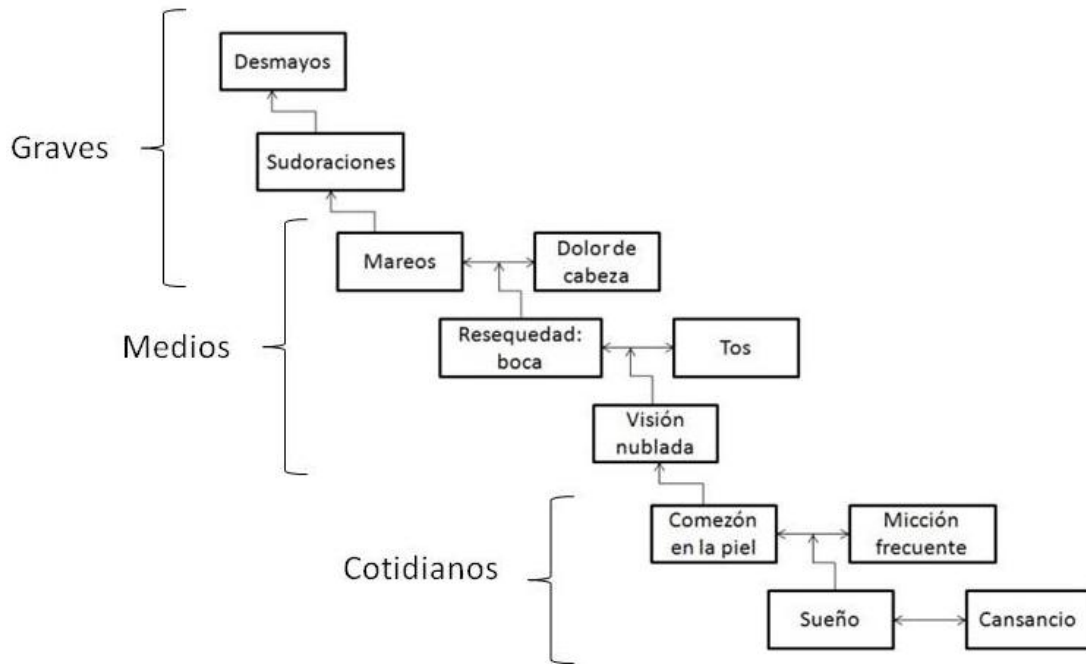
Las personas desarrollan habilidades para distinguir los signos y/o síntomas graves y jerarquizarlos para buscar su causa y generar mecanismos de atención (Osorio, 2001). Los adultos mayores mencionan que los síntomas que más los aquejan son el cansancio, la sed, dolores de cabeza, molestias en los ojos y mareos.

Pos si luego como ese día que me sentía así mal no quise ni comer nada, no quise, ¡ay! es que siento que me duele la cabeza, siento desguanzo, veo muy nublado, me estorba el sol. Luego veo nublado, nublado, pero pues luego me tomo mi pastilla y ya se me quita (Mariana).

Toda desguanzada, mareada, pero no me dejo, porque si me siento así me pongo a caminar, o me voy a ver a mi nieta, pero no me dejo así de que porque me siento desguanzada ya me voy a acostar no, sigo haciendo mis cosas normal. Cuando se me sube el azúcar se me pone la boca muy reseca o me da mucha sed, o andaba mareada en las mañanas, cuando me levantaba y un rato todavía seguía mareada (Esther).

De acuerdo con lo referido los síntomas que ellos reconocen como cotidianos son el excesivo sueño y el cansancio, siendo el más grave los desmayos; esto último ocurre cuando existen desequilibrios en el nivel de glucosa y es el momento que marca la decisión de acudir al médico en calidad de urgencia (ver figura 12). Los síntomas de sueño, cansancio, comezón en la piel, micción frecuente, vista nublada, resequeidad en la boca y tos no ameritan una consulta médica, únicamente llegan a comentarse en la consulta que ya está programada. En el caso de los mareos, dolor de cabeza y sudoraciones dependiendo de la duración puede ó no ameritar una consulta fuera de las programadas.

Figura 12. Cadena de síntomas



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Debido a que los adultos mayores se acostumbran a tener “molestias” continuas dejan de prestar atención a éstas, por lo que la atención médica ocurre cuando ya existen síntomas de gravedad. Cabe agregar que a pesar de que exista un registro de niveles de glucosa por parte del médico éste no existe en las casas de los adultos mayores; por lo que la manera en que ellos se percatan de problemas en su control es por los síntomas de malestar.

Cuando ella se siente mal se la pasa durmiendo, y dice que se para y se vuelve a dormir, solo va al baño y se vuelve a dormir, porque mi hija compro él, bueno yo le di dinero y compro el ese para medir la presión. Con eso le revisábamos la presión, y de esa manera es cuando yo me doy cuenta que no está bien, o luego ella me dice “ay me duele aquí”, le digo vamos a consulta pero me dice que no, o luego me dice que si que vaya a ver, entonces es cuando me doy cuenta que sí está mal porque luego, luego dice que sí (Carla familiar de Guadalupe).

La red familiar valora los síntomas de gravedad de acuerdo con las quejas que comunica el adulto mayor y si existen cambios en su funcionalidad cotidiana. Es frecuente que el indicador de su mal estado de salud sea cuando pasa mucho tiempo durmiendo o está sin “ganar de levantarse”.

4.2.3 Los criterios preventivos para evitar complicaciones

Los criterios preventivos que desarrollan los adultos mayores y su red familiar son sobre el apego al tratamiento, expresado en la toma de medicamentos en el horario indicado y la disminución de la cantidad de azúcar consumida.

Pues los doctores dicen que tenga su medicina como debe de ser y con eso se va a ir controlando, y bueno pues que no coma dulce y así (Carla, familiar de Guadalupe).

Namás a cuidarme de no comer cosas dulces tomarme las pastillas cuando deben de ser y comer antes de tomármelas pa que no me hagan daño a la panza (Adriana)

Luego me van recomendando que no tome dulce, que no tome refresco, pues si que no coma lo que yo sé que me va a hacer daño (Daniela).

Las acciones preventivas de parte del adulto mayor y la red familiar son mínimas y son consideradas como parte del tratamiento, es decir, no se toman acciones específicas para evitar problemáticas comunes como entumecimiento de los dedos, cambios bruscos en los niveles de glucosa, dolores de cabeza, etc.

La biomedicina recomienda cuidar de los hábitos de higiene como poner atención sobre varios puntos críticos como el cuidado de los pies que incluye el aseo, secado, hidratación, cuidado en el recorte de uñas, uso de zapatos blandos y ligeros; boca sana lavando regularmente la dentadura y la cavidad oral, acudir al dentista; tener cuidado con infecciones urinarias tomar suficiente agua, usar ropa interior de algodón y realizar una buena limpieza después de ir al baño.

En el caso de los adultos mayores entrevistados los hábitos de higiene que les han sido recomendados son el cuidado de los pies y de la piel. Sobre el cuidado de los pies se les señala el corte correcto de uñas y para la piel el uso de cremas hidratantes o vaselina. La red familiar coincide en conocer únicamente esas prácticas, no se señala ni se recuerda haber escuchado otros cuidados regulares que deban tenerse para mejorar hábitos de higiene y prevenir molestias.

Para las uñas no hay problema porque luego mi hija me las corta es que como yo ya no alcanzo a ver bien, luego me dice “te vayas a cortar tu carne”, y este, y ya ves que dice la doctora que has de tener cuidado. Me las corta ella (Daniela).

También luego van explicando que más que nada la base principal es la alimentación y que luego cuando se corte uno las uñas, se las corte uno bien, que no se las corte mal que no se haga uno heridas, que usemos zapatos flojitos, no usemos calcetines que aprieten o que tengan liga, porque dice que luego hay vienen las amputaciones (Rodrigo).

4.2.4 Las instancias médicas de la red formal

Las instancias médicas que existen en Atlautla son únicamente las que dependen de la Secretaría de salud: el CEAPS, el médico general con horario matutino en el DIF y los médicos de rehabilitación del UBRIS⁶⁸. En caso de necesitar referirse a otros niveles de atención los pacientes son enviados del CEAPS al Hospital General de Tepetlixpa.

El tipo de atención que pueden recibir por parte de las redes formales en cuanto a salud es la atención primaria con médico general, nutriólogo y odontólogo, el CEAPS

⁶⁸ Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social, DIF.

cuenta con los tres y con servicio de médico general las 24 horas. Mientras que el DIF cuenta con médico, odontólogo y psicólogo, todos en un horario matutino de lunes a viernes. El personal médico de especialidad no existe en la localidad. El CEAPS fue construido para la atención especial de pediatría y ginecología, sin embargo, no hay contratados ninguno de esos especialistas.

La unidad médica para rehabilitación física tiene un equipo de un médico y una enfermera, corresponde al primer nivel de atención en servicios de rehabilitación, promoción de la salud y prevención de la discapacidad.

El servicio de salud de Atlautla es parte de la estructura Redes de atención médica de los servicios del ISEM⁶⁹, el cual está integrado por 18 subsistemas de atención a la salud que tiene como cabeza de la red un hospital para referencia. El inicio de este tipo de programa tiene su fundamento en la formación de un sistema de redes locales y regionales de prestación de servicios integrales de salud⁷⁰; la red local articula las unidades de salud general y especializada para cubrir un área geográfica específica. La atención local estaba diseñada para ser atendida por monitores, enfermeras y médicos en contacto con la población que se apoyarían con especialistas del hospital comunitario, CAPPSS y UNEMES.

El actual modelo de redes de atención médica se mantiene con la misma estructura y fundamento que el modelo anterior, buscando profundizar en las relaciones entre las unidades médicas para el “mejoramiento integral de los servicios de salud”. Este modelo está en expansión en el Estado y busca desarrollarse en la infraestructura del ISEM.

Se pretende que cada una de las 18 redes de atención cuente con un médico cirujano que opere en las zonas para mantener la coordinación entre las unidades médicas. En el caso de Atlautla pertenece a la Red Chalco junto con 14 municipios y cuenta con los hospitales generales de Chalco, Amecameca; hospital materno infantil de Chalco; hospitales municipales de Ixtapaluca, Tepetlixpa; y hospital psiquiátrico de Ixtapaluca (ver tabla 32).

⁶⁹ Plan Estatal de Desarrollo 2011–2017

⁷⁰ MIDAS, MICROMIDAS dentro del Modelo de atención a la salud para población abierta.

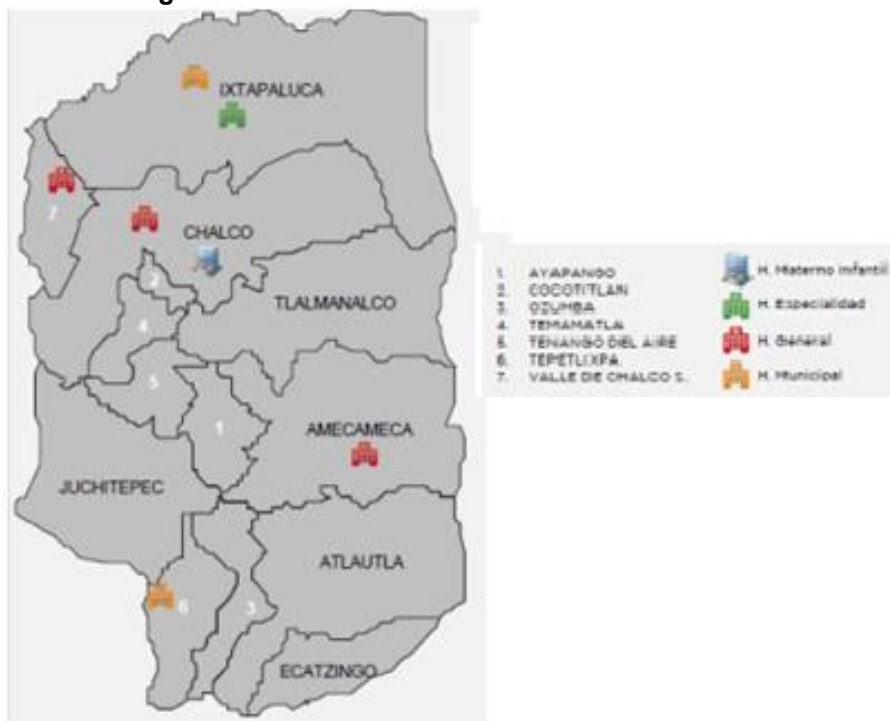
Tabla 32. Red de atención médica Chalco

JURISDICCION	MUNICIPIO	PRIMER NIVEL DE ATENCION					2º NIVEL DE ATENCION									
		UNIDAD MOVIL	CENTRO DE SALUD	CEAPS	CAPA	TOTAL UNIDADES	CAMAS NO CENSABLES	CONSULTORIOS	H. MPAL	H. GRAL	H. ESP	HMI	TOTAL UNIDADES	CAMAS CENSABLES	CAMAS G/O	CONSULTORIOS
AMECAMECA	AMECAMECA		3			3		10		1			1	60	17	8
AMECAMECA	ATLAUTLA		3	1		4	4	12								
AMECAMECA	AYAPANGO		2			2		4								
AMECAMECA	COCOTILÁN		1	1		2	4	7								
AMECAMECA	CHALCO		8	13		21		40		1		1	2	120	67	16
AMECAMECA	ECATZINGO		2	1		3	4	8								
AMECAMECA	IXTAPALUCA	1	15			2	18	41	1		1		2	78	27	25
AMECAMECA	JUCHITEPEC		1	1		2	4	9								
AMECAMECA	OZUMBA				1	1	4	6								
AMECAMECA	TEMAMATLA				1	1	4	6								
AMECAMECA	TENANGO DEL AIRE		1	1		2	4	8								
AMECAMECA	TEPETLIXPA		2			2	4	8	1				1	18	8	8
AMECAMECA	TLALMANALCO		2	1		3	4	8								
AMECAMECA	VALLE DE CHALCO S.		6		1	7		44		1			1	60	26	12
TOTAL		9	51	8	3	71	32	207	2	3	1	1	7	336	145	69

Fuente: Redes Integradas de Atención a la Salud para el periodo 2012 – 2030

Atlautla cuenta sólo con el primer nivel de atención, como se observa en la figura 13 en el municipio de Amecameca y Tepetlixpa son los hospitales de referencia.

Figura 13. Estructura de atención médica Red Chalco



Fuente: Redes Integradas de Atención a la Salud para el periodo 2012 – 2030

Además de las unidades médicas ya presentes existe un proyecto⁷¹ para construir en Atlautla un UNEME-CAPA⁷² para la intervención y detección temprana de las adicciones.

En situaciones de emergencia en Atlautla está disponible el CEAPS y consultorios de médicos particulares. Las otras opciones se encuentran fuera del municipio entre 30 minutos y una hora. El CEAPS cuenta con médico de guardia pero sin infraestructura para atender casos graves, tiene un área de camas para las parturientas pero ante la baja demanda de esos servicios se utilizan como área de reposo para aquellos pacientes que están graves y en espera de ser referidos.

4.2.5 Automedicación

La automedicación ha sido inhibida por el Modelo Médico Hegemónico pero con el paso del tiempo su actitud hacia la misma ha ido modificándose, aceptando la automedicación “responsable” de fármacos de venta libre y restringiendo aquellos que necesita de prescripción médica para su compra. La OMS (OMS, 1998) acepta la automedicación con medicamentos de libre venta como autocuidado de la salud sin que sea riesgosa por sí misma y promueve la automedicación responsable. La automedicación responsable conlleva poseer información suficiente para conocer la interacción con otros medicamentos, las reacciones adversas y poder decidir cuándo se debe acudir al médico.

En México la automedicación siempre ha sido desalentada por el sector salud, a pesar de la venta libre de fármacos el sector médico lo desaconseja bajo el argumento de que se puede “enmascarar” a la enfermedad. Es en el año 2012 cuando se reforma la Ley General de Salud (DOF-16-02-2012, art. 112) para cambiar la visión formal sobre la automedicación, se otorga la posibilidad de considerar la automedicación responsable como parte del autocuidado. En la ley es comprendida como el uso informado de medicamentos y productos autorizados contando con la información necesaria para conocer sus efectos. Mientras que la autoprescripción es la adquisición y uso sin supervisión médica de productos que necesitan receta para su venta. Sin embargo, en la práctica no existen programas por parte de la Secretaría de Salud para asegurar que exista difusión y educación que alienten el uso responsable de medicamentos. Tampoco existen prescripciones adecuadas en los medicamentos que permitan conocer sus riesgos e interacciones. Al mismo tiempo el personal médico no está capacitado y formado para fortalecer que las personas puedan hacer uso responsable de medicamentos para autoatenderse; ya que éste concepto en sí mismo es visto con recelo por los médicos puesto que su formación los condiciona a ser los “únicos especialistas” que pueden atender la enfermedad.

En el caso de las personas con diabetes se aconseja que no tomen medicamentos sin supervisión médica, los médicos recomiendan que se alejen de los fármacos para tratar cualquier tipo de molestia y acudan primero a ellos porque varios tipos de medicamentos pueden alterar sus niveles de glucosa. Los médicos siempre recuerdan a sus pacientes en las consultas que no deben tomar otros medicamentos y que si lo hacen les avisen cuáles toman. Las personas entrevistadas no comentan con sus médicos que

⁷¹ 2012 Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física, Secretaría de Salud, CF/DGDIF/030/2012

⁷² UNEME: Unidad de Especialidad Médica; CAPA: Centro de Atención Primaria de Adicciones.

pastillas extras toman a menos que sufran alguna afectación. Además de las medicinas que no necesitan receta médica hay que mencionar el uso de medicamentos con receta como glibenclamida y metformina que se usan en dosis diferentes a las recetadas porque se utilizan en casos de glucosa elevada como medio de autocontrol sin que exista reporte al médico al respecto.

Existe un límite poco visible entre las recomendaciones que los médicos hacen para que se actúe en caso de emergencia y lo que ellos consideran como automedicación. En el caso de los diabéticos el límite es menos claro, porque algunos médicos aconsejan aumentar la dosis de medicamento para bajar los niveles de glucosa en ciertos casos y las personas aprenden esto como una manera de autocontrolarse.

Si me siento mal pues me tomo una pastilla de más, me tomo dos en la noche, el doctor dijo que podía hacerlo, así ya sé que si ando malo me tomo más pastillas con eso se me quita cuando siento que se me sube el azúcar (Andrés).

Cuando se me sube la presión siento dolor de cabeza, me siento así como alterado, como todo eso ya se me subió la presión, pero entonces también me tomo otra pastilla, y mire ya casi yo aquí solo teniendo la pastilla, casi yo mismo me controlo (Silverio).

El botiquín que manejan los adultos mayores son los medicamentos prescritos que normalmente están en la cocina o en su cuarto. Otro tipo de medicamentos presentes son las aspirinas, pepto bismol, melox, biomesina, omeprazol, excedrin, jarabes para la tos, vitaminas, pomadas para el dolor muscular, alcohol, mertiolate, antiácidos y antidiarreicos. Los medicamentos de botiquín se toman para aliviar molestias en general, mientras que para las asociadas a la diabetes se administran las que fueron otorgadas por el médico.

4.2.6 Instancias médicas elegidas

La elección de la instancia médica no es completamente libre ya que los adultos mayores no tienen capacidad económica ni accesibilidad geográfica para elegir donde atenderse. La elección es limitada debido a que su vida laboral no se desarrolló en el sector formal es el Seguro Popular la opción elegida. Aunque algunos puedan acceder a instancias como el IMSS o ISSSTE al estar asegurados por alguno de sus hijos no utilizan la opción por la lejanía de las clínicas asignadas para su atención.

Antes del establecimiento del Seguro Popular acudían por temporadas a médicos particulares o bien a la clínica rural de Atlautla que era parte de la Secretaría de Salud. La llegada del Seguro Popular supuso una atención accesible y continua para todos ellos aunque con algunas limitantes como la restricción de los servicios gratuitos y la falta de medicamentos. Además cabe recordar que también se acude en ciertos momentos a médicos naturistas o de medicina alternativa.

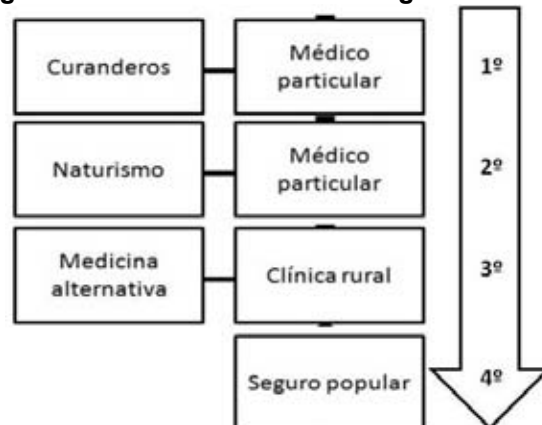
➤ Rodrigo

Se atendió varios años con médicos particulares y esporádicamente en la clínica rural, ahora acude a la clínica local pero no cuenta con afiliación al seguro popular debido a que no tiene sus papeles en regla.

Mis hijos son los que me llevaban pa' ca y pa' lla donde les decían que había un médico bueno íbamos a Ameca, Tepe y hasta Chalco, pero ni funcionan porque nunca se me ha quitado esto. Por eso mejor yo me canse de tanto que me jalaban y ya nada más aquí yo me cuido y voy cada mes con la doctora (Rodrigo).

Los médicos que lo han atendido son alternativos y generales, así como un urólogo por los problemas de próstata que presentó hace tiempo. No le gusta tener que acudir al médico, prefiere los curadores tradicionales pero como ellos “no tratan” la diabetes tiene que ir a la clínica. Nunca le ha gustado como atienden los médicos a las personas porque piensa que los enferman en lugar de curarlos (ver figura 14).

Figura 14. Instancias médicas elegidas Rodrigo

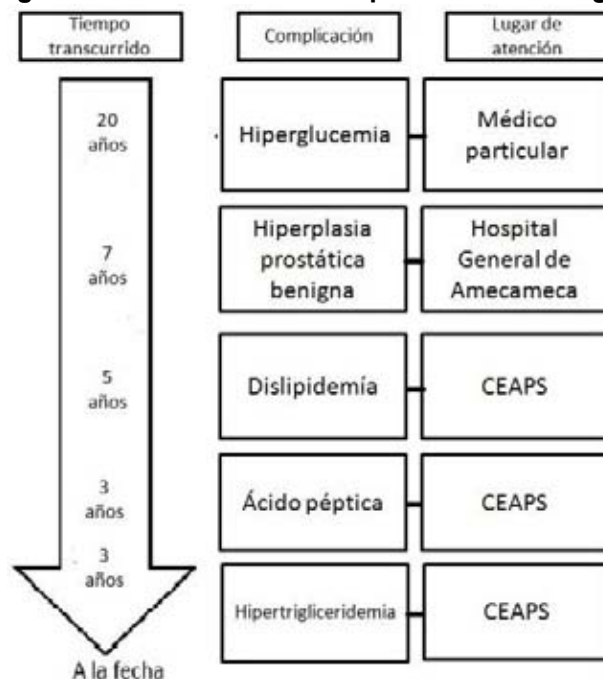


* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Él vive a siete cuadras de la clínica pero su mayor problema es el poder caminar debido a la gonartrosis que afecta sus piernas así que ir hasta ese lugar representa un gran esfuerzo para él. Han sido sus hijos que tienen carros los que lo llevan a atenderse cuando sale fuera de Atlautla, de otra manera él no sería capaz de ir por la dificultad que le supone abordar el transporte público.

Hasta el momento no ha tenido que ser hospitalizado pero ha pasado algunos periodos de gravedad por glucemia descontrolada, hipertrigliceridemia y problemas de la próstata (ver figura 15).

Figura 15. Atención a las complicaciones Rodrigo



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
 Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La atención que ha recibido es en su mayoría en la clínica local por complicaciones que han podido revertirse a tiempo; no ha sido necesario que acuda al servicio de urgencia pero si a consultas fuera de sus citas mensuales. Rodrigo no se encuentra asegurado y su atención tiene un costo que es cubierto por sus hijos, el cual hasta ahora no ha representado un obstáculo para su atención.

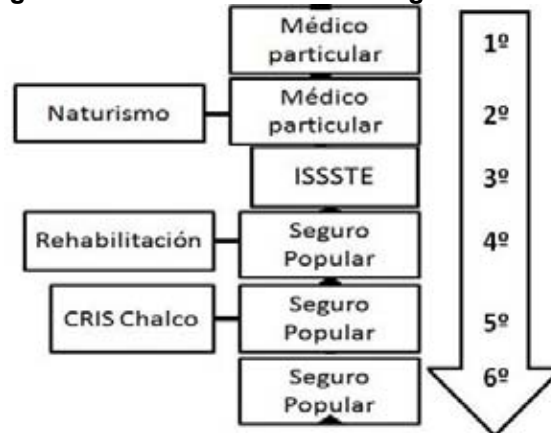
➤ **Andrés**

Actualmente acude a la clínica como afiliado al Seguro Popular, también estuvo asegurado al ISSSTE por parte de uno de sus hijos pero la clínica más cercana es en Cuautla y la imposibilidad de viajar en transporte público por el estado de su pierna y el dinero que supone el traslado han hecho que abandone dicha opción.

Este muchacho que le digo el profesor del poli este me vino a ver y dice “¿Que tienes?”, No pues esto y esto otro, “que te parece si te meto al ISSSTE para que te atiendan”. Si me metió al ISSSTE pero es hasta Cuautla me cuesta trabajo ir hasta allá, estuve yendo como unos dos o tres años. Ya últimamente que ya tengo el seguro popular pues ya así ya no voy porque me cuesta mucho subirme a los camiones y más a las combis, y luego el pasaje porque que me tengo que ir de aquí a Ozumba, luego a Chalco y de ahí a Cuautla pues es mucho dinero (Andrés).

Las instancias médicas utilizadas por Andrés han sido:

Figura 16. Instancias médicas elegidas Andrés



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

A lo largo de la carrera del enfermo ha sido atendido por varios médicos, en el caso del ISSSTE y del Seguro Popular nunca ha podido elegir a alguno de acuerdo a sus propias valoraciones ya que estos servicios se organizan de manera que el paciente no tiene elección. Cuando necesita acudir a un servicio de urgencia lo hace en la clínica.

Hace seis o siete años sus niveles de azúcar subieron demasiado, por lo que sus hijos lo llevaron a una clínica particular en Ozumba, estuvo internado por una semana. Después de eso a pesar de que le agradó la atención ya no regresó con ese médico por el costo económico que representa:

Si un día que se me subió mucho. Pues eso si ya, ha de tener unos 6 años 7... (...) Pues yo no sentí nada, y allá ya después que me salí del hospital me decían la familia, dice, "híjole jefe yo te veía rebien mal yo dije te vas a morir y ya, estabas te pusiste bien transparente" dice, y este, "ya no nos conocías, te hablábamos y no nos conocías", y yo no me acuerdo de eso. Creo que estuve una semana ahí en Ozumba con el doctor Riva Palacio (Andrés).

Los costos de la atención médica son elevados para las personas que no tienen un ingreso fijo y cuyos apoyos recibidos deben distribuirse para todos los gastos de sobrevivencia. Andrés dejó de acudir a diversas terapias por el costo de los tratamientos, por ejemplo la medicina naturista y alternativa representó un gasto de alrededor de 500 a 600 pesos por consulta; la rehabilitación por parte de la Secretaría de Salud costaba 200 pesos por sesión también lo abandonó debido al costo y por inconformidad con la atención recibida.

➤ **Silverio**

Inició su tratamiento con un médico particular en Cocotitlán donde su hija lo llevó y actualmente es afiliado al Seguro popular por lo que se atiende en la clínica local.

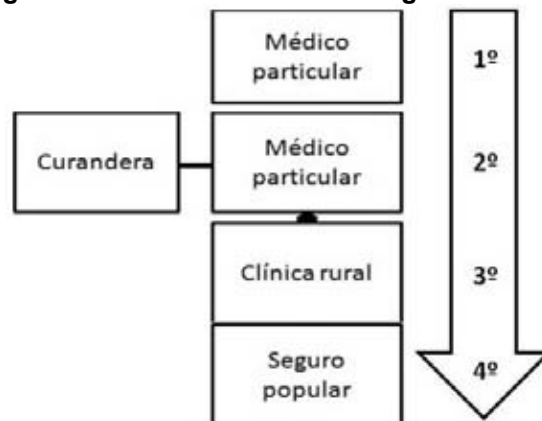
De particulares pues nada más con el de Coco le digo, cuando recién me enfermé que me llevó miya. Primero estuve le digo en Coco con este Francisco Mendoza, luego aquí jui a ver con el doctor Mauro pero poco tiempo, y ya después me jui a la clínica. Ya me daban mis pastillas allí (Silverio).

Los médicos que lo han tratado han sido dos particulares, los pasantes que estuvieron en la clínica rural y los médicos de la nueva clínica de Atlautla; nunca ha sido canalizado con algún especialista. Él ha acudido a un médico particular del pueblo porque lo conoce desde hace tiempo y le da facilidades de pago.

Tenemos acá en la colonia un doctor muy buena persona y muy buen doctor que a veces hasta nos ha prestado la consulta, es un doctor de Ozumba que tiene su casa aquí y el consultorio allá en Ozumba (Silverio).

Es la persona que vive más lejos de la clínica a unas 12 cuadras pero no tiene problemas con ello porque le gusta caminar, sin embargo debido a la inyección de insulina acude dos veces al día y le representa un poco de cansancio. Al igual que todos tiene problemas para acudir en época de lluvia por los encharcamientos y lodazales. Las instancias médicas de las que ha hecho uso son:

Figura 17. Instancias médicas elegidas Silverio



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

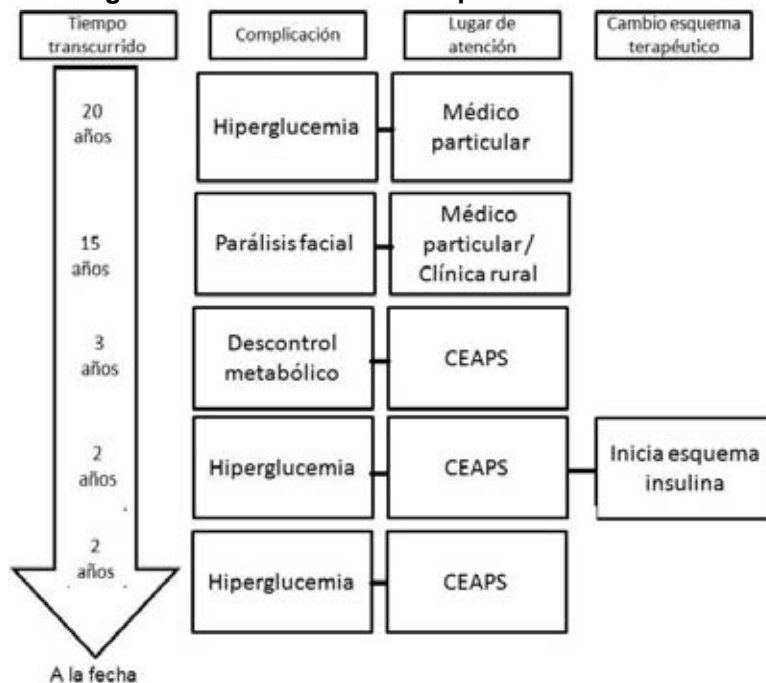
Los primeros años de tratamiento fueron con dos médicos particulares buscando a la vez a curanderos pero al no encontrar en ellos una cura eficaz abandonó este tipo de medicina. Después acudió a la clínica rural pero menciona que en esa época había pocos médicos y faltaban demasiado; fue hasta la llegada del Seguro Popular que tuvo acceso a un tratamiento estable.

Hasta ahora solo ha sido hospitalizado por una fractura de tobillo, sufrió parálisis facial debido a un período de hipertensión arterial; ha tenido episodios de gravedad por hiperglucemia y lo han retenido en la clínica para estabilizarlo.

Nunca ha ido al hospital no se ha llegado el caso y espero que no, es muy peligroso eso (Laura familiar de Silverio).

Silverio ha tenido varios momentos de descontrol glucémico pero ninguno ha requerido de hospitalización, lo más grave que ha padecido ha sido la parálisis facial que fue atendida a tiempo (ver figura 18).

Figura 18. Atención a las complicaciones Silverio



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En los últimos dos años sus niveles de glucosa subieron demasiado y debió modificar el tratamiento para incluir insulina; él acepto pero espera poder dejarla y trata de llevar un mejor control en la alimentación. Sin embargo, los niveles de su glucosa continúan inestables.

En cuanto al costo de la atención los primeros médicos fueron pagados con su trabajo y por una de sus hijas; pero dada la imposibilidad de mantener este tratamiento a largo plazo es que acudió a la clínica rural y luego se afilió al seguro popular.

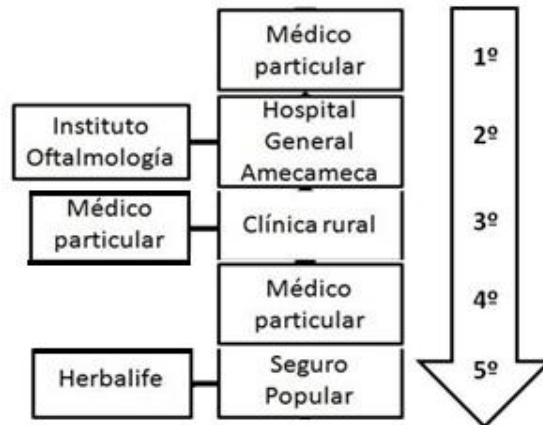
➤ **Daniela**

Acude a la clínica por su tratamiento como afiliada del Seguro Popular, sus primeros años de atención fueron con un doctor particular primero en Ozumba y luego en Tepetlixpa.

Yo me llevaron al doctor y ahí me, si me detectó que tenía yo 480 de glucosa... (...)Fue en Ozumba, ella es de Ameca pero trabaja en Ozumba tiene su consultorio ahí estuve como cinco años. También fui a Tepe con una doctora particular pero ahí en esa si sale caro, y ya después ya me pegue a la clínica. Estuve yendo como tres años (Daniela).

Ella no tenía problemas relacionados con el acceso geográfico para ir a esas instancias médicas, por lo que fue el costo el factor decisivo para buscar otras opciones (ver figura 19).

Figura 19. Instancias médicas elegidas Daniela



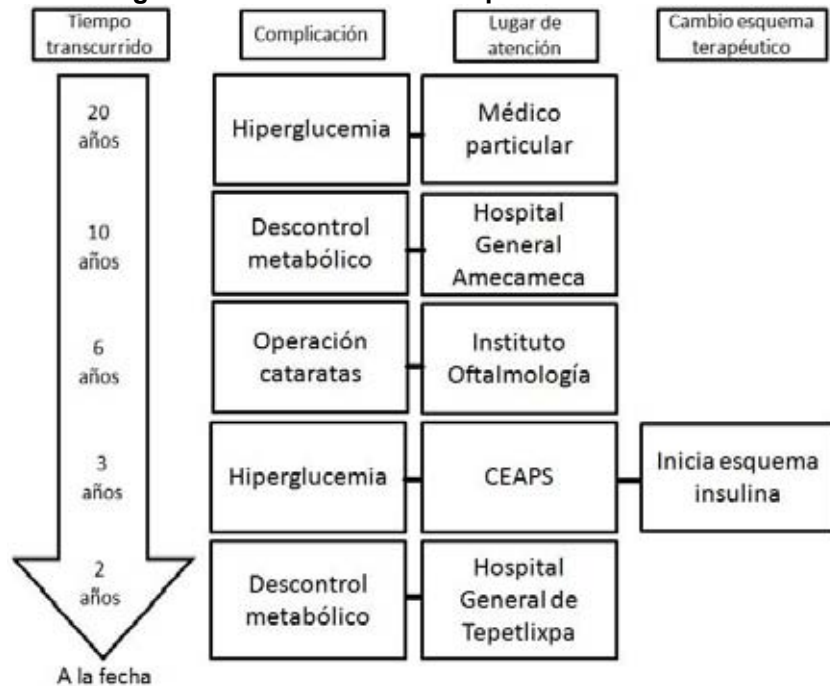
* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Daniela obtuvo atención los primeros años con un médico particular que le dedicó pláticas para ayudarla a adaptarse a su nueva condición; estuvo un tiempo con un médico internista en el Hospital general hasta que dicha área fue eliminada y debió continuar solo en la clínica rural. Se atendió en la fundación Conde de Valenciana para realizarse una operación en los ojos debido a la pérdida de la vista; le han dicho que debe operarse el otro ojo pero por el alto costo que implica no lo ha hecho. Siguió acudiendo a médicos particulares con el apoyo de su familia hasta que se afilió al Seguro Popular; asimismo acudió a Herbalife por algunos días en los últimos dos años pero lo abandonó por temor a que le causara daños.

Cuando murió la abuela también perdió la vista por lo mismo de la diabetes, y pues se operó, se operó de los ojos. Fue hace como seis años, pero ya ahorita ya otra vez ya no ve bien, con un ojo ya no ve; y pues le dijeron que fuera otra vez a donde la operaron, no me acuerdo donde fue, creo que era en el Conde de Valenciana, pero no sé que es (Eva, familiar de Daniela).

El personal de salud que la ha atendido han sido médicos generales, médico internista y oftalmólogo. Si necesita atención de urgencia acude a la clínica, de ahí ya la han referido en varias ocasiones al Hospital General de Tepetlixpa. Ha sido varias veces atendida de urgencia y hospitalizada por su glucemia descompensada (ver figura 20).

Figura 20. Atención a las complicaciones Daniela



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En el esquema anterior se observa que ha sido atendida por descontrol de la glucemia; ella es uno de los adultos mayores que ha presentado más episodios de gravedad. El último ocurrido durante la estancia en campo se debió a un descontrol metabólico que involucró daño renal, pasando dos semanas hospitalizada.

Me dijo la doctora que tenía una fuerte descompensación, yo digo que porque fue entonces cuando estaba todavía lo de... y al poco tiempo que falleció mi papá eso es lo que me paso. Me sentía como muy decaída, nada mas quería dormir, no tenía ganas ni de caminar, ni de platicar, me sentía muy débil, entonces fue cuando mi hija me dijo “vamos a la clínica” y de acá me mandaron allá con el internista y allá fue que me vieron y ya fue cuando me explicaron que tenía una fuerte descompensación. Cuando llegue me revisaron y ya no me dejaron venir, me quede como 15 días (Daniela).

Acerca de los costos fue por ello que dejó de asistir al médico particular a pesar de que es la opción que más le ha agradado a ella y a su familia porque se sentía con mejor control glucémico.

Pues en la clínica con la doctora, con la doctora particular era mejor yo la veía mucho mejor que aquí pero allá sale muy caro, es muy caro (Eva, familiar de Daniela).

Hasta el momento con el seguro popular sólo ha tenido que pagar algunos estudios, según recuerda el costo ha sido menor a los 100 pesos y no ha tenido problema para cubrirlos. El gasto fuerte que realizan es cuando la refieren a la clínica a Tepetlixpa porque ella tiene que conseguir un taxi privado que la lleve. El costo de éste es entre 300 y 400 pesos.

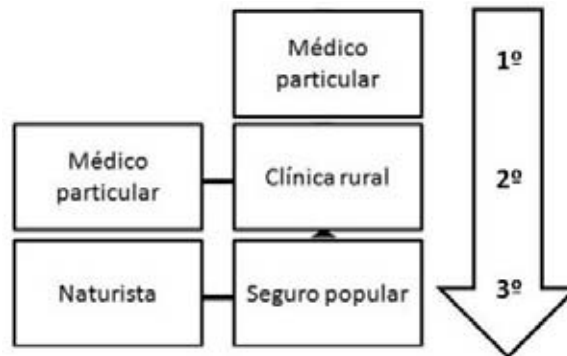
➤ **Esther**

Su diagnóstico fue realizado por un médico particular en la Ciudad de México, acudiendo con él por cerca de seis años, cuando ya no pudieron pagarlo acudió a la clínica rural para después afiliarse al Seguro Popular.

Este cuando iba yo en el Distrito si pues ese era particular, era en la colonia Moctezuma. Estuve yendo como unos, como que tanto, como 6 años, pero también cada mes me citaba, y allá mismo me daba también medicamento. Después ya me quede acá en la clínica, creo que llevo como, como 10 años. Al principio todavía era la clínica rural, era igual que ahora, porque como éramos según diabéticas no nos cobraban la consulta, también era gratuita y el medicamento también nos lo daban. Ya con el seguro pues es igual, nada más como quien dice pagaba yo los estudios, cuando me mandaban a Tepe o a Ameca y ya los tenía yo que pagar, y ahora me los cubre el seguro (Esther).

En la figura 21 se muestran las instancias médicas que ha utilizado, desde el médico popular, la clínica rural y el seguro popular; todas combinadas con opciones alternativas como el naturismo.

Figura 21. Instancias médicas elegidas Esther



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Ella ha acudido a dos médicos particulares y a la clínica de Atlautla; se atiende también con vendedores naturistas para intentar controlar su glucemia. Hasta la fecha no ha sido hospitalizada, los períodos de gravedad que ha presentado es por sus altos niveles de glucosa pero sin que necesite intervenciones de urgencia. Sólo en una ocasión acudió al médico particular por intensos dolores de cabeza debido a problemas de hipertensión.

No me he sentido así mal, solo aquella vez que le platique de mi dolor de cabeza que me dio es la única vez y ya, pero no me quede así en el hospital, o sea que no paso más, me dieron medicamento y ya (Esther).

Vive a cinco cuadras de la clínica y no ha tenido problemas para acudir a sus citas, al igual que todos sólo en época de lluvia se le complica llegar. Cuando asistía a la clínica rural le parecía un buen lugar donde atenderse aunque no siempre había médicos disponibles, su esposo pagaba los gastos de la consulta y medicamentos sin que tuvieran problema por ello.

➤ **Mariana**

Está afiliada al ISSSTE por uno de sus hijos así que estuvo tratándose ahí desde que le diagnosticaron hipertensión arterial y luego diabetes; permaneció hasta que el Seguro Popular apareció. Decidió quedarse con el Seguro Popular debido a que la clínica del ISSSTE se encuentra lejos de su casa:

De que empecé fue en el ISSSTE, dilaté harto hasta que ahora de apenas de la esta, del seguro popular es como ya le cambie porque allá si luego íbamos, hay me tenía que llevar mi hija, luego que los nietos ya su hijo ya iba a la escuela. Bueno se lo encargaba a su hermana pero pues no era igual, yo luego una vez que me iban a hacer estudios de, no sé de qué, nos teníamos que ir de aquí a las tres de la mañana para llegar allá a las seis. Esa hora tenía que ir yo, y pues siempre veía yo que ella tenía que andar conmigo (Mariana).

Todo su tratamiento ha sido principalmente con la biomedicina a través del ISSSTE, Seguro popular y médicos particulares; nunca ha buscado otro tipo de curadores pero si combina el uso de hierbas y remedios que su familia o conocidos le recomiendan (ver figura 22).

Figura 22. Instancia médica elegida Mariana



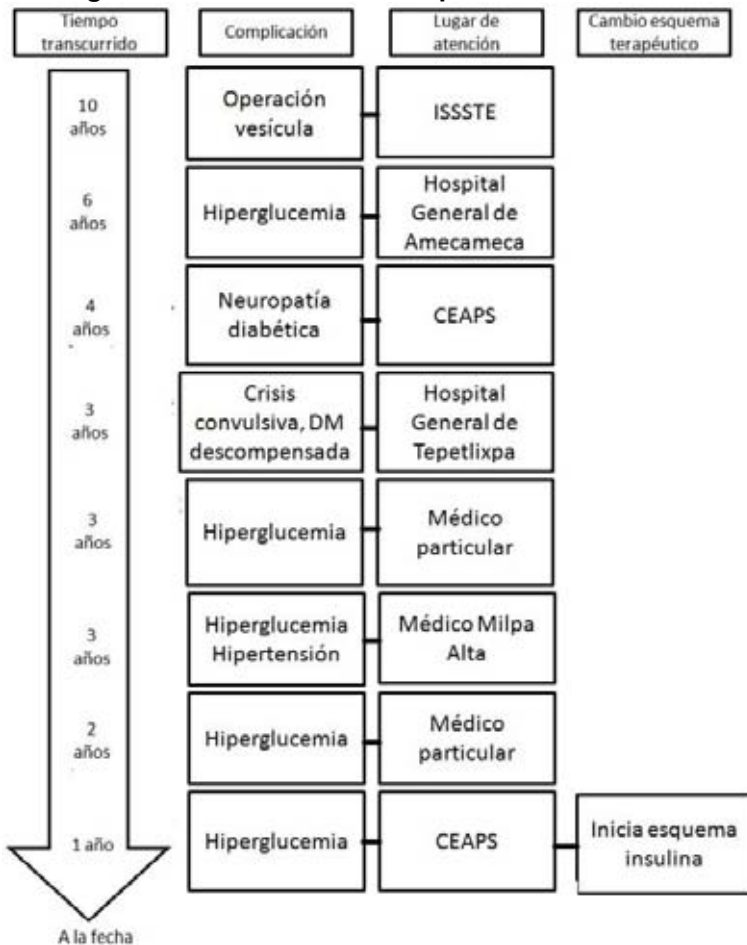
* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Cuando asistía al ISSSTE debía ir temprano y quedarse casi todo el día, fue un buen cambio para ella y su hija el afiliarse al Seguro Popular porque está muy cerca de su casa. Ella puede ir sin problema a su consulta y a colocarse su inyección de insulina; nuevamente es la lluvia y las calles inundadas las que dificultan el camino hacia la clínica:

Pues si está cerca voy y vengo a la clínica... (...) Cuando llueve si se inunda, esa calle la de la avenida ¡ay como se llena de agua!, es un río y pues no hay más que. El otro día, ah pues cuando echaron la loza estuvo llueve, y llueve ya estaba mi hija y le digo “ya me voy hija”, “ya mamá ya es hora ¿ahora como nos vamos?” y dice la otra hay que traer un coche aquí en la puerta. Y a esa hora iba pasando un coche “llévenos a la clínica” y llueve, y llueve pos ahí nos llevo a la clínica y allí nos bajamos. Pero ve que luego saliendo de la clínica para allá se pasa uno y ya pasa otro carro, subimos y aquí en la puerta nos vino a dejar, pero cuando yo estoy sola me voy caminando aunque sea dentro del agua (Mariana).

Mariana ha tenido descompensada su nivel de glucosa en los últimos cuatro años por lo cual ha sido atendida de urgencia varias veces en la clínica, debido a ello hace un año inició con el esquema de insulina. Ha sido hospitalizada en dos ocasiones por el mismo motivo (ver figura 23).

Figura 23. Atención a las complicaciones Mariana



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
 Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Actualmente ya no sale sola más allá de Ozumba debido a que hace tres años se desmayó cuando iba a una excursión organizada por el DIF y tuvieron que atenderla en urgencias:

Pues también íbamos a excursión y pues yo nunca me había pasado y me desmaye. Por eso le digo ahora ya no me invitan, y ya no quiero ir tampoco más el susto que le di a mis hijas que me fueron a traer hasta allá... [...] Ahí me puse mala, ah cuando me desmaye y luego otra vez, porque ya fueron dos veces y pues me dijeron que ya me iban a poner la insulina y ya me la pusieron. Me la empezaron a poner (Mariana).

Ahora que recibe insulina se siente mejor y piensa que su control de azúcar ha mejorado.

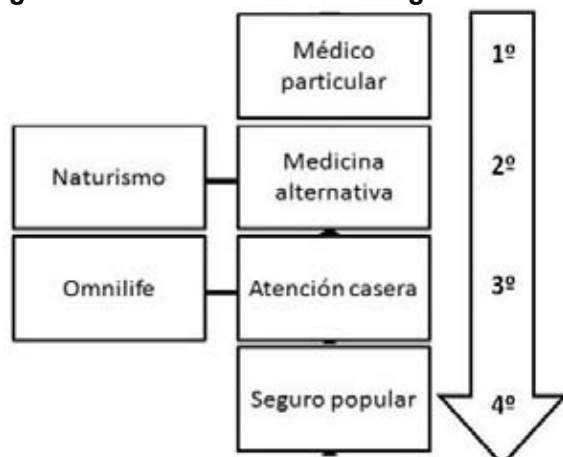
➤ **Adriana**

El lugar donde le diagnosticaron diabetes fue en un consultorio particular donde estuvo atendándose por unos meses, después permaneció sin atención por algunos años y luego se afilió al Seguro Popular donde se atiende hasta la fecha.

Yo me cuidaba pues caseramente a veces como dice, haciéndose uno sus, sus menjergues de tecito que le decían a uno, o haciéndose como era ahora yo le digo a usted usaba mucho la sábila con el nopal y el xoconostle y licuado y agüita o te. Luego lo licuaba yo y me lo tomaba. Estuve como dos o tres años sin atención, caseramente (Adriana).

Las instancias médicas utilizadas por ella han sido:

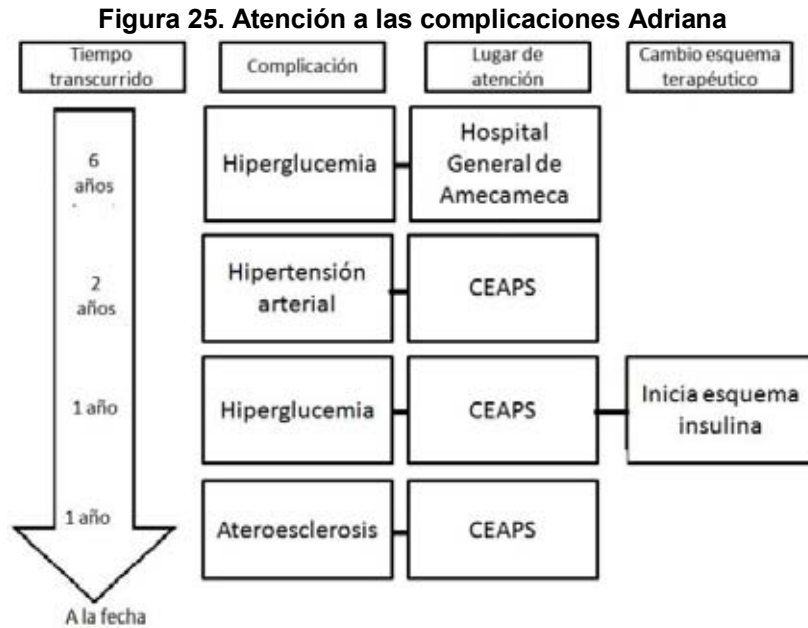
Figura 24. Instancias médicas elegidas Adriana



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Adriana ha estado siempre en búsqueda de otro tipo de medicinas probando diferentes tratamientos como los baños de tina, las pastillas y dietas naturistas, los jugos omnilife, té y otros remedios que le recomiendan. A partir de que se integró al Seguro Popular dejó de buscar otras medicinas y continua sólo con los remedios populares que ya ha “probado” le sientan bien.

Los terapeutas que ha consultado han sido varios médicos particulares, naturistas, vendedores, hierberos; hasta ahora no ha sido canalizada a algún médico especialista. La manera en que ha elegido a qué tipo de médico acudir es por el acceso económico y cercanía; probando todas las recomendaciones que le hace su familia o amigos. Vive a una distancia de ocho o nueve cuadras y no ha tenido complicaciones para acudir a sus citas y a las inyecciones, solo en época de lluvias por charcos y lodazales se le dificulta el acceso (ver figura 25).



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
 Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Hasta ahora ha sido hospitalizada una vez por los altos niveles de glucosa que presentaba, otros episodios de gravedad se han asociado a su hipertensión arterial. Ha sido canalizada al Hospital Regional de Amecameca y Tepetlixpa para controlar esos episodios. Debido al descontrol de su glucemia hace un año inició con inyección de insulina una vez al día.

Porque no se crea usted cuando anda uno alta del azúcar, creó hace como seis años fui a dar al hospital hasta Ameca, me estuvieron poniendo esos días insulina por lo mismo de que tenía alta la azúcar, que tenía hasta 300 quién sabe. En ese tiempo me sentía mareada sentía que se me movía la tierra, como borracha y la verdad me ganaba y me caía yo. Me llevaron allá y como que me dieron ganas de ir al baño, le dije a la enfermera y me dijo “vaya, vaya”, ya estaba yo con bata, ni me senté en el baño, me caí. Otra señora trató de abrir, y no podía, vio que estaba yo tirada y tiro, ya estaba yo volviendo en sí, y me levantaron y me llevaron a la cama (Adriana).

Antes de contar con Seguro Popular ella trabajaba en casa o vendiendo dulces para pagar su tratamiento con médicos particulares o los remedios caseros. Cuando dejó de trabajar ya no le fue posible costear al médico particular y se quedó sólo con atención casera. Su afiliación supuso una forma de continuar con el tratamiento médico formal, ahora sólo paga algunos estudios que no entran en los servicios del seguro.

➤ **Guadalupe**

Ella contó con atención del IMSS por una temporada ya que a su hijo en la fábrica donde labora lo dan de alta y baja según se encuentre la economía de la empresa. Los primeros años estuvo acudiendo al IMSS de Ozumba, cuando perdió la afiliación se atendió en la clínica rural hasta que apareció el Seguro Popular.

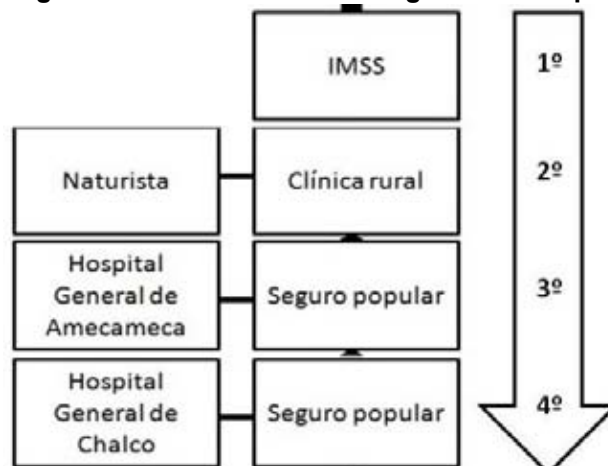
Porque luego estuvo sin el seguro porque a mi hermano se lo quitaban y pues

había que ir a la clínica rural pero luego no había medicina. Entonces ya después mejor me la fui a inscribir en el Seguro Popular y ahora sí que ahí la metí allá, por eso me dan el servicio aquí en la clínica (Carla, familiar de Guadalupe).

No ha tenido problemas para acudir al médico porque las clínicas le han quedado cercanas, a excepción del Hospital General de Chalco a donde acude a medicina interna. Su hija la lleva a todas las citas médicas para cuidarla porque ella no sabe leer y no entiende los letreros del transporte público. Ha tenido lapsos en los que presenta mayor cansancio y crisis asmáticas a consecuencia del EPOC.

Es atendida por el médico general en la clínica y por un médico internista en Chalco, no ha hecho uso de médicos particulares y asistió con un naturista pero no le agradó el tratamiento que le prescribió (ver figura 26).

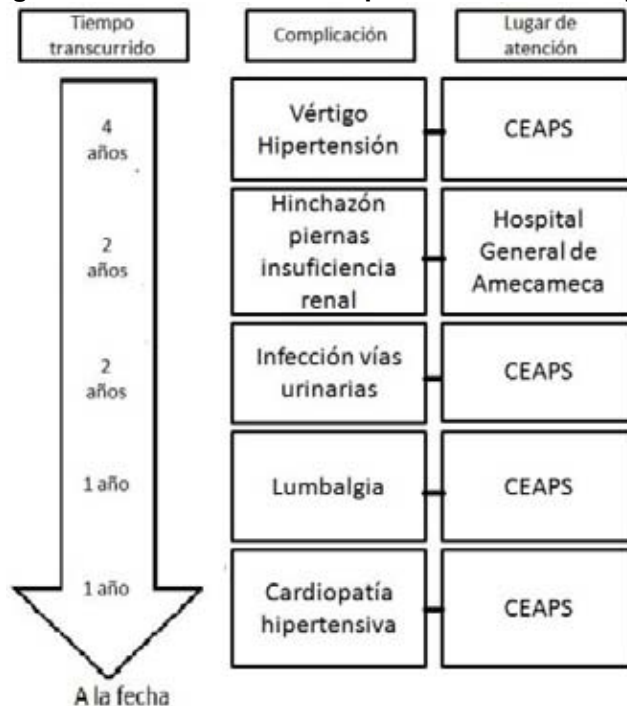
Figura 26. Instancia médica elegida Guadalupe



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Mientras estuvo afiliada al IMSS acudió a una clínica ubicada en la Ciudad de México y posteriormente se le asignó la clínica de Ozumba. Cuando se afilió al Seguro Popular fue referida con el médico internista en el Hospital General de Amecameca pero al igual que Daniela se quedó sin servicio al cerrar dicha área. Su hija buscó otros lugares donde pudieran atenderla hasta que la directora del hospital de Chalco aceptó recibirla como un caso especial, desde entonces va dos veces al año a revisión (ver figura 27).

Figura 27. Atención a las complicaciones Guadalupe



* Las flechas indican el cambio de instancias y las líneas las instancias simultáneas
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En los últimos tres años ha sufrido diferentes complicaciones asociadas a problemas renales y descontrol glucémico; no ha sido internada pero ha acudido al servicio de urgencia de la clínica. Le han recomendado el uso de insulina pero no le agradan las inyecciones diarias y ha escuchado que causa “más daño ponérsela”. En cuanto a los gastos derivados de la atención médica lo único que paga son los pasajes cuando va a Chalco y algunos estudios que el médico interno ha solicitado.

Las instancias médicas a las que acuden los adultos mayores son principalmente a servicios de salud públicos, algunos de ellos acudieron con médico particular durante un tiempo hasta que su condición económica se los impidió. En todos los casos encontraron mayor satisfacción en la calidad de la atención en los consultorios privados, sobre todo porque el tiempo de consulta médica es mayor. También acudieron de manera paralela a otras alternativas como naturismo y medicinas alternativas; siempre sin abandonar el tratamiento prescrito por su médico. Sobre las complicaciones que han presentado todas han sido atendidas en instancias del Seguro Popular y en menor grado en consultorios privados. Mostrando con ello la eficacia simbólica que atribuyen al actuar de la biomedicina.

4.2.7 Actores no profesionales involucrados

Otro aspecto a considerar en la autoatención es la consulta de personas no profesionales de la salud que suelen dar consejos basados en las experiencias propias o ajenas. Por lo general, la biomedicina no considera este tipo de influencias en los enfermos ignorándolas o prohibiéndolas sin darse cuenta que es una realidad innegable y que podría ser aprovechada a su favor para popularizar medidas básicas de cuidado.

Entre las personas es común recomendarse remedios, hierbas, pastillas, etc., cuya finalidad es mejorar el nivel de glucosa, disminuir la fatiga o “curar” la diabetes. Los adultos mayores mencionaron a familiares, vecinos, vendedores, radio y televisión como las principales fuentes de consejos para mejorar alguna molestia o disminuir el azúcar.

Algunas de las personas que son conocidas por participar en la atención son aquellas que saben inyectar insulina, colocar sueros con vitaminas para quitar el cansancio; los desayunos de Herbalife que promueven la reducción de glucosa, dan energía y auxilian en la pérdida de peso; vendedores ambulantes que ofrecen medicamentos alternativos como tónicos, jarabes y pastillas para disminuir el azúcar; hierberos del mercado de Ozumba que venden té, hierbas y medicamentos de medicina alternativa. Existe también un grupo de oración por los enfermos perteneciente a la iglesia local, el cual acude a petición de los familiares a rezar en las casas para pedir por su mejoría.

4.2.8 Otras instancias de atención: medicinas tradicionales y medicinas alternativas

Las medicinas tradicionales mexicanas y las medicinas alternativas constituyen el Modelo Médico Alternativo Subordinado, las prácticas que surgen de este tipo de atenciones son menospreciadas por el modelo hegemónico, que las regula y desaconseja su uso (Menéndez, 1982). Sin embargo, son usadas regularmente por las personas con diabetes en búsqueda de encontrar una cura o mejores formas de controlar sus malestares. Este tipo de medicinas son percibidas como inocuas por parte de la población y como posibles auxiliares de las medicinas alopáticas; varios de los entrevistados acudieron por algún tiempo a una instancia específica y otros siguen las recomendaciones de personas relacionadas con ese tipo de medicinas.

En el caso de Andrés el acudió algunos meses a la medicina alternativa:

Pues estuve un tiempo yendo con el Dr. Abel Cruz⁷³. Y me estaba ayudando pero este, es muy trabajoso sus tratamientos de él, nos ponía todos los días a cepillar con un cepillo, cepillar todo y luego baños de asiento cada media hora creo o 20 minutos baños de asiento con agua fría y luego con agua caliente y luego a parte de tomarse los tés que nos daba. Si estuve con él unos tres meses pero ya me aburrí y ya lo deje pues (Andrés).

Luego de que el tratamiento le pareciera costoso y complicado acudió a Chalco e Ixtapaluca lugares donde también existía la medicina alternativa:

Me estuve curando mucho con terapias en Chalco, fui a las camas que había allá. En Ixtapaluca también, no sé que era nos ponían un aparato así en el estómago, y ahí lo teníamos que tener 10 minutos creo. Ahí estábamos sentados y namás, nos decían que para que trabajara el este, el páncreas, ese aparato era para eso, pero nunca sentí alivio... (...) Uuuuuh ya tiene rato eso, casi, casi cuando apenas me dio diabetes, si porque me anduve moviendo para allá y pa acá, iba yo (Andrés).

⁷³ El Dr. Abel Cruz es un médico naturista con diferentes consultorios de atención, se ha hecho popular a partir de su participación en programas de radio y televisión.

Daniela acudió a los desayunos de Herbalife pero sólo unos días ya que escucho rumores de gente hospitalizada por tomarlos:

Ahora eso como los desayunos tocando el tema de eso, yo fui como un mes por las malteadas esas que dan, no saben feo y pues ni supe si me servía o no porque ya luego escuche eso de que caía mal y me dio miedo, porque yo tengo conocidos que luego me han platicado que por estarse tomando eso han ido a dar hasta al hospital (Daniela).

Silverio acudió con un huesero para un problema con sus piernas ya que tiene dolores para caminar, su hija es quien le compra ampollitas naturistas pero debido a su precio las toma de manera intermitente:

Fui una vez a Ameca, pero ¿de qué me curó?, creo que de lo mismo de los pies, pero ese lo que me hizo fue nada mas sobarme y me puso, no sé cómo son las ventosas pero se supone que son ventosas las que me puso. Pero no me hizo nada, jui una vez y ya no volví a ir. No me funciona y me cobro también caro, si me sirve no le hace que sea cara, pero pues ni siquiera me entretiene, pues mejor no (Silverio).

Pues luego le trae hija las ampollitas de, de naturista, de glucosamida que son muy buenas esas inyecciones tomadas. Mi hija María se las trae, y si le han servido, son costosas por eso a veces pues desgraciadamente no es continuo (Laura, familiar de Silverio).

Adriana acudió a la medicina alternativa por algunos meses, iban a su casa a darle baños de tina para desintoxicarla pero un día dejaron de acudir y ya no lograron contactarlos. Después acudió con el naturista a unas cuantas consultas, su hija conoció a una mujer que vendía polvos de omniflife los cuales consideró le ayudaban a estar mejor pero se perdió comunicación y no volvieron a encontrarlos.

Tomaba baños de tina y se tomaba agua, y si estaba intoxicado salía todo en el agua muy negra, cuando ya se estaba desintoxicando ya no salía tan negra, pero se le ponía sucia. La conectaban en el agua y ya se iba limpiando, todo su cuerpo se desintoxicaba, varios baños se estuvo dando, ellos venían hasta acá a la casa, pero ni me acuerdo de donde los conocimos o quien nos dijo, como ya tiene mucho (Liliana, familiar de Adriana).

Rodrigo ha acudido con médicos alternativos o naturistas y con los hierberos de Ozumba, así como con varios sobadores, curanderos y brujos para tratar el problema de sus piernas. Debido a que él piensa que su enfermedad es por una brujería sigue buscando quien pueda ayudarle a “quitársela de encima”.

Yo necesito que me curen de la mala enfermedad, uno que cure lo negro no lo blanco, pero no encuentro por aquí quien lo haga, pero ya me dijeron que anda uno por ahí por Morelos y luego mijo me va a llevar (Rodrigo).

Esther no ha acudido con naturistas o médicos alternativos ella va regularmente con los hierberos de Ozumba, pero en los últimos meses un vendedor les ha dado tónicos de hongo michoacano para ayudar a que se “fortalezca”.

Mariana tampoco ha consultado medicinas alternativas porque considera suficiente con acudir con los hierberos para obtener tés amargos.

Los hierberos me dicen “tómame esto” pero por ejemplo me dicen tómame las hojas de naranjo agrio con esto y otro, pues de eso ahí tengo el arbolito. Los azahares luego también tienen los limones, tienen el naranjito, pos los corto y me los tomo pero no me está, no me está y pues ya dejo de tomar el té (Mariana).

Guadalupe visitó al naturista una vez pero la dieta propuesta por él le pareció demasiado restrictiva y no quiso volver.

No me gusto [el naturista] porque eran puras pastillas así chiquitas que nos dieron; que no había de comer tortilla, que no había de comer pan, que no había de comer nada y este namás, creo que de arroz también me dijo que no comiera (Guadalupe).

En cuanto a la medicina tradicional no se acude a ella para solucionar los problemas de la diabetes ya que se reconoce que este tipo de medicina no sirve para ello.

No para eso del azúcar no hay curanderos acá ni de la presión, bueno que yo sepa no (Daniela).

Aquí he ido con una señora pero ese nomás por alguna limpia que esas limpias son curanderas, dicen que son curanderas chambonas. Pero algunas se pegan mucho con esas curandera, limpian con huevo con hierbas con tanta cosas eso hasta en la tele lo hemos visto esas curanderas. Pero para la diabetes no hay nada, para eso ninguno cura, eso no es de ellos, eso ni se cura y pues solamente se lleva con la pastilla (Silverio).

Los tratamientos de las instancias médicas alternativas a las que acudieron los miembros del grupo se pueden leer en la tabla 33:

Tabla 33. Tratamientos alternativos

Medicamentos	Tratamiento
Pastillas y gotas para disminuir glucosa	Tomarlas antes de cada comida
Ampolletas de glucosamina	Dos ampolletas disueltas en agua al día, cada tercer día.
Baños de asiento	Duración de media hora con agua fría y luego con agua caliente
Camas	Una vez a la semana. No se obtuvo información sobre su funcionamiento exacto.
Aparato en el estómago*	Movimientos para hacer trabajar al páncreas
Malteadas Herbalife	Desayunos hechos con polvo en malteadas, tés y pastillas
Polvos Omnilife	Disueltos en agua dos a tres veces al día
Baños de tina	Desintoxicación con baños en tinas
Tónicos	Hiel de toro, calcio, hongo michoacano para fortalecer defensas
Cambio de dieta	Dietas vegetarianas y preferencia por alimentos crudos.

*No fue posible obtener información sobre su nombre o funcionamiento.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Coincidiendo con otros reportes sobre la autoatención de las personas diabéticas entre los entrevistados se incluyen medicinas alternativas y remedios caseros, aunque

ninguno es implementado de manera permanente, se utilizan por algunos meses, se abandona y a veces vuelve a retomarse. Los tratamientos alternativos son usados como complemento para la biomedicina, como una manera de “ayudar” al cuerpo a reponerse. Lo cual es una noción procedente del discurso naturista en el que la alimentación es la base del tratamiento así como el uso de plantas medicinales y pastillas derivadas de las mismas (Arganis, 2010).

4.2.9 Acceso a otras instancias médicas alternativas y tradicionales

Un obstáculo para el acceso a las medicinas alternativas es que son relativamente escasas las opciones cerca de Atlautla, contando únicamente con hierberos y un consultorio naturista en el municipio vecino de Ozumba; varios desayunadores de Herbalife en Atlautla y vendedores que van de casa en casa ofreciendo diferentes productos para pagar en plazos.

Yo fui con el Dr. Abel Cruz porque este íbamos allá, en ese tiempo estaba allá en la merced y ahí tenía su, su clínica. Pero se fue, ya se paso hasta glorieta de Insurgentes allá esta ahora. Luego allá donde iba pues era caro y el pasaje me salía como 250 cada vez, más lo que pedían de medicinas, y luego era irse hasta Chalco y de ahí a Ixtapaluca pues ya no puedo, ya no aguanto ir (Andrés).

Otro factor que influye en la poca persistencia en estas medicinas es el costo, la mayoría de las veces no es la consulta la que representa el gasto oneroso sino el tratamiento. Además de ser alto el precio por unidad su uso es prolongado y es visto como un tratamiento que no rinde frutos rápidamente; por ello son los medicamentos alópatas los que se utilizan de forma regular y los remedios alternativos de manera puntual.

4.2.10 El uso de hierbas medicinales

El uso de hierbas medicinales como parte de la autoatención es común en Atlautla desde la tradición de tomar tés como agua de uso hasta las diferentes hierbas para curar molestias específicas. La mayoría de las plantas son de consumo cotidiano, existiendo varias que son usadas para disminuir la presencia de azúcar en sangre bajo el principio de lo “amargo” equilibrador de lo “dulce”. Las hierbas más usadas que ayudan a “bajar el azúcar” son:

Tabla 34. Hierbas medicinales asociadas al tratamiento de diabetes

Hierbas Medicinales	Nombre científico	Preparación
Prodigiosa	<i>Brickellia cavanillesii</i> DC	Infusión de las hojas se toma como té
Manrubio	<i>Marrubium vulgare</i>	Infusión de las hojas se toma como té
Eucalipto	<i>Eucaliptus melliodora</i>	Infusión de las hojas se toma como té
Guarumbo	<i>Cecropia peltata</i>	Infusión de las hojas se toma como té
Chaya	<i>Cnidocolus chayamansa</i>	Infusión de las hojas, ramas, corteza o raíz
Ortiga	<i>Urtica dioica</i>	Raíz en infusión se toma como té
Nogal	<i>Juglans regia</i>	Infusión de las hojas se toma como agua de uso
Ajenjo	<i>Artemisia absinthium</i>	Infusión de las hojas se toma como té
Hierba del ángel	<i>Eupatorium petiolare</i>	Infusión de las hojas se toma como té
Tronadora	<i>Tecoma stans</i>	Infusión de las hojas, ramas, corteza o raíz como té
Granada china	<i>Passiflora ligularis</i>	Infusión de la cascara se toma como agua de uso
Noni	<i>Morinda citrifolia</i>	Jugo de la fruta

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las hierbas son apreciadas por el sabor amargo como propiedad contraria a lo dulce, son preparadas frescas o secas según como se consiguen en el mercado. Además de los tés medicinales también se utilizan diferentes preparados como jugos caseros o tónicos adquiridos con los vendedores naturistas (ver tabla 35).

Tabla 35. Preparados asociados al tratamiento de diabetes

Producto	Preparación
Jugo nopal + xoconostle + sábila	Licuar todo junto y tomar en ayunas
Wereque tónico	Tomar una copa del tónico antes de cada comida
Jugo nopal + sábila + xoconostle + perejil	Licuar todo junto y tomar en ayunas
Hoja de plátano + medio jugo de limón + chaya	Se hierve el plátano con la chaya y para servir se le agrega el jugo de limón
Esparrago + un limón + hojas de hierbabuena	Se licúa todo y se toma en ayunas
Hongo michoacano	Tomar una tapita de tónico 3 veces al día
Cascara de tomate + nopal tierno	En un litro de agua 5 cáscaras con el nopal hervir y dejar serenar, tomar en ayunas
Tibicos (kéfir de agua)	Se colocan con agua de piloncillo, por la mañana se cuelean y el agua se toma en ayunas

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

El uso de hierbas, jugos y tónicos no es recomendado por la biomedicina, pero son de uso común entre las personas. Todos los entrevistados las han tomado en algún momento de su vida, o continúan usándolas junto con los medicamentos alopáticos sin que lo platiquen con los médicos porque saben que éstos no aprueban su uso. En cuanto a la efectividad no existen consensos sobre cuáles son mejores o qué tanto han mejorado su salud; la mayoría coincide en el jugo de nopal con sábila y xoconostle como el que más resultados positivos les ha rendido. Las hierbas amargas como ajeno, prodigiosa y manrubio también son muy apreciadas por su efectividad. Ninguno de éstos es usado de manera continua, sino únicamente en los periodos cuando tienen mayores niveles de

glucosa; esto es debido a su fuerte sabor amargo y a que se considera contraproducente su uso continuo porque provoca resequeza en la boca y pérdida de gusto.

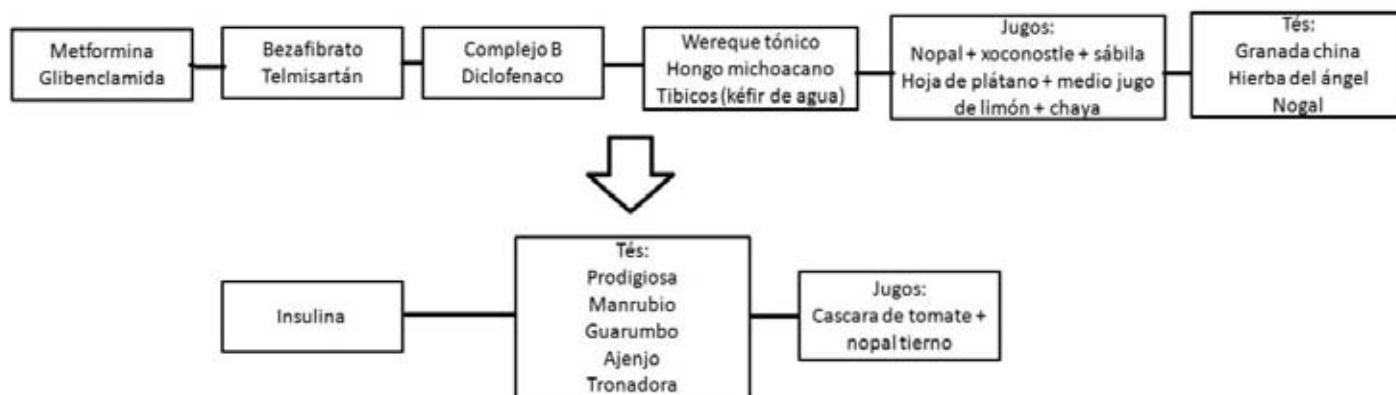
4.2.11 Esquema básico de autoatención

Otras recomendaciones que mencionan las personas entrevistadas (adultos mayores y familiares) es mantenerse tranquilos y no hacer corajes, descansar, comer de todo pero poco para no quedarse con el antojo y enfermarse por debilidad ante la falta de todos los alimentos. El esquema general de la autoatención en cuanto a remedios utilizados por los adultos mayores se divide en dos etapas:

- Síntomas comunes. Se incluyen los fármacos alópatas de control hipoglucémico, los asociados a control de triglicéridos y/o presión arterial; los asociados a mitigar dolores y/o vitaminas. Los tónicos o remedios preparados para mantener niveles de azúcar bajos; los jugos de uso diario y los tés amargos.
- Síntomas de gravedad. Descontrol que conlleva en primer lugar al ingreso del esquema de insulina; cuando el adulto mayor percibe que su azúcar es demasiado alta comienza a tomar tés durante 3 o 4 días que son extremadamente amargos; también hace uso de jugos específicos para “bajar rápido el azúcar”.

En la figura 28 se muestra el esquema básico de autoatención de los adultos mayores entrevistados, donde se combinan las medicinas alópatas, los tés, los jugos y otras recomendaciones de medicinas alternativas o tradicionales.

Figura 28. Remedios y medicamentos utilizados en el tratamiento de la diabetes



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Este esquema de autoatención varía según la persona, sus complicaciones, la información disponible en sus redes de apoyo y las posibilidades económicas para su adquisición. Tampoco es un esquema rutinario, porque como ya se ha señalado se realiza por temporadas según la eficacia, combinando varias veces los remedios y medicamentos de acuerdo a cómo se sientan físicamente.

4.2.12 El tratamiento adoptado: los cambios en la vida cotidiana

Los servicios de salud generan recomendaciones que abarcan la dieta, el ejercicio, la vigilancia de niveles de glucosa y la toma de medicamentos. Sin embargo, para varios adultos mayores algunos de estos cuidados son difíciles de cumplir y pocas veces se adecuan a sus problemáticas individuales.

Me dicen que haga yo ejercicio pero me duele mucho mi pie no puedo caminar. Luego de la comida pues yo no me puedo cocinar lo que debe de ser y mi esposa no me ayuda pos como lo que haiga; y de las pastillas pues ya no quiero tomar tanta pastilla pero pues ya eso ya es de por vida (Andrés).

Que se tome el medicamento y nada más que no coma grasas, luego a veces yo me tengo que quedar callada a veces si lo digo para que mi mamá lo entienda, que el doctor, la doctora le diga “sabe que doña Ramona ya no consuma esa manteca”. Luego a veces si lo digo de que no deja la manteca, entonces mi mamá no me dice nada pero namás voltea a verme o se agacha como tratando de controlarse también ella “ay doctor es que no me gusta el aceite, es que me da asco” o sea le empieza a decir lo que piensa. Entonces el doctor le dice “pues si la va a seguir usando que sea muy poquita, que no sea mucha”. Yo le digo a mi mamá pero no quiere entender (Lizbeth, familiar de Guadalupe).

Una de las limitantes de las recomendaciones biomédicas radica en que se basan en los “estilos de vida” entendidos como hábitos y no como el contexto donde se desenvuelve la persona⁷⁴. Las recomendaciones se enfocan en cambiar hábitos que son generados y condicionados por el contexto socioeconómico en que se vive; por lo que el cambio de fondo debe de ser en esas condiciones para que los hábitos puedan cambiar. El mayor problema en el uso de este concepto es que coloca a la persona como la “culpable” de la enfermedad porque toma la decisión de llevar un estilo de vida dañino. De esta manera se excluye del análisis las condiciones de vida materiales y culturales que influyen en la vida cotidiana y que determinan las opciones para decidir.

El primer punto del tratamiento para la diabetes es el uso de medicamentos hipoglucémicos. El esquema básico que se utiliza en la clínica local son los medicamentos glibenclamida y metformina; pero cada vez más adultos mayores son tratados con insulina. Los cambios que se realizan son con respecto a la dosis y la frecuencia de acuerdo a la valoración que hacen de la persona durante la consulta.

De acuerdo a los estudios que se les pide mensuales se evalúa si tienen buena aceptación para controlar los niveles de glucosa; entonces se continúa con las dosis o bien se busca que entren a un esquema de insulina. A veces tienen problemas por la dosis y horario de medicamento, tardan un poco en acostumbrarse si se les mandan más pastillas. Por los problemas que causan tantas pastillas se les recomienda la insulina, ya que les causa menor daño y están mejor controlados, así que se habla con ellos para que la acepten (CEAPS).

⁷⁴ Siguiendo a Menéndez el estilo de vida es un concepto construido en las ciencias sociales para “incluir las dimensiones materiales y simbólicas posibilitando la articulación entre la estructura social y cultural general y los grupos intermedios a través de sujetos cuyo comportamiento se caracterizara por una determinada manera de vivir que expresara simultáneamente las características generales de la estructura social y cultural y las características específicas del sector social intermedio de pertenencia” (Menéndez, 2009, p. 105)

En este sentido todas las personas entrevistadas han tenido cambios en sus medicamentos según su estado de gravedad, sobre todo en los últimos cinco años ya que han accedido a realizar un cambio importante para su vida cotidiana como es el uso de insulina. Los adultos mayores toman varios tipos de medicamentos y muestran problemas para recordar horarios y dosis; los que tienen alguien cercano les recuerdan tomarlos si no es así llegan a olvidar tomar alguno a lo largo del día. Para todos es molesto tomar ese número de medicamentos, sin embargo, dicen no haberlo comentado con los médicos porque si lo hacen les sugieren inyectarse insulina (ver tabla 36).

Tabla 36. Esquema de medicamentos

Adulto mayor	Medicamentos	Dosis
Andrés	Enalapril	1 c/ 12 horas
	Glibenclamida	1 c/ 12 horas
	Diclofenaco	1 c/ 12 horas
Daniela	Insulina	1 al día
	Metformina	½ c/ 12 horas
	Complejo B	1 al día
	Telmisartán	1 c/ 12 horas
Silverio	Insulina	2 al día
	Glibenclamida	½ c/ 12 horas
Adriana	Insulina	1 al día
	Tribedoce	1 al día
	Glibenclamida	½ c/ 12 horas
Rodrigo	Glibenclamida	1 c/ 12 horas
	Metformina	1 c/ 12 horas
	Diclofenaco	1 c/ 12 horas
Esther	Insulina	
	Glibenclamida	1 c/ 12 horas
	Bezafibrato	1 c/ 12 horas
Mariana	Insulina	1 al día
	Diclofenaco	1 c/ 12 horas
	Complejo B	1 c/ 12 horas
	Pioglitazona	1 al día
	Metformina	½ c/ 12 horas
Guadalupe	Acido acetilsalisilico	1 al día
	Glibenclamida	1 c/ 12 horas
	Irbesartan	1 c/ 12 horas
	Diclofenaco	1 al día
	Metoclopramida	1 c/ 8 horas
	Ambroxol	
	Bezafibrato	1 c/ 12 horas
	Paracetamol	1 c/ 8 horas
	Calcitrol	1 al día
	Complejo B	1 al día
	Metformina	1 c/ 12 horas
	Beclometasona	1 c/ 12 horas
	Imbumed	1 c/ 12 horas

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las personas que ya reciben insulina están conformes con los resultados en su salud pero quisieran dejarse de inyectar, principalmente por la incomodidad que sienten de tener que inyectarse todos los días y las molestias que les causa su aplicación.

Yo quisiera menos pastillas, me dicen que con la insulina que me ponga yo la insulina pa que no tome pastillas pero yo no quiero. No, porque pues es de diario, del diario, del diario ir a poner allá en la clínica y como que no, no me gusta [antes de entrar al esquema de insulina] (Esther).

En el caso de Mariana, Daniela, Rodrigo y Esther cuentan con un familiar que les recuerda cuando deben de tomar sus fármacos. Silverio, Andrés y Adriana tienen problemas para recordarlos pero intentan tomarlos en el horario y dosis señalada.

Casi no se me olvida, una que otra vez que se me olviden las pastillas pero casi no, como cuando esta hija ella es la que me dice “¿ya se tomo su pastilla? Ya le toca la inyección”. Pos por ella siempre me recuerda y casi no se me pasan (Mariana).

Bueno, de las pastillas luego si se le olvidan yo no estoy en el día para verla pero luego que llego si le pregunto si se las tomó, sino también ella mi hija o el niño también le recuerdan (Eva, familiar de Daniela).

Guadalupe no sabe leer ni escribir y ello dificulta la toma de medicamentos, su hija coloca palitos en las cajas para indicarle si debe tomar una o dos pastillas, pero tiene serios problemas para recordar en que horario y que fármacos tomar. Al no contar con nadie que la apoye es quien presenta mayores obstáculos para tomar sus medicamentos, durante el trabajo de campo pudo observarse como había pastillas tiradas en el piso o en los muebles lo que muestra el olvido de Guadalupe al dejarlas por todos lados sin tomarlas.

Pues quien sabe porque luego yo no sé leer, entonces ya no leo y le digo a hija, por eso a las cajitas le pone un palito si nada más es una al día y si son dos entonces le pone dos palitos, y en eso namás me fijo en las cajas de que tengo que tomar. Pero luego ya ni sé cuál me tomé y cual me falta (Guadalupe).

Acerca de estos detalles de la terapéutica que se recomienda los médicos no conocen la manera en que los pacientes la llevan a cabo. Existe desconfianza por parte de las personas para decirle al médico cómo llevan su tratamiento porque piensan que los regañarán, sin embargo, los médicos se dan cuenta de que existen fallas en ello por los resultados obtenidos en el control de los niveles de glucosa. Estos problemas en la comunicación provocan que no exista una buena relación médico-paciente que permita mejorar la manera de llevar el tratamiento.

Es que no hice caso de las indicaciones que me dieron los médicos y no me tome mis pastillas porque luego se me olvidaba. Entonces yo no me las tome y ya no me las tomaba como dijeron que era porque eran muchas, y yo creo por eso fue que se me subió (Andrés).

Pues este, es que primero me daban que tomaba yo hartas pero después no sé quien dijo que era mucha la medecina y ya no tomaba yo todas, ora namás es esta y esta, esta dice que no debo dejar de tomarla, esta y esta otra. Es cuando voy a desayunar que las saco las pastillitas, y las acomodo así las que me voy a tomar, esta namás es un pedacito, si la mitad, entonces agarro me voy a tomar esta, esta otra y esta, entonces las pongo así. Y voy desayunando y me tomo una, luego otra vez y ya me la tomo, porque dicen que la pastilla no debe de tomar namás a raíz (Guadalupe).

Los médicos mencionan que ellos dan todas las recomendaciones que pueden para garantizar un buen tratamiento pero varios adultos mayores están solos y se confunden para tomar sus medicamentos. Para el personal de salud las dificultades en la toma de medicamento son a causa de problemas de memoria, distracción y por la falta de una persona que esté al tanto de ayudarlos y colaborar en que realicen acciones adecuadas para su atención.

Tienen problemas para cuidarse porque no se pueden cocinar solos, o tienen que compartir lo que comen los demás y no les cuidan la dieta. Tratan de tomarse sus medicinas como son pero hay quienes deben tomar varias y se confunden para tomarlas, por eso se les recomienda la insulina para tener mejor control y evitar el medicamento (CEAPS).

El uso de insulina merece varios comentarios. Es recomendada para aquellos que no logran controlar los niveles de glucosa con el medicamento previo. Sin embargo, encuentran muchas reticencias para que el paciente la acepte. La insulina es prescrita ya que el tratamiento con antigluceantes orales ha fallado, los médicos consideran que los pacientes evitan su uso por “temores y miedos de lo que otras personas platican”; esto es porque se asocia a la experiencia de otros sobre supuestas repercusiones como la pérdida de la vista. Los médicos siempre les aclaran que las supuestas consecuencias son en realidad por la coincidencia entre el agravamiento del paciente y la aplicación de insulina. Es decir que el retraso en la aceptación de su uso hace que las complicaciones se presenten y se agraven.

De los informantes Daniela y Silverio tienen incorporada la insulina al tratamiento desde hace más de cinco años; Adriana y Mariana llevan dos años (al inicio de la investigación); Esther lleva un año (durante la investigación). Por su parte Andrés, Rodrigo y Guadalupe no han querido iniciar esta fase del tratamiento, a pesar de que los médicos consideran que es la mejor alternativa para ellos dado sus altos niveles de glucosa.

Cuando tenía seguro en Chalco, y ahí ya le habían mandado hace cuatro o más años le mandaron insulina, yo la verdad me dio miedo que se la pusieran. Entonces yo a mi mamá la veía digo bien, porque he oído comentarios de que a las personas les ponen insulina cuando ya están muy mal, y sobre todo porque ya les hacen la diálisis, cosas así. Entonces ya me dio miedo, entonces aquí en la clínica estaba un doctor, en ese entonces estaba de director, muy bueno, atendía muy bien. Ya le dije “le vengo a pedirle un favor muy grande, a mi mamá la están atendiendo en Chalco porque mi hermano la puso en el seguro, pero yo a usted le tengo mucha confianza y por lo tanto yo quiero tener una segunda opinión. El doctor de allá le manda insulina y yo le vengo a pedir una opinión” le lleve estudios y recetas. “yo he oído que esa insulina si es necesaria pero ya cuando la enfermedad está muy avanzada y yo le vengo a pedir esa opinión”. Entonces el revisó y me dijo que no era necesario, dice “su mamá todavía está bien para eso”, “esos casos son cuando esa enfermedad ya está muy avanzada”. Ya le dije a mi mamá y fuimos con el doctor le dijimos que no, y ahorita le siguen diciendo lo mismo pero yo digo que no y ella tampoco quiere que la piquen diario (Carla, familiar de Guadalupe).

Todos los informantes mencionaron que habían escuchado malos comentarios sobre el uso de insulina. En el caso de Mariana y Adriana ambas aceptaron su uso por que en los últimos años los niveles de glucosa altos ya les provocaban problemas como

desmayos o problemas de la vista. A partir de que la utilizan se sienten aliviadas y consideran que realmente les ha servido para recuperarse. En el caso de Esther la recomendación de insulina se le había hecho desde hace dos años debido a que no ha podido controlar los niveles de glucosa. Durante el acompañamiento a las consultas se revisó los resultados de los últimos análisis de glucosa que la seguían reportando alta, así que la doctora hizo hincapié en que debía utilizarla. Esther aceptó el nuevo esquema y por ahora se siente mejor, sin embargo ella espera que pronto “se la quiten”. Cuando se platicó si tenía conocimiento sobre si podía dejar de usarla respondió que no sabía, que ella pensaba que solo se la iban a dar unos meses en lo que se recuperaba. Esto es una muestra de la falta de información que prevalece sobre su uso, ya que una vez que se ha incorporado al tratamiento se recomienda no abandonarla para mantener el control de los niveles de glucosa.

En el caso de Silverio él ya lleva varios años con la insulina, pero es en los últimos dos años cuando ha estado intentando dejarla, controlando su dieta y caminando un poco más intenta controlar sus niveles de glucosa porque desea dejar de inyectarse. Hasta el momento de la investigación ya había sido modificado su esquema de dos inyecciones al día por solo una; pero la meta de él es controlarse sólo con la dieta y las pastillas.

Yo también como que ando sintiendo que ya no la necesito, ya nomas con las pastillas que tomo pero dije bueno voy a hacer una prueba a ver si no meto la pata pues. Si quiera dos días que ya no me inyecten en la tarde a ver cómo me siento (Silverio).

Sin embargo, Silverio no ha platicado con su médico al respecto de cómo quiere modificar el tratamiento de insulina porque piensa que no lo entenderían y lo forzarían a seguir usándola. Él planea “demostrar” que ya no la necesita para que los médicos lo acepten y la retiren del tratamiento.

El uso de otras medicinas aparece en todas las personas entrevistadas como complemento al seguimiento del tratamiento biomédico. En algún momento desde el diagnóstico de diabetes a la actualidad acudieron con un curador de medicina alternativa o tradicional. Sin embargo, fue abandonado al no obtener resultados rápidos, al ser una opción económicamente más cara que los servicios médicos y por la lejanía del curador con respecto a donde viven los adultos mayores. Debido a ello el uso de recursos terapéuticos se hace por recomendación de familiares, amigos o hierberos; de manera esporádica y siempre probando nuevas alternativas. Nunca se abandona el uso de medicamentos alópatas, pero sí se combinan con tés, jugos y medicamentos alternativos; de todos éstos nunca se hace mención al médico ya que la actitud que éste toma es de rechazo hacia dichos recursos.

4.2.13 Las prácticas y las representaciones sobre la dieta

Las recomendaciones sobre la dieta las realiza el médico y el nutriólogo, el primero realiza observaciones generales, pero es el segundo el que establece un plan de dieta personalizado para cada paciente. A la mayoría de los entrevistados fue la nutrióloga quien les explicó y orientó sobre los alimentos a comer y las formas de preparación. Aquellos que no participan en el grupo de autoayuda de la clínica mencionan que únicamente la vieron una vez y que no les pareció suficiente como para comprender como

comer mejor y decidieron no seguir sus indicaciones porque les “prohibió” varios de los alimentos principales en sus dietas.

El trabajo con los pacientes acerca de la dieta es uno de los aspectos que recalcan los planes y programas de gobierno. Existen campañas permanentes, pláticas y asesorías tanto por parte del CEAPS y DIF municipal al respecto, pero reconocen que es insuficiente y tienen poco impacto en la población. En el caso del DIF no se cuenta con un área de nutrición que otorgue asesoría a las personas que acuden, únicamente se realizan pláticas o periódicos murales sobre recomendaciones generales de una nutrición adecuada.

El personal de salud del CEAPS considera que existen múltiples trabas para que los pacientes sigan las indicaciones de la dieta, cada uno tiene opiniones diferentes al respecto que tienen que ver más con sus experiencias personales que con una capacitación o formación que les permita entender la problemática desde el punto de vista del paciente. La sensibilidad que puedan tener para comprender el contexto del paciente ayuda a que busquen formas de apoyarlo para hacer los cambios que necesita. Entre los impedimentos que el personal de salud encuentra para el seguimiento de la dieta están:

Son muy pocos los pacientes que lo llevan a cabo dicen que no tienen dinero para sus propios alimentos, comen lo que les da la familia, y la familia no siempre tienen cuidado de cocinar como se debe y los alimentos que necesitan (CEAPS).

Aquí se les trata de adecuar la dieta según su edad, la enfermedad que padecen y su situación económica para que realmente puedan hacerlo. Pero es difícil que la sigan, los adultos mayores son los que más tratan de llevarla pero tienen problemas para que sus familiares los apoyen (CEAPS).

Como auxiliar para las recomendaciones de cambio de dieta existen estrategias como las guías visuales que envía la Secretaría de Salud como el “Plato del buen comer”, el cual es explicado y se les otorga una copia a color para que con esta guía puedan preparar sus alimentos. Recomiendan los tipos de alimentos que deben disminuirse, la combinación y la variación de los platillos.

El personal de salud considera que el cambio en la dieta está al alcance del adulto mayor y pertenece al ámbito personal por lo que la explicación de porqué no ocurre se vuelve simplista: no cambian sus hábitos porque no quieren hacerlo. Esto contrasta con la dificultad que los adultos mayores y sus familiares tienen para cambiar los hábitos alimenticios generando la frustración en el adulto mayor, los familiares y los médicos que no entienden “¿porqué los enfermos no quieren cuidarse?”.

El cambio en la dieta es una recomendación hecha por los médicos pero cuya responsabilidad de explicar y adaptar corre por parte de la nutrióloga de la clínica.

Si han mejorado, por lo menos ya identifican los alimentos de cada grupo y ya los van controlando poco, pero es un proceso lento, a veces van comiendo lo que necesitan y luego dejan la dieta, cuando se enferman otra vez la llevan bien (CEAPS).

Acerca de los cambios que han observado en sus pacientes mencionan que son mínimos, han tratado de dejar de comer un poco de los alimentos que les recomiendan y

disminuir los dulces, pero no son suficientes para constituirse en una mejora en su estado de salud.

4.2.14 Los hábitos de alimentación

La dieta recomendada para pacientes diabéticos se basa en un bajo consumo de hidratos de carbono y en el equilibrio de los grupos alimenticios en la alimentación cotidiana⁷⁵. Esto incluye una dieta variada con poco contenido en grasas, bajo consumo de sal y alcohol. Cada paciente recibe recomendaciones generales por parte del médico y es referido al área de nutrición para la elaboración de una dieta personalizada.

Pues que cambien su alimentación, tienen que hacer tres comidas y dos colaciones, evitar el consumo de carbohidratos, pan y tortilla, también las grasas. Y además se les refiere con la nutrióloga, es ella la que les pone una dieta individual (CEAPS).

Se les envía con la nutrióloga, además se les recomienda disminuir azúcar, carbohidratos, bebidas alcohólicas (CEAPS).

Deben de conocer los alimentos que tienen en su casa, buscar formas de prepararlos para que no tengan grasas, azúcar y sal; además que aprendan a combinarlos para que sus comidas sean equilibradas, que no mezclen pan y tortillas, o muchas harinas y dulces (CEAPS).

Es importante que el personal de salud se involucre en la dieta de las personas diabéticas con la finalidad de conocer a qué tipo de alimento tienen acceso y a qué formas de preparación. Esto también implica conocer los factores que inciden en ello, como los económicos, culturales, gustos personales y hábitos familiares, con la finalidad de buscar las mejores estrategias de intervención en los diferentes factores. Existen varias quejas al respecto de los cambios en la dieta, por un lado las personas tienen descontento con que los médicos les “prohíban” comer ciertos alimentos, los limiten en su consumo ya que la sensación que les provoca es que “ya no pueden comer nada”. Asimismo las recomendaciones de alimentos no les agradan porque no están acostumbrados a ellos, no los consiguen fácilmente o bien su consumo les implica un gasto mayor. En el caso de los médicos las quejas son acerca de la falta de compromiso de los pacientes con los cambios necesarios en su dieta y la falta de apoyo de los familiares.

Cuando se preguntó al personal de salud sobre los hábitos de consumo de las personas la mayoría mencionó tener ideas generales al respecto, pero no suelen utilizar tiempo de la consulta indagando sobre ello. Tampoco existe conocimiento sobre los tipos de alimentos consumidos; saben que los alimentos que circulan en la localidad son los derivados del maíz, los antojitos mexicanos, los tipos de frutas y los tipos de carnes. Pero no tienen idea de cada cuánto los consumen, cómo los combinan o cómo los preparan.

⁷⁵ Se entiende por alimento toda sustancia comestible elaborada, semielaborada o bruta que se destina al consumo humano incluyendo bebidas FAO <http://www.fao.org/docrep/005/y1453s/y1453s05.htm>. Por dieta se entienden el conjunto de alimentos incluyendo bebidas que son consumidos <http://www.fao.org/docrep/005/y1453s/y1453s05.htm>

Un elemento que el personal médico tiene presente sobre la forma de llevar la dieta es que los fines de semana las personas suelen olvidarla; porque visitan o son visitados por sus familiares, porque existen fiestas como bautizos, XV años, o religiosas; todo lo anterior hace que su dieta sea diferente. El personal médico hace hincapié que esto descontrola los niveles de azúcar porque la gente tiende a “desmandarse” en esos días.

La obtención de los alimentos también es otro factor condicionante en el cumplimiento de la dieta, ya que influye para obtener alimentos más o menos adecuados para su consumo. De acuerdo con el personal médico éste no es un factor que influya demasiado porque desde su punto de vista la dieta del diabético es accesible a todos. Sin embargo, también reconocen que el acceso a los alimentos depende del poder económico que tenga la persona; en los adultos mayores esto se manifiesta porque algunos son dependientes económicos y no pueden adquirir por ellos mismos los alimentos así que deben consumir lo que les “compartan”.

4.2.15 Las prácticas y las representaciones sobre la dieta

La dieta adecuada y el ejercicio son recomendados por las instituciones de salud internacional como coadyuvantes en el tratamiento para la diabetes y parte del “envejecimiento saludable”⁷⁶. Existen discrepancias entre la dieta recomendada por los médicos y lo que se prefiere o se puede consumir; las personas tienen un panorama general de cuáles son los alimentos recomendables y los que deben evitar. Sin embargo, existen graves problemas para adaptarse a ello, como son la preferencia y el gusto por platillos basados en su mayoría en alimentos no recomendados, y las barreras económicas para obtener aquellos recomendados.

El cambio en el tipo de dieta cuando ha sido apoyado por la red familiar se ha dado gradualmente, los miembros de la unidad doméstica han intentado cambiar sus formas de preparación y consumo aunque con éxito limitado.

Mi papá no ha cambiado mucho lo que come, de la dieta ahí la lleva pero le cuesta mucho comer verduras todos los días, y es que no se crea es difícil acostumbrarse, luego están los antojos y pues peor. De la dieta lo que más le hemos cambiado es que cocinamos con menos sal y ya casi no usamos el azúcar (Laura, familiar de Rodrigo).

Pues que hay muchas cosas que no las debo de comer y si las como, pues como la carne. Esa es la que nos dice que nos hace daño, la carne de borrego es la que nos hace más daño. Le digo que luego no seguido, pero si luego me como golosinas y el refresco también que se me antoja a veces pero solo un vasito. Yo trato a veces de seguir la dieta, pero no es nada fácil (Daniela).

Las representaciones sobre el cumplimiento de la dieta recomendada refieren que esto es difícil pero puede lograrse “poniendo de su parte”; las personas consideran que es una elección de carácter personal donde la voluntad es el factor decisivo. En el discurso

76

<http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/TopicHome.asp?ID='515,516,517,518,519,520'&KW=reviewedPublications&Lang=S&Title=Estilos%20de%20vida>

es fácil seguir la dieta, pero en los hechos dista de serlo; muy pocos han cambiado lo suficiente su manera de alimentarse y la red familiar tampoco ha cumplido un papel significativo como respaldo para dicho cambio.

Los cambios en la dieta, variaciones y adaptaciones que realizan el adulto mayor y su red familiar ocurren con pequeños cambios como la disminución de sal, azúcar, consumo de tortillas y carne de cerdo. Los principales obstáculos son la falta de costumbre y gusto por las verduras, el costo de alimentos, la falta de orientación sobre las combinaciones más óptimas, las diferentes representaciones entre el adulto mayor y la familia sobre que alimentos consumir como grupo y la escasa información que el médico otorga a la familia sobre la dieta favorable. Además existen alimentos nucleares en su dieta como los derivados del maíz (tortillas, tamales, tlacoyos, chileatole, etc.), frijoles, chiles y las carnes rojas.

Yo digo que por nuestra enfermedad, solamente... si tiene uno enfermedad le prohíben a uno muchas cosas que no para no comer... (...) Yo luego digo que... así cuando me voy a ver a la nutrióloga dice “no debe de comer nada de tortillas ni pan”, digo pues si no me voy a morir de la enfermedad me muero de hambre, yo pues yo como pan y como tortilla y no me siento mal o que este yo mal... (...) No, no tengo una buena dieta como estoy, este como dice mi amigo, me estoy poniendo un poco anémico, porque yo luego de repente si me duele mi cabeza, porque como dice él: “con esa enfermedad debe uno de comer bien”, y yo no puedo. Lo principal es el apoyo de la familia y si no lo tiene uno, pues no, no, se va uno más pronto (Andrés).

Mi esposa guisa como si, si todos estuvieran sanos, no cuida nada de sal o azúcar, y pues yo me lo como todo así como ella la hace, ni modo que yo cocine, yo me lo tengo que comer así.... (...) De azúcar, pues en una ollita de dos litros que me hago diario para mi té, le echo, que le diré unas 10 cucharadas en dos litros de agua, no queda dulce no queda simple, más o menos así, pues yo digo para que no me sepa tan feo le echo tantita azúcar. Y también mi pan de dulce, ese sí diario le digo que es lo único que ceno (Rodrigo).

Puras verduras y pos al principio me atuve yo a eso, puras verduras, puras verduras a veces guisadas, a veces nomás hervidas, todo, pero es que yo quisiera que con lo que como y me tomo de las medicinas, se me quitara, pero ya no se quita. Entonces ya namás el control es de medir lo que se come uno. Inclusive que la sal y la azúcar... (...) Pues, lo que se me hizo difícil fue le digo la carne de puerco, que me gustaba o me gusta, pero pues ya no la puedo comer. Ya, ahorita ya la llevo muy controlada ya la dieta y la medicina, tomar inclusive el alcohol, tengo ahí mi alcoholito, mi botellita, cuando tengo ganas me tomo una cubita antes que coma yo, pero hasta ahí ya no es para más (Silverio).

Pues la tortilla yo digo que no tiene azúcar pero pues nada más me dicen “ya no coma tanta tortilla”, deberás ¿y porque si no trae azúcar no la puedo comer?... (...) Cuando a veces que voy a alguna fiesta y nos dan de comer carnitas, no la como toda pero un poquito si me como, de carne o de la salsa así voy comiendo (Mariana).

Los tamales por ejemplo ve que luego hago tamales acá por cualquier fiestecita hago tamales. Y si los pruebo a ver como salieron, o a ver si ya están, me comeré uno y cuando según qué vamos a desayunar todos otro tamal, namás dos no es que sea yo

exagerada que coma yo, no. Hasta dos tamales por mucho que haga yo, dos tamalitos pero no más (Esther).

Me dijeron que tenía diabetes y me dieron la dieta y luego mi esposo, mi señor íbamos a Ozumba porque sembrábamos y nos íbamos y luego un día me dice “ya no puedes ya estas pero bien flaca, ya ni puedes caminar” y le digo pues si me siento bien mal. Pues todo lo que comía de verdura casi no me gustaba y ya no comía tortilla, ya ni pan ni cosas así, ya un día que íbamos a Ozumba y me dice “es de hambre si no comes te vas a desmayar un día” y en eso pasa la señora que anda vendiendo los tacos, “cómete un taco” y le digo “no porque me va hacer mal”, me dice “come y veras que hasta se te va a quitar esa enfermedad” y ya que llega la señora y sírvanos nuestro taco y comimos, luego que se va y va a traer un refresco pues trajo una coca de esas chicas cada quien, “tómatala” y como ya había comido pues tenía sed pues que me la tomo y me la termine y cuando vine me sentía bien hasta ya me veía mejor. Pues de ahí ya no hice dieta, ya no porque la dieta mata también, como uno no está impuesta, ya desde entonces no deje de comer porque no uno se siente bien mal con la dieta, yo creo que si la hubiera seguido ya no estuviera yo (Guadalupe).

Los cambios realizados son menores con respecto al tiempo del padecimiento y el estado de salud, con más de cinco años de padecer diabetes no se han adecuado totalmente a la dieta recomendada ni el adulto mayor ni la familia con la que cohabitan. Las representaciones que se tienen sobre la dieta es que al ser restrictiva no es fácil seguirla por lo que se opta por adaptarla, algunos consiguen mantenerla más apegada a los consejos biomédicos como aquellos que están solos y cocinan de acuerdo a las indicaciones. Sin embargo los alcances de estas personas son hasta donde la economía lo permite, ya que al no contar con dinero suficiente comen lo que esté disponible que no siempre coincide con lo deseable.

La familia contribuye a la alimentación pero no lo hace de forma consciente, no existen mecanismos para adecuar la dieta familiar debido a la situación económica en la cual es más redituable consumir alimentos que aporten mayor energía que aquellos que tengan nutrimentos adecuados. En este sentido tampoco existe una conciencia clara de que la propia familia del adulto mayor es susceptible a la enfermedad y por ello es recomendable que también adopten cambios para favorecer la prevención.

Al hacer mención de los alimentos consumidos se enumeran los recomendables como verduras, pero pudo observarse que las verduras están en segundo lugar, ya que el plato normal de una comida lleva 60% carnes, 30% harinas y las verduras sólo son de acompañamiento. Si bien no se encontró un consumo alto de refrescos en los adultos mayores, éstas si se presentan en la comida familiar cotidiana. Ellos clasifican la comida que no deben ingerir de acuerdo a sus propiedades por ejemplo:

Azúcar: frutas, dulces, azúcar endulzante.

Grasas: carne de res y cerdo, aceite, huevo, manteca.

Harinas: tortilla, pan, pastas, arroz.

La red familiar suele opinar que el cumplimiento de la dieta depende de “acostumbrarse” y como es una recomendación para no tener complicaciones el adulto mayor debe ser responsable de cuidarse y llevar la dieta “como debe de ser”. Muy pocos familiares han hecho cambios que favorezcan una mejor alimentación, como la decisión

se considera personal debe ser el adulto mayor quien se abstenga aunque la familia no lo haga y conviva con él al momento de la comida.

No es difícil porque te acostumbras. Mi mamá ya se acostumbro a sus cosas sin azúcar, sin sal. También los familiares se acostumbran, yo ya me acostumbre a comer todo sin azúcar, no pasteles más que un pedacito. Si no luego también les hace mal, luego de tanto que no comen también se le baja su azúcar y tiene que compensar con un dulce o algo (Liliana, familiar de Adriana).

Pues... no te creas que es tan manejable, porque luego hasta llegamos a discutir, pero desgraciadamente pues él tiene que entender, tiene que entender por qué no lo dejamos que haga las cosas no porque no queramos sino porque le hacen daño. Una persona de edad ya no es tan manejable. Se enoja, “no te comas eso porque te hace daño”, “si no quieres que me lo coma, comételo tú”, pero si este, si son difíciles (Laura, familiar de Silverio)

Existen familiares de la unidad doméstica que sí logran adaptarse a los cambios, son ellos los que alientan y empujan al adulto mayor a comer adecuadamente, como es el caso de Daniela y Mariana. Existen también confrontaciones al interior de la red familiar con respecto a recomendar comer de manera diferente, en el caso de Silverio, Rodrigo y Guadalupe (quienes se hacen cargo de su comida) sus familiares dicen tener problemas al momento de recomendar no comer algo o dejar de utilizar ciertos alimentos. Ante esto en varias ocasiones prefieren ya no decir nada, o platicarlo con el médico durante la consulta para que éste refuerce sus recomendaciones.

La obtención de alimentos es en su mayoría por la compra en el tianguis de Ozumba; las familias que siembran como las de Mariana, Guadalupe y Esther obtienen productos básicos como maíz, hortalizas, legumbres y algunas frutas de temporada (capulín, durazno, etc.). Silverio cosecha frutas de temporada y nueces; Andrés cosecha únicamente nueces. Adriana, Daniela, Guadalupe, Andrés y Rodrigo tienen animales para autoconsumo como gallinas y guajolotes, obteniendo de ellos huevos y ocasionalmente carne.

Controlar los alimentos y regular su consumo es una idea poco agradable en los adultos mayores que conlleva rehacer sus hábitos de compra de alimentos, de preparación, de consumo y sobre todo de la relación con sus familiares. De acuerdo con Peinado (1994) “la regulación colectiva, socializada, del alimento opera también en contra del diabético; de ella queda excluido, desregulado, en posición precaria respecto del vínculo social en que el alimento viene a inscribirse como ritual de la relación grupal” (Peinado, *et al.*, 1994, p. 6); por lo que las personas diabéticas tienen que reconstruir en lo práctico los hábitos alimenticios y asimismo reelaborar la relación familiar con respecto a la comida.

En la tabla 37 se muestran los principales alimentos consumidos:

Tabla 37. Alimentos consumidos diariamente

Adulto mayor	Alimentos
Rodrigo	Desayuno: infusión de alguna hierba, huevo, taco de la comida del día anterior.
	Comida: caldos, res, carne de cerdo, verduras.
	Cena: infusión de alguna hierba, con pan dulce.
	Frutas y verduras: coliflor, quelites, espinacas, calabazas. De todas las frutas.
Andrés	Desayuno: pan dulce, infusión de alguna hierba.
	Comida: Caldo de pollo o sopa de pasta, arroz, tortillas 3 ó 4, guisados de cerdo o pollo, infusión de alguna hierba o agua.
	Cena: infusión de alguna hierba local.
	Frutas y verduras: verduras sólo como acompañamiento de alguna carne. Plátanos
Silverio	Desayuno: infusión de alguna hierba con la mitad de un pan, huevo.
	Comida: Caldo de pollo, res o de verdura, 3 tortillas, agua simple.
	Cena: infusión de alguna hierba, la mitad de un pan ó un taco del guisado de la comida.
	Frutas y verduras: acelgas, brócoli, lechugas, quelite, de todo tipo.
Daniela	Desayuno: infusión de alguna hierba local, pan dulce.
	Comida: sopa de pasta, frijoles, arroz, pollo,
	Cena: infusión de alguna hierba
	Frutas y verduras: poca verdura: zanahoria, brócoli, espinacas. Mango, sandia, melón, papaya, de todo.
Esther	Desayuno: infusión de alguna hierba, pan dulce, comida del día anterior.
	Comida: caldos, carne de pollo, de res, 4 o 5 tortillas, arroz, frijoles, agua de sabor.
	Cena: infusión de alguna hierba, pan dulce o frutas.
	Frutas y verduras: brócoli, espinacas, calabazas, zanahorias.
Mariana	Desayuno: infusión de alguna hierba, una tortilla con los restos de comida
	Comida: Sopa de pasta, arroz, frijoles, guisado con verduras, 4 ó 5 tortillas, agua de fruta.
	Cena: infusión de alguna hierba
	Frutas y verduras: calabazas, elote, ejotes, nopales. De todas las frutas.
Adriana	Desayuno: licuado con leche, ó licuado de alguna fruta.
	Comida: guisado de pollo o res con verduras, 2 o 3 tortillas, infusión de alguna hierba local.
	Cena: infusión de alguna hierba local.
	Frutas y verduras: de todas las verduras y frutas.
Guadalupe	Desayuno: infusión de alguna hierba ó café con pan dulce
	Comida: Caldos, carne pollo, res, cerdo con verduras, 4 ó 5 tortillas, infusión de alguna hierba. Postres dulces
	Cena: infusión de alguna hierba, fruta.
	Frutas y verduras: quiptoniles, acelgas, zanahorias. De todas.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Según la lista de los alimentos de consumo regular y lo observado en campo es posible encontrar que a pesar de un aparente consumo alto de verduras en realidad éstas son de acompañamiento ya que continúa considerándose a la carne como el platillo fuerte, el cual va acompañado de un número alto de tortillas y panes. El consumo de cerdo y derivados se ha “intentado” disminuir a partir del diagnóstico de diabetes; sin embargo, continúa presente. Sobre todo la manteca para guisar o en los platillos que se sirven en las fiestas de fin de semana.

Por lo general hacen una sola comida, el desayuno y la cena son ligeros, prácticamente no consumen colaciones. Durante el día es bajo el consumo de agua, ya que para ellos el agua simple está cruda y por eso la preparan como una infusión con hierbas. Los horarios de comida son dispares, el desayuno es entre las ocho y nueve de la mañana, la comida entre las cuatro y seis de la tarde, la cena es únicamente un té, café o leche. Pasan varias horas sin consumir alimento, a cambio de ello la comida es abundante.

Sí se salta sus comidas. Luego tiene que ir por su apoyo, o algo tiene que ir a sus ejercicios y ya se retrasa. Luego si se va temprano y sabe que se va a tardar desayuna, se levanta temprano y desayuna, su licuado o un vaso de leche. Porque antes se mareaba mucho si no desayunaba ahora parece que ya no, se desmayaba si no comía nada, pero ya ahora ya hace por desayunar en la mañana temprano si va a salir (Liliana, familiar de Adriana).

Los fines de semana el patrón alimentario varía, ya que por lo general hay fiestas de algún tipo como las dedicadas a los santos de la localidad o por eventos familiares o de vecinos. Durante las fiestas se consume refresco, carnitas, revoltijo, alcohol y postres. Los adultos mayores asisten y su forma de cuidar la dieta es comer de todo lo que hay pero en menor cantidad, o se llevan su porción completa a casa para comerla en un momento posterior. En el caso del refresco toman un vaso, o a veces lo rebajan con agua “pa quitarle tanto azúcar”. Participan activamente de esos eventos sociales, ninguno mencionó que dejará de asistir por tener problemas para comer lo que se ofrece. En este sentido los familiares y amigos son condescendientes y no hacen ningún señalamiento hacia su condición con el argumento de que “al cuerpo le hace bien de todo de vez en cuando”.

La red familiar tiene un fuerte impacto ya que puede colaborar en promover una mejor alimentación o mantener los patrones existentes. Existen familiares que tienen problemas para aconsejar en la forma de comer porque el adulto mayor se siente ofendido o coartado en sus elecciones de alimentos. Por ejemplo la hija de Mariana opta por mantener el control de la cocina y busca formas de elaborar la comida de acuerdo a las recomendaciones, así como ocultar saleros o azucareros. Carla hija de Guadalupe que no vive con ella ni interviene en la cocina tiene algunos roces cuando trata de aconsejar sobre el cuidado de la dieta, y al final decide no intervenir. Adriana que vive sola trata de llevar la dieta que le recomendó la nutrióloga pero de acuerdo con ella la falta de ingreso económico le hace consumir “para lo que haiga” por lo que no siempre puede comer de acuerdo a como ella piensa que debería de hacerlo. Daniela y Esther preparan la comida para ellas y sus familias, intentan cuidar lo que consumen pero sus familiares no se han acostumbrado al cambio por lo que les es difícil seguir su dieta.

En el caso de los hombres, Andrés y Silverio no reciben apoyo de sus familiares, al primero le cocinan de la manera tradicional sin tomar en cuenta las recomendaciones del doctor y si su esposa no está él acude a la comida corrida del mercado. Silverio se encarga de cocinarse procurando seguir las recomendaciones, sin embargo debido al poco ingreso económico que tiene cocina lo que esté a su alcance y cuando sus familiares le llevan algo de comer lo que preparan no va acorde con la dieta a seguir. Rodrigo no tiene ningún cuidado de los alimentos, porque prefiere comer lo que le gusta y su familia está de acuerdo. Su esposa es la encargada de cocinar y trata de incluir más

verduras y menos grasas en los alimentos, así como reducir las cantidades de sal y azúcar, aunque no siempre logra que él esté de acuerdo.

En general la comida es un punto importante en la autoatención del adulto mayor y su red familiar, sin embargo, existen deficiencias para integrar el conocimiento biomédico con la práctica cotidiana. Las costumbres en la alimentación, el acceso a los alimentos y el papel que juega el adulto mayor en la familia condicionan el cuidado que puede ejercerse en la dieta. Como menciona Cardoso (2002) la alimentación es un acto social donde están involucrados emociones, afectos, convivencia y distintas formas de comunicación. Cambiar los hábitos de alimentación no sólo es un acto de “voluntad” o de cambio de “estilo de vida”, implica modificar representaciones y prácticas culturales compartidas con el grupo de convivencia cotidiano; significa cambiar toda “una serie de factores que rodean al acto de comer y que son los que determinan que dicha comida sea aceptada con agrado o por el contrario, no sea bien recibida o incluso hasta rechazada (Cardoso, 2002:27). El rechazo al cambio de dieta está influido por los valores de ciertos alimentos, la convivencia familiar, la disponibilidad de recursos económicos, la identidad, la dependencia para obtenerlos, e incluso el rechazo fisiológico ante un cambio de dieta abrupto.

El seguimiento de la dieta es en las representaciones de los adultos mayores la principal fuente de conflicto. La relación con la comida no sólo es hábitos y costumbres implica convivencia, cotidianeidad y relación con el propio cuerpo y de otros (Maury, 2010; Contreras, 1993). La preparación y consumo de los alimentos son rituales que integran a las personas siendo un marcador de identidad y cohesión. La persona con diabetes transgrede esa relación porque debe cambiar la manera tradicional con la que siempre se ha cocinado o como siempre se han consumido los alimentos. La relación con la familia se altera ya que éstos remarcan la prohibición o regulación alimentaria provocando tensiones y conflictos, o bien su permisión influye en detener el cambio en los hábitos de alimentación.

4.2.16 La salud bucal

El estado de la salud bucal también influye en el tipo de alimento consumido, la forma de preparación y el tiempo invertido para comer. La salud bucal es un aspecto abandonado por las clínicas de salud, sobretodo en su fase preventiva, la poca capacitación en los hábitos de higiene bucales hacen que la aparición de caries y pérdida de dientes sea común en los adultos mayores. El tener diabetes incrementa el riesgo de problemas como la enfermedad periodontal, caries, sequedad en la boca y dolor orofacial (Al-Habashneh, *et al.*, 2010; Commisso, *et al.*, 2011).

La salud bucal muchas veces no es considerada por el médico familiar y por el paciente como un aspecto a tomar en cuenta para el tratamiento. La mayoría de las personas entrevistadas tienen problemas dentales como pérdida de piezas, caries o usan prótesis dentales. Todos mencionan que el médico familiar no les pregunta cómo se sienten y raramente los refiere al área de odontología. Los adultos mayores tampoco le otorgan demasiada importancia y reportan que no acuden con el odontólogo a menos que tengan dolor grave en algún diente. Los que usan prótesis dentales dejaron de acudir con él desde que la usan.

No pues no voy. Y me anda doliendo ya se me hizo un hoyito en un diente y me anda doliendo cuando le hago así (inhala) le hago así para y me duele harto, pero le digo no pues, luego le digo este, ¿cuánto me va a cobrar el doctor unos tres mil pesos por mi diente? y no tengo (Andrés).

El estado de piezas dentales de los informantes es el siguiente:

Tabla 38. Salud bucal en los adultos mayores

Informante	Estado dental
Andrés	Caries en molares y premolares, pérdida de varias piezas: 2 molares y un premolar.
Daniela	Caries en molares, premolares, pérdida de varias piezas dentales y en proceso de extracción para uso de placas dentales completas.
Silverio	Caries en molares, premolares, pérdida de piezas: 3 molares y 2 premolares.
Adriana	Caries en molares, pérdida de piezas: 2 molares y 3 premolares.
Rodrigo	Utiliza prótesis dentales completas superior e inferior.
Esther	Caries en molares, premolares, incisivos, pérdida de piezas y en proceso de extracción para uso de placas dentales completas.
Mariana	Utiliza prótesis dentales completas superior e inferior.
Guadalupe	Utiliza prótesis dentales completas superior e inferior.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Andrés tiene todas las piezas dentales pero los molares careados. No tiene problemas para masticar. Mariana tiene prótesis total desde hace 20 años. No tiene problemas con ingerir alimentos, puede comer lo que sea aunque sean alimentos duros. Adriana tiene varias caries en molares y ha perdido tres piezas dentales. Tiene problemas para morder, por lo que debe picar su comida, deshebrada si es carne y evita alimentos duros o tostados. Daniela está en tratamiento para retirarle las piezas dentales y colocar prótesis, conserva la mayoría de los dientes pero con caries avanzada. Debe comer alimentos blandos ya que tiene problemas para masticar, le es difícil comer carne. Guadalupe usa prótesis total desde hace tres años, puede comer de todo pero despacio, la carne la tiene que deshebrar o picar para comer, para las frutas tiene que cortarlas en segmentos pequeños. A Rodrigo le hacen falta algunas piezas dentales como un molar izquierdo y uno derecho, un incisivo y un premolar derecho. Esther está en proceso de extracción de piezas dentales para colocar prótesis. No puede cortar con sus dientes los alimentos que no sean blandos, así que tiene que picar el resto de los alimentos, tarda en masticar y come lento. A Silverio le hacen falta un premolar izquierdo y dos molares, tiene algunas caries por lo que acude a que le extraigan esos dientes, no se le ha mencionado que sea necesaria extracción total para colocar prótesis. No puede comer cosas duras pero en general considera que puede comer de todo pero despacio.

Debido a la pérdida de piezas dentales y caries existen problemas para ingerir algunos alimentos, sobre todo aquellos como vegetales crudos y carnes. Los principales problemas son la masticación y los dolores bucales; en el caso de quienes usan prótesis las molestias disminuyen, pero aún así el uso de éstas les provoca en algunas ocasiones dolores en la encía por el desgaste y el mal ajuste de la oclusión.

Ni para comerme los pepinos porque ya no tengo dientes. Ya me los están acabando de quitar. Si, ahí con el dentista, tengo que dar la mitad para que me toman la medida y ya la otra mitad ya después (Esther).

Existe servicio dental en el CEAPS y en el DIF, pero por la falta de costumbre de los adultos mayores en pocas ocasiones acuden; por lo que ellos encuentran la forma de tratar de seguir comiendo los alimentos. Para ello utilizan algunas técnicas como cocer más los alimentos, picar finamente la carne o molerla, también dejan de comerlos como es el caso de las frutas secas como nueces, cacahuates, almendras, etc.

En este aspecto la red formal otorga la disponibilidad de los servicios odontológicos, sin embargo, falla en el sentido de la promoción y prevención para el cuidado de la salud bucal, ni la importancia de ésta en la adquisición de los nutrimentos necesarios. Asimismo no existe coordinación entre los especialistas como son el médico general, el nutriólogo y el odontólogo ya que por lo general no hay referencia entre ellos.

4.2.17 Las prácticas y las representaciones sobre la actividad física

La promoción del ejercicio es uno de los objetivos de la Secretaría de Salud y sus programas como el Seguro Popular, el DIF también realiza campañas de promoción. La norma oficial para prevención, tratamiento y control de la diabetes⁷⁷ establece como prioridad la promoción del ejercicio físico rutinario y programado como parte de las tareas que deben realizar los trabajadores de salud. Además la integración de los grupos de ayuda mutua tiene entre sus actividades el desarrollo de promoción y rutinas de ejercicio adecuadas para quienes asisten a ellos.

De acuerdo con la NOM-015 se debe promover la práctica de ejercicio aeróbico con asesoramiento continuo del personal de salud para evitar lesiones. En el caso de los grupos de ayuda mutua deben considerar realizar sesiones de actividad física divididas en tres etapas: calentamiento, ejercicio aeróbico y recuperación. En el DIF la promoción del ejercicio es una de sus actividades cotidianas por medio de campañas, carteles y actividades al aire libre para todas las edades. El grupo de ayuda mutua tiene como actividad principal 40 minutos de ejercicio una vez a la semana, además de organizar de forma sincronizada con el calendario del DIF nacional jornadas deportivas como campamentos deportivos, concursos de caminata y bailes, etc. En la localidad organiza eventos con el gobierno municipal como jornadas deportivas, exhibiciones de las actividades del grupo, etc. A nivel individual el personal que está en contacto con adultos mayores tanto en la clínica como en el DIF también promociona el ejercicio como algo vital para que su salud mejore.

Les digo que deben de hacer ejercicio, caminar 10 minutos pero fuera de lo que hacen todos los días, solo salir a caminar, que se unan al grupo para que hagan ejercicio o que ensayen en su casa algunos movimientos según como puedan por su edad (CEAPS).

No todos los pacientes acceden a asistir al grupo, los tenemos que canalizar pero dicen que tienen que trabajar y no tienen tiempo, en su casa tampoco realizan ejercicio por su cuenta, es por los hábitos y la falta de costumbre (CEAPS).

⁷⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/05/NOM-015-SSA2-2010.pdf>

Aquí se les aconseja que aumenten sus actividades, que caminen más, que salgan a caminar. En el grupo se les programa ejercicio de acuerdo a la edad que tienen, sobre todo para que estén animados y no pierdan movilidad (DIF).

Los médicos de la clínica realizan la referencia de los pacientes diabéticos, hipertensos y con obesidad para el grupo de ayuda mutua, Mientras que en el DIF el grupo es específico para adultos mayores de 60 años sin importar si tienen algún tipo de afección y la invitación es generalmente de boca en boca por las propias personas que asisten.

La promoción del ejercicio debe de ir acompañada con espacios adecuados para realizarlo, en el municipio existen lugares acondicionados como canchas de basquetbol y futbol, los cuales en su mayoría son lugares construidos por la misma población y con mínima estructura. Los espacios que tienen las clínicas locales y el DIF son salones pequeños. Únicamente en los poblados de Las Delicias y Atlautla existen un número mayor de espacios, en el primero está construida la Casa de día del adulto mayor, donde tienen salones para hacer ejercicio así como una cancha para básquetbol. En Atlautla existen una cancha de futbol y una de basquetbol pequeñas, así como una cancha de fútbol recién inaugurada de tamaño mayor. Los adultos mayores realizan ejercicio en el DIF en un salón grande donde cuentan con sillas para cada asistente y una pequeña cocina para cuando realizan sus convivencias. Aquellos que acuden al grupo del CEAPS hacen ejercicio en la casa de cultura, en un espacio muy pequeño donde apenas pueden moverse y no tienen ningún tipo de mobiliario. Este lugar de reunión es reciente ya que antes debían hacerlo en la calle pero tenían que soportar las burlas de los transeúntes e incluso el enojo de conductores que “aventaban” el carro para pasar.

Ahí en el saloncito nos dan, esta chiquito pero está mejor, porque luego estábamos ahí en la calle y luego nos critican, luego decía la gente que estábamos de ridículas, que no teníamos que hacer (Daniela).

De acuerdo con el personal que se encarga de los adultos mayores ellos consideran que existen suficientes espacios para realizar ejercicio, porque pueden ir a caminar, ir a las canchas deportivas o hacer ejercicio en casa.

Tienen bastante espacio, pero no hay hábito en las personas, no hay difusión por el gobierno local. A veces los han mandado a deportivo pero está cerrado y no van por eso, parece que no lo dejan abierto en diferentes horarios (CEAPS).

Es así que consideran que el ejercicio no tiene que ver con las instalaciones sino con la negación que tienen las personas para realizarlo debido a malos hábitos de sedentarismo.

Además del espacio se recomienda que los adultos mayores cuenten con una asesoría adecuada para conocer cuáles son las mejores maneras de realizar la actividad física (OMS, 1998). Durante la consulta médica no existen indicaciones claras de qué tipo de ejercicio se debe hacer y cómo realizarlo según las capacidades de cada paciente, ya que las recomendaciones se hacen en lo general pero no siempre este discurso es comprensible para el paciente. Es en los grupos de autoayuda donde existe mayor enfoque en explicar cómo realizar actividad física y además hay acompañamiento al momento de realizarlo. Las personas que dirigen las actividades deben de estar

capacitadas para llevar a cabo las reuniones y para atender cualquier tipo de emergencia que pueda surgir. Asimismo deben de estar vigilantes del cumplimiento de los ejercicios y las dificultades que los participantes tengan para realizarlos, ya que deberían poder ajustarlos según las necesidades de los miembros del grupo.

Las personas que están a cargo de los adultos mayores son en el CEAPS la nutrióloga y en el DIF una persona capacitada en acondicionamiento físico. La nutrióloga recibe capacitación por medio del Seguro Popular y del programa de grupos de ayuda mutua. En el caso de la encargada del DIF ella tomó varios cursos de acondicionamiento físico de manera particular y lleva trabajando en ese rubro varios años.

El ejercicio físico es diferente en las etapas de la vida, en la vejez debe privilegiar aspectos como elasticidad, resistencia, equilibrio y fortalecimiento por encima de la velocidad y la fuerza⁷⁸. Según el INAPAM las rutinas deben adaptarse de acuerdo con las capacidades de los adultos mayores y de la inclusión de sus opiniones, con esto se pretende que cada adulto mayor pueda tener acceso a una rutina que le permita mejorar en el área fisicomotriz y psicosocial⁷⁹. El grupo de autoayuda del CEAPS está regido por lineamientos nacionales por lo que la rutina de ejercicios básica está descrita en los manuales que son entregados al responsable. Esta rutina es de calentamiento, pero además la nutrióloga suele añadir otra actividad como preparar una tabla rítmica para presentarla en los encuentros anuales entre grupos de ayuda mutua.

En ambos lugares la rutina dura de 30 a 40 minutos, en el caso del DIF el espacio tiene mejores condiciones para que si existe cansancio el adulto mayor tenga un lugar donde sentarse, esto no existe en el espacio asignado al grupo de la clínica. Si ocurre una emergencia de algún adulto mayor en el DIF la encargada no tiene preparación para actuar en ello, pero puede acudir al médico que se encuentra en el consultorio dentro del DIF. Por su parte la nutrióloga del CEAPS tiene capacidad de reacción en caso de una emergencia, en las instalaciones donde se reúnen no tienen ningún tipo de servicio o estructura para atenderse pero se encuentra cerca de la clínica por lo que puede solicitarse ayuda ahí de ser necesario.

Varios de los asistentes a los grupos tienen algún tipo de problema de movilidad en los miembros inferiores o problemas para realizar los ejercicios por falta de elasticidad y fuerza. En teoría las rutinas que realizan la mayoría de los asistentes deberían ser adaptadas para cada una de sus necesidades, tanto para aquellos que conservan agilidad para realizar movimientos complejos como los que tienen limitaciones por falta de ejercicio o por enfermedad. Al respecto las encargadas de ambos grupos (DIF, CEAPS) mencionan que los asistentes no tienen limitaciones sólo tienen “achaque” lo cual no les impide realizar los ejercicios. En el caso del DIF don Andrés no tiene movilidad en la pierna por lo que le es imposible realizar varios de los ejercicios que realizan los demás. Se observó que la encargada no realiza ninguna adaptación para que él pueda participar, por lo que Andrés únicamente realiza algunos ejercicios de brazos y el resto del tiempo lo pasa sentado observando a los demás asistentes.

Yo por ejemplo no puedo hacer nada, jamás se dedica con los demás y a mí no

⁷⁸ Modelo de cultura física para personas de edad avanzada
http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Modelo_Cultura_Fisica.pdf

⁷⁹ *Idem*

me dice nada porque sabe que no puedo hacer los ejercicios. Entonces nada más me quedo ahí sentado viéndolos como lo hacen los demás, yo ahí me quedo sentado, así de que me ponga algo especial a mi pos no, porque pos yo no puedo hacer nada (Andrés).

Luego unas compañeras también de la presión luego se salen del grupito que estamos ahí haciendo ejercicios por lo mismo que se sienten mal de la presión, luego la doctora nos dice “si se sienten mal pues siéntense un rato”, váyanse a la clínica que les cheque a ver cómo están (Adriana).

Además de este caso específico hay que señalar que al observar el desarrollo de la rutina de ejercicios varios de los adultos mayores no los realizan adecuadamente. Esto es porque tienen problemas para realizar movimientos por falta de práctica, falta de elasticidad y equilibrio, además de que las encargadas no se detienen a evaluar la pertinencia de la rutina y la capacidad para realizarla de manera individual. Ambas encargadas se concentran en quienes sí pueden hacerlos, sin que exista un subgrupo de ejercicios específicos para quienes tienen problemas de movimiento. Este tipo de fallas está asociado a que desde su ingreso al grupo no se realizan pruebas para confirmar el estado físico de las personas con la finalidad de que asignarles rutinas que sean específicas para sus capacidades y necesidades.

Tampoco existe un seguimiento sobre la efectividad de la rutina física, en el DIF los objetivos que tiene el grupo es reportado como el número de asistentes que tienen, el tiempo que se dedica a ellos, el cumplimiento de ciertas tareas⁸⁰ y la asistencia a eventos de índole regional y nacional. No existen mecanismos para conocer la efectividad en el sentido de qué tan beneficioso es para los adultos mayores asistir a las sesiones. En el caso del CEAPS la efectividad la evalúan a partir de los objetivos que les piden para mantener su registro por parte de la Secretaría de Salud. Estos incluyen tener niveles específicos de glucosa, triglicéridos, peso, IMC y otros parámetros relacionados con metas de control de enfermedades por problemas metabólicos. No existen evaluaciones al interior del grupo para conocer otros tipos de efectividad, como la del ejercicio sobre la movilidad funcional de las personas, los cambios en otros ámbitos de su vida y de su control con el tratamiento.

Según el personal encargado de la promoción de ejercicio pese a las recomendaciones las personas continúan sin realizar ejercicio de manera rutinaria ni en espacios públicos ni en sus casas. Las principales razones que los entrevistados mencionaron fue la falta de tiempo, no tener espacios adecuados en casa, la pena que les causa que los familiares los vean, no están seguros de cómo realizarlo y no están seguros de sus beneficios.

El personal de la clínica y del DIF considera que la realización de actividad física es una decisión personal; aunque reconocen la existencia de obstáculos como la falta de espacios adecuados, la falta de costumbre y las burlas o críticas que pueden recibir por parte de otros.

Si realizan un ejercicio pero no es constante por ello no les causa ningún impacto, ellos toman el ejercicio como caminar pero ya no les funciona porque debe ser cotidiano,

⁸⁰ Deben cumplirse un cierto número de pláticas y talleres que cubren temas que el DIF nacional implementa como nutrición, asesoría legal, asesoría psicológica, taller de manualidades, etc.

tiene que ser una inversión de tiempo para que pueda funcionarles (CEAPS).

Se les promueve que el ejercicio es bueno para que tengan una vejez más activa sin achaques, pero no están, bueno no estamos en general acostumbrados a hacer ejercicio, ni los niños ya lo hacen. Los abuelitos vienen aquí y hacen ejercicio pero ya no lo vuelven a hacer en toda la semana, entonces es difícil que sus cuerpos se acostumbren a ello y estén más fuertes y sanos (DIF).

4.2.18 Las prácticas y las representaciones sobre la actividad física

La actividad física es otra de las recomendaciones terapéuticas ya que se considera que la vida sedentaria es un factor de riesgo para la diabetes y a las personas que ya la padecen se les aconseja cambiar el patrón sedentario por una mayor actividad física cotidiana. La actividad física regular es parte del tratamiento de la diabetes, ayudando a tener niveles de colesterol HDL óptimos, disminución de triglicéridos, favorece el consumo de glucosa por el músculo y reducción de la resistencia a la acción de la insulina (ADA, 2008).

En el caso de los adultos mayores el tipo de ejercicio que de acuerdo con la OMS deben realizar es por lo menos de 30 minutos de ejercicio aeróbico todos los días. En la vida cotidiana esto no ocurre, existen actividades que involucran algún tipo de ejercicio pero éstas son de impacto menor. No existe la costumbre de realizar ejercicio en la sociedad, hasta hace unas décadas en el ámbito rural no había problemas de sedentarismo ya que la actividad agrícola suponía una fuerte actividad física y gasto energético. Sin embargo, el abandono de esas labores ha hecho que disminuya la actividad física sin que existan estrategias para suplirla.

Los adultos mayores hablan sobre los cambios que ha habido en su actividad física como resultado de la vejez más que de la diabetes. La sensación de cansancio es recurrente a lo largo del día, aunque aún son capaces de realizar actividades cotidianas domésticas ya no se consideran igualmente capaces de realizar los trabajos que hacían en su juventud.

La red familiar considera la disminución de la actividad como consecuencia de los años de trabajo ya que éstos han causado mella en la salud. La diabetes también es un factor que ha agudizado ese cansancio y desde que se diagnosticó poco a poco van dejando de hacer cosas.

No pues llevo mi vida normal, ya hago mis cosas más despacio pero pues antes aunque me cansara y todo eso seguía haciendo mis cosas ya sentía yo que tenía fuerzas. Si hay cosas que luego me siento como muy atacada, como ahora si luego para barrer acá o el baño, como ahora lo de mi papá, tuve que salir luego me sentía yo sin fuerzas ni nada. Así va pasando el tiempo y así como que me voy sintiendo cansada no me siento con la misma energía (Daniela).

Caminé mucho aquí, al monte también caminé mucho, fijese en ese tiempo yo hacía yo dos horas de aquí hasta pie del volcán, dos horas. Que ora le digo ahora no subo ni en un día porque ahorita ya no puedo andar sin que me canse, luego, luego me

sofoco y así me duelen las piernas ya de plano que ya no las puedo mover después de un rato. Camino poquito y descanso, luego otra vez por eso namás voy aquí cerquita (Silverio).

Pues sigo haciendo lo mismo, yo agarro y me pongo a hacer mis cosas, pero para ir al campo ya no voy tanto. Ahí si ya no, al campo no porque me canso de por si mis hijos ya no me dejan ir, ya nada más de paseo con mis hijas vamos y venimos pero nada más a pasear. Porque sí yo siento que ya me canso mucho como para trabajar, que antes bien que me iba todos los días con mi marido a trabajar cuando era tiempo de sembrar o cosechar, pero ahora ya no (Esther).

Cuando estaba bien hacía de todo, ya ora ya hago menos, por ejemplo de esos días que estaba yo así mala, ¡ay! no esa dolencia de mi cintura, me agarraba así para agacharme así no podía agacharme, que alzara una cosa así que estuviera abajo no podía yo (Guadalupe).

En el caso de Andrés y Rodrigo que tienen problemas de movilidad en sus extremidades inferiores su actividad física ha disminuido bastante; sin embargo esos problemas son independientes de la diabetes ya que uno es debido a un accidente y otro a una enfermedad degenerativa. Así que no consideran que sea la diabetes la causa de su cansancio o fatiga.

Yo deje de trabajar como tres o cuatro años por lo de la pierna, con la diabetes pues seguí trabajando un rato, pero la pierna ya no me dejo. Quede mal pues con la operación, pero si trabajaba yo, manejaba yo, ahora ya no puedo ni manejar ya ni camino, me canso sólo unas cuadras puedo ir y ya (Andrés).

Pues yo ya así no camino, tengo que salir con el bastón a donde sea porque ya no me sostengo, pero no es por la diabetes es por la mala enfermedad esa. De la diabetes no me ha pasado nada no me da lata, es la otra la que me trae con las piernas así, y por eso ya no hago nada más que ir a ver a los animales, para salir más lejos mi hijo es el que me trae y me lleva en el carro (Rodrigo).

Con respecto al ejercicio físico el grupo de entrevistados se divide entre los que acuden a grupos para adultos mayores y aquellos que no lo hacen. De los informantes la mayoría acude al grupo de autoayuda de la clínica local por lo que ahí realizan actividad física. En sus casas no realizan ejercicio específico, los que tienen un lugar donde sembrar trabajan dos o tres veces por semana ahí removiendo tierra, deshierbando o regando plantas. Aún así dichas actividades no representan un aporte significativo a lo largo de la semana, y tampoco son un ejercicio adecuado a sus capacidades y habilidades.

La actividad física no es entendida como algo que reditúa en una mejor salud, ya que en general provoca cansancio. Pero al mismo tiempo se habla de ella como algo útil para no quedarse “engarrotado, tieso, con poca movilidad”. La actividad física es considerada como las actividades domésticas donde exista movimiento, la caminata o el trabajo en el campo, pero ninguna se lleva a cabo de manera constante ni alcanza la duración mínima necesaria para considerarla como actividad física recomendable. Sin embargo, tampoco deben denostarse las actividades domésticas sino alentarse,

buscando formas de diálogo intermedios para aquellos que no pueden acudir a un grupo de ejercicio y para que los asistentes tengan más actividades cotidianas.

Yo pensé que hacía ejercicio en casa pero dice la doctora que no es lo mismo. Pues yo le dije que ya no iba a ir porque ya estaba cansada, que en mi casa yo barro, lavo los trastes y así, pero me dice que no es lo mismo, que porque allá no tenemos el mismo tiempo. Que aquí nos concentramos una hora y solo hacemos ejercicio, que no es lo mismo (Esther).

En los adultos mayores la disminución del vigor físico va acompañada de sedentarismo, pero puede paliarse con rutinas cotidianas que contengan mejores actividades y ejercicios.

De movimiento pues nada, estoy nada más sentado y sentado. Me levanto a caminar unos cinco o diez minutos cuando mucho porque me duele mucho para caminar, entonces casi, casi jamás camino poquito y ya me siento. Me canso mucho si voy a caminar, entonces no salgo y si llueve es peor porque me puedo resbalar aquí se pone bien feo en la lluvia entonces menos salgo (Andrés).

Yo no hago así ejercicio, bueno lo que hago es salir a caminar aquí al terrenito y le doy de comer a los marranitos que tenemos amarrados. Pero ya no es nada, antes me iba a caminar, paseaba a las vacas, ahora ya no, apenas me muevo y ya me duelen las piernas ni caminar bien puedo. Cuando camino me tengo que ir sentando, luego me tengo que acostar porque no aguanto mucho así (Rodrigo).

Las personas que no tienen problemas de movimiento severos tampoco realizan actividades físicas significativas o tienen algún tipo de asesoramiento para conocer qué tipo de ejercicio sería el adecuado para ellos. Para las mujeres el tipo de actividad es reducido limitándose a tareas de la casa como barrer, limpiar o ir de compras.

Luego me salgo a caminar voy este, de aquí hasta la última calle a ver a mi, a su hermana de mi esposo. Hasta la última calle, voy casi diario pero no hago así ejercicio más que cuando voy a la casa de cultura... (...)Pues no, nada más aquí el quehacer, los lunes y jueves que vamos a hacer ejercicio, lo de la comida, la comida y mi ropa que voy lavando, y barriendo (Daniela).

Pos aquí no hago ejercicio jamás de que voy y vengo y de que hago el quehacer, también me dijeron que tenía que salir media hora a caminar, que fuera ansina aunque sea unas dos o tres cuerdas pero no lo hago. Si me levanto 5:30 y ya me levante, si tengo otra apuración o así me levanto más temprano todavía pero de aquí no paso (Guadalupe).

El ejercicio cotidiano puede planearse para generar efectos deseados que otorgan los ejercicios de una rutina específica. Todas las tareas domésticas pueden alterarse para que cumplan con las características deseadas de incluir flexibilidad, fuerza muscular, resistencia aeróbica y equilibrio de forma cotidiana. La promoción de la salud física debiera incluir la modificación de tareas domésticas para incluirlas en un programa personalizado de ejercicio físico específico (García, et al., 2007).

Para los adultos mayores la sensación después de las actividades cotidianas es de cansancio y fatiga, en pocas ocasiones existe satisfacción tras realizarlo. La actividad

física es vista como algo desgastante que si bien coadyuva en la mejora de su salud provoca después de su realización cansancio que amerita tomar una siesta o descansos prolongados.

Pues yo digo que para que no, porque la grasa es la que nos hace daño, yo creo que ya ahí ya eliminamos un poco de grasa para que no tengamos... bueno me imagino yo que para que no tengamos colesterol y eso de los triglicéridos... triglicéridos. En mi casa no hago ejercicio solo cuando voy al grupo, le mentiría si le digo que hago en casa (Daniela).

La verdad aquí ni los hago los ejercicios, nada más que de repente salgo a caminar, pero no todos los días. Y la doctora nos lo recomienda mucho que hagamos mucho ejercicio en casa... (...) Sirve para regular todo lo de nuestro cuerpo, lo de la sangre, de la circulación de la sangre, y para los tendones, los huesos estén flexibles, tengan movilidad para moverse, si estamos todo el tiempo sentadas luego ya no podemos caminar (Adriana).

El apoyo familiar hacia el ejercicio físico es mínimo, durante la estancia en campo observé la inexistencia de mecanismos al interior de la red familiar que alienten, promuevan y desarrollen la actividad física. El ejercicio no es un comportamiento común ni cotidiano para ninguno de los miembros de la familia; así que el apoyo se limita a conocer que el adulto mayor acude a un grupo de autoayuda. En el espacio doméstico no se realizan rutinas de ejercicio conjuntas, ni se menciona a la actividad física como componente en el tratamiento de la diabetes. Ello refleja las deficiencias de la promoción del ejercicio físico como un factor de importancia en la salud.

No pues ellos igual si voy bien y si no también, nunca me dicen nada ni me preguntan. Ellos aquí no hacen ejercicio ni yo, yo no puedo pero a ellos tampoco les gusta, pues es que uno hace mucho ejercicio en el campo pero si no pues no. Mis hijos que son tianguistas pues a ¿qué hora lo van a hacer? Se la pasan ahí sentados y por eso están gordotes, y yo pues no a mí nadie me ayuda para que mueva mis piernas o algo, ni mis nietos (Andrés).

Pues camina, porque eso le ha recomendado el doctor y por si ya nosotros de edad nos recomienda el doctor que caminemos. Pues a veces aunque no nos guste tenemos que caminar, porque si no caminamos al rato duelen los pies. Yo no hago ejercicio yo me canso me duele mi rodilla hasta para subir las escaleras o luego me duele mi pulmoncito (Patricia, familiar de Rodrigo).

En el ejercicio no quiere, ella dice que porque no tiene tiempo, que porque mi hermano viene, que porque su casa, que porque le da sueño, bueno pone muchas cosas. Ayer yo le dije que fuéramos el jueves al DIF “¿y qué tiene que vayamos vamos a ir unas veces y después ya no vamos?”. Yo lo sentí a que ella me dijo que en ocasiones yo no la llevo, “el que yo no vaya una que otra vez no quiere decir que usted no pueda ir, usted sabe a dónde ir y como llegar, tón eso no quiere decir que porque si yo no puedo ir usted no debe de ir tampoco”... (...) Así como veo no le gusta el ejercicio, por ejemplo cuando empezamos a ir y que no íbamos le decía de los ejercicios que los hiciera en casa, pero no los hacía que porque se le olvidaba (Carla, familiar de Guadalupe).

En la tabla 39 se muestra un panorama de la actividad física realizada, únicamente las personas que asisten al grupo autoayuda tienen actividades de ejercicio sistemático, sin embargo el tiempo promedio a la semana es poco. Los impedimentos del ejercicio físico se asocian con las representaciones, los impedimentos por discapacidad, la falta de lugares adecuados y la pésima promoción del mismo.

Tabla 39. El ejercicio físico en los adultos mayores

Adulto Mayor	Ejercicio físico (hora x semana)*	Ejercicio físico casero (hora x semana)*	Actividad física**
Silverio	0	0	Caminar, deshierbar, quehaceres domésticos
Mariana	60 minutos	0	Trabajo en huerto, quehaceres domésticos
Adriana	60 minutos	40 minutos	Caminar, quehaceres domésticos
Daniela	60 minutos	0	Caminar, quehaceres domésticos
Guadalupe	0	0	Quehaceres domésticos
Andrés	60 minutos	0	Quehaceres domésticos
Rodrigo	0	0	Caminar
Esther	60 minutos	0	Caminar, quehaceres domésticos

*Ejercicio físico: actividad física planificada, estructurada y repetitiva.

**No se contabiliza tiempo debido a su variación cotidiana.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En la comunidad no existe el hábito de ejercitarse ya que se considera innecesario debido a la idea de que las actividades en el campo son suficientes. Varios de los integrantes del grupo de ejercicio mencionaban las críticas o burlas a su participación debido a que otras personas de la misma edad consideraban “ridículo” realizarlos. Aquellos que no pertenecían alegaban “innecesario” realizar un ejercicio estructurado porque ya son grandes y se les dificulta debido a problemas de elasticidad, resistencia y condición física. Además consideran que la caminata y otras tareas son suficientes.

De igual forma las personas que asisten al grupo tampoco realizan ejercicio fuera del día de reunión, porque no tienen tiempo, se les olvida y no sienten la misma motivación al realizarlo a solas. Además debe sumarse la falta de espacios adecuados que fomenten actividades lúdicas en la comunidad. Se cuenta con un deportivo que no tiene horarios fijos de apertura y que al estar a la salida del pueblo parece lejano y solitario; existe también una cancha de futbol en un llano que es usado en su mayoría por adultos jóvenes los fines de semana y una cancha de futbol rápido que es usada por los adolescentes. Ninguno de estos espacios es atractivo para la población de adultos mayores ya que son espacios para “jóvenes” y su intromisión en éstos es mal vista por la comunidad.

4.2.19 Los hábitos de sueño y la actividad cotidiana

Los hábitos de descanso y sueño influyen en la capacidad de realizar ejercicio sin sentirse agobiado. Los cambios en el ritmo circadiano de sueño-vigilia son comunes en los adultos mayores, su sueño es menos profundo, tardan más tiempo en conciliarlo y

despiertan con más facilidad (Da Costa, *et al.*, 2011). Los trastornos del sueño generan cansancio, cambios de humor y estrés, irritabilidad, disminución de la atención y problemas de visión borrosa.

Los adultos mayores del grupo presentan cambios en su forma de dormir relacionados con el tiempo que tardan en conciliar el sueño, despertarse en varios momentos y la sensación de que éste no es reparador. Suelen tener más sueño por el día que en la noche, si no realizan alguna actividad pueden quedarse dormidos sentados o si se sienten “desguanzados” tomar siestas matutinas o vespertinas; todo lo anterior hace que por la noche no tengan sueño y despierten varias veces.

No pues a veces siento que no descansa así mis pies, y me duelen, y es que yo jamás debo de dormir boca arriba porque no me puedo voltear de un lado o del otro lado, no me puedo voltear, me cuesta mucho trabajo para voltearme de lado, casi siempre me duermo boca arriba (Rodrigo).

Me da sueño como a la una, luego las dos, la doctora ahorita que fui que si me sentía yo mal. No ahora porque no dormía, casi no dormía. En el día a veces si me vence, porque por más que luego quiero aguantarme así no dormirme pero si me vence el sueño, me duermo como una hora o dos... (...) En la noche depende, pero hay veces conforme me acuesto me duermo, pero hay veces que no, no puedo dormir, luego despierto en la madrugada creo. De madrugada para ver que me vuelva a dormir otra vez (Daniela).

Mariana es un caso especial ya que desde hace tiempo sufre problemas de insomnio. Es por ello que hace alrededor de tres años le recetaron medicamentos para combatirlo, pero le fueron retirados después de unos meses para no causarle adicción. Sin embargo, ella continúa sintiéndose mal por la falta de sueño, a consecuencia de ello por el día tiene dolores de cabeza y molestias en los ojos.

No me da nada de sueño, me paso las noches sin dormir y al día siguiente me arden los ojos, o me duele la cabeza, yo quiero que me den pastillas o algo para dormir pero la doctora no quiere. Pero es que siento que no duermo nada, me acuesto y tardo en dormir o me despierto y ya no puedo, ya no me da sueño de nuevo (Mariana).

Como se observa en la descripción de Mariana los problemas asociados al sueño y al descanso llegan a perjudicar la salud de los adultos mayores y su bienestar cotidiano. A pesar de que existe un cambio “normal” de los patrones del sueño durante el envejecimiento también pueden generarse complicaciones patológicas. Algunos problemas generados son el cansancio durante el día, un menor nivel de alerta que puede ocasionar accidentes y disminuir la concentración requerida en las actividades cotidianas (Fernández & Vázquez, 2007). Todos los informantes presentaron algún tipo de problema con sus hábitos de sueño, asimismo coincidieron en no recibir indicaciones del médico para mejorar. En general, se asume como “normal” dichas molestias, pero también acuden a medicinas alternativas para aliviar los malestares. Mediante el uso de tés de manera ocasional como son el de valeriana, tila y azahares⁸¹, que son consumidos antes de dormir intentan mejorar su cantidad y calidad de sueño.

⁸¹ Los informantes comentan que este tipo de tés sirven para “calmar los nervios” de manera que es más fácil concebir el sueño.

4.2.19 El estado de salud y las medidas de control de la red formal

La red formal se centra en la atención de momentos específicos de la carrera del enfermo que incluyen las consultas médicas y los episodios de gravedad. La atención de la red formal se divide en dos: la vigilancia del estado de salud por parte del personal médico y las acciones de otras redes para contribuir al bienestar del adulto mayor. En este sentido se mencionan los controles que el CEAPS establece sobre los pacientes y por otro lado las actividades que instituciones como el DIF y SEDESOL realizan con las personas.

Los principales controles que se establecen por parte del servicio médico son los niveles de glucosa, triglicéridos, colesterol y control de peso; existen otras mediciones pero éstas se usan en un lapso mayor de tiempo y no son constantes. Los controles ya mencionados son usados tanto por el médico en la consulta mensual, como por el grupo de autoayuda por medio de análisis bioquímicos mensuales.

La población de Seguro Popular que tienen problemas de diabetes e hipertensión es citada una vez al mes y se envía la orden de análisis de laboratorio cada 3 meses. La población abierta también se le recomienda asistir una vez al mes y la realización de pruebas de laboratorio cada tres meses. El grupo de autoayuda lleva a cabo sesiones dos veces a la semana donde se pasa lista, una vez al mes se realizan exámenes de laboratorio y control de peso.

La responsable del grupo realiza la evaluación nutricional, control mensual: perfil de lípidos, control de glucosa, hemoglobina glucosilada, fondo de ojo y pies cada tres meses o una vez al año. Los datos se suben a una plataforma donde se evalúa el apego y se mantiene ó no certificado el grupo según los resultados (CEAPS).

Otros programas gubernamentales como 65 años y más de SEDESOL establecen medidas para garantizar la supervivencia de los afiliados, en el caso de aquellos que reciben el apoyo con tarjeta de banco deben presentarse a comprobarlo, quienes lo reciben físicamente acuden al espacio que el municipio emplea para otorgar el apoyo. Aquellos que reciben el apoyo de Oportunidades por tener menos de 65 años de edad deben acudir a los talleres y reuniones con sus vocales, a menos que demuestren impedimentos físicos para no asistir.

Por último, el grupo de autoayuda del DIF establece como control un pase de lista a la sesión semanal, el cual en realidad no es para conocer quienes asisten y realizar alguna acción en caso de que falte la persona, sino para justificar el número de personas asistentes y presentar el total de participantes como parte de los objetivos cumplidos del programa.

El colesterol y los triglicéridos son tipos de grasa que se acumulan en el cuerpo, su aumento provoca riesgo en ataques al corazón y derrame cerebral, en las personas con diabetes es más frecuente los problemas con ambos. Se considera como valores normales en personas con diabetes un colesterol LDL es de <100 mg/dl; y los triglicéridos de <150 mg/dl. Los niveles de triglicéridos aumentan por el exceso de peso, consumo excesivo de calorías, la edad y algunos medicamentos; el colesterol alto es causado por dieta rica en grasa, falta de ejercicio y la diabetes. En cuanto a la glucosa los trastornos

que presentan los diabéticos están asociados con la hiperglucemia e hipoglucemia (Véase tabla 40).

Tabla 40. Niveles de glucosa, triglicéridos y colesterol en los informantes

Adulto mayor	Peso y talla	IMC	Año	Glucosa*	Triglicéridos*	Colesterol LDL*
Andrés	76.3 kg	25.9 sobrepeso	2011	160 – 109	114 – 156	166 – 179
	1.71 m		2012	145 – 193	217 – 270	193 – 210
Daniela	50.5 kg	20.2 normal	2011	66 – 233	94 – 187	200 – 209
	1.57 m		2012	105 – 250	114 – 170	122 – 258
Silverio	82.8 kg	26.7 sobrepeso	2011	108 – 246	130 – 140	180 – 192
	1.75 m		2012	104 – 116	100 – 121	132 – 188
Adriana	66.5 kg	25.7 sobrepeso	2011	138 – 164	114 – 190	250 – 210
	1.60 m		2012	51 – 146	84 – 224	224 – 230
Rodrigo	76 kg	26.2 sobrepeso	2011	92 – 177	226 – 249	149 – 248
	1.70 kg		2012	122 – 130	166 – 404	182 – 242
Esther	49.6 kg	19.3 normal	2011	230 – 250	129 – 249	190 – 215
	1.60 m		2012	113 – 266	159 – 306	200 – 240
Mariana	53 kg	22.06 normal	2011	89 – 290	86 – 150	167 – 189
	1.55 m		2012	90 – 433	120 – 409	195 – 253
Guadalupe	51.1 kg	21.5 normal	2011	110 – 190	119 – 196	150 – 196
	1.54 m		2012	117 – 260	85 – 173	143 – 154

*Se muestra el valor más alto y el valor más bajo de los últimos dos años (2011-2012). No se tuvo acceso a los datos de hemoglobina glucosilada por lo que únicamente se registraron las pruebas de glucosa.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La tabla 40 presenta un panorama general de la talla, peso, IMC, los niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos que presentan los adultos mayores entrevistados, donde se puede observar que son las mujeres quienes presentan un mayor descontrol en los niveles de glucosa con valores altos como 433mg y valores bajos como 66mg. Las personas más descontroladas en los últimos dos años son Mariana y Esther quienes a partir de los niveles tan altos que presentan y la falta de control iniciaron tratamiento con insulina. En el caso de Guadalupe ella se ha negado a iniciar dicho tratamiento, y a diferencia de las dos primeras tiene niveles altos de glucosa. Los hombres presentan menores niveles de glucosa aunque también exhiben variaciones importantes del nivel normal. Las personas que participan en el grupo de autoayuda tienen los niveles más altos de glucosa: Mariana, Esther y Daniela, quienes tienen un tiempo aproximado de participación en el grupo de tres años, quien destaca es Adriana ya que con el ingreso al tratamiento de insulina tiene niveles de glucosa no tan elevados como ellas. En cuanto al índice de masa corporal todos los hombres presentan sobrepeso, de las mujeres únicamente Adriana tiene sobrepeso; las demás mujeres están en el rango normal. Ninguno presenta obesidad, por lo que el sobrepeso puede ser reducido con cambio en la alimentación y ejercicio sin que represente un problema grave.

Los niveles de triglicéridos también son altos siendo la mayor de 409 mg/dl y la menor de 84 mg/dl; de nuevo Mariana y Esther ocupan los primeros lugares, en el tercero aparece Andrés; las dos primeras pertenecen al grupo de autoayuda del CEAPS y el segundo al grupo del DIF. Las tres personas presentan también los valores mínimos mayores por encima de los valores de los otros informantes.

En cuanto al colesterol los valores más altos en dos años los presentan Daniela, Mariana y Adriana, repitiendo Mariana en los primeros lugares. De nuevo las tres participan en el grupo del CEAPS. Quienes presentan niveles óptimos de colesterol son Guadalupe y Silverio que tienen niveles menores a 200 mg/dl.

Esto es tan solo un vistazo general de los parámetros más comunes que se utilizan como referencia para conocer el estado de salud de las personas diabéticas. Las principales complicaciones que se encuentran registradas en la historia clínica de los entrevistados son las asociadas con el descontrol de los niveles de glucosa. Cuando se les preguntó a las personas si el médico había comentado con ellas las complicaciones que ya están sufriendo la respuesta fue de desconocimiento. Tampoco los familiares tienen claro si ya existen complicaciones o qué tipo de atención merecen éstas. En la tabla 41 se muestra el reporte médico y el manifestado por los pacientes. Existen algunas coincidencias en la información, pero no la consciencia de los daños que la diabetes les está causando.

Tabla 41. Complicaciones de los adultos mayores

Adulto mayor	Padecimientos previos	Complicaciones	Malestares
Andrés	Artrosis de cadera	2011: positivo Escala de depresión geriátrica 2012: piel seca coloración ocre en el tobillo derecho 2012: DM/HAS descontrol, dolor en cadera 2012: DM/HAS descontrol, insuficiencia venosa periférica 2012: trigliceridemia, conjuntivitis	<i>Con esta enfermedad se asocian otras porque yo nunca sufría de la presión y ahora si sufro de la presión</i>
Daniela		2011: Nefropatía 2012: Hipoglucemia 2012: HAS descontrol 2012: Referencia medicina interna, descontrol metabólico, daño renal crónico 2012: hiperglicemia referencia medicina interna 2012: DM descontrol referencia medicina interna	<i>Pues si luego a veces este, apenas me dijo la doctora que me está afectando los riñones</i>
Silverio	Hipertensión arterial	2011: DM descontrolada	<i>De mi rodilla ya no me sirve, me dijeron que ya no tiene liquido y pos cuidarse de no caerme</i>
Adriana		2011: Conjuntivitis aguda 2011: vértigo, conjuntivis aguda 2012: referencia medicina interna: dolor a nivel precostal, cefalea punzatil, dolor área precordial	<i>Antes tenía los ojos nublados y me daba hartoo sueño</i>
Rodrigo	Gonartrosis	2011: DM descontrolado, dislipidemia 2011: Acidopectica	<i>Son ya 7 años con lo de los pies, de un tiempo ya no pude caminar</i>
Esther	Hipertensión arterial	2011: Dislipidemia 2012: DM descontrol 2012: Dislipidemia	<i>Yo tengo mucho cansancio con sueño que luego me da</i>

Mariana	Hipertensión arterial	2011: osteocondritis 2011: dislipidemia 2011: DM descontrolada, convulsión, relajación de esfínteres, referencia para descartar desequilibrio hidroelectrolítico 2011: Urgencias: Crisis convulsiva, DM descompensada, mareos, cefalea 2012: Ardor en extremidades, insomnio, neuropatía 2012: Conjuntivitis 2012: Neuropatía diabética	<i>A mí lo que me cansa es que no duerme y al otro día me duelen los ojos y la cabeza</i>
Guadalupe	Hipertensión arterial, EPOC	2011: Cardiopatía hipertensiva, neuropatía 2012: DM Descontrol 2012: IVU-Lumbalgia	<i>La columna que esta inclinada, los pies que le duelen en ocasiones mucho, tiene bronquitis crónica</i>

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Como se observa en la tabla 41 las personas entrevistadas han desarrollado varias complicaciones, siendo las principales el descontrol relacionado con hipertensión arterial y la glucosa (hipo e hiperglucemia) que pueden desembocar en otras enfermedades. Una complicación ampliamente mencionada es la conjuntivitis, otras que se hacen presentes son la nefropatía, neuropatía, cardiopatía y dislipidemia. Al comparar con lo que los adultos mayores y sus familiares saben sobre su estado de salud se observa que muy pocos tienen idea de que ellos padecen ya esas complicaciones. Los médicos del CEAPS mencionan que encuentran más complicaciones en los adultos jóvenes que en los adultos mayores, y que los pacientes entrevistados aún no han generado complicaciones de “gravedad”.

Por ejemplo don Andrés tiene hipertensión e insuficiencia venosa también. De los otros pacientes tienen nefropatías, retinopatías, hasta ahorita no he tenido ningún paciente que este grave (CEAPS).

Los médicos adjudican esta diferencia en las complicaciones por el cuidado que los pacientes tienen de sí mismos. Les parece que los adultos mayores intentan llevar mejor el tratamiento, mientras que los jóvenes no lo hacen porque piensan que no repercutirá en su salud o prefieren seguir viviendo como lo hacían antes sin importar si acortan sus años de vida.

Los episodios de gravedad con o sin hospitalización han sido en su mayoría atendidas en el CEAPS y de ahí referidos al Hospital de Tepetlixpa. El Seguro popular cubre el diagnóstico y tratamiento de la diabetes *mellitus*, la estabilización de urgencia y varias de las complicaciones asociadas.

Siempre los ha cubierto todo el Seguro Popular, solo como dos veces he pagado, pero no me acuerdo si fueron 70 o 50, pero por ahí así. Porque no alcanzó a cubrir todos los estudios (Daniela).

En el caso de los servicios del UBRIS el cobro por consulta es alto para algunas personas, por lo que pocas veces tienen a pacientes de manera regular.

Fui aquí a rehabilitación me cobraron 200 pesos que porque venía especialistas y que quien sabe qué, y que era muy bueno. Bueno yo nomas esa vez fui, ya no volví a ver, me dijo el doctor “¿a ver qué le pasa?”, “no es que tengo un dolor que no me deja caminar”. Ya me ausculto y dice “no, lo tuyo ya no tiene remedio, porque ya paso mucho tiempo, le debieron de hacer terapias cuando recién lo operaron ahorita ya paso mucho tiempo”. Y ya fue todo y 200 pesos no, pues como cree que voy a ir otra vez (Andrés).

Hasta ahora ninguna de las personas entrevistadas ha tenido problemas económicos para atenderse en la clínica local, por lo que consideran eficiente la cobertura del seguro popular con respecto a sus problemas de salud.

Los médicos no tienen conocimiento de que los pacientes entrevistados tengan problemas para realizar sus actividades cotidianas, a excepción de Andrés y Rodrigo que padecen problemas en sus piernas. Consideran que los demás se encuentran bien, tampoco platican con ellos sobre si han tenido que cambiar algo y como se sienten al respecto, ni con sus familiares. Reconocen que sería importante saberlo para ayudarlos a mantenerse integrados pero que sería un trabajo más adecuado para el área de psicología, pero el CEAPS no cuenta con este servicio.

El personal del DIF tampoco tiene conocimiento de que tipo de dificultades pasan los adultos mayores para realizar sus actividades cotidianas, no se tiene un acercamiento personal con los asistentes al grupo que permita conocerlo. Dedican este tipo de trabajo al área de psicología, pero solo si la persona decide pedir consulta, no existe otro tipo de relación del área con el grupo de autoayuda.

Como puede apreciarse los controles que el equipo médico ha establecido parecen insuficientes, así como el apoyo que otras redes formales presentes hacen es nulo en relación con la salud de los adultos mayores ya que su enfoque es restringido a otro tipo de apoyos. Las complicaciones que tienen si bien no son incapacitantes si afectan vida cotidiana ya que las altas y bajas de glucosa ocasionan que se sientan enfermas o decaídas.

Un problema que presenta la atención del adulto mayor es que no existe valoración sobre el aspecto psicológico por parte de ninguna de las redes formales presentes. Lo más cercano son las pláticas que ocasionalmente realiza el DIF o la aplicación de la Escala de depresión geriátrica realizada en una sola ocasión a los adultos mayores. Sin embargo no existe ningún seguimiento al respecto, a pesar de que el personal reconoce la importancia del aspecto psicológico en el caso del CEAPS no se cuenta con un psicólogo ni se refiere a otro lugar donde si exista. En el DIF se considera que la búsqueda de ayuda psicológica debe ser una decisión personal y por ello no se envían a los miembros del grupo a alguna consulta. Esto aunado con que existe poca información en los adultos mayores sobre la función de un psicólogo. Ya que ellos no piensan que acudir con uno podría ayudarles a llevar mejor su tratamiento y la vida cotidiana. El factor psicológico es completamente olvidado tanto por la red formal, la red informal y el propio adulto mayor.

4.2.20 La relación de la red formal y la red informal

La participación de la familia en el tratamiento de la diabetes es fundamental ya que son el soporte para que el adulto mayor encuentre apoyo emocional y pragmático para llevar el tratamiento. Varios estudios sobre apego al tratamiento reconocen que la red familiar puede servir como impulso para mejorar la salud o como generador de barreras para el mismo. Entre los factores que se asocian con el apego al tratamiento el apoyo familiar es uno de los más importantes ya que genera estrategias para el cambio en la dieta, el ejercicio y el autocuidado (Concha & Rodríguez, 2010; Mayberry & Osborn, 2012; Gunn, *et al.*, 2012).

Es debido a ello que la OMS (2004) aconseja la incorporación de la familia en las citas médicas y en las recomendaciones para el autocuidado, esto permite en primer lugar que el paciente cuente con personas capacitadas para ayudarlo en el cumplimiento del tratamiento. Segundo porque los familiares están en riesgo por factores genéticos y contextuales a desarrollar en algún momento la misma enfermedad; por lo que su involucramiento en el tratamiento puede generar mecanismos preventivos en ellos al tiempo que participan activamente de los cambios en la vida cotidiana de su familiar.

Aquí se les da pláticas tanto a personas mayores como niños deben pasar con un familiar, a veces vienen acompañados y reciben pláticas en la sala de espera por parte de las enfermeras. Los diabéticos mayores vienen con su familia pero no son todos, más de la mitad vienen ellos solos porque nadie los quiere o los puede acompañar (CEAPS).

Hay familias que si se integran y vienen a las citas, en ese tiempo se les habla de comer saludable, de hacer ejercicio y se les canaliza con nutrición, pero sobre los familiares no hay seguimiento ellos pueden venir si quieren o no. Al que se obliga es al adulto mayor para que siga su tratamiento pero con la familia no hay manera de obligarlos a venir (CEAPS).

A pesar de que una directriz en el *Programa de Atención a la Diabetes* es involucrar las redes informales de apoyo y dar seguimiento a personas que se consideran en riesgo en la práctica del CEAPS esto no ocurre. Los familiares no se involucran en las citas médicas o en apoyar el tratamiento de forma tal que también impacte en ellos. Las razones por las que no se alcanzan los objetivos es un proceso complejo que involucra fallas a nivel estructural del sistema de salud, la situación económica, cultural y social de los familiares que les imposibilita tener tiempo para involucrarse, la falta de tiempo del médico durante la consulta, la inexistencia de apoyo psicológico, entre otros elementos. El personal médico de la clínica no ha buscado generar estrategias para lograr la integración de la red informal (familiar y/o comunitaria) al tratamiento, ya que consideran sobrepasa su función, ya ésta solo consiste en dar atención al paciente. Otros problemas que menciona el personal de salud son la falta de recursos económicos, humanos y una adecuada planeación de los programas de atención. Sin embargo, no consideran que “ellos” deban hacer algo para mejorar dicha situación, ni en el nivel de denuncia pública de las circunstancias en que laboran ni en el nivel de participación ciudadana para mejorarlas.

Capítulo 5. La red informal de apoyo

En este capítulo se describen las representaciones que el adulto mayor y su red familiar han elaborado con respecto a la diabetes, así como las prácticas que llevan a cabo a través de la carrera del enfermo. La segunda parte se centra en la descripción de las redes familiares con que cuentan los adultos mayores entrevistados, los tipos de apoyos y la dinámica presente al interior de la red. Asimismo se muestra una breve descripción de las redes comunitarias presentes y los recursos que fluyen en su interior.

5.1 Las redes sociales de apoyo de los adultos mayores

Las redes de apoyo informales involucran los intercambios no profesionales de atención y cooperación, puede diferenciarse dentro de ellas varios componentes como la familia, los amigos y la comunidad. Asimismo pueden incluirse los grupos religiosos en tanto que éstos no son entendidos como una institución específica de apoyo sino como grupos creados por la población para organizar las actividades comunitarias con la actividad religiosa como centro. Dichos componentes forman las redes que permiten la reproducción social de las personas en su comunidad. La característica principal de éstas es el intercambio y la reciprocidad a corto y largo plazo, haciendo expansivos los lazos personales y favores a sujetos, familias, gremios y comunidades.

Tradicionalmente se asume que en el proceso de envejecimiento las redes van disminuyendo debido a la pérdida de roles que el adulto mayor realizaba durante su etapa productiva. Ejemplos de ello es el término de la vida laboral que supone dejar de frecuentar a un gran número de compañeros de trabajo; los hijos viviendo en otros hogares dejando de lado la atención a los padres; la muerte de amigos y pareja; las limitaciones de movimiento que condicionan la vida social, etc. Sin embargo, los cambios en las redes de los adultos mayores no son producto de una simple reducción numérica de sus miembros sino los problemas con la disminución de los tipos de apoyos. Existen diferentes procesos y dinámicas entre las familias, amigos y adultos mayores que intervienen en la cantidad de personas dispuestas a ayudar, la calidad de los apoyos y la efectividad de los mismos.

5.1.1 Las redes informales: la red familiar

Tradicionalmente la antropología ha utilizado el método de reconstrucción genealógico con la finalidad de encontrar los lazos que unen a una comunidad y las estructuras de parentesco. Las investigaciones que utilizan el método genealógico buscan integrar el sistema de parentesco que regula las relaciones entre personas y grupos, las reglas de las alianzas, las relaciones de cooperación, los mecanismos de herencia, las relaciones económicas informales y la regulación del matrimonio. Los datos obtenidos por medio de la genealogía permitieron describir la organización social de algunos grupos donde el parentesco genera reglas de comportamiento (Harris, 2000; Murdock, 1994; Rivers, 1975).

A diferencia de la genealogía la red social es un concepto que permite entender las relaciones de reciprocidad e intercambio que abarcan sujetos más allá de los familiares. Además de reflejar las dinámicas internas del grupo social cuya organización ya no depende exclusivamente de las estructuras de parentesco. Además facilita la identificación de los personajes que otorgan apoyos, de qué tipos, con qué frecuencia y las representaciones alrededor de ello. La genealogía es útil como punto de partida para ubicar a la persona en su contexto inmediato, mientras que la red revela el rol de los sujetos que la integran en un momento específico de la historia familiar.

Los análisis de redes sociales se basan en la teoría de la existencia de una estructura reticular en las relaciones sociales, la cual permite descubrir las relaciones y los tipos de comportamientos entre las personas que forman los grupos sociales (Freeman, 2004). La información obtenida sobre las relaciones que las personas reconocen tener entre sí permite modelar la posición estructural específica de cada actor así como descubrir los procesos que ocurren entre las relaciones y las funciones de los miembros al interior de la red. La construcción y análisis de las redes sociales se basa en la búsqueda pragmática de datos empíricos a partir de herramientas técnicas-formales; el uso de la teoría de grados y el análisis morfológico; y el uso de modelos matemáticos para la traducción de datos a imágenes.

Las relaciones descritas por el análisis de redes sociales son dinámicas, lo cual permite el estudio longitudinal de las mismas creando series temporales que buscan identificar los cambios ocurridos durante el ciclo vital de los grupos sociales. De esta manera puede comparárseles para conocer los procesos que intervienen en el cambio de la morfología social.

Existen varios niveles de análisis de las redes sociales de una manera sencilla pueden dividirse en tres: análisis de redes egocéntricas, análisis focalizado en subgrupos de actores y análisis de la estructura completa de la red. El nivel de análisis depende de qué componentes de las redes quieran resaltarse, en esta investigación nos centramos en el nivel de redes egocéntricas para destacar la vivencia del actor principal: el adulto mayor diabético. En las redes egocéntricas la construcción de lazos se centra en las preferencias de Ego en relación a los demás miembros de la red. A partir de ego se reconstruyen los tipos de vínculos y funciones que los otros miembros representan para Ego, esto nos permite conocer cómo son los apoyos existentes para la atención del adulto mayor.

5.1.2 La red familiar de Mariana

➤ La genealogía

La genealogía es un método usado por la antropología para la reconstrucción de la estructura de parentesco y las relaciones que la componen. Está formada por personas con quienes se asumen como relacionados por lazos consanguíneos o por las representaciones del parentesco que existan en el grupo. Es la base para comprender las relaciones de cooperación en un grupo ya que permite conocer la existencia de los lazos parentales entre sus miembros. A diferencia de la red la presencia de actores dentro de la genealogía no implica la existencia de relaciones cotidianas o intercambios entre sus

miembros. Debido a ello la red es diferente a la genealogía ya que suele descontar aquellos parientes con los que no existe contacto real.

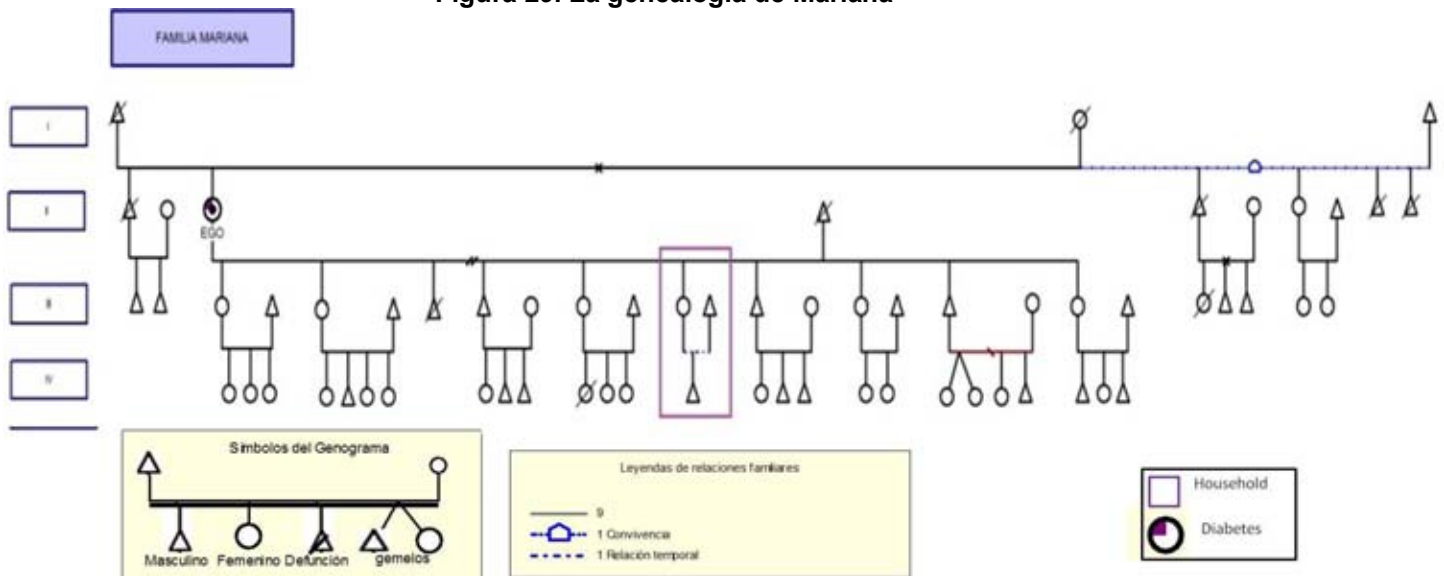
La red familiar se constituye conjuntamente con el ciclo vital modificándose con el paso del tiempo de acuerdo con los roles, relaciones y funciones que asumen las personas. El punto de inicio es la familia de origen ya que es donde se tejen las relaciones con ciertos miembros de su familia, manteniendo a lo largo de la vida algunas de estas relaciones, determinando las interacciones que tendrá a futuro con sus diferentes parientes.

Los padres de Mariana murieron hace años, únicamente tuvo un hermano el cual murió alrededor de los 30 años. Su madre quedó viuda y vivió con alguien más con quien procreó cuatro hijos de los cuales sobrevive una mujer. Mariana tiene dos sobrinos directos y cuatro sobrinos de sus hermanastros.

Su esposo murió sin que ella buscara después otra pareja, tuvo 10 hijos pero uno falleció a los meses de nacido. Seis de ellos son mujeres viviendo en su mayoría en Atlautla, tres son hombres y viven fuera del pueblo. Tiene 26 nietos de diversas edades, la mayoría mujeres casadas que ya tienen su propia familia, además tiene siete bisnietos.

La figura 29 que muestra la genealogía la cual está dividida en cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. La familia que está más desarrollada en la genealogía es la de Mariana y sus hijos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. Las personas que padecen diabetes con un sombreado dentro de la figura y el grupo doméstico está encerrado en un cuadrado para resaltarlo.

Figura 29. La genealogía de Mariana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En la genealogía de Mariana se observa que tiene escasa familia de parte de sus padres, la mayoría de sus familiares consisten en sus hijos y nietos. Todos sus hijos tienen pareja, cada quien vive en su casa; la unidad doméstica se compone solo de su hija y ella.

La red familiar de Mariana es diferente a la genealogía expuesta anteriormente; debido a que la red se construye a partir de los intercambios efectivos entre las personas y no sólo por el parentesco. Debido a que en la genealogía aparecen todos los miembros consanguíneos de cuatro generaciones con relación directa de Ego el número de integrantes parece mayor; pero en la red familiar se toma en cuenta sólo los actores que en el momento en que se desarrolló el trabajo de campo mantenían relaciones entre sí.

➤ **La generación de la red**

Durante el curso de vida se tejen diferentes tipos de redes, éstas se pueden reconstruir hacia el pasado o en el presente. La primera red familiar que se forma es la de la familia de origen, es decir, los padres, hermanos, etc.; algunos de estos personajes pueden continuar formando parte de la red dependiendo si siguen con vida, el camino que construyó cada quien y la cercanía geográfica.

La primera red de Mariana fue pequeña ya que únicamente contaba con sus abuelos, padres y un hermano. Después del fallecimiento de su padre, su madre tuvo más hijos pero ella no convivió con ellos durante mucho tiempo por lo que no genero lazos fuertes. Además de sus padres con el familiar que más convivió fue con su primo que se fue a vivir a la Ciudad de México, a pesar de tener más primos casi no los veía ya que su madre era estricta y no la dejaba andar sola en la calle o visitando gente sin su compañía.

Tiene buena relación también con sus primas que viven en el centro del pueblo, aunque solo se ven en la calle porque pocas veces se visitan; una de ellas también vende en Ozumba y ese es su espacio de convivencia.

De pequeña vivió con sus padres y su hermano, así como sus abuelos que murieron cuando ella era pequeña, su madre no tuvo hermanos y su padre convivía sólo con un grupo pequeño de sus hermanos. Ellos se dedicaban a sembrar y criar vacas, ella estudio unos años de primaria ya que su madre no estaba de acuerdo en que asistiera a la escuela porque perdería ayuda en la casa. Ella quería estudiar para maestra debido a que un presidente que visitó el municipio les prometió darles el grado si terminaban la primaria, pero como su madre la vio emocionada a los pocos días la saco definitivamente de la escuela.

Sus amigas la convencieron para ir a trabajar a México, se fue a escondidas porque sabía que su madre no le daría permiso:

Me fui a trabajar con unas amigas que me dicen “vamos vas a ganar tanto”, pero mi mamá no me dejaba. Me fui y luego ella fue a México y namás con la dirección andaba preguntando y dio con donde estaba yo en la casa, porque mi papá ya estaba más viejito y ya no podía bien “no mamá yo no me voy yo aquí estoy bien, voy a ganar dinero para que les de”, “no vámonos”, fue una vez no me quise venir, “no yo aquí estoy bien y me pagan y así yo les ayudo”. Después volvió a ir con una de mis tías y me dice “ya vine por

ti vámonos” le digo no mamá ya me pagaron tenga usted tanto, “no vámonos pa la casa porque tu papá está bien malo y te quiere ver” pero quiera que no ya no me dejo ir. Y pues murió mi papá y menos me dejo ir (Mariana).

Al quedar su madre viuda tuvo otra pareja y otros hijos; Mariana no se llevaba bien con la nueva pareja y decidió irse con su novio. En ese momento tenía 18 años, tuvo que esperar dos años más hasta que su madre le dio permiso para casarse porque no le perdonaba haberse fugado. Su hermano que era seis años mayor ya vivía con su propia familia y al poco tiempo enfermó y murió:

Mi hermano estaba bien pero de momento se enfermó de un dolor, de un dolor y vómito, vómito, lo llevamos al doctor pero no. Pero este ya era casado también con una señora con él, vivieron unos años y tuvieron un niño, y ese niño lo dejo, lo dejaron, todavía mi mamá, y la mujer paso a dejar el niño. Pues me lo traía diario, diario, me lo traía y le daba yo el pecho, ya críe a los dos.

➤ **La formación de la familia propia**

Mientras cuidaba a su primer hijo también tuvo en su casa a su sobrino criándolo durante varios años; su excuñada lo dejó abandonado a los meses de nacido y nunca volvió a saber de ella, solo que al parecer se fue a la Ciudad de México. Su sobrino vive en el pueblo pero rara vez la visita, tuvieron varias peleas porque hace unos años comenzó a decir que lo trataba mal, que no le daba de comer lo mismo que a sus hijos. Mariana se molestó porque siempre consideró que les dio el mismo trato, a partir de esas reclamaciones sus hijos se pelearon con el sobrino y él ya no volvió a visitarlos.

Con sus medios hermanos no tuvo convivencia, dos murieron de niños, uno sigue vivo y otro murió de adulto; todos tuvieron problemas con éste último debido que al morir su madre vendió la casa sin consultar con los demás. Hasta ahora no tiene relación con ellos así que el componente de la red familiar de origen se reduce a sus primos. La mayoría de sus sobrinos viven en Estados Unidos y los que quedan no la visitan y su relación se reduce a saludarla en la calle, por ello no se han considerado como parte de su red.

Cuando se junto con su esposo se fueron a vivir a casa de su suegra, allí vivían uno de su cuñada con su esposo:

Vivimos aquí en esta casa que era de mis suegros, acá ya estaba mi cuñada con su esposo, acá vivía la casa era así grande de teja, y era así grande la cocina, y ella allá tenía su cama y allá cocinábamos hacíamos tortillas un rato. Pero después pues ya ve no sé porque se me empezaron a enojar, a enojar, y me echaban pleito y me, me echaba pleito, y luego este apenas ya iba al molino, ya vengo y decía voy a hacer tortillas. Pero no luego si veía que ya puse el comal ella también hacía tortillas, si veía que soplabla ella igual, yo le decía a mi esposo “vámonos a vivir por ahí porque tu hermana, esto y lo otro” le decía yo. Luego me decía “ni le hagas caso porque me voy a ir si esta es mi casa”, pero después siempre de tanto y tanto le digo que hasta aquí nos pegamos las dos, nos pegamos porque ¡ay! ya me hacía mucho. Yo tenía hartos pollos y agarraba un palo y les pegaba, los hacía cojos, luego le decía yo y ahora para que les pega si no comen nada “ay pues aquí se andan cagando” y quien sabe que (Mariana).

Sus otros cuñados se fueron a la Ciudad de México allá formaron sus familias; su cuñada vivió con ellos hasta que su esposo heredó su propia casa, Mariana se quedó cuidando a su suegra que sufrió una embolia y dejó de caminar. Cuando falleció tuvo más pleitos con sus cuñados porque algunos reclamaron que se repartiera de nuevo el terreno para ampliar sus herencias. Cuando su esposo falleció los sobrinos le pidieron que les heredara alguna parte de la casa, y al negarse se molestaron por lo que no volvieron a visitarla.

Mientras vivió su esposo se dedicaron al campo, a sembrar, labrar madera y criar animales; ambos iban a trabajar a sus tierras. Tuvo buena relación con él, era tranquilo, nunca le pegó ni la maltrato; las discusiones eran debido a que él no quería que sus hijos estudiaran y no les daba dinero. Como ella sí quería que lo hicieran además del campo trabajaba vendiendo animales (pollos, cerdos, guajolotes) para darles dinero y que asistieran a la escuela.

Cuando sus hijos crecieron el esposo comenzó a tomar y así siguió hasta su muerte:

Si luego venía y echaba pleito o así pero nada más, alegaba y decía, y luego así al otro día pos ya se iba a trabajar, luego le decían los muchachos “papá ya no tomes”, se veía bien malo y lo llevaba mijo al, al ISSSTE se lo llevaba lo internaban y le daban medicamento ya se sentía mejor se venía. Estaba un mes, dos meses sin tomar y otra vez, y así le decía el doctor “mire señor ya no tome, porque si esta se salvo la otra quien sabe”. Luego ya la última vez le dije “ya no te vayas”, ya lo vi muy mal, le digo ya no te vayas, ya no vayas a México, te dijeron que ya no tomaras ya no vayas porque, qué tal si te pones más mal. Dice “no si me voy, ya ves que luego me alivio yo me voy”, y ya no, ya llevo allá y lo tenían allá y ya no, ya se vio más malo, malo, hasta que murió, una semana estuvo internado. Y ya lo trajeron ya muerto (Mariana).

Su esposo murió hace seis o siete años a la edad de 72 años, ya no tenían hijos pequeños únicamente una chica soltera que vivía todavía en la casa. Todos sus hijos fueron a la escuela mientras trabajaban las mujeres ayudándole en casa y los hombres en el campo. La primera en irse fue la hija mayor quien se junto con su pareja y se fue a vivir a México, su hijo mayor y su esposa vivieron como cinco años en su casa hasta que se compró un departamento en México. Dos de sus hijas se casaron y se fueron a vivir a casa de sus suegros en el mismo pueblo; el otro hijo también se casó y vive en Toluca y el último varón al separarse de su esposa se fue a vivir a Estados Unidos, esta pareja también vivió en casa de Mariana. Con él no tiene contacto desde que se fue, ni con su nuera ni con sus nietos:

Pues uno es el que, se fue para E.U. y no casi no me habla, más bien ya no me habla, solo sé que está por allá, bueno pero eso dicen porque a mí no me ha hablado. Ni su esposa me habla o me deja ver a los niños, salió bien mala, lo engañó y le quito su casa que le había hecho, bien mala que le salió, ya por eso él se fue (Mariana).

Con la familia de su esposo nunca se llevó bien sobre todo con sus cuñadas además como ellas deseaban obtener alguna extensión del predio donde vive la ruptura se hizo permanente. Del resto de la familia política solo convive con un primo de su esposo, quien la visita seguido, es médico y su esposa toma cursos de medicina

alternativa por lo que ambos están al pendiente de su salud, dándole consejos sobre cómo tratarse y cuidarse.

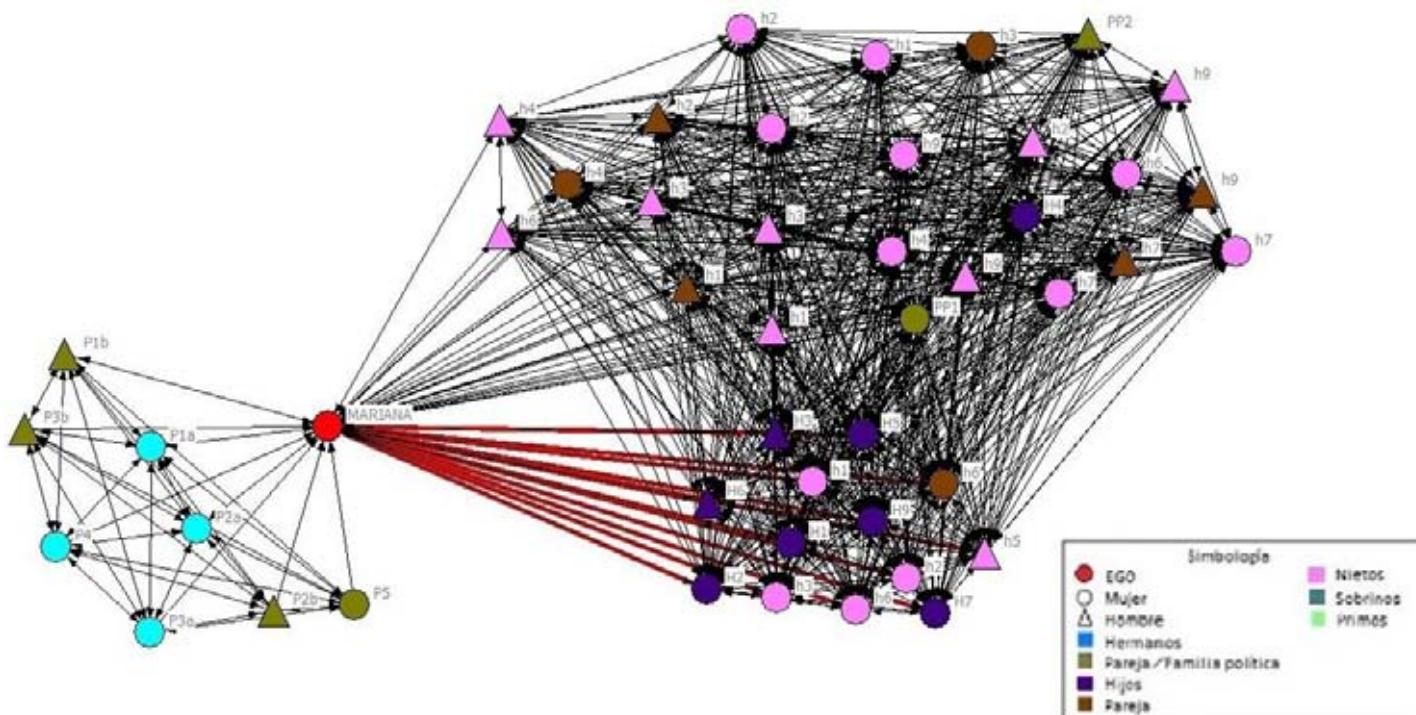
➤ **Los miembros de la red**

A lo largo de la vida de las personas van construyendo lazos con algunos parientes y con otros no, esto debido a las circunstancias particulares de la dinámica familiar. Mariana tuvo poca relación con la familia de sus padres desde que era pequeña, además la muerte de su hermano y los problemas con los hermanastros hizo que tampoco tuviera relaciones cercanas con ellos. Al formar su propia familia esas relaciones se perdieron, además la muerte de los familiares de mayores edad reduce los posibles actores de la red. Es por ello que su red familiar se reduce a sus hijos y las familias que ellos han generado.

En la figura 30 se presenta la red familiar compuesta por los familiares que tienen algún tipo de convivencia con Mariana y que otorgan diferentes apoyos. Cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores, es decir, con quiénes están conectados además de Mariana por algún tipo de intercambio. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica. En la imagen se presentan por familia, así que comparten las mismas letras y números para identificarlas; sin embargo, no se presentan todos los símbolos de una misma familia en grupo si no que están dispersos. Lo anterior es debido a que la representación gráfica depende del grado de cercanía entre los actores, y en base a las interacciones que realizan algunos tienen mayor proximidad que otros.

Los lazos que están remarcados en color rojo representan a los actores que otorgan alguno de los siguientes recursos: apoyo en gastos médicos, acompañamiento a citas médicas y control de tratamiento. Aunque se considera que otro tipo de recursos dentro de la red también colaboran indirectamente en la atención de adulto mayor, se tomaron los tres ya mencionados como recursos específicos para el tratamiento de la diabetes. Más adelante se describe los tipos de recursos que circulan en la red y qué dinámicas existen en torno a ello. La clasificación de los tipos de recursos en once rubros se realizó siguiendo clasificaciones anteriores propuestas por varios diferentes autores que han trabajado con redes sociales (Montes de Oca, 2005; Requena, 2003; Scott, 2000).

Figura 30. La red familiar de Mariana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los componentes de la red de Mariana son:

Tabla 42. Miembros de la red familiar de Mariana

Total: 33
-Hijos: ocho hijos ya que uno de ellos y su familia ha roto todo contacto con ella; aquí se toma en cuenta también a sus parejas porque todas tienen algún tipo de intercambio.
-Nietos: 16 nietos que pueden eligen realizar algún tipo de intercambio con su abuela.
-Primos: todos sus primos son maternos ya que su padre no tuvo hermanos, sólo dos de ellos conviven junto con su pareja, los esposos de las otras primas no generan ningún tipo de intercambio.
-Familia política: un primo de su esposo y su familia está en constante relación e intercambios.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Grupos familiares:

Primos:

Familia P1: Con las letras P1a y P1b se identifica a: primo materno y su esposa, mayores de 50 años, viven en Atlautla.

Familia P2: Con las letras P2a y P2b se identifica a: primo materno y su esposo, mayores de 60 años, viven en Atlautla.

Familia P3: Con las letras P3a y P3b se identifica a: prima materna y esposo, mayores de 40 años, viven en Atlautla.

Familia P4: Con las letras P4 se identifica a: primo materno, mayor de 50 años, vive en Atlautla.

Familia P5: Con las letras P5 se identifica a: primo materno, mayor de 50 años, vive en Atlautla.

Familia PP1: Con las letras PP1 y PP2 se identifica a: primo político y su esposa, mayores de 50 años, viven en Ciudad de México.

Hijos:

Familia H1: Con las letras H1, h1, h1, h1 y h1 se identifica a: hija y esposo mayores de 40 años, tres hijas mayores de 20 años, viven en Atlautla.

Familia H2: Con las letras H2, h2, h2, h2, h2 y h2 se identifica a: hija y esposo mayores de 40 años, tres hijas, un hijo, mayores de 20 años, viven en Ciudad de México.

Familia H3: Con las letras H3, h3, h3, h3 y h3 se identifica a: hijo y esposa mayores de 40 años, dos hijos, una hija mayores de 15 años, viven en Netzahualcóyotl.

Familia H4: Con las letras H4, h4, h4 y h4 se identifica a: hija y su esposo mayores de 40 años, dos hijas mayores de 15 años, viven en Atlautla.

Familia H5: Con las letras H5 y h5 se identifica a: hija mayor de 30 años, hijo mayor de 20 años, viven en Atlautla.

Familia H6: Con las letras H6, h6, h6, h6, h6 y h6 se identifica a: hijo y esposa mayores de 30 años, dos hijos, una hija mayores de 15 años, viven en Toluca.

Familia H7: Con las letras H7, h7, h7 y h7 se identifica a: hija y su esposo mayores de 30 años, dos hijos mayores de 15 años, viven en Tlalnepantla.

Familia H9: Con las letras H9, h9, h9, h9 y h9 se identifica a: hija y su esposo mayores de 30 años, tres hijos mayores de 15 años, viven en Atlautla.

➤ **La dinámica familiar**

Los roles de género son un factor esencial en la dinámica familiar, de acuerdo con éstos se organizan las tareas domésticas, los apoyos que se brindan y las expectativas. Las tareas se reparten según lo “adecuado” para hombres y mujeres, esto implica que las mujeres se dedican al trabajo en casa y los hombres en el campo o en un trabajo formal. Esto se ve reflejado en dinámica familiar y en la serie de apoyos y favores que se intercambian en ella.

Mariana siempre se dedicó a los quehaceres del hogar, la elaboración de la comida, ayudar en los trabajos de campo y la cría de animales. Ella enseñó a sus hijas a realizar este tipo de actividades, la mayoría de ellas se dedican principalmente a tareas domésticas y trabajos pequeños o esporádicos para conseguir otra entrada de dinero. Únicamente dos de sus hijas tienen un trabajo que les permite en un caso mantenerse a sí misma y en el otro colaborar de manera importante con el gasto de la casa. A sus hijos los enseñó a realizar actividades junto a su padre como sembrar y cuidar animales, nunca a realizar trabajos domésticos.

Los roles de género se repiten en las generaciones, los cambios ocurren si varía la composición familiar, como en el caso de la madre soltera que tuvo que asumir el rol de cuidadora y proveedora. Pocas veces las mujeres asumen otros roles, aunque de manera silenciosa también formen parte de la mano de obra que provee recursos al hogar. En lo que se refiere al apoyo que la madre recibe de sus hijos también se notan estas diferencias ya que los hijos suelen apoyar económicamente y las hijas con tareas domésticas, comida y visitas.

Los problemas al interior de la red suelen pasar entre los hermanos afectando de manera colateral a Mariana, ya que la colocan en alguno de los bandos que se llegan a formar. De los conflictos que han durado más tiempo fue debido a la separación de uno de sus nietos, ya que otra nieta colocó a varios miembros de las familias a favor de la esposa y contra Carla (madre del chico) y Mariana. A raíz de esto dejaron de hablar y visitar a Mariana por cerca de medio año.

Pues ahora con la muchacha esta se iba y regresaba, una y otra vez así como juego. Y ya que se fue la última pues sí se disgustaron todos, ahora que cosa dice [su nieta] que aunque nos arrastremos Carla y yo que ellas la van a ver, yo no les digo que no la vean “tú si quieres allá tenla y divísenla pero mañana pasado no quiero que ya se disgustaron con ella”. Como fue dicen que dilato allá como unos 15 días, y hasta mijo ya ni venía que porqué nosotros la tratábamos mal. Que según por eso no venían porque él dejo la muchacha con sus hijos. Y mi nieta también no le hablaba a mi hija porque estuvo viviendo allá la muchacha (Mariana).

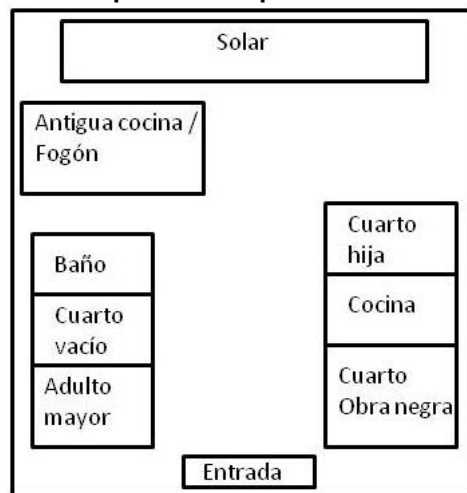
Los malos entendidos entre los hijos en general son provocados por los nietos que discuten entre ellos e involucran a sus padres. Cuando visitan a Mariana se ventilan los problemas que surgen entre la familia, e inevitablemente la envuelven a ella y a su hija.

➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

Las decisiones en la casa de Mariana se toman por sus habitantes, primordialmente por Carla su hija y por ella, a menos que se trate de cambios mayores se pide la opinión de los hijos varones. Las hijas no opinan en este tipo de cambios, solo en cuestiones menores como la organización de reuniones, comidas, fiestas o participación en eventos religiosos. Si se trata de la salud de Mariana es su hija la que la anima a visitar al médico en caso de ser necesario, para eventos de mayor gravedad es el hijo mayor el que decide llevarla al servicio del ISSSTE, tenerla en su casa o enviar a alguien a que la cuide los fines de semana.

Otro factor que interviene en la dinámica familiar es el uso que las personas de la unidad doméstica hacen del espacio donde viven; cada cuarto tiene una función asignada por sus habitantes de acuerdo con sus necesidades (ver figura 31). El terreno de Mariana es grande ya que sólo viven ella su hija y esporádicamente su nieto; ya ha sido repartido entre los hijos pero como todos tienen su propia casa nadie ha hecho uso de él. Únicamente Carla está construyendo su casa para ella y su hijo; por ahora la casa cuenta con tres recámaras, la cocina, el baño, una cocina vieja y un solar.

Figura 31. Disposición espacial casa de Mariana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Mariana hace uso de todos los espacios de la casa con excepción del cuarto donde duerme su hija y la nueva zona de construcción; cuando sus familiares la visitan se quedan en el cuarto extra y hay espacio suficiente para que convivan durante varios días. La vieja cocina funciona como lugar de preparación de alimentos comunitario, es ahí donde todas las mujeres que llegan de visita preparan la comida para las reuniones.

➤ **Algunas características de la red familiar**

Esta investigación se basa en la descripción y análisis de redes personales (egocéntricas) usando además de las técnicas de análisis de redes⁸² el enfoque etnográfico que combina la entrevista y la estancia de campo. A diferencia del uso de encuestas para enlistar los sujetos que son reconocidos como miembros de las redes se realizaron entrevistas y observación participante para definir el tamaño de la red. Lo anterior sumado a un enfoque antropológico hace que no se aborden directamente las medidas típicas del análisis de redes y que se haya realizado sólo aquellas pertinentes a un trabajo con datos etnográficos.

La descripción de la red de Mariana además de tomar en cuenta las características de las interacciones familiares y de la unidad doméstica debe incorporar algunos parámetros que permiten evaluar el tipo de red con la que cuenta. El número de integrantes de la red de Mariana es de 33 sujetos, un número pequeño si es comparado con algunas teorías de los mínimos componentes de una red, los cuales citan entre 200 y 290 alteri⁸³ (Molina, *et al.*, 2007). Esta variación que ocurre no solo con Mariana sino con todos los entrevistados puede ser explicada por dos motivos: el primero es que la técnica con que se recogen los datos es diferente ya que en el análisis de redes se obtienen por medio de una encuesta o listado donde el entrevistado hace mención exhaustiva de quienes pertenecen a su red personal; mientras que con el método antropológico lo que se realiza es la entrevista a profundidad y la observación participante por lo que se obtienen interacciones diferentes a partir de contrastar lo que se dice y lo que se hace. Un segundo motivo puede ser que al tratarse de adultos mayores existan procesos que aminoren sus espacios de interacción, como por ejemplo el cambio en la vida laboral, la dispersión de la familia, la muerte de familiares de mayor edad, la pérdida de independencia para acudir a diferentes espacios, muerte y pérdida de movilidad de los amigos y vecinos; etc.

Es decir, la red personal de los adultos mayores va disminuyendo conforme sus roles también se reducen, la mayoría de los lazos que dan forma a la red son débiles, potenciales y parecen solo activarse en casos de emergencia. En contraparte los actores de la red que se encuentran apoyando en lo cotidiano son fuertes, otorgan diferentes tipos de apoyo y pueden presentar sobrecarga. En la tabla 43 se muestran dos medidas básicas de las redes sociales el Grado de centralidad y la Cercanía:

⁸² Principalmente el enfoque sociométrico.

⁸³ Personas vinculadas en la red personal.

Tabla 43. Medidas de intermediación red Mariana

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
MARIANA	100.000	100.000
H1	82.609	85.185
H2	82.609	85.185
H3	82.609	85.185
H4	82.609	85.185
H5	82.609	85.185
H6	82.609	85.185
H7	82.609	85.185
H9	82.609	85.185
P1a	17.391	54.762
P2a	17.391	54.762
P3a	17.391	54.762
P4	17.391	54.762
P5	17.391	54.762
PP1	82.609	85.185

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

De acuerdo con las medidas obtenidas puede observarse en la tabla 43 que al tratarse Mariana del actor central a partir de quien se construye la red es quien presenta la mayor centralidad de los lazos con otros actores⁸⁴. A partir de ahí la centralidad se mantiene uniforme en cada grupo familiar ya que dentro de la red de Mariana todos comparten la misma cantidad de lazos entre ellos; a excepción de la familia de origen de Mariana que solo está unida con algunos de los hijos. No existe demasiada variación entre centralidad y cercanía; es decir, el número de lazos que relaciona a los actores se concentra en Mariana y se dispersa en dos grupos que se han nombrado como familia de origen y familia creada⁸⁵. La cercanía que calcula la distancia más corta entre los actores según sus tipos de lazos muestra que la familia creada se encuentra más cerca del Ego que la familia de origen. Asimismo existe mayor cercanía entre la familia creada con respecto a la familia de origen; es Mariana quien articula las relaciones entre ambos grupos, por lo que es de esperarse que al faltar ella los grupos se alejen o se desconecten

De acuerdo con la imagen de la red se forman dos grupos: el de la familia original como son los primos y la familia generada como son los hijos y nietos. La cercanía también es alta ya que prácticamente no existen actores intermediadores entre el adulto mayor y los miembros de la red; la única diferencia es con el grupo de primos que no se encuentra conectado al grupo de los hijos más que por la conexión que hace Mariana.

La posición genealógica indica que de los 33 miembros los más numerosos son los nietos quienes realizan diferentes tipos de apoyo sobre todo del tipo de visitas, invitaciones a salir o regalos. Estos lazos varían en frecuencia, ya que algunos son ocasionales y otros son del tipo cotidiano sobre todo para aquellos que viven cerca de la casa de Mariana. En segundo lugar se encuentran los hijos, de los nueve aparecen sólo

⁸⁴ En este trabajo se nombran como "actores" a los participantes de las redes, existen varias formas de nombrarlos según el lenguaje que se prefiera usar, por ejemplo: miembros, nodos, etc.

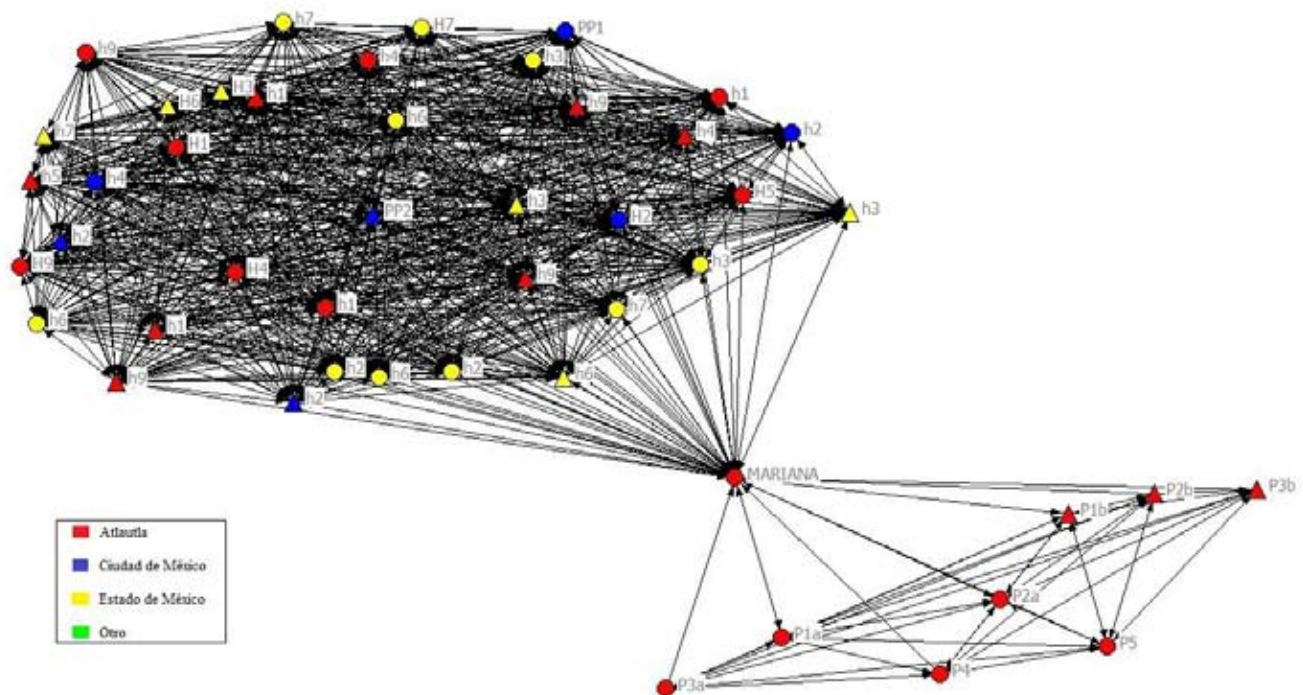
⁸⁵ Familia de origen: se refiere al parentesco primario que comprende padres, hermanos, sobrinos, primos, etc.

Familia creada: se refiere al parentesco generado a partir de la unión con una pareja: esposo, hijos, nietos, familia política.

los ocho con los que se tiene contacto. Y el grupo menor lo conforman los primos con sus familias; por lo que como ya se ha mencionado anteriormente es la familia creada la que dispone de más personas que brindan apoyo a Mariana.

Otro factor asociado a quienes ayudan y con qué frecuencia lo hacen es la ubicación geográfica, aquellos que viven cerca de la persona en teoría tienen mayor posibilidad de apoyar de forma cotidiana o responder ante un pedido explícito. Esto no siempre ocurre, y puede ser que los que están alejados se encuentren con mejores posibilidades de ayudar o estén más pendientes de problemas ya que los que viven cerca pueden experimentar sobrecarga para el apoyo. En la figura 32 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México y en color amarillos los de otros municipios del Estado de México.

Figura 32. Distribución geográfica de la red familiar Mariana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Casi todos los miembros de la red de Mariana viven en Atlautla, todos sus primos y la mayoría de sus hijas. Los hijos viven en la Ciudad de México o en otros municipios del Estado de México, aún así no es demasiado lejos ya que hacen en promedio entre tres o cuatro horas para llegar. Como es de suponerse la mayoría de las visitas proceden de las personas que viven en Atlautla, sin embargo como se verá más adelante son los hijos que viven fuera los que son llamados en caso de emergencia o de problemas económicos. Mariana cuenta con familiares que viven lejos como su hijo que está en Estados Unidos, pero no tiene ningún tipo de contacto con ellos, no sólo por la distancia sino porque la relación se perdió.

La homogeneidad u homofilia en las redes sociales se refiere a la tendencia de las personas a relacionarse con otras similares; depende de varias características que son elegidas consciente o inconscientemente por el actor principal. Por ejemplo la edad, el sexo y el tipo de empleo permiten la circulación de recursos afines entre personas que tienen intereses semejantes. Al contrario la heterogeneidad o heterofilia supone la interacción entre personas diferentes, con posiciones sociales disímiles que implica mayor variedad de recursos pero también relaciones desiguales (Molina, *et al.*, 2008).

En la red de Mariana las relaciones homofilicas están dadas por tres características principales: edad, género y tener diabetes. Por el criterio de edad se incluyen a los primos que son los más cercanos generacionalmente; por el criterio de género incluye a sus primas, hijas y nietas con quienes convive de manera más regular y recibe diferentes tipos de apoyos; por el criterio de padecer diabetes incluye a uno de sus yernos con quien tiene una relación más cercana y frecuente que con otros hombres miembros de la red.

Además de que lo ideal es contar con diversidad de apoyos es deseable que los actores de la red también tengan facilidad para apoyar en la atención enfocada a los síntomas y consecuencias de la diabetes. El que el adulto mayor cuente con familiares que conozcan sobre la enfermedad, los síntomas de gravedad, los cuidados cotidianos y cómo proceder ante una emergencia, son factores que ayudan tanto a un mejor apego al tratamiento como a su bienestar general.

Aunque por medio del programa Oportunidades se ofrecen pláticas sobre salud para aquellos que están afiliados, ningún miembro de su red que sea beneficiario recuerda que en las pláticas se haya tocado el tema de la diabetes. Aquellos que tienen mayor información es su hija ya que vive con ella y la acompaña a algunas de sus citas médicas. A pesar de estar al pendiente de su tratamiento no ha sido asesorada por médicos de manera continua para conocer cómo atender las necesidades de su familiar.

Otros familiares con información sobre la diabetes son su hija y su esposo debido a que él también la padece; él es quien le ofrece el mayor número de recomendaciones sobre remedios y tratamientos alternativos ya que permanece en búsqueda constante de éstos para autoatenderse. Las recomendaciones que realizan son sobre tés, jugos y medicamentos naturistas.

Los tipos de vínculos que existen en la red familiar son por reciprocidad como el caso de los hijos y nietos, los cuales hablan de su relación basada en sentimientos de agradecimiento. Con los primos el vínculo existente es de amistad debido a los años que se pasaron juntos durante la niñez y porque con algunos en la actualidad la relación continua al convivir en el mismo espacio de venta de sus productos agrícolas.

➤ **Los tipos de apoyo**

Los apoyos se dividen en dos tipos los materiales y los no materiales, éstos a su vez se subdividen por el tipo de recurso que es intercambiado⁸⁶. En la tabla 44 se muestran los tipos de recursos y los miembros de la red que los otorgan:

⁸⁶ Para los fines de esta investigación consideramos “tipos de apoyo” como las conductas e intercambios que se realizan al interior de la red y se dividen en materiales y no materiales. Los recursos se refieren a conductas específicas o bienes que se otorgan.

Tabla 44. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	13 de 33	Anual
	Apoyo económico	6 de 33	Mensual
	Apoyo alimenticio	6 de 33	Mensual
	Apoyo en gastos médicos	4 de 33	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	1 de 33	Todos los días
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	8 de 33	Mensual
	Apoyo en información y consejos	23 de 33	Anual
	Apoyo afectivo	10 de 33	Todos los días
	Apoyo en control de tratamiento	10 de 33	Todos los días
	Apoyo en compañía cotidiana	2 de 33	Todos los días
	Apoyo en visitas	33 de 33	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los tipos de apoyo se dividieron en materiales y no materiales, éstos a su vez en recursos específicos, en la tabla 44 están desagregados y se muestra el número de actores que los otorgan, así como una frecuencia aproximada. A continuación se describe cada rubro.

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

El apoyo económico se otorga por los hijos de Mariana. El apoyo es variable, siendo el más constante el del hijo mayor con una cantidad aproximada de 500 pesos cada dos meses; los demás dan cantidades menores y a diferentes tiempos. Las mujeres que viven cerca, le llevan dinero cuando hacen alguna venta o tienen un ingreso extra, sin regularidad específica; puede ser cada 15 días o cada mes, o cada tres meses. Cuando la encuentran en el tianguis de Ozumba también le dan dinero para que desayune. Carla además de darle dinero el día del tianguis realiza algunos de los pagos de la casa como la electricidad, el gas y el agua.

➤ **Apoyo alimenticio**

El apoyo en materia de alimentos es el más socorrido por los actores de la red siendo casi exclusivamente femenino; la dinámica consiste en que cuando las hijas realizan algún platillo especial llevan “un taquito” para compartirlo con su madre. En el caso de los hijos lo que comparten es fruta o platillos comprados para realizar comidas familiares. Los dos hijos varones y las cuatro hijas que viven en Atlautla realizan este tipo de acciones; haciendo que este tipo de apoyo sea el segundo más practicado. Cabe señalar que los platillos y alimentos compartidos no toman en cuenta las recomendaciones de dieta que deben guardar los diabéticos con su dieta. A los familiares no les parece un problema compartir ese tipo de comida con su familiar ya que solo es “de vez en cuando”.

Esto se relaciona con la falta de asesoría e información personalizada para los familiares directos del diabético, la cual debería existir con la finalidad de que puedan

tomar medidas preventivas para evitar el riesgo de ellos mismos desarrollarla y para apoyar eficientemente a su familiar.

➤ **Apoyo en vestimenta**

Es un tipo de recurso otorgado en ocasiones especiales como navidad, cumpleaños o día de las madres a manera de regalo. Son sus hijas quienes se encargan de comprarle ropa y zapatos, sus nueras también le regalan aunque en menor cantidad; ninguno de los hijos hace este tipo de regalo ellos hacen obsequios más costosos como electrodomésticos, comidas en algún restaurante o viajes a estados cercanos.

Casi igual, las muchachas en ropa como ora el 10 de mayo, me dan ropa, me compran ropa, zapatos también tengo hartos pares todavía nuevos y ya ando jalando ahí viejitos. Casi yo no me compro zapatos, ni ropa. Si las muchachas saben que numero son mis zapatos, saben las faldas. Si mi hijo el que vive acá en Toluca, como hace dos años me regalo un refrigerador del 10 de mayo, le digo quisiera yo comida que cosa voy a guardar ahí está regrandote (Mariana).

Sus nietas de mayor edad, es decir ocho mujeres hijas de los cuatro primeros hijos quienes también le regalan ropa en su cumpleaños o día de las madres.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Para su atención médica cuenta con el Seguro Popular, en algunas ocasiones es necesario comprar medicamentos, acudir a médicos privados o utilizar transporte para ir al hospital, para este tipo de gastos imprevistos cuenta con algunos miembros de su red que la apoyan. De manera general ella cubre los gastos cuando son pequeños con el dinero que obtiene de la venta de su siembra, en caso de necesitar cantidades mayores Carla que vive con ella la apoya con estos gastos. Si se necesita más ella se encarga de avisarle a sus hermanos varones y a su hermana que vive en la ciudad de México.

Pues entre todos, mi hermana, la que está en México luego, “fijate que le mandaron a traer esto y lo otro” y luego ya me mandan para que se lo compre le dicen “compre usted su medicamento mamá” pero casi no, casi luego se lo dan todo allá. Que se pone grave y hay que pagar coche mi hermana la de aquí su esposo tiene y si no está pues yo lo pago y ya luego ellos me reponen (Carla, familiar de Mariana).

En este tipo de apoyo intervienen menos actores de la red ya que son gastos que ocurren de emergencia o imprevistos y no todos tienen la posibilidad de tener dinero en esos momentos. Para que los recursos sean activados es el cuidador primario quien los organiza; debido a que se encarga de avisar y reunir lo que hace falta porque es ella quien está todos los días conviviendo con su familiar y resuelve los problemas que genera la atención médica.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Las tareas domésticas incluyen la limpieza del lugar, lavado de ropa, cocinar y mantener el espacio habitado adecuado para vivir, regularmente lo realizan las personas que pertenecen a la unidad doméstica. Debido a ello únicamente un miembro de la red realiza este tipo de tareas, encargándose de todas esas actividades mientras que Mariana

se encarga de arreglar su cuarto, trabajar en el solar y preparar lo que vende en el tianguis.

➤ **Apoyo afectivo**

Para los adultos mayores el aspecto psicológico es importante, existe la necesidad de sentirse acompañado, querido y aceptado. Los cambios en algunas habilidades como la memoria, la atención, orientación y aprendizaje hacen que la forma en que se relaciona con las demás personas se altere. El padecer una enfermedad crónico-degenerativa afecta algunos aspectos de su independencia y autonomía, la pérdida de la pareja o de miembros de la familia de origen también provoca afectaciones emocionales.

Para el adulto mayor que padece diabetes es común tener episodios de tristeza, enojo o depresión debido tanto a la vulnerabilidad que representa estar envejeciendo en una sociedad que no acepta esta condición como por saberse “enfermo” de por vida. Debido a esto puede tener problemas con sus recursos psicológicos propios para adaptarse a sus cambiantes condiciones de salud; si cuentan con el apoyo de quienes lo rodean se les facilita la vida cotidiana. Es difícil evaluar el apoyo afectivo ya que es una percepción individual, por lo que en esta investigación se tomo en cuenta como apoyo afectivo a lo que el propio adulto mayor considera como tal.

Mariana se siente apoyada por su familia porque la visitan, hablan por teléfono para saludarla, se preocupan cuando se siente mal y se acuerdan de ella dándole obsequios en su cumpleaños o el día de las madres. Existe variación por género ya que es con las mujeres con quienes siente mayor empatía, siendo a ellas a quienes les cuenta sus preocupaciones o reflexiones sobre los temas que le importan. Es decir, el apoyo afectivo de los hijos se manifiesta por “acordarse y estar pendiente” de ella. Específicamente la hija mayor y Carla son con quienes se siente mejor de platicar, así como en mayor confianza para hablar de sus preocupaciones; aún así reconoce que no le gusta hablar mucho de sus sentimientos porque no le encuentra utilidad. Si se siente triste, alegre o preocupada trata de no pensar en ello, hacer cosas o simplemente dejar que pase.

Estos aspectos emocionales raramente se hablan en la familia o se tratan en el espacio clínico; para su hija Carla su madre se encuentra bien pero tiene etapas donde se ve más triste, piensa que es por los problemas que pasan con sus hermanos o también porque “se cansa de la diabetes”.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

La compañía es un aspecto más de los apoyos que necesita el adulto mayor; influye en la vigilancia del tratamiento, el apoyo emocional y la satisfacción de necesidades básicas. La compañía puede provenir de las personas que conforman la unidad doméstica o de visitantes que acuden a visitarla de manera regular.

Mariana pasa la mayor parte del tiempo con su hija Carla, las otras hijas que viven en Atlautla van dos o tres veces a la semana aunque normalmente solo saludan y se van; no pasando más de una hora en su casa. La compañía cotidiana que tiene involucra a varias personas que la visitan a lo largo del día, pero cuyas visitas son rápidas y con poca oportunidades de interacción.

➤ **Apoyo en visitas**

Ser visitado y visitar permite mantener las relaciones sociales que pueden servir para obtener recursos, así como para mantener una buena salud emocional. Las visitas ocurren con dos tipos de dinámicas: quienes viven cerca y pasan de dos a tres veces por semana a saludar, y quienes viven fuera y acuden cada mes o dos meses éstos últimos pasan más tiempo incluyendo quedarse por algunos días. Es frecuente que Mariana también realice visitas a sus familiares sobre todo sus primos y dos de las hijas que viven a unas cuantas cuadras.

Pues nomas me, me vienen a visitar y ya, como este mi hijo o la otra que vive allá en México, namás viene “¿Cómo sigue, como está usted?” pues bien, y ya. O luego vienen mis nietas estamos platicando, se están riendo, ahí pasamos el rato (Mariana).

Durante las visitas se platican las novedades familiares y se pregunta sobre la salud de Mariana. Es común que sus nietos con sus nueras vayan a quedarse unos días durante las vacaciones, las reuniones familiares más concurridas son en su cumpleaños, día de las madres, navidad y año nuevo. En esas fechas todos cooperan para comprar lo que se cocinará y las mujeres son quienes preparan la comida. No existen cuidados sobre el tipo de alimento que puede consumir su familiar, la única restricción que se observa es “disminuir” la azúcar añadida en los tés o diluir el refresco con agua.

Una fecha especial para visitas es durante la fiesta del patrono del pueblo San Miguel, en todas las casas se preparan platillos como el revoltijo, tlacoyos y carnitas, se espera la llegada de familiares y amigos para que coman en las casas. Mariana recibe en esos tres días a familia a la que únicamente ve ese día, como primos lejanos, algunos sobrinos, familia política de parte de su esposo o sus hijos. Ella pasa dos días preparando la comida con ayuda de su hija Carla.

En este tipo de apoyo intervienen todos los miembros de la red a excepción de uno de los primos quien debido a problemas de inmovilidad ya no puede caminar por lo que es Mariana quien lo visita a él. Otra variante de las visitas es el contacto telefónico, el cual ocurre de manera regular en aquellos que viven fuera de Atlautla. Sus hijos y sus nietos mayores hablan al celular de Carla varias veces al mes para tener noticias de cómo se encuentra Mariana.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El adulto mayor necesita del apoyo de sus familiares para tener mejor control sobre su tratamiento y su salud, ya que éstos le ayudan a generar un ambiente favorable para cambiar aspectos de la vida cotidiana como la dieta, la toma de medicamentos, el cuidado personal y la actividad física. Para hablar de apoyo en control de tratamiento se observó quienes acompañan y/o recuerdan las citas médicas, los horarios de toma de medicamentos, la salud de la persona y consejos o recordatorios sobre el tratamiento biomédico o de autoatención.

Quien se encarga de ayudar en el tratamiento es Carla debido a que viven juntas, dos de las hijas que están en Atlautla también se involucran sobre todo en acompañar a la inyección de insulina los fines de semana. Su primo político que es médico le da consulta cada vez que la visita, le pregunta cómo se siente, le da consejos y le explica lo que los médicos de la clínica le dicen o le recetan. La esposa de ese primo toma cursos de

medicina tradicional y alternativa por lo que también le recomienda el uso de algunas plantas, tés o jarabes.

Sus hijos no se involucran demasiado con este aspecto y se limitan a preguntar si se ha sentido bien, el papel de las nueras en el tratamiento es también de preguntar su estado y compartir algún consejo escuchado sobre la diabetes.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

Los médicos de la clínica recomiendan que los adultos mayores vayan acompañados por un familiar tanto a la consulta médica como a la inyección de insulina. A la consulta deben ir con alguien más para facilitar la comprensión de las instrucciones terapéuticas, mientras que a la inyección deben estar acompañados por si tuvieran alguna reacción negativa hacia la insulina. Se supone que los acompañamientos también funcionan como una manera de vincular a los familiares con el cuidado de los adultos mayores y con su propio autocuidado preventivo.

A Mariana la acompaña regularmente su hija Carla tanto a la consulta médica como a la insulina; a excepción de los fines de semana cuándo se va a trabajar. En esos días va sola o la acompaña alguna de sus nietas que las visita. En caso de emergencia también es Carla quien la lleva a la clínica, su otra hija con su esposo van por ella ya que tienen su propio auto. Como sus hijas y sus nietas saben que está sola los fines de semana la visitan más a menudo en esos días; así que regularmente las nietas la llevan por su inyección.

➤ **Apoyo en información y consejos**

El contar con información que ayude al autocuidado o a la procuración de recursos son apoyos de enorme valor ya que permiten ampliar los recursos disponibles. La información y los consejos pueden ser en sentido de recomendaciones sobre qué tomar para la diabetes, que hacer si se siente mal, qué alternativas médicas conocen, etc. También puede incluirse información sobre programas de alguna institución que puedan favorecer a las personas, por ejemplo despensas, apoyos económicos, campañas de salud, etc. La mayor parte de la información y consejos de la red es acerca de remedios caseros para “bajar el azúcar”; campañas de atención a la salud específicas como revisiones oculares; avisos sobre entrega de despensas y actividades de partidos políticos que reparten algún tipo de beneficio (despensas, comida, cobijas).

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

No todos los apoyos son iguales, algunos son más fáciles de otorgar y son los preferidos de la mayoría de los miembros de una red, otros necesitan darse de manera frecuente y otros pueden ser esporádicos. En este apartado hablaremos de los tipos de apoyos y su frecuencia; en la tabla 45 se muestran los tipos de recursos y el porcentaje de actores involucrados, así como una frecuencia anual aproximada de las veces que se otorgan los recursos.

Tabla 45. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	32
Apoyo en información y consejos	70 %	12
Apoyo en vestimenta	39 %	2
Apoyo afectivo	30 %	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	24 %	No aplica
Apoyo económico	18 %	8
Apoyo alimenticio	18 %	15
Apoyo en gastos médicos	12 %	3
Apoyo en control de tratamiento	10 %	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	6 %	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	3 %	No aplica

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

De acuerdo con la información recabada por medio de la observación y las entrevistas el mayor número de integrantes de la red otorga apoyo en forma de visitas, seguido por compartir información y consejos que le son útiles para autoatenderse o para obtener recursos. El bloque de apoyos materiales como son el económico, alimenticio y de gastos médicos tienen un porcentaje similar entre sí, en un intervalo entre 18 y el 12% lo cual es bastante bajo pensando en las necesidades de un adulto mayor diabético.

El apoyo principal son las visitas, seguido por la información y consejos. Otros apoyos como el de vestimenta o afectivo son menores pero no se despegan demasiado del apoyo principal. El apoyo en compañía cotidiana y quehaceres domésticos son los rubros con menor participación de la red social, con ello se refuerza que sólo existe un cuidador primario quien se encarga de todo lo referente al adulto mayor.

La frecuencia de los apoyos es variable ya que dependen de situaciones externas como los gastos médicos extras, las fechas conmemorativas que involucran regalos; o bien no se puede hablar de frecuencia como en el caso del apoyo afectivo o la compañía cotidiana. Para aquellos que si se puede realizar una aproximación se observo y se preguntó un número aproximado de ocasiones en que fue recibido el apoyo en el lapso de un año.

A lo largo de un año el apoyo más frecuente son las visitas, éste es el tipo de apoyo más fácil de realizar para la familia que vive cerca y como se ha señalado no involucra ni tiempo ni calidad; por lo que a pesar de aparecer como algo “frecuente” no implica una mayor vigilancia o efectividad en cubrir las necesidades del adulto mayor. Los apoyos menos frecuentes son los del tipo económico (para sus gastos regulares o para gastos médicos) ya que son sumamente esporádicos, lo que reafirma que Mariana recibe poco apoyo económico y es ella la que mantiene la mayoría de sus gastos.

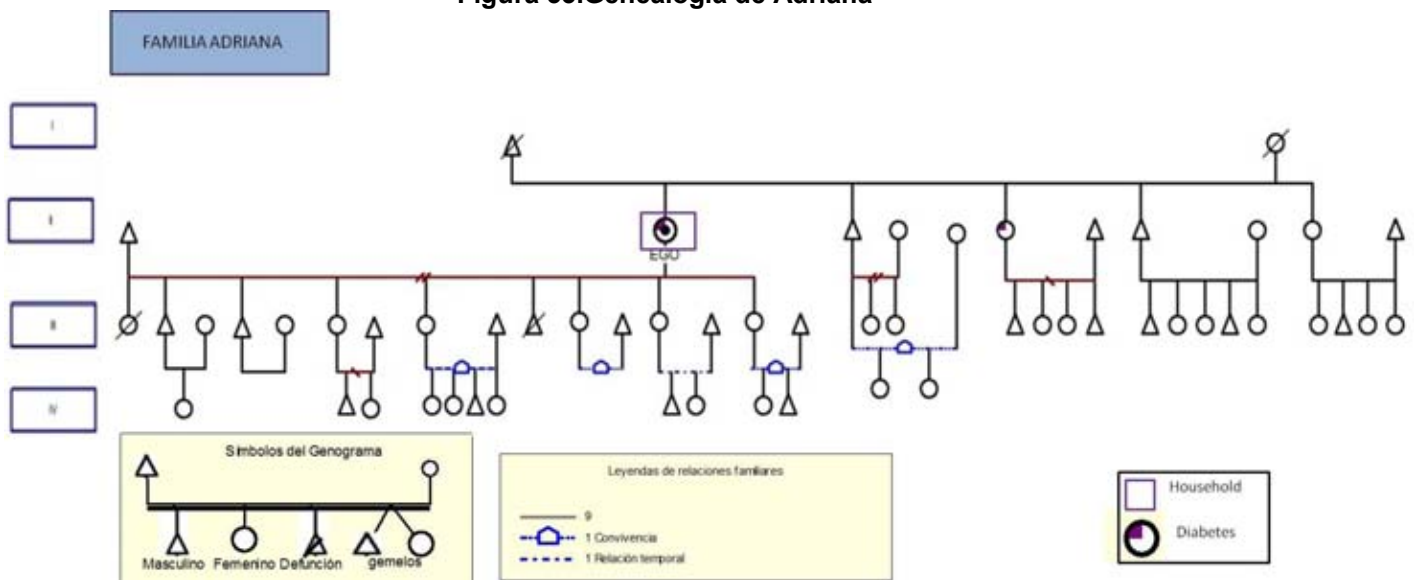
5.1.3 La red familiar de Adriana

➤ La Genealogía

El padre de Adriana murió hace tiempo debido a los problemas generados por el alcoholismo, su madre murió hace un año por un accidente cardiovascular derivado de la hipertensión arterial. Tiene cuatro hermanos que viven en otros lugares del Estado de México y de la Ciudad de México; de la familia de su padre no tiene contacto con nadie porque no convivieron ya que la familia política no quería a su madre. Por el lado materno tienen contactos esporádicos con primos y sobrinos, pero como viven en Hidalgo se reducen a una vez al año o cada tres a cinco años.

Ella se divorció de su esposo debido a los malos tratos y violencia que ejercía sobre ella y sus hijos, con él tuvo dos hijos que fallecieron siendo niños y siete hijos que viven en su mayoría en Atlautla. Los mayores son dos hombres y las demás son cinco mujeres; tiene once nietos cuyas edades son desde los 18 años a los siete años. La figura 30 muestra la genealogía; la cual está dividida en cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. La familia que está más desarrollada en la genealogía es la de Adriana y sus hijos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. Las personas que padecen diabetes (Adriana y su hermana) con un sombreado dentro de la figura y el grupo doméstico está encerrado en un rectángulo para resaltarlo.

Figura 33. Genealogía de Adriana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En la genealogía de Adriana destaca el número de hijos y de hermanos por lo que parece equilibrada la segunda y tercera generación. La cuarta generación es aún joven por lo que no tiene ningún bisnieto, los nietos aún dependen y viven con sus padres.

Todos sus hijos tienen pareja a excepción de una hija que es madre soltera con dos niños, ella es quien se quedó con la casa de Adriana y de los hijos es quien convive más con ella. Como ya se había mencionado Adriana vive sola porque tras morir su madre decidió ya no regresar a su casa y se quedó en la casa materna.

➤ **La generación de la red**

La red familiar de origen se basó durante mucho tiempo en sus hermanos, padres y dos tías paternas, la familia paterna siempre vivió en Atlautla. Mientras que la familia de su madre vive en Hidalgo y no tienen contacto regular con ellos.

Al ser la mayor de los hijos durante el tiempo que permaneció en su casa ayudaba a su madre con los quehaceres domésticos y el cuidado de sus hermanos; mientras la madre vendía en el mercado y su padre trabajaba como peón por temporadas. Fue la primera en casarse y al separarse recibió el apoyo de sus padres quienes le permitieron vivir en su casa con sus hijos; ellos también le dieron dinero para que completara la construcción de su casa en un terreno que le ayudaron a comprar. Al morir su padre la madre se quedó viviendo sola durante varios años, sufrió un problema cardiovascular que le provocó parálisis de los miembros inferiores. Adriana iba todos los días a cuidarla, luego decidió mudarse con ella y acompañarla hasta su muerte.

Cuando era joven y vivía en casa de sus padres se hizo cargo de cuidar a sus hermanos, excluyendo a la última hermana que era muy pequeña cuando ella se casó. Tiene buena relación con todos ellos, sobre todo a partir de la etapa en la cual se trasladó a vivir con su madre, porque sus hermanos visitaban a la madre y también la atendían a ella. Incluso llegaron al acuerdo de que Adriana administrara los apoyos dirigidos a su madre. A su muerte la frecuencia de visitas y apoyos disminuyeron, pero ya que ella vive en el terreno que fue heredado a todos aún continúan visitándola. Uno de sus hermanos es quien la visita cada mes, ella le tiene mucho afecto porque él la apoya económicamente:

Mi hermano yo le pido a Dios que Dios lo bendiga y que Dios lo cuide porque la verdad ese nunca nos abandona. Tanto como a mi hermana, como yo, como la otra, él siempre nos ha apoyado mi hermano, le digo ese hermano ya desde el tiempo que estoy aquí que deje de trabajar cada fin de año o principio de año me regala vales de despensa que son 500 pesos... (...) Ahora que vino esta vez, ese día que lo vio usted, me regalo 200 mi hermano, pues digo me sirvieron para cubrirme en la semana mi despensita, mi comidita (Adriana).

De los otros hermanos ya no recibe apoyo económico pero si visitas espaciadas, además comparte experiencias con su hermana quien también padece diabetes por lo que se transmiten consejos de remedios o tratamientos. El hijo de dicha hermana también la visita y en ocasiones se queda con ella dos o tres semanas aproximadamente dos veces al año ya que se dedica a criar animales en la pieza de terreno que corresponde a su madre. Cuando está viviendo con ella la apoya haciendo quehaceres domésticos y comprando víveres.

➤ **La formación de la familia propia**

Adriana se casó a los 15 años, conoció a su exesposo en la primaria, cuando salió de la escuela siguieron viéndose hasta que se la llevó a vivir con él, sólo se casaron por el

civil. Vivieron todo el tiempo en casa de sus suegros con sus cuñados; su suegro ya era grande y trabajaba en el campo con todos sus hijos, su suegra era comerciante y era la que proveía de la mayor parte del dinero a la casa. Adriana hacía los quehaceres y cuidaba a sus cuñados que eran pequeños, así como a sus sobrinos políticos. Sus cuñadas no la querían, solo con un cuñado había buena relación, incluso él protegía a los niños cuando el exesposo llegaba borracho por la noches.

Ya luego él me dijo que me fuera y pues me fui con él, no tuve mucho tiempo sin niños, al primero lo tuve al año y tres meses parece, al año cuatro meses, ya después así sucesivamente cada año y medio, fueron naciendo. Por eso parecía yo como conejo, como, había una cuñada que me dice “pareces perra, cada rato hijos e hijos, es lo único que sabes hacer” (Adriana).

Su esposo trabajaba en el raspado de maguey y venta de pulque, pero de lo obtenido no le daba gasto. El era alcohólico, violento con ella y con sus hijos, cuando llegaba borracho por las noches golpeaba a todos:

Ya de briago llegaba a la casa y sacaba tenía sus escopetas, sacaba la escopeta y luego aventaba de balazos. Y que nos daba, un pavor, luego estaban mis muchachos le querían quitar la escopeta, luego hacía sus averías cuando no estaba su hermano, no pues ya su papacito como ya estaba de edad, luego ya estaba acostadito, y a esta hora estaba uno ahí forcejeando con el hombre queriéndole quitar el arma (Adriana).

Ese tipo de conducta duró todo el tiempo que ella vivió con él, su suegro no podía controlarlo y su suegra tampoco, su cuñado era el único que intervenía para tranquilizarlo o para esconder a los niños en su cuarto.

Luego mi muchachito decía ya “para que no estemos sufriendo aquí con mi padre has una sopa sabrosa y échale veneno para ratas y solo tú sabes y nos lo comemos todos. Cuando venga mi padre ya nos encuentra a todos muertos, a ver qué cosa hace”. Se imagina lo que pensaba mi muchachito, yo también luego decía yo un día me voy a ahorcar, pero no lo llegué a hacer sabe ¿Por qué?, por mis hijos. Dije yo me muero y a mis hijos quién los va a ver (Adriana).

Después de 25 años de casada decidió a divorciarse, motivada porque sus hijos ya eran grandes y algunos trabajaban. Adriana tuvo nueve hijos de los cuales dos fallecieron siendo menores de tres meses, los dos hombres son los mayores y fueron quienes sufrieron más los maltratos de su padre. Uno de ellos estudió hasta la secundaria y otro terminó una carrera universitaria, ambos se casaron jóvenes pero solo uno de ellos tiene hijos. El segundo hijo vive con su esposa y sus suegros, él no tiene casi contacto con Adriana, únicamente la visita en su cumpleaños.

De las cinco hijas con una no tiene ningún tipo de relación, debido a que le pareció mal que ella apoyará a la otra hija que es madre soltera, a partir de ese momento ya no habló con ella ni con sus hermanas. Adriana sabe de ella y sus nietos porque viven en Atlautla y la gente que la conoce le habla de cómo se encuentran.

Con las demás hijas la relación consiste en visitas y algunos favores o apoyos que se hacen, ellas la visitan y la acompañan al médico, también una vez al mes se reúnen las

cuatro hijas en su casa. La hija que vive en México la visita una o dos veces al mes; con quien tiene más cercanía es con su hija madre soltera, esta relación también provoca algunos celos de las otras hermanas porque consideran que le tiene preferencia:

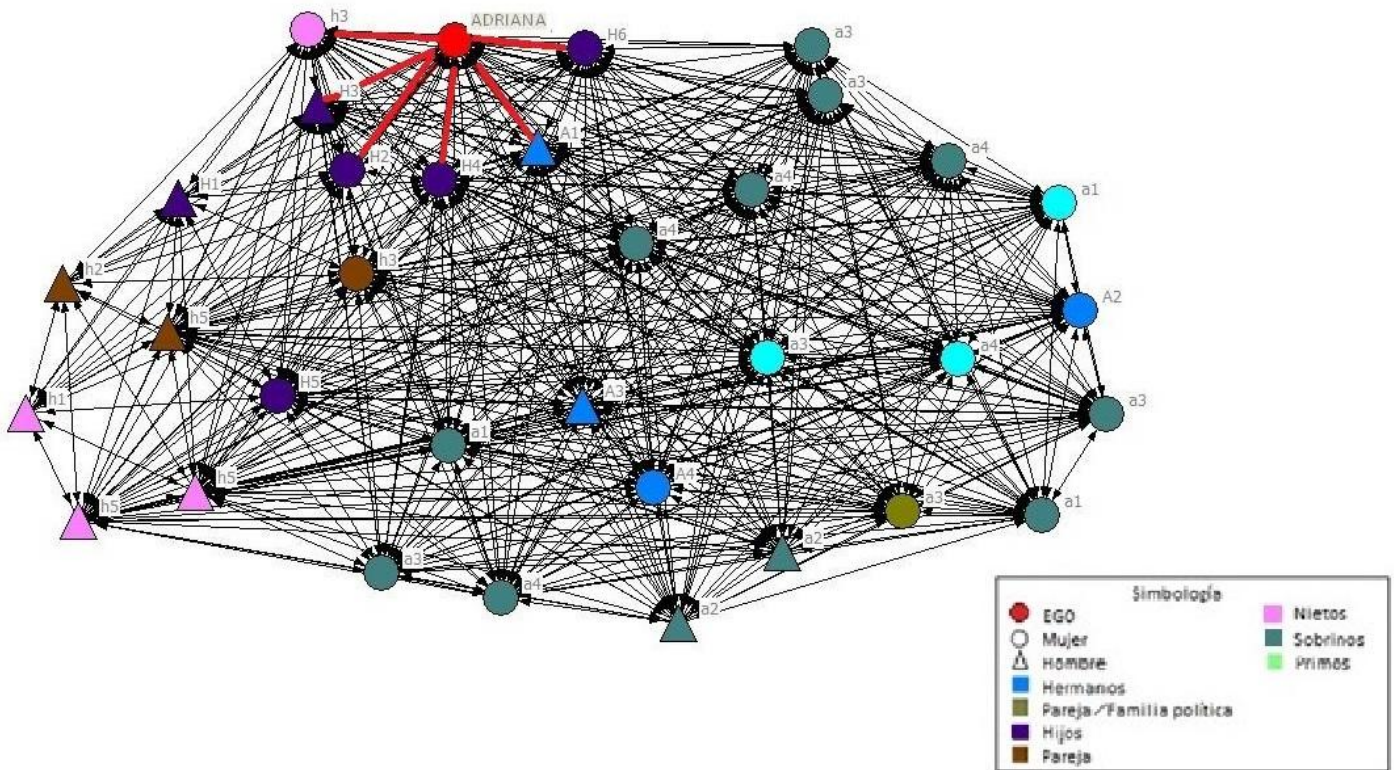
Yo vivía en los cuartitos con mi hija, esta Liliana, las otras muchachas me alcanzaron después, ellas se quedaron con su tío; ya luego me reclamaron que cuando me fui para allá ni siquiera les dije pues vámonos y que por eso no querían irse para allá (Adriana).

Desde que se divorció no habla con su exesposo ni con nadie de su familia, sus suegros fallecieron y sus cuñados no le hablan, a excepción del que los defendía. Sin embargo, ella no lo visita porque tiene temor de que uno de sus hijos (quien se encarga de visitarlo y cuidarlo) le “eche en cara” que solo se le acerca con la intención de quedarse el terreno donde vive como herencia. Sus hijos tampoco tienen relación con el padre o con alguien de su familia, a excepción del tío a quien visitan algunas veces, pero en menor grado ya que todos han sido regañados por el hermano que lo cuida y les advierte que no vayan a verlo si “sólo quieren la herencia”.

➤ **Los miembros de la red**

En la red de Adriana no existen familiares fuera del círculo de hermanos e hijos, debido a la lejanía geográfica con la familia materna y por desacuerdos con la familia paterna. Como puede observarse en la figura cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores, es decir, con quiénes están conectados. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica. En la imagen se presentan por familia, así que comparten las mismas letras y números para identificarlas; sin embargo, no se presentan todos los símbolos de una misma familia en grupo si no que están dispersos. Todos los miembros mantienen interacciones, debido a que todos son familiares cercanos, son hermanos, hijos y nietos así que todos interactúan regularmente entre sí. La red de Adriana es un conglomerado regular de interacciones (ver figura 34).

Figura 34. La red familiar de Adriana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los lazos que están remarcados en color rojo representan a los actores que otorgan alguno de los siguientes recursos: apoyo en gastos médicos, acompañamiento a citas médicas y control de tratamiento. En la red de Adriana aparecen seis actores que intervienen en dichos recursos. Más adelante se describe los tipos de recursos que circulan en la red y qué dinámicas existen en torno a ello. La clasificación de los tipos de recursos en once rubros se realizó siguiendo clasificaciones anteriores propuestas por varios diferentes autores que han trabajado con redes sociales (Montes de Oca, 2005; Requena, 2003; Scott, 2000). Los componentes de la red son los que se muestran en la tabla 46:

Tabla 46. Miembros de la red familiar Adriana

Total: 34
-Hijos: cinco ya que con dos de ellos no se tiene contacto.
-Nietos: cinco que tienen edad suficiente para decidir visitar o realizar algún tipo de apoyo.
-Hermanos: cuatro con sus respectivas parejas.
-Sobrinos: doce que la visitan de manera regular, o realizan algún tipo de apoyo, la mayoría la visita junto con sus padres.
-Familia política: en este rubro sólo aparecen las parejas de sus hijos o de sus hermanos ya que no existe otra familia política con quien mantenga contacto.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Grupos familiares:

Hermanos:

Familia A1: Con las letras A1, a1, a1 y a1 se identifica a: hermana y su esposo mayores de 60 años, dos hijos mayores de 30 años, viven en Ciudad de México.

Familia A2: Con las letras A2, a2 y a2 se identifica a: hermano y su esposa mayores de 60 años, una hija mayor de 30 años, viven en Ciudad de México.

Familia A3: Con las letras A3, a3, a3, a3, a3, a3 y a3 se identifica a: hermana y su esposo mayores de 50 años, cinco hijos mayores de 20 años, viven en Los Reyes La Paz, Estado de México.

Familia A4: Con las letras A4, a4, a4, a4, a4 y a4 se identifica a: hermana y su esposo mayores de 50 años, cuatro hijos mayores de 20 años, viven en Tepetlixpa, Estado de México.

Hijos:

Familia H2: Con las letras H2 y h2 se identifica a: hija y su esposo mayores de 40 años, viven en Atlautla.

Familia H3: Con las letras H3, h3 y h3 se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, un hijo mayor de 20 años, viven en Atlautla.

Familia H4: Con las letras H4, h4, h4 y h4 se identifica a: hija mayor de 40 años, dos hijos mayores de 15 años, viven en Atlautla.

Familia H5: Con las letras H5, h5, h5 y h5 se identifica a: hija y su esposo mayores de 40 años, dos hijos mayores de 15 años, viven en Atlautla.

Familia H6: Con las letras H6 se identifica a: hija mayor de 40 años, vive en Ciudad de México.

➤ **La dinámica familiar**

Al principio de su matrimonio y desde niña Adriana se dedicó solo a los quehaceres domésticos pero cuando se separó se convirtió en trabajadora doméstica y en la proveedora económica de sus hijos. La educación de sus hijas estuvo a su cargo por lo que les enseñó a realizar actividades domésticas, y a sus hijos los mandaba a trabajar con su tío o con su padre aprendiendo labores de campo. También trató de impulsarles que estudiaran pero por la falta de recursos no todos tienen una profesión.

En cuanto a los cuidados y atenciones para con otras personas ella asume que este rol le corresponde a las mujeres, debido a que tienen “paciencia y son más apegadas”. Los hombres no “sirven” para cuidar o hacer labores de la casa, aunque también ha visto que “si les enseñan desde chiquitos lo pueden hacer”. Esto lo menciona porque uno de sus sobrinos que a veces se queda con ella sabe cocinar, lavar, planchar y otras actividades que supuestamente solo son para mujeres. Piensa que la mayoría de los hombres -incluyendo a sus hijos- no lo hacen porque antes se pensaba que se hacían “mujercitas” si ayudaban a las madres. Sus hijas son quienes la visitan, le brindan apoyos y están constantemente al tanto de su salud; sus hijos la visitan en pocas ocasiones y sus apoyos se limitan a cuestiones materiales como comprarle ropa, zapatos o comida de manera eventual.

En la convivencia familiar existe mejor relación entre las hijas que suelen reunirse en casa de la madre por lo menos una vez al mes, mientras que los hijos se han alejado y raramente asisten a la casa. Los hermanos de Adriana también la visitan algunas veces al año, uno de ellos es quien tiene más contacto y ayuda económicamente a sus dos hermanas incluyendo a Adriana. Entre tíos, sobrinos e hijos la convivencia ocurre en el espacio de la casa materna ya que cuando la madre vivía todos acudían ahí para visitarla y tras su muerte la costumbre perduró. Adriana convive todos los días con su hermana menor ya que ella guarda sus animales (borregos, caballos) en la casa y acude todos los días para llevarlos a pastar.

Entre las hijas de Adriana hay algunos problemas por la relación que guarda con su hija Liliana ya que ellas señalan que es la “preferida o consentida”. Fue a causa del apoyo que Adriana le dio al recibirla que una de las hijas se alejó totalmente de toda la familia. Además cuando vivía con ella Adriana vendía dulces y otra hija le otorgaba dinero para mantener su negocio, pero al darse cuenta de que las ganancias no eran para ella sino para Liliana dejó de apoyarla:

Aquella me dijo porque siempre se dieron cuenta: “No, ya no le voy a usted a dar pero ni un centavo, a ver como surte usted su changarro, ya no venda usted, que necesidad tiene de estar trabajando, usted está trabajando por mi hermana”, quien sabe, “por sus nietos de usted, para que los esté manteniendo, no ya no” (Adriana).

Adriana fue quien mantuvo a sus nietos y a su hija mientras vivió con ellos, Liliana aún le pide préstamos para mantenerse, sin que los regrese. Por estas razones suelen haber discusiones con las otras hijas, pero a partir de que ella se fue a vivir a aparte disminuyeron. Los hermanos de Adriana también le han criticado que apoye tanto a su hija, porque los pocos recursos que ella tiene los comparte.

➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

Las decisiones sobre los cuartos donde vive las toma ella, en lo que se refiere al terreno donde vive son los hermanos en conjunto quienes toman decisiones debido a que ya está repartido. Aunque no hagan uso del lugar ella no realiza cambios sin consultarlo con al menos alguno de ellos.

Sobre aspectos de su salud como acudir al médico, recibir atención, qué tipo de medicina utilizar y como llevar el tratamiento las personas con mayor influencia son su hija Liliana, y su hermana menor ya que ellas la ven a diario y platican con ella al respecto. Si Adriana se siente mal acude con su hija para que la acompañe al doctor o bien va ella sola.

El lugar que habita es un terreno grande que fue repartido entre todos los hermanos pero donde ninguno habita (ver figura 35). Consta de cinco cuartos: dos con funciones de bodega para los granos que cosecha su hermana, dos recámaras (una donde dormía su madre y otra para Adriana) y la cocina. Además tiene un baño, gallineros, corrales para caballos y borregos, pocilga, y un espacio donde hay algunas hierbas para autoconsumo.

Figura 35. Disposición espacial casa de Adriana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Ella hace uso de todos los espacios, a excepción de aquellos que utiliza su hermana para guardar los granos y los animales, ella también le ayuda a estar pendiente de los animales. No ha habido modificaciones en el terreno desde que llegó ahí, ninguno de sus hermanos está interesado por el momento en construir e irse a vivir ya que todos tienen casa propia donde viven. No les causa molestia que Adriana esté ahí ya que ella actúa como vigilante del lugar; el cuarto que ocupa no está ubicado en el área que le corresponde por lo que ha pensado en ir construyendo en el lugar que le fue asignado. Sin embargo, no tiene dinero para hacerlo y espera algún día juntar suficiente para hacerse de un cuarto *para cuando mis hermanos se vengán no me quede debajo de los árboles* (Adriana).

➤ **Algunas características de la red familiar**

La red de Adriana abarca a 34 personas que son sus familiares más cercanos, la extensión es pequeña debido a los antecedentes de cómo se constituyeron sus lazos familiares con parientes maternos y paternos. Cuando vivió en casa de sus suegros su red de apoyo era mayor ya que abarcaba a la familia política, pero a raíz de su divorcio hubo un distanciamiento total con todos ellos. La red de apoyo familiar se mantuvo constante desde ese momento hasta la actualidad, ya que no existieron oportunidades de acercarse a más miembros de la familia y su crecimiento está dado por la formación de las familias propias de cada uno de sus hijos. En la tabla 47 se muestran dos medidas de intermediación de la red de Adriana que dan cuenta de qué tan relacionados están los actores que pertenecen a su red.

Tabla 47. Medidas de intermediación red Adriana

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
Adriana	100.000	100.000
Familia A1	100.000	100.000
Familia A2	100.000	100.000
Familia A3	100.000	100.000
Familia A4	100.000	100.000
Familia H2	100.000	100.000
Familia H3	100.000	100.000
Familia H4	100.000	100.000
Familia H5	100.000	100.000
Familia H6	100.000	100.000

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

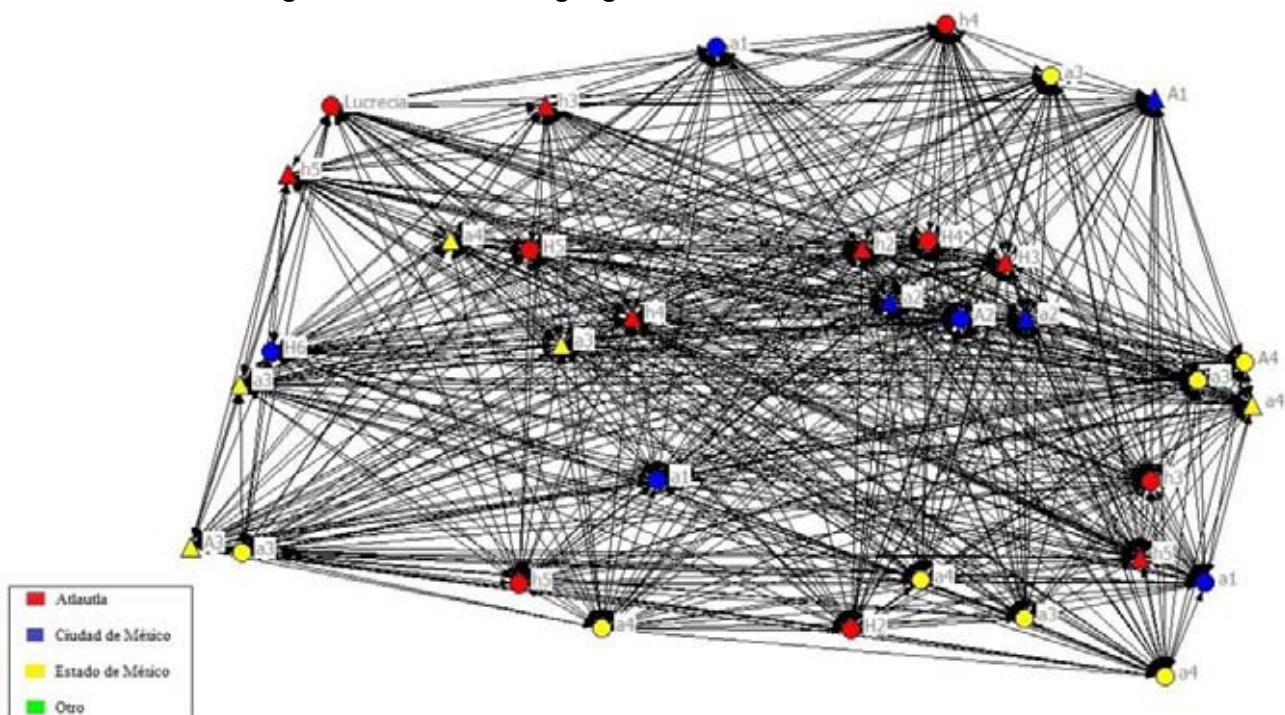
El grado de centralidad y el de cercanía muestran que la distribución de lazos y la distancia entre actores es la misma para todos; ya que estamos ante una familia pequeña que mantiene enlazados a todos los miembros. Los lazos más débiles se constituyen no por la vinculación sino por el tipo de interacciones que hay entre ellos; es decir, a simple vista con la mención de quienes conviven pareciera que todos están amalgamados en la red y participan de manera equitativa.

Al revisar la posición genealógica de los 34 miembros se encuentra que la mayoría son sobrinos (12) quienes la visitan y la apoyan con tareas domésticas menores o regalos. A pesar de ser los más numerosos son junto con los nietos los menos constantes en apoyos, a excepción del sobrino que vive con Adriana por temporadas. Los nietos son cinco y su participación es irregular, con la excepción de los dos hijos de Liliana porque acuden todos los días a visitarle y son los que hacen más tareas domésticas en su favor. Las generaciones más jóvenes (sobrinos y nietos) son los más distantes y poco cooperativos de la red para con Adriana.

Le siguen en número los hijos (cinco) y los hermanos (cuatro), los hijos mantienen mayor contacto y favores en gran medida por la cercanía de su vivienda; los hermanos acuden durante el año destacando su hermana menor que acude diario y su hermano que va cada mes a visitarla.

En cuanto a la ubicación geográfica de los miembros de la red todos los hijos a excepción de una hija viven en Atlautla, por lo que no presentan mayores problemáticas en cuanto a distancia para visitar a Adriana. Aquellos que viven más lejos están en el Distrito Federal y en otros municipios del Estado de México, influye en que la visiten en un lapso mayor de tiempo; y que no estén disponibles en caso de atender una emergencia de salud de Adriana. En la figura 36 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México y en color amarillo los de otros municipios del Estado de México.

Figura 36. Distribución geográfica de la red Adriana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En caso de problemas de salud quienes acuden son las hijas que viven cerca, la hija que vive en el Distrito Federal es informada cuando ya pasó el evento para mantenerla al tanto, o si es demasiado grave se le llama para que pida permiso en su trabajo y vaya a Atlautla. Sus hijos no son llamados cuando ella tiene problemas, no por la distancia sino porque “no se cuenta con ellos porque tienen sus familias” y hasta el momento no ha habido una ocasión en que se hayan presentado para ayudarla.

Fuera de la red hay otros familiares del lado materno para los cuales la distancia es parte del alejamiento y de la poca relación que tienen con Adriana. Estos familiares únicamente acudieron en el funeral de su madre, y si existen noticias sobre ellos es porque uno de sus hermanos visita a algunos de los primos en vacaciones.

Las características homofílicas en la red de Adriana corresponden a una sola: el género. Esto es porque quienes pasan más tiempo e invierten más recursos en ella son mujeres, tanto sus hijas como sus hermanas; los varones están prácticamente ausentes a excepción de su hermano y de un sobrino. Sin embargo, dichos personajes aportan un apoyo significativo y variado en el tipo de recursos. La ocupación es también otra característica ya que la mayoría de mujeres en su red son amas de casa, con trabajos temporales caseros y que no perciben un ingreso económico fijo. Por último, el lugar de residencia es compartido por esos mismos miembros, facilitando que se apoyen mutuamente y puedan obtener noticias de su estado de salud más rápidamente.

No existen otras características ya que en cuanto a edad ella es la mayor por varios años con respecto a sus hermanos; a pesar de que otra hermana tiene diabetes esto no ha influido en un acercamiento por compartir el mismo padecimiento.

En la red de Adriana existen ideas generales sobre qué es la diabetes y qué se debe hacer como tratamiento, pero ninguna medida específica en caso de gravedad. Las personas que tienen mayor información son su hija Liliana, su hija que vive en Distrito Federal, su hermana que padece diabetes y su hermano que la visita regularmente.

Su hija Liliana tiene algo de información porque es quien acompaña normalmente a su madre y escucha las indicaciones del médico, además de ser quien pasa casi todos los días con ella y es capaz de distinguir síntomas cuando Adriana tiene problemas de salud. Su otra hija adquirió algunos conocimientos por trabajar en una farmacia, ahí le proporcionaron explicaciones sobre enfermedades degenerativas; qué medicamentos se deben de tomar y cuidados generales. Su hermana que padece diabetes tiene ideas muy similares a ella sobre qué es, los cuidados los remite a tomar medicamentos o inyectarse insulina, pero no hablan muy a menudo sobre ello cuando se ven. En situaciones de emergencia Liliana es quien ha actuado llevándola al médico pero sin realizar algún tipo de conducta al respecto para aliviar sus molestias.

➤ **Los tipos de apoyo**

Los tipos de apoyo se dividieron en materiales y no materiales, en la tabla 48 están desagregados y se muestra el número de actores que los otorgan, así como una frecuencia aproximada.

Tabla 48. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	10 de 34	Anual
	Apoyo económico	5 de 34	Mensual
	Apoyo alimenticio	6 de 34	Mensual
	Apoyo en gastos médicos	-----	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	5 de 34	Todos los días
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	3 de 34	Mensual
	Apoyo en información y consejos	7 de 34	Anual
	Apoyo afectivo	5 de 34	Todos los días
	Apoyo en control de tratamiento	4 de 34	Todos los días
	Apoyo en compañía cotidiana	8 de 34	Todos los días
	Apoyo en visitas	34 de 34	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La descripción de cada rubro y sus dinámicas es descrita a continuación.

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Adriana obtiene la mayor parte de sus ingresos por los programas gubernamentales y la venta de hierbas; de su red únicamente cinco miembros la apoyan siendo uno de sus hermanos quien le otorga la cantidad más fuerte y constante de dinero. Los otros miembros le ayudan esporádicamente, es decir, en fechas especiales como festividades, o bien algunas veces al año.

Tarda a veces tarda, pa que voy a decir también me dan a veces 50, como ahorita del 10 de mayo pero paso, después fui a visitar a miijo pa que voy a decir me dio 100 (Adriana).

Las hijas de Adriana consideran que sus hermanos por ser hombres deberían de apoyar más a su mamá. De las hijas la que otorga la mayor cantidad es la que vive en la Ciudad de México que le sostuvo su negocio de dulces todo el tiempo, después de eso sus aportes económicos disminuyeron por considerar que su hermana era quien se aprovechaba. Ahora que Adriana vive sola volvió a ayudarla con mayor frecuencia. El hermano de Adriana cada vez que la visita (cada mes o cada dos meses) le da entre 200 y 400 pesos además a final de año le regala algunos vales de despensa. Este tipo de recurso no sería suficiente si Adriana no recibiera apoyo gubernamental, ya que apenas le alcanza para comprar algo fuera de su mandado planeado.

➤ **Apoyo alimentario**

Consiste en la compra de despensa, el llevar comida preparada para una reunión familiar, frutas o compartir parte del guisado hecho en casa. Los platillos preparados por los familiares no son cuidadosos del tipo de dieta que Adriana debe seguir, así que en algunas ocasiones ella ha preferido no comer y prepararse algo rápido en el caso de una reunión familiar.

Aquí intervienen de manera irregular casi todos los miembros de la red, pero sólo se consideraron aquellos que lo hacen más a menudo, cada semana o cada mes. Los miembros de la red que participan compartiendo algo de lo que ellos cocinan son su hermana y tres de sus hijas, ellas no le compran algún tipo de alimento sino que cuando hacen guisados especiales le llevan un poco. Quienes le compran mandado son otra hija y su sobrino, de manera irregular cada dos o tres meses.

Este es un recurso que no fluye tanto como en otros casos, sus hijas no le llevan comida porque piensan que le hace daño por su condición de diabética, y al no poder cocinar aparte o tener dinero para comprarle comida para ella no suelen apoyarla mucho en este sentido.

➤ **Apoyo en vestimenta**

Es un recurso que fluye la mayoría de las veces como regalos de cumpleaños navidad y otras fiestas.

Esa muchacha la que vive en México luego le digo ya no me compres ropa hija, porque toda la ropa que me compras está muy fría, yo ya no aguanto lo frío ya quiero ropa pero que no sea de fría. De por si le dije ya ni me compres ropa hija porque si tengo bastante ropa, le digo pa' que la quiero me voy a morir como decía mi mamacita y toda ahí se va a quedar (Adriana).

La compra de ropa la realizan las mujeres de la red hijas, hermanas y las esposas de sus hijos o hermanos; esto es dos veces al año para su cumpleaños, día de las madres o navidad.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Adriana se atiende con el Seguro Popular, por lo que no tiene gastos médicos

fuertes, únicamente gasta en pasajes si la envían a otra clínica o en la compra de medicamentos en caso de escasez. Por ello los gastos derivados de la medicina alopática son pocos, representando mayor porcentaje los de medicinas alternativas o los complementos que adquiere como vitaminas, hierbas o tés. No existe ningún miembro que otorgue este tipo de apoyo. Ella considera que algunos de sus hijos o su hermano podrían ayudarle a pagar gastos si lo necesitara, pero sólo si son mínimos ya que considera que pagar los gastos de un médico particular sería demasiado costoso para ellos.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Las tareas domésticas las realiza Adriana, sus nietos le ayudan con cosas específicas como traerle agua, ocasionalmente limpiar la casa, su sobrino cuando vive con ella se encarga de hacer de todo barrer, limpiar, traer agua, preparar comida. Su hermana y sus hijos mantienen limpio los patios y el área de animales, evitando que ella deba limpiar un terreno tan grande. Además de los quehaceres de limpieza Adriana se encarga de comprar comida y cocinar, y en temporada de cosecha va algunos días al campo con su hermana a ayudarle o bien ayuda a preparar la cosecha para su venta.

➤ **Apoyo afectivo**

Adriana considera mínimo el apoyo que le otorga su familia pero no piensa que sea importante ya que para ella todo “depende de uno y no de los demás”. El apoyo proviene de sus hijas, sobre todo Liliana porque la visita diario, su hermana y sus sobrinos también pasan tiempo con ella y puede platicar con ellos. Se siente con mayor tranquilidad ahora que vive sola porque ya no tiene preocupaciones que anteriormente le ocasionaban su hija y sus nietos. Puede hacer lo que quiera a la hora que le parezca bien, no debe atender a nadie más y eso la hace sentir tranquila.

Sin embargo, el estar sola también le hace estar aburrida y durmiendo es por ello que su familia la motiva para que vaya al grupo de autoayuda, así se mantiene en movimiento y se distrae. Tras del fallecimiento de su madre su soledad aumentó y estuvo varios días con tristeza, pero con la compañía de su hermana y sus hijas ha logrado sentirse mejor. La llegada de su sobrino por temporadas también considera le sirve para sentirse entretenida y no aburrirse. Sobre sus problemas o preocupaciones no le gusta hablar, no se siente cómoda contando lo que siente a otras personas.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

La compañía cotidiana es su hermana y su familia quienes van todos los días por las mañanas y por las tardes a llevar a los animales a pastar. En temporada de cosecha pasan todo el día en la casa y Adriana les ayuda, su hija Liliana y sus dos nietos también la visitan por lo menos tres veces a la semana, ayudándola en quehaceres domésticos y pasando tiempo con ella para comer o cenar. Otro miembro de la red que hace compañía por temporadas es el sobrino del que ya se ha hecho mención el cual cría animales para su venta y realiza artesanías que vende en la Ciudad de México.

A pesar de tener quien la visite todos los días la mayor parte del tiempo la pasa sola, tiene problemas para comunicarse con las personas debido a su problema de audición que le impide escuchar y participar activamente de una conversación. Debido a lo anterior sus familiares tienen que hablar fuerte con ella y no siempre tienen paciencia y

tiempo para asegurarse de que ella les ha entendido por lo que no siempre la incluyen las conversaciones.

➤ **Apoyo en visitas**

Las visitas que recibe Adriana son de sus hijos con sus nietos y sus hermanos con sus sobrinos, existen tres tipos: las visitas de los que viven en Atlautla, los que viven fuera del municipio, y aquellos que raramente la visitan. La familia que la visita y vive en el pueblo son dos de sus hijas con sus nietos y su hermana con su familia; Adriana es quien visita a sus otras hijas que viven ahí y casi no tienen tiempo porque “cuidan a sus niños y a su marido”. Los hermanos que viven fuera la visitan cada mes los más regulares y dos o tres veces al año los que menos acuden. Ella no visita a sus hermanos porque viven lejos y piensa que los interrumpe si va, además de que no le agrada ir sola así que las únicas veces que va es si su hermana la acompaña.

La dinámica de las visitas consiste en compartir las vivencias familiares, realizar alguna comida para pasar el tiempo, las mujeres son quienes llevan el ritmo de la plática. Además son ellas las que coordinan y preparan los alimentos, quienes pasan tiempo con Adriana ya que los hombres cuando van se organizan para ir a jugar fútbol o solo platicar entre ellos. Cuando se reúnen o cuando llega cada quien por su lado las visitas se encargan de arreglar todo, aunque es Adriana quien limpia cuando se van, en cuanto a los gastos ellos llevan parte de la comida.

No pues en mi cumpleaños o en 10 de mayo eso si es por ley que vienen ya que no vienen ya tengo pendiente, como ahora que no vino mi hijo, pues si nunca dejan de venir, a visitarme aunque luego dicen “no traigo nada mamacita”. Ahora de mi cumpleaños uno que trajo fruta, otro también trajo fruta, fruta trajeron casi todos, ahora recolecte fruta les digo, y en mi cumpleaños pues ropa y cositas, como es luego, luego. Y pues a veces nada mas vienen a visitarme un ratito, pues yo solo que a veces les digo les ofrezco un taquito de lo que tengo (Adriana).

Este apoyo involucra a todos los miembros de la red familiar ya que es la forma más típica de relación que se establece y la que aparentemente requiere menos recursos para realizarse. Algunos de los factores que intervienen en la frecuencia de las visitas son la distancia y el dinero, ya que algunos hijos mencionan que no la visitan no por falta de interés sino porque les da “pena” llegar con las manos vacías.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

Adriana no cuenta con un familiar que se haga cargo y mantenga una vigilancia constante sobre la manera en que vive y realiza su autoatención. Cuando vivía con su hija Liliana tampoco tenía quien la atendiera debido a que ella se ocupaba de trabajar y cuidar a sus hijos, aunque vivía con ella y aún ahora es quien la ve más seguido no se ha involucrado demasiado en el tratamiento cotidiano de su madre. Sus hijas le preguntan cómo se siente, la animan a ir al grupo de autoayuda y la acompañan a las citas médicas; sin embargo eso no implica una vigilancia constante de cómo lleva el tratamiento cotidiano.

El resto de los familiares le preguntan cómo se siente cada vez que la visitan pero no se involucran en su atención, quizá su hermana quien también padece diabetes es la que más se acerca a preguntarle como está y a darle consejos que ella escucha sobre

cómo tratarse.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

A Adriana la acompañan a citas médicas sus tres hijas las cuales se ponen de acuerdo para ir un turno cada mes, sin embargo a la inyección de insulina no la acompaña nadie a pesar de que los médicos lo recomiendan.

En caso de que Adriana se sienta mal a la primera que llama es a Liliana porque vive más cerca, ella la lleva al médico y avisa a las otras hijas para que las alcancen en la clínica. Hasta ahora no se ha presentado alguna emergencia que involucre hospitalización o traslado a otra institución médica por lo que no se ha tenido que buscar recursos humanos y económicos para cubrirlo.

➤ **Apoyo en información y consejos**

Los consejos e información que se difunden en la red son sobre apoyos dirigidos a adultos mayores o campañas de salud, además de consejos acerca de remedios caseros enfocados a disminuir el azúcar sobre todo el uso de hierbas.

No se crea como ahora mis hijas luego me dicen que hay, la otra vez de lo de unas platicas que dieron miya me fue a decir porque ella es vocal; o luego así las otras me avisan de que vaya porque van a dar algo como ahora en diciembre que dieron cobijas... [...] Si me dicen que de tecitos o jugos y luego si los hago, compro todo pero me lo tomo unos días ya luego se me olvida (Adriana).

En este tipo de apoyos intervienen varios de los miembros que en alguna ocasión le platican de eventos o campañas a las que puede asistir. La principal información es de los remedios que escuchan en el mercado o en la televisión para personas diabéticas.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Los tipos de apoyo que se encuentran en la red no fluyen con las mismas frecuencias ni son otorgados por el mismo número de miembros de la red. En la tabla 49 se muestra el porcentaje de actores involucrados y una frecuencia anual aproximada de las veces que se otorgan los recursos.

Tabla 49. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	32
Apoyo en información y consejos	20.6%	12
Apoyo en vestimenta	29.4%	2
Apoyo afectivo	14.7%	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	8.8%	No aplica
Apoyo económico	14.7%	6
Apoyo alimenticio	17.6%	10
Apoyo en gastos médicos	-----	-----
Apoyo en control de tratamiento	11.8%	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	23.5%	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	14.7%	No aplica

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las visitas son el componente principal de apoyos en la red de Adriana y la vía de enlace de todos los miembros de la red. Le siguen el apoyo en vestimenta, en compañía cotidiana y el apoyo en información/consejos con las limitaciones ya señaladas anteriormente. El bloque de apoyos materiales (económico, alimenticio, gastos médicos) tienen un porcentaje menor en los miembros que otorgan el apoyo como en la frecuencia con que lo hacen; en cuanto a los gastos médicos este apoyo es inexistente. Los valores más altos son los tipos de apoyo que son otorgados por el mayor número de miembros de la red. Existen variaciones en los tipos de interacción de la red, el mayor rango lo tienen apoyo en visitas. El apoyo afectivo es el de menor rango junto con los controles relacionados con el estado de salud.

La frecuencia de apoyos varía según el tipo de apoyo donde los más constantes son aquellos que se relacionan con las visitas y la compañía; y los menos frecuentes los relacionados con el tratamiento de la diabetes y los de aspecto económico y alimenticio. La frecuencia anual indica que lo más aportado son las visitas lo que se relaciona con el hecho de que casi la mitad de la red de apoyo de Adriana vive en Atlautla, pero estas visitas son rápidas y no involucran calidad ni apoyo afectivo hacia ella. Comparado con la frecuencia en recursos materiales se nota que éstos son menores. El apoyo alimenticio corresponde no a un apoyo como despensa sino a las comidas familiares que se organizan. Los apoyos materiales que circulan en la red son insuficientes para cubrir todas sus necesidades, por lo que el apoyo de los programas gubernamentales es su base económica así como los pequeños trabajos que realiza esporádicamente.

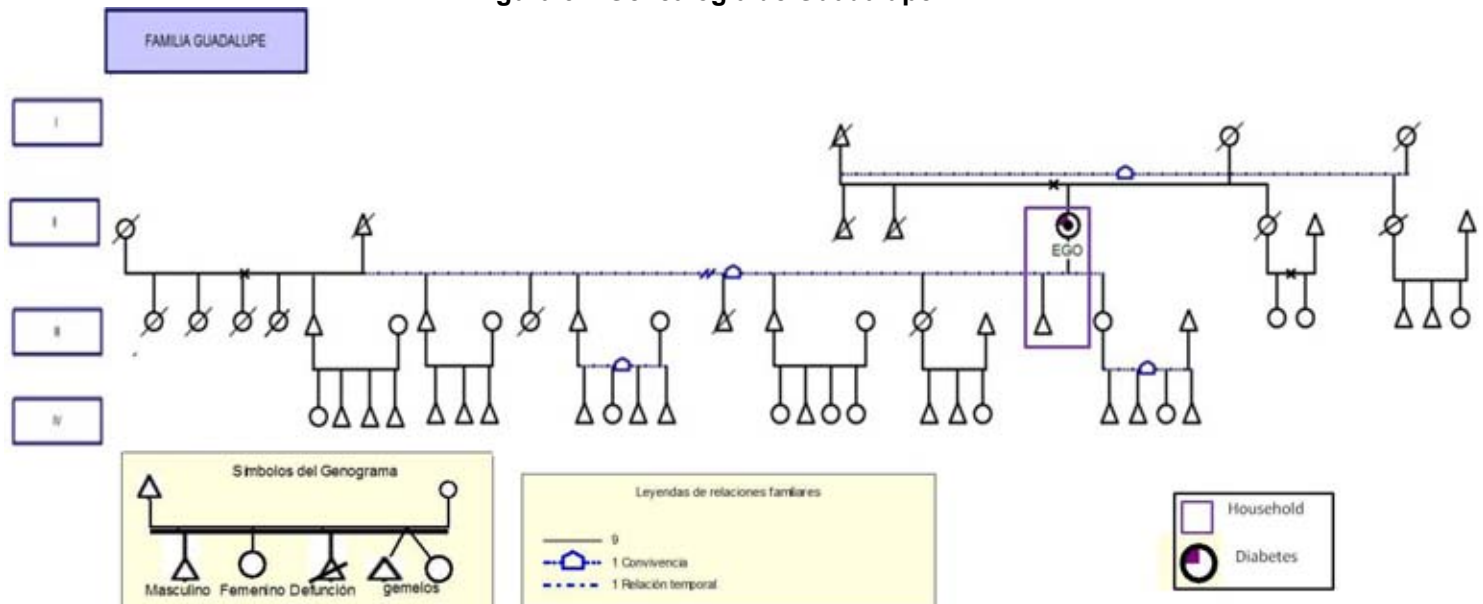
5.1.4 La red familiar de Guadalupe

➤ La genealogía

Su madre murió cuando ella era pequeña al dar a luz a su hermana menor que murió meses después, sólo quedaron ella y otra hermana que murió hace ocho años. Su padre se casó con otra mujer que ya tenía una hija, Guadalupe creció con ellas, en la actualidad ya no tiene contacto con la familia paterna porque la mayoría ya ha muerto a excepción de su hermanastra con quien no existe relación por pleitos por la herencia del padre. Del lado materno no tiene familiares conocidos en Atlautla, algunos primos viven en otros municipios pero hace años dejaron de visitarse porque para ambos ya les es difícil trasladarse.

La figura 37 muestra la genealogía la cual está dividida en cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. La familia que está más desarrollada en la genealogía es la de Guadalupe y sus hijos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. Las personas que padecen diabetes con un sombreado dentro de la figura y el grupo doméstico está encerrado en un cuadrado para resaltarlo. Como se observa en la figura 37 su padre estuvo casado en dos ocasiones, pero los hijos ya han fallecido, dos a una edad menor de cinco años, y otras dos hijas ya adultas. Guadalupe tuvo un matrimonio previo que no se considero en esta genealogía debido a que se separaron en menos de un año y no tuvieron descendencia.

Figura 37. Genealogía de Guadalupe



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Ella tuvo un primer esposo de quien se separó tras un año, después vivió con otra persona con quien tuvo 13 hijos de los cuales seis murieron de niños, una mujer murió ya adulta y le sobreviven seis hijos: cinco hombres y una mujer. Tiene 22 nietos todos mayores de 18 años y varios de ellos ya tienen hijos pequeños los cuales no fueron considerados en la red por su corta edad para decidir brindar algún tipo de apoyo.

La genealogía de Guadalupe está compuesta por sus familiares fallecidos que comprenden la primera y segunda generación; la tercera generación sus hijos y sobrinos participan en su mayoría de la red social; la cuarta generación incluye a nietos de los cuales algunos forman parte de la red. Todos sus hijos tienen pareja y sus propias familias; la familia de su hija fallecida esposo e hijos vive en la Ciudad de México y no fueron considerados en la red porque raramente conviven con ella. Guadalupe vive con su hijo soltero y en el mismo predio está su nieta con su esposo, el resto de sus familiares viven en su mayoría en Atlautla, así que la visitan seguido en su casa o cuando va a vender al tianguis.

La red familiar de Guadalupe es igual de compacta que la genealogía y sólo están ausentes las generaciones anteriores, quedan fuera los familiares maternos con los que ya no hay contacto puesto que aquellos con los que convivió ya fallecieron y ya no existen lazos con los más jóvenes. De los familiares paternos las únicas relaciones son con tres de sus sobrinos hijos de sus medios hermanos. Los otros miembros de la red son sus hijos, sus parejas y sus nietos; por lo tanto es una red muy cerrada y que en lugar de ampliarse parece que se encuentra estática. La generación de hijos incluye a seis hijos, cinco hombres y una mujer y la generación de los nietos incluye a 18, y los sobrinos son únicamente tres.

➤ **La generación de la red**

La red familiar de origen de Guadalupe estaba basada en su padre, su madrastra y tres tías paternas, ella se la pasaba en su casa con su hermanastra y casi nunca salía

porque tanto su padre como su madrastra las mantenían en casa ayudando a las labores del hogar y no les gustaba que estuvieran en la calle.

Como su padre se casó por segunda ocasión la familia materna de Guadalupe se apartó y no busco convivir más con ellos; por otro lado su madrastra era de otro municipio así que prácticamente también perdió contacto con ellos. Tuvo buena relación con ella a pesar de que era muy estricta, pero siempre la trato como igual a su otra hija y le enseñó a realizar tareas domésticas, por ello considera que fue una buena persona con ella. Guadalupe se casó joven y se separó volviendo a vivir en la casa paterna, tuvo otra pareja y al enviudar vivió otro tiempo en la casa de su padre. La relación con el padre y la madrastra fue muy buena a pesar de las restricciones que le imponían, mientras ambos estuvieron vivos ella los cuidó visitándolos regularmente.

Sus hermanos mayores murieron siendo la única hija sobreviviente del primer matrimonio de su padre; del segundo matrimonio ella creció con su media hermana con la que tenía una buena relación hasta que se dividieron la herencia paterna y tuvieron discusiones al respecto.

Luego nos peleamos yo y ella, yo si como dicen le dije hasta lo que no también, pero cuando quería le hablaba a usted muy bien y si no ni le hablaba, y ya pelea por cualquier cosa, y a mí me da muina de una vez que me hables o ya no me hables para que quiero así (Guadalupe).

Desde entonces ya no tuvo relación con ella, después falleció y sus descendientes viven en la Ciudad de México con sus hijos, así que tampoco existen posibilidades de contacto con esa familia.

➤ **La formación de la familia propia**

La primer pareja que tuvo fue a los 15 años no tuvo hijos con él. Su segunda pareja ya tenía tres hijos así que ella se hizo cargo de ellos hasta que crecieron, después dos de ellos murieron antes de tener familia y la hijastra sobreviviente se fue a vivir a Estados Unidos con sus hijos. Con esta pareja duró varios años, él falleció por problemas de alcoholismo:

Yo me quedé sola así como le digo con mis hijos y con mi niñita que le digo que estaba yo embarazada con ella. Y luego me decían “te habrías de buscar un hombre para que no estés sola, ya ves que la gente habla de ti que dicen que tienes a fulano”, si los tengo todos los que digan si dicen que todo el pueblo, todo el pueblo tengo. Yo si me daba muina pero mi papá era el que me decía que no hiciera caso y que mejor pensara en mis hijos (Guadalupe).

El esposo de Guadalupe trabajaba como agricultor en sus terrenos, los primeros años que vivieron juntos él no tomaba, pero tenía pleitos constantes porque ella no podía tener hijos ya que fallecieron cuatro de ellos que no llegaron a término. Después del primer hijo ya no tuvo mayores problemas con su esposo, sin embargo, después de unos años comenzó a beber y eso provocó distanciamiento y discusiones porque él no llegaba a la casa, gritaba por todo y no “cumplía con el gasto”. Su esposo murió por cirrosis a consecuencia del alcoholismo, ella quedó viuda joven alrededor de los 30 años, se dedicó

a trabajar vendiendo verdura que sus hijos le ayudaban a cosechar de sus terrenos en la Ciudad de México.

Guadalupe tiene seis hijos todos ya están casados a excepción de uno que vive con ella, algunos estuvieron una temporada corta con su familia viviendo ahí en lo que construían su casa. Todos tienen terreno heredado por la herencia materna y paterna, donde viven con sus familias. Ella tiene contacto y convivencia con todos sus hijos sin mayores problemas, la visitan varias veces en el año, además todos viven cerca y suelen encontrarse en el camino a sus casas.

Me llevo bien con todos no me gusta estar metida en casa de ellos porque dirán que nada más ando dando lata pero si ellos vienen yo aquí los atiendo, y si me invitan pues sí voy y allá luego para las fiestas o que hicieron algo de comer. Mis nueras son las que luego me hablan “vengase a comer que hicimos esto o aquello” (Guadalupe).

Una de sus hijas falleció cuando ya tenía su propia familia fue quien más apoyo económicamente a Guadalupe cuando falleció su papá; ella se fue a trabajar a la ciudad de México y lo que ganaba se lo daba a ella para que no dejará a su hermana (que era una bebé) encargada con alguien más. Ella colaboró varios años hasta que se casó y formo su propia familia. Después que falleció tanto el esposo como los hijos se fueron alejando poco a poco de Guadalupe y los demás, por lo que ahora no existe relación con esa familia.

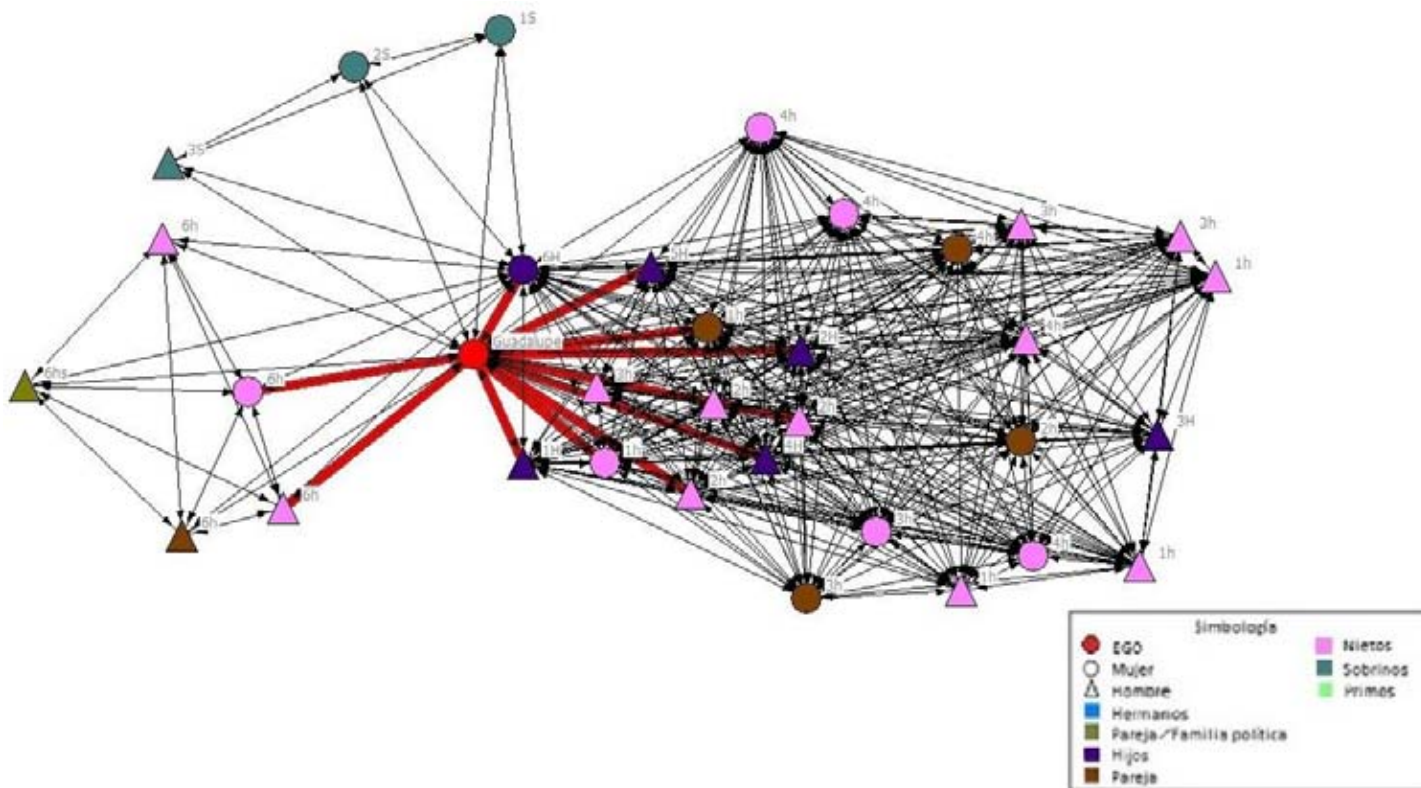
No tiene relación con los familiares de sus dos parejas, en el primer caso porque su pareja era de otro poblado y al separarse no volvieron a tener contacto. Con su segunda pareja los hermanos, tíos y primos de él ya fallecieron en su mayoría, y con los demás no tiene una relación más allá de saludarlos si los encuentra en la calle.

➤ **Los miembros de la red**

En la red de Guadalupe no existen familiares más allá de los hijos y sus familias. De acuerdo con el modelo de la red existen tres conjuntos conectados por Guadalupe y su hija, los cuales corresponden a dos grupos familiares y un subgrupo. El primer grupo son los hijos, nietos y sus parejas, el otro grupo son los sobrinos que no mantienen relaciones constantes con ellos únicamente con Guadalupe y su hija Carla. El subgrupo está conformado por la familia de Carla quienes tienen poca relación con sus tíos y primos debido a problemas familiares entre Carla y sus hermanos. Ella continúa interactuando con todos debido a que es quien se encarga de su mamá, la acompaña a consulta médica e informa a los hermanos si necesita algo.

En la figura 38 se muestra la red familiar compuesta por los familiares que tienen algún tipo de convivencia con Guadalupe y que otorgan diferentes apoyos. Cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores, es decir, con quiénes están conectados además de Guadalupe por algún tipo de intercambio. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica. En la imagen se presentan por familia, así que comparten las mismas letras y números para identificarlas; sin embargo, no se presentan todos los símbolos de una misma familia en grupo si no que están dispersos. Puede observarse que existen tres grupos donde la conexión es Guadalupe y su hija Carla.

Figura 38. La red familiar Guadalupe



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los lazos que están remarcados en color rojo representan a los actores que otorgan alguno de los siguientes recursos: apoyo en gastos médicos, acompañamiento a citas médicas y control de tratamiento. Se consideraron a 13 miembros, sus hijos, sus esposas y algunos nietos son los que de manera cotidiana se inmiscuyen en los apoyos específicos para atender el estado de salud de Guadalupe. Los componentes de la red familiar se describen en la tabla 50.

Tabla 50. Miembros de la red familiar Guadalupe

Total: 33
-Hijos: seis hijos.
-Nietos: 18 nietos que tienen edad suficiente para realizar algún tipo de apoyo.
-Sobrinos: tres sobrinos de lado paterno que la visitan de manera regular, o realizan algún tipo de apoyo.
-Familia política: en este rubro sólo aparecen las parejas de sus hijos o bien la pareja de uno de sus nietos.

Grupos familiares:

Hijos:

Familia 1H: Con las letras 1H, 1h, 1h, 1h y 1h se identifica a: hijo y su esposa mayores de 50 años, sus hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia 2H: Con las letras 2H, 2h y 2h se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, sus hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia 3H: Con las letras 3H, 3h, 3h, 3h, 3h y 3h se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, sus hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia 4H: Con las letras 4H, 4h, 4h, 4h y 4h se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, sus hijos mayores de 20 años, viven en Atlautla.

Familia 5H: Con las letras 5H se identifica a: hijo soltero mayor de 40 años, vive en Atlautla.

Familia 6H: Con las letras 6H, 6h, 6h, 6h, 6h y 6h se identifica a: hija y su esposo mayores de 35 años, sus hijos mayores de 20 años, viven en Atlautla.

Sobrinos:

Familia S: Con las letras 1S, 2S y 3S se identifica a: sobrinos mayores de 40 años, dos mujeres y un hombre, viven en otros municipios del Estado de México.

➤ **La dinámica familiar**

Los roles de género en la familia de Guadalupe coinciden con los de las otras informantes: las mujeres son quienes colaboran en las tareas domésticas y los hombres con los trabajos en el campo o de otro tipo. A sus hijos los educó con esa división de tareas, aunque ella llegó a solicitar la ayuda de sus hijos para labores domésticas su pareja siempre lo impidió, y cuando ella se quedó sola también repitió ese patrón.

No los hijos aquí no, ellos al campo le ayudaban a su papá, allá ellos. Acá luego una vez le digo a mi hijo “corre hijo vete al molino”, y lo oyó su papá y este “ora molino ¿pos qué es mujer pa que vaya al molino? Ahí está tu hija que ella vaya”. Y pues las hijas esas son las que ayudaban al quehacer aquí nomás en la casa (Guadalupe).

Las relaciones familiares varían dentro de la red, los hermanos mayores tienen buena relación entre ellos formando un grupo que convive frecuentemente, mientras que la relación con los menores es un poco distante. La única mujer tiene una relación ríspida con todos pero mantiene relación porque está a cargo de su madre es quien la acompaña a todos lados y quién avisa en caso de necesitar ayuda. Carla considera que el distanciamiento surgió a partir de que ella visita a su madre todos los días, por lo que los demás hermanos estarían celosos o dudando si ella lo que pretende es quedarse con alguna herencia extra. La cual podría ser la casa de Guadalupe o un terreno en el campo que no ha sido asignado a nadie.

Pues la visitaban, pero últimamente no, no sé porque haiga sido pero me hace pensar que es porque yo voy seguido o no sé, porque mis hermanos luego iban, si le llevan, le dan alguna cosa, antes como que la visitaban más y últimamente no. Ni mi sobrino, no le lleva nada, pero en su cumpleaños si le compraba sus zapatos, de últimamente tendrá como cinco años que comenzó a hacer eso, últimamente ya no. Tiene como pasadito de un año que no van, eso me hace pensar de que se molestan que yo estoy ahí, voy en la mañana o voy en la tarde. Ya a los dos les dije que vayan porque mi mamá ya no está muy bien pero no, ya no hacen caso (Carla, familiar de Guadalupe).

Otro problema es referente al hijo soltero ya que él ha tenido varios roces con Guadalupe, Carla y su hija cuando se encuentra borracho, también es debido a su alcoholismo que en lugar de pasar las noches en su casa se queda en el campo a dormir. Ha tenido diferentes discusiones con su madre, su hermana y su sobrina ya que ellas lo tratan de detener cuando está borracho y quiere salir a la calle.

En una ocasión si se puso, se puso a decir cosas, porque mi mamá lo trataba de detener y no, y yo también le dije “Mira Vale ya que hora son, te vas al campo y te vaya a pasar algo”. Entonces mi hija dice quítate mamá te vaya a empujar a algo, y ella trato de calmarlo, y entonces él le comenzó a decir del pedacito donde está. Ese día mi hermano si estaba un poco alterado y le comenzó a decir, de tanto que le hablaba ya la comenzó a ofender y ella se puso a llorar (Carla, familiar de Guadalupe).

Para Guadalupe la mejor forma de relacionarse con sus hijos es que “cada quien esté en su casa” por ello a pesar de que dos de sus nueras le han sugerido que se vaya a vivir con ellos para cuidarla ella se niega. En los últimos meses prefiere estar en su casa que estar visitándolos, no sólo por no “importunarlos” sino porque se siente cansada para salir, por esa razón también rechaza algunas invitaciones de sus nietos cuando la invitan.

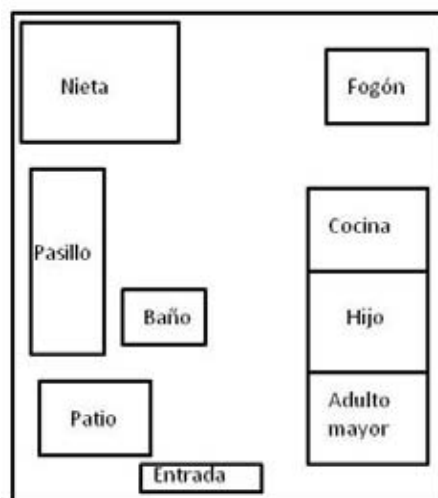
➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

Las decisiones cotidianas en casa de Guadalupe las toma ella ya que su hijo a pesar de vivir ahí pasa la mayor parte del tiempo en el campo. Para ello pide consejos a su hija o a su nieta, sobre todo a su hija Carla para que ella organice a sus hermanos si es necesario hacer una reparación en la casa. En la dimensión económica ella es la que administra el dinero, su hijo le lleva las cosechas y ella se encarga de venderlas, así que ella es la que organiza los gastos del campo, de su hijo y de la casa.

En cuestiones de salud es su hija Carla la que la acompaña a las citas médicas, se encarga de entender y explicar a su madre lo que dicen los médicos. También busca nuevos apoyos o lugares de atención médica para Guadalupe.

El terreno donde vive Guadalupe está dividido entre ella y la parte asignada a su hija que ocupa su nieta con su esposo (ver figura 39); la zona que ella ocupa abarca el patio, un baño, dos cuartos: uno para ella y otro para su hijo, una cocina y un cuarto techado para fogón. Originalmente el terreno era mayor pero ya fue heredado a dos hijos, éstos hicieron sus bardas y casas por lo que están completamente separadas las tres casas.

Figura 39. Disposición espacial de la casa Guadalupe



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La nieta tiene un cuarto y un área mayor de construcción, aún no tiene una entrada separada y comparten el patio y el baño. Guadalupe hace uso de todos los espacios menos el área designada a su nieta. El resto del terreno es herencia de su hijo soltero.

➤ **Algunas características de la red familiar**

El número de integrantes de la red de Guadalupe es de 33 miembros, coincidiendo con las redes de los otros informantes, una red pequeña que muestra contracción y cuyas expectativas de crecimiento dependen de la formación de familias nuevas por parte de los nietos. En la tabla 51 se muestran las medidas de centralidad y cercanía que describen qué tan alejados están los miembros de la red entre sí y con respecto a Guadalupe.

Tabla 51. Medidas de intermediación red Guadalupe

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
Guadalupe	100.000	100.000
1H	75.758	80.488
2H	75.758	80.488
3H	75.758	80.488
4H	75.758	80.488
5H	75.758	80.488
6H	100.000	100.000
S1	12.121	12.121
S2	12.121	12.121
S3	12.121	12.121

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

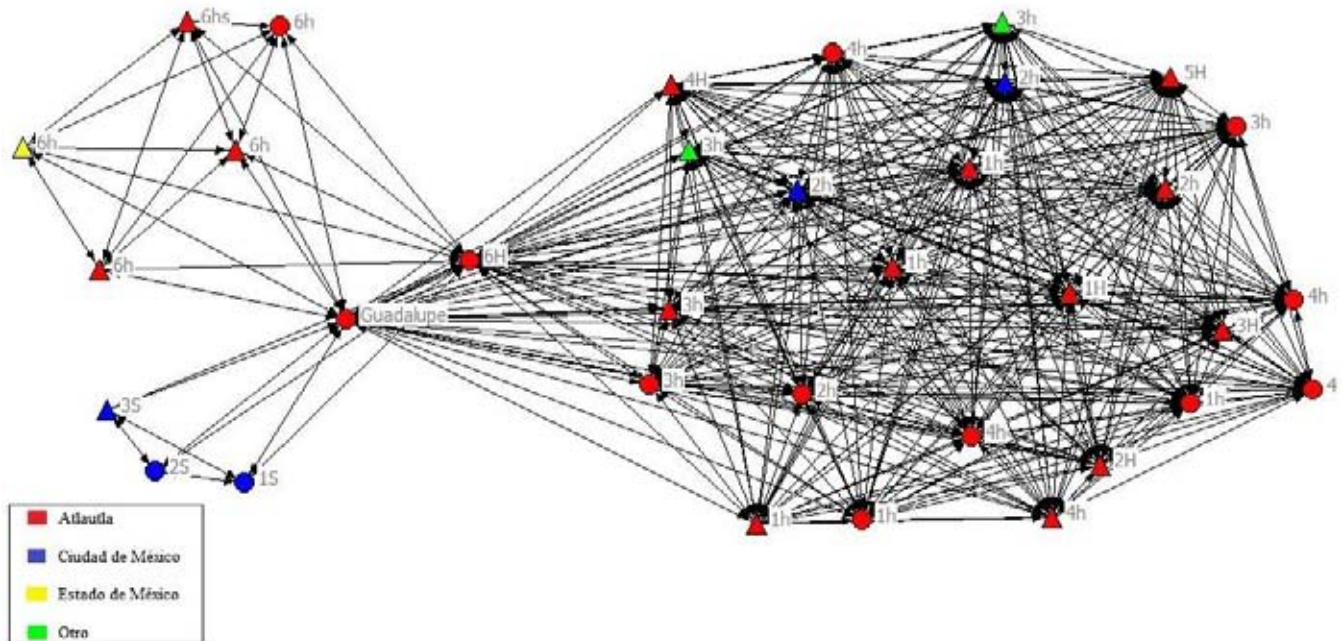
Las medidas obtenidas muestran la centralidad de Guadalupe como el personaje que reúne a todas las interacciones entre los grupos; el otro actor central es Carla quien debido a que cuida de ella concentra el mismo número de relaciones. Las familias que conforman el grupo de hijos comparten la misma centralidad y cercanía, esto debido a que todos se mantienen enlazados entre sí, pero con respecto al grupo de sobrinos no existe ningún tipo de relación que los una haciendo que la centralidad disminuya. La cercanía se mantiene alta ya que se encuentran bastante interconectados entre ellos y con respecto a Guadalupe. El grupo de los sobrinos tiene los niveles más bajos de centralidad y cercanía debido a que ellos no tienen contacto con otros miembros de la familia. Únicamente se encuentran ligados en la red a Guadalupe y Carla, además la cercanía decae porque el grupo mayor está concentrado entre hijos y nietos. En el momento en que el lazo con Guadalupe se pierda seguramente se perderá también con Carla y no habrá relación entre esas familias.

La posición genealógica de los 33 miembros indica que los nietos son los más abundantes, realizan diferentes apoyos como visitas o regalos pero de manera esporádica. La nieta que vive con ella y la nieta de otro de sus hijos son con quienes tiene una relación más cercana, la invitan a comer o le apoyan económicamente algunas veces.

En segundo lugar están los hijos quienes tienen una relación más cercana tanto ellos como sus parejas la visitan con mayor frecuencia y otorgan gran variedad de apoyos. El grupo menor está compuesto por los sobrinos que la visitan esporádicamente y cuyo tipo de apoyo únicamente es por visitas y algunos obsequios.

El factor geográfico en las relaciones de la red de Guadalupe no es determinante en las interacciones de la red, la mayoría de sus integrantes viven en la misma población o en lugares cercanos. En la figura 40 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México, en color amarillo los de otros municipios del Estado de México y en color verde los que viven fuera de los lugares mencionados.

Figura 40. Distribución geográfica de la red Guadalupe



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Todos los hijos viven en Atlautla, algunos nietos viven en la Ciudad de México y otros en municipios circundantes, el resto habita también en Atlautla. Los sobrinos viven en Ciudad de México, el familiar más lejano está a tres horas por lo que la distancia no representa un inconveniente mayor para viajar realizar visitas.

Las relaciones homofílicas en la red la característica compartida es el género. La red de Guadalupe es bastante heterogénea ya que solo incluye a hijos y nietos con los que no se comparten características más que el ser familiares. La característica común es que varios miembros de su red son mujeres, sin embargo la mayoría de sus hijos son varones por lo que quienes participan con mayor variedad de apoyos son las nueras y nietas. Las relaciones más constantes y de mayor variedad incluyen a las mujeres, con algunas excepciones como el caso de dos de los hijos varones que son quienes tienen mayor participación.

Guadalupe asistió junto con su hija por un tiempo al grupo de autoayuda de la clínica local así que ambas obtenían ahí información sobre la diabetes; sin embargo Carla no recuerda medidas prácticas que ella pudiera realizar para ayudar a su madre. Las medidas de control que conoce son la dieta, el ejercicio y la toma de medicamentos según las indicaciones del médico.

Los otros familiares tienen información general sobre la diabetes pero no tienen ideas sobre qué tipo de acciones y conductas pueden hacer para cuidar a su madre o a

ellos mismos. La autoatención está centrada en las recomendaciones populares para cuidarse como tomar té o jugos, sin que los familiares estén seguros si funciona ó no ya que no lo han consultado con algún médico. Varios miembros de la red piensan que la insulina es un medicamento negativo que puede provocar daños a su familiar, como son ceguera o incluso la muerte.

Los tipos de vínculos que existen en la red familiar son relativos a la reciprocidad y el agradecimiento. Con los sobrinos el vínculo está dado por el parentesco ya que es la única tía que tienen con vida, a pesar de las peleas entre ésta y su madre ellos convivieron parte de su vida con ella así que aún tratan de visitarla y saber “cómo se encuentra”.

➤ **Los tipos de apoyo**

Los tipos de apoyo de la red de Guadalupe se distribuyen como se muestra en la tabla 52:

Tabla 52. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	15 de 33	Anual
	Apoyo económico	4 de 33	Mensual
	Apoyo alimenticio	8 de 33	Mensual
	Apoyo en gastos médicos	4 de 33	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	2 de 33	Todos los días
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	1 de 33	Mensual
	Apoyo en información y consejos	20 de 33	Anual
	Apoyo afectivo	3 de 33	Todos los días
	Apoyo en control de tratamiento	12 de 33	Todos los días
	Apoyo en compañía cotidiana	5 de 33	Todos los días
	Apoyo en visitas	33 de 33	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los tipos de apoyo y las formas en que se otorgan se describen a continuación de manera desglosada.

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

El apoyo económico que recibe Guadalupe no es regular e involucra a un número reducido de miembros de la red. Su hija y su nieta son quienes dan apoyos de manera más constante aunque el monto es bajo; los otros hijos otorgan apoyo económico dos o tres veces al año o cuando Carla les pide apoyo específico para las necesidades de su madre.

Yo le ayudo por ejemplo cuando vamos al doctor le pongo el pasaje, ella también pone el pasaje porque luego dice que como todo yo, luego compramos alguna cosa porque hay ocasiones que vamos desde la mañana y regresamos en la tarde... [...] mi

hermano el mayor ese sí le da si le pedimos que necesite para algo, los otros aunque les diga me dicen que sí y luego no le dan nada (Carla, familiar de Guadalupe).

Mención especial es el caso de su hijo menor quien trabaja en el campo y cuyas cosechas son llevadas por Guadalupe para vender y de ahí obtener el sustento para ambos. Él no fue considerado en este tipo de apoyo ya que no otorga apoyo económico directamente, por lo que fue considerado en el rubro de apoyo alimenticio.

➤ **Apoyo alimenticio**

El apoyo en alimentos abarca a varios miembros de la red sobre todo las mujeres, su hija, sus nueras y nietas, de los hombres el más destacado es su hijo quien le lleva todo lo que cosecha en el campo: maíz, frijol, peras, ciruelas, aguacates, etc. El tipo de alimento que comparten las mujeres son invitaciones a comer en casa o bien le llevan algún plato de la comida que prepararon; ninguno de éstos sigue las recomendaciones de dieta para diabéticos.

Mi hija pus ora sí que de dónde va a agarrar, pero viene y me trae un taquito o una fruta, pero mis hijos pus no. Mis nueras luego también me andan invitando cuando hacen taquito, una vez es otra vez son las otras, hacen su comida. Le digo que cuando tienen fiesta me llaman, y voy a comer allá o voy a desayunar allá; como ora el año nuevo luego voy con uno y los otros se enojan (Guadalupe).

En muy pocas ocasiones le llevan despensa o alimentos sin preparar, sus nueras o nietos suelen llevar algo de fruta o postres.

➤ **Apoyo en vestimenta**

Otorgado en ocasiones especiales como cumpleaños o festividades este recurso es uno de los más recurrentes de la red pero también con baja frecuencia de una o dos veces por año.

Pos pa mi cumpleaños o de día de las madres me traen cositas, blusitas, faldas, o luego me llevan como la otra vez mi nieta me llevo a un pueblito acá abajo y me compro mi faldita y la blusa, ya me la puse para el bautizo la otra vez (Guadalupe).

Los participantes son sus hijos a través de sus esposas, nietos e hija, lo que se regala es ropa y zapatos, algunas veces pueden ser utensilios de cocina.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Para su atención médica asiste a la clínica local y al Hospital General de Chalco por lo que los gastos realizados son los pasajes, comidas y algunos medicamentos que no cubre el Seguro Popular. Para este tipo de gastos Guadalupe utiliza sus propios recursos y su hija a veces coopera con los pasajes. En caso de emergencia su hija ha acudido con los hermanos para obtener recursos de emergencia.

Ni les dije que estaba yo mala ora de esta vez, ¿quien le dije?, al mayor o no sé quien; le dije que estaba yo mala que se me habían hinchado mis pies, “¿pus ya fue uste’ al doctor?”, pus si ya fui, pero no dicen nada, fui al seguro popular y no dicen “tenga uste’ este dinero si le hace falta”, no dicen (Guadalupe).

Este tipo de recursos es uno de los que menos fluye al interior de la red.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Las tareas domésticas son realizadas en su mayoría por Guadalupe a menos que se encuentre enferma y su hija o nieta le ayuden. De manera cotidiana ella se dedica a hacer todo por sí misma, para ella y para su hijo.

No, pues hija así una que otra vez y luego dice que me ayuda cualquier cosa pero casi no, casi nomas yo soy la que me apuro en la mañana porque ella también tiene sus cosas que hacer. Lavo mis trastes, la ropa de mijo y la mía, de la casa luego casi ni la limpio porque ya me canso, como sea ahí lo voy haciendo poco a poco eso sí los martes y jueves no hago nada porque me voy retemprano y ya llevo cansada (Guadalupe).

Este recurso es raramente otorgado por la nieta y por la hija, por lo que Guadalupe es la única que se encarga de los quehaceres domésticos a pesar de sentirse agotada para realizarlos.

➤ **Apoyo afectivo**

La fuente de apoyo emocional es por la sensación de compañía y preocupación de los hijos para ella; no le parece necesario platicar de sus problemas o temores con ellos porque no “está acostumbrada” y los demás no tienen porqué enterarse de cómo se siente. Piensa que es suficiente con saber que sus hijos se encuentran bien y dedicarse ella a sus cosas. Sus preocupaciones giran alrededor de trabajar para poder mantenerse junto con su hijo, especialmente le preocupa que será de su futuro ya que es el único soltero.

No pos yo no platico con nadie, mi hija pus si viene me viene a ver y como se siente o que esto y pus como me siento pues me duele mi cabeza o siento un desganzo, o así. Yo digo que de lo mismo que a veces me pongo a pensar que mi hijo está solo, no tiene su mujer y luego así. Y pus nomás mi hija y yo platicamos, porque pus yo con mi hijo no, luego le digo que se hubiera buscado una mujer, que se hubiera casado (Guadalupe).

El aspecto emocional es poco dimensionado por Guadalupe coincidiendo con las otras informantes ya que nunca les enseñaron que hablar sobre sus sentimientos fuera algo importante y además tuviera relación con su estado de salud. Ella considera que a los demás no les importa cómo se encuentra porque cada quien tiene sus problemas y a menos que ella necesite algún tipo de ayuda no tienen porque enterarse de cómo vive diariamente.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

La compañía es un factor de apoyo, vigilancia y generador de contextos positivos que facilitan la autoatención. Guadalupe pasa la mayor parte del tiempo con su hija Carla y su nieta; además de ellas dos de sus hijos la visitan todos los días y su hijo menor que vive con ella los fines de semana.

Pus en la mañana viene hija o en la tarde y se queda a comer o un ratito y luego se va, mijo pos ya namás viene el sábado y se va el domingo. De mis otros hijos pos no

yo no voy, solamente que me inviten luego pasas dos meses y no vienen pos ya voy nomas de pasada para ver cómo estan... [...]Nadien, en la noche estoy solita porque mijo se va al campo, aquí nadie se queda conmigo ni están todo el día metidos aquí (Guadalupe).

La compañía cotidiana de Guadalupe no abarca todo el día pero sí tiene garantizado que alguien la visite y pase algo de tiempo con ella, convive de manera cercana con su hija, sus hijos, con su nieta no existe una relación cercana pero pasan tiempo juntas.

➤ **Apoyo en visitas**

Las visitas de los miembros de la red son en su mayoría de hijos y nietos quienes viven cerca de ella, sus sobrinos que viven fuera de Atlautla la visitan esporádicamente dos o tres veces al año. También es frecuente que ella visite a sus hijos, se los encuentre en la calle o la vayan a buscar al tianguis de Ozumba.

Mis sobrinos esos a veces me visitan, casi namás para el cumpleaños, o la fiesta del pueblo, o así para el fin de año... [...] de mis hijos pus vienen mijo uno o el otro, vienen los de acá, no, pus digo que viene mi hijo pero cuando estoy enferma, pero cuando estos días que estaba yo mala no nadie. Luego en las semanas a veces vienen o no, eso sí para mi santo vienten todos a verme y a saludar (Guadalupe).

De las visitas aquellas que son diarias son más cortas en tiempo, prácticamente solo pasan a saludar platican no más de media hora y se van. En las visitas largas llegan a quedarse toda la tarde o la mañana, comen con ella, platican de los asuntos familiares, si llegan varios familiares normalmente llevan algo ya cocinado para compartir.

Las fechas más concurridas incluyen su cumpleaños, el diez de mayo y la fiesta de San Miguel, en las dos primeras sus nietos que se dedican a tocar le llevan música y entre todos los hermanos pagan los alimentos para que Guadalupe y las nueras cocinen. En estas comidas familiares no existen cuidados de ningún tipo sobre la dieta a seguir como diabético. Para la fiesta del pueblo es Guadalupe quien se dedica a realizar la comida para todo aquel que pueda llegar a visitarla, en esos días llegan hijos, nietos y sobrinos, hace años también iban sus compadres pero ellos ya fallecieron.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

Lo referente al control del tratamiento es materia de Guadalupe y su hija, aunque existen más miembros de la red que están al pendiente de cómo se encuentra pero no tienen algún tipo de conducta que sirva de apoyo para el tratamiento.

Pues casi no, casi no me preguntan, rara es la vez que me digan “oye que les dijeron allá el doctor”. Casi pus nomas mi hija porque pus mi hijo ni está aquí. Pus me dice “ya tómese sus medecinas, tómela uste” o así, pero mi hijo no, como le digo orita ve que no, no vino (Guadalupe).

Su hija es quien la acompaña al médico, anota cómo se debe tomar el medicamento ya que Guadalupe no sabe leer ni escribir y toma las indicaciones a seguir porque a ella se le olvidan. Si se siente enferma es quien la lleva al médico o busca otras instancias para que la atiendan; también organiza a los demás familiares para que

colaboren en caso de emergencia. Los otros miembros de la red intervienen preguntando por su estado de salud, colaborando con recursos económicos, con consejos sobre remedios u oportunidades de atención médica se trata de hijos o nueras y en menor grado algunos nietos.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

Carla la acompaña a todas las consultas médicas ya que ella no puede ir sola porque no entiende fácilmente las indicaciones y además al no saber leer o escribir se le dificulta moverse dentro de la clínica o bien tomar el transporte público para ir al hospital.

Antes estaba en el seguro pero como se acabo pues por eso entro el seguro popular, yo agarre y la fui a apuntar y ya la comencé a llevar. Si ya tendrá como ocho o diez años que yo soy quien la acompaña, antes la llevaba mi cuñada se iban las dos al seguro (Carla, familiar de Guadalupe).

Cuando tenía acceso al Seguro social su nuera esposa del hijo mayor la acompañaba a las consultas, después que lo perdieran Carla tramito el Seguro Popular y se empezó a hacer cargo de ella en la cuestión de acompañamiento y seguimiento, ahora es el único miembro de la red que lo hace.

➤ **Apoyo en información y consejos**

En este tipo de apoyo intervienen la mayoría de los miembros de la red, ya que otorgan consejos, opiniones o información referente a la diabetes o a los apoyos disponibles por programas gubernamentales.

Si me dicen pero luego no me acuerdo de que hierbita, o de que si vienen los doctores a revisar los ojos, o así que luego andan dando cosas como eso de los partidos. Luego me vienen a avisar mis nueras o mandan a los chiquillos, o así que la vecina les avisa y ya ellos me dicen, en Ozumba también como se sienta uno con los que van a vender luego nomás estoy oyendo que sirve para una cosa o la otra, o ya luego les preguntó; también luego mis nueras dicen que les dijeron los hierberos que tomara esto o lo otro (Guadalupe).

De cierta manera este recurso es administrado por Carla ya que ella es quien decide si se acude a tramitar los apoyos institucionales, y opina sobre qué tipo de remedios o consejos podrían ser buenos para que su madre los lleve a cabo.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

La frecuencia de los apoyos es variable al interior de la red, a pesar de que varios actores puedan verse involucrados eso no garantiza que sean suficientes cuando se comparan en tiempo. La tabla 53 muestra el porcentaje de miembros de la red por tipo de apoyo y una frecuencia aproximada:

Tabla 53. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	33
Apoyo en información y consejos	6 %	20
Apoyo en vestimenta	45 %	2
Apoyo afectivo	9 %	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	3 %	No aplica
Apoyo económico	12 %	5
Apoyo alimenticio	24 %	5
Apoyo en gastos médicos	12 %	3
Apoyo en control de tratamiento	3 %	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	15 %	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	6 %	No aplica

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

De los recursos que se mueven en la red el más socorrido es el de las visitas, seguido por el apoyo en vestimenta y alimenticio. El bloque de apoyos materiales tiene porcentajes más altos que los no materiales, siendo los menores aquellos que se relacionan directamente con el apoyo al diabético como el acompañamiento a citas, los gastos médicos y el control del tratamiento. Los valores más altos corresponden a apoyos ocasionales: los que involucran apoyo cotidiano, cuestiones económicas y afectivas tienen en contraste muy pocos participantes.

La frecuencia de los apoyos varía porque dependen de situaciones externas como los gastos médicos o el estado de salud, por otro lado la frecuencia en apoyos de tipo afectivo es mínima y existen muy pocos miembros que otorgan este apoyo. Durante un año el apoyo más frecuente fue el de las visitas, luego el de información y consejos, ambos involucran a los familiares que viven cerca ya que en el caso de la información les es fácil ver anuncios en el pueblo o enterarse de cosas que pueden ayudar a Guadalupe. El apoyo menos frecuente es el de la vestimenta ya que únicamente ocurre dos veces al año, sin embargo intervienen muchos de los miembros de la red en este recurso. El mayor problema en la red de Guadalupe es que el apoyo específico hacia cuestiones relacionadas con el tratamiento de diabetes, al igual el apoyo económico y alimenticio es muy bajo. Así que es ella por sí misma y con el trabajo de su hijo la que consigue los recursos para sobrevivir día a día.

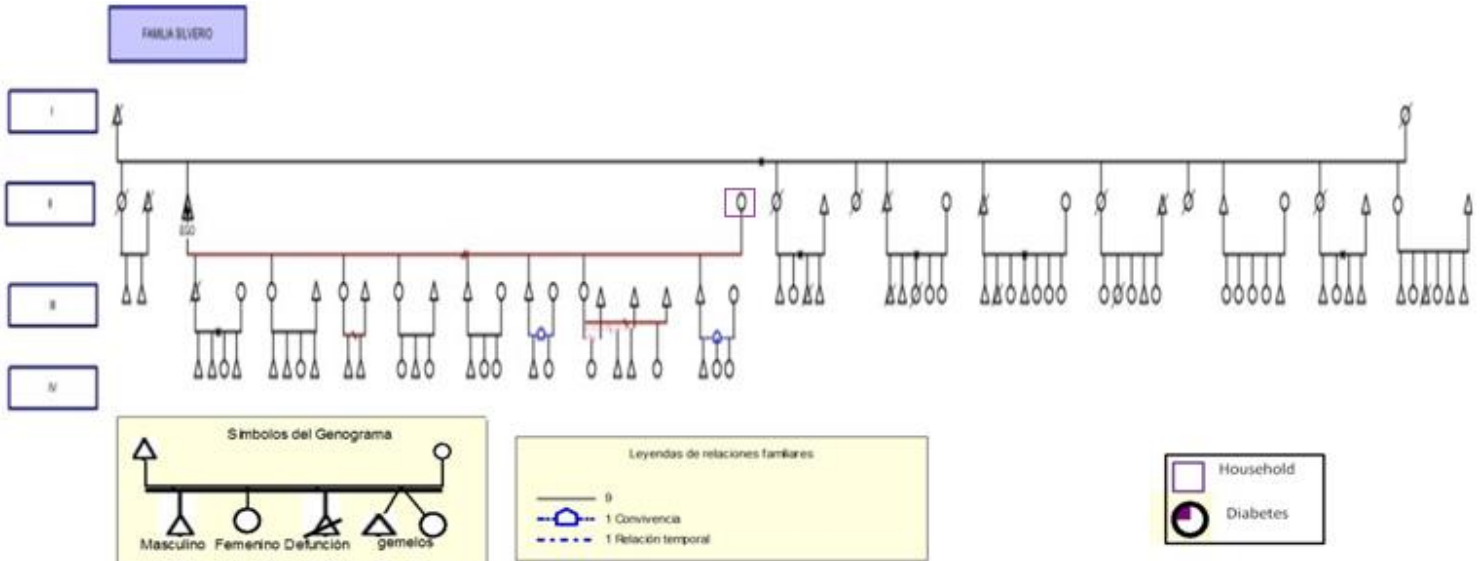
5.1.5 La red familiar de Silverio

➤ La genealogía

Su padre se separó de su madre cuando eran niños él y sus hermanos, fue ella quien los crió y él al ser el mayor la ayudó a cuidar de sus hermanos. Ambos padres ya murieron y no tiene contacto con los familiares de ellos ya que la mayoría son jóvenes y no existe relación aunque los conozca y los salude en la calle. Él se casó joven y tuvo ocho hijos de los cuales uno falleció, de ellos cuatro son mujeres y cuatro son hombres; tiene 25 nietos todos mayores de edad, la mayoría de ellos ya tienen sus propios hijos.

La figura 41 se refiere a la genealogía, la cual está dividida en cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. Las personas que padecen diabetes con un sombreado dentro de la figura y el grupo doméstico esta remarcado por un cuadrado.

Figura 41. Genealogía de Silverio



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En la genealogía de Silverio se muestran varios hermanos la mayoría fallecidos, existen casi el mismo número de miembros de la segunda generación sus hermanos y la tercera generación de sus hijos. La cuarta generación que corresponde a sus nietos es numerosa y la mayoría ya tiene más de 18 años, así que Silverio ya cuenta con varios bisnietos. Todos sus hijos viven con su pareja a excepción de dos hijas madres solteras, su hijo mayor falleció a consecuencia de problemas derivados del alcoholismo, pero existe buena relación con su esposa y sus hijos. Silverio vive en un terreno que fue repartido en herencia a todos sus hijos, en la actualidad ahí viven en él, su esposa, dos de sus hijas con sus familias y un nieto; los demás hijos tienen casas que ellos adquirieron en otro lugar.

La red familiar de Silverio se compone por todos sus hijos y sus familias, así como varios sobrinos y un hermano. Silverio vive en un cuarto separado de su esposa pero ubicado en el mismo terreno, tienen una relación complicada. En cuanto a su familia paterna y materna ya no existen sobrevivientes de ambas familias, los que viven son jóvenes generaciones con las cuales Silverio no tuvo relación, conoce a algunos primos o sobrinos a quien saluda si los encuentra pero no hay otro tipo de contacto. La mayoría de sus sobrinos viven en el Distrito Federal y otros en Estados Unidos, con estos últimos no tiene contacto.

➤ **La generación de la red**

La red familiar de origen se constituyó principalmente por su madre y sus hermanos, ya que el padre eventualmente los abandono y nadie de la familia paterna se acercó a ellos cuando eran niños. La familia materna acogió a su madre, ellos vivieron todo el tiempo con sus abuelos, quienes ya eran mayores y trabajaban en el campo. Los tíos eran mayores y ya vivían aparte, su madre era la menor, así que ella y sus hijos cuidaban de los abuelos y viceversa.

En la actualidad Silverio no tiene una relación cercana con ninguno de los miembros paternos o maternos más allá de hermanos y sobrinos. Tiene además medios hermanos porque su padre ya tenía otra familia pero no tiene interacciones con ellos, aunque se saludan en la calle o hablan un poco a veces, sin embargo esto es demasiado esporádico como para ser considerados parte de la red.

Su madre se dedicaba a vender artículos religiosos en las ferias de pueblo, así como verduras y frutas, él le ayudaba a vender, o bien se quedaba en casa cuidando a sus hermanos así que aprendió a realizar todos los quehaceres domésticos. Sus padres nunca le heredaron algo ya que su madre no tenía tierras y su padre no les heredó nada a ninguno de ellos. Se casó y estuvo ayudando a su madre hasta su muerte, ella falleció a los 60 años, era cuidada por una de las hermanas y apoyada económicamente por él.

Silverio cuidó varios años a sus hermanos hasta que todos empezaron a trabajar; los hombres en el campo cuidando animales o como peones. Después de que cada quien formó su familia varios de sus hermanos murieron, y una hermana se fue a vivir lejos perdiendo contacto con ella. Ahora solo tiene un hermano vivo con quien convive.

Con mis hermanos ya nada mas aquí tengo un hermano eso es lo único que convivimos bien, él y yo a veces bueno cada que paso me dicen ellos mi cuñada "has de venir a almorzar, párate vienes a almorzar, vienes a comer". Me llaman bien mis sobrinos y todos, me llaman bien (Silverio).

De su hermano y sus sobrinos el tipo que apoyo que recibe es en visitas, platicas o invitaciones a comer, no existen otros tipos de intercambio. Además ellos no lo visitan a él, sino Silverio a ellos ya que tiene problemas con su esposa y ella no está de acuerdo en que lo visiten. A Laura no le gusta que vayan a su casa porque hablan mal de ella, y porque su hermano lo "sonsaca" para que tomen juntos.

➤ **La formación de la familia propia**

Silverio se casó alrededor de los 18 años, conoció a su esposa en el pueblo, como él no tenía donde vivir se fueron a un terreno herencia de ella. Estuvieron trabajando él como albañil y ella haciendo limpieza en casa, así consiguieron dinero para comprar un lugar más grande. Después vivieron cuidando una casa en un fraccionamiento, cuando él se hartó de trabajar se fue con dos de sus hijos y ella se quedó trabajando en esa casa por unos años más. Pasados varios años se volvieron a reunir, sus hijos se fueron casando y se fueron a vivir aparte. Tras años de constantes pleitos él y Laura se separaron, no se divorciaron pero cada quien vive en un cuarto en el mismo terreno haciendo todas las actividades domésticas por separado.

Ella fue la que me pasó a dejar, ella me pasó a dejar según se jue a trabajar a un

negocio por ganar dinero. Pero se fue y ya era como si se hubiera ido a otro lado, estaba aquí cerca pero no venía a comer, a desayunar, jamás venía a dormir. A veces yo ni sabía, ni nos viamos pues, ocho, nueve ahí venía entrando, ahorita ya tiene nueve años que estamos ahorita de separados (Silverio).

Durante varios años tuvo muy mala relación con su esposa, ya separados lentamente ha mejorado la relación, aunque tratan de no tener mucha comunicación para evitarse discusiones.

Mi mujer es la que ha hablado mucho de mí en la calle, me ha criticado como ha querido. Pero ¿qué hago con ella?, yo no he sido malo, si yo hubiera sido malo yo la hubiera corrido luego en una ocasión lo pensé y algunos me dijeron “si ya no te sirve nada pues ya córrela”. Y si un día se me metió en la cabeza cuando se vaya temprano le voy a sacar sus cosas y que se vaya pero por mis hijos no lo hice, porque digo ella sigue siendo la madre de mis hijos, de mis hijos porque de mí ya no es nada. Ahorita a veces me habla a veces le hablo cualquier cosa, cualquier pregunta, cualquier que necesitamos algo pero así jamás. Como cualquier señora, cualquier visita (Silverio).

Laura dice que el distanciamiento se debe a la mala conducta de él, ya que durante mucho tiempo ella tuvo que trabajar para mantener a los hijos porque él se gastaba todo el dinero y no le daba gasto. La separación ocurrió cuando él quiso vender parte del terreno, hubo fuertes discusiones entre toda la familia y al final resolvieron repartirlo a los hijos. Otro incidente que abonó a la separación fue que Laura acogió a una nieta en su casa y para mantenerla se fue a trabajar a una papelería. Esto provocó que “descuidara” a Silverio y las discusiones aumentarían.

Desde que él enfermo no hubo cambio en su relación, él es quien lleva sólo su tratamiento, hace todos sus quehaceres y se cocina, ni su esposa ni sus hijos le dan apoyo en ninguna de esas tareas.

De los hijos de Silverio el mayor falleció, los demás siguen vivos, son cuatro mujeres y tres hombres, tres de ellos estudiaron una profesión: ingeniero, maestra y enfermera, los demás abandonaron la escuela y se dedicaron a oficios. De los hijos varones dos se dedican a la albañilería y otro es ingeniero; de las hijas la mayor estudio enfermería pero no la ejerce y se dedica a vender productos lácteos, otra es maestra, otra es ama de casa y la menor es costurera.

Todos se reúnen y visitan a sus padres continuamente, las dos hijas que son madres solteras viven en el mismo terreno. Silverio ha tenido discusiones con todos sus hijos en varios momentos de la vida, de hecho él atribuye su diabetes a que un hijo le tomó sus maderas (para hacer trabajos de albañilería) y al no regresárselas hizo coraje y enfermo. Otra hija con la que tiene problemas constantes es la que vive en el mismo terreno, porque es “muy chismosa y siempre mete chisme y habla mal de todo el mundo”. Ella lo ayudaba en un inicio a su tratamiento ya que es enfermera pero por desacuerdos dejó de apoyarlo.

Otros problemas que ha tenido son debido a que su nieta se fue a vivir con su esposo a uno de los cuartos que están en el terreno, como esos cuartos ya fueron heredados a uno de los hijos ellos decidieron pagarle una renta a él. Sin embargo, cuando Silverio se enteró fue a reclamarle al hijo de que recibiera dinero por unos cuartos que él

había construido. Hubo discusión entre los hermanos que apoyaban que la nieta viviera ahí y los que no estaban de acuerdo, al final ella decidió irse a otro lado para no tener problemas con la familia.

La relación de Silverio con sus hijos es delicada, él siente que es porque su madre los “mal aconseja” contra él y por eso le han perdido el “respeto”; Laura por su parte asegura que es porque él ya no quiere trabajar y quiere que lo mantengan pero “los hijos no pueden porque tienen sus necesidades”. Además ella piensa que él tiene muy mal carácter; Silverio dice que es mejor que no lo visiten frecuentemente para que cada quien esté en su casa y no tengan problemas. Se siente apoyado sólo por dos hijos: la maestra y el ingeniero porque ellos le hablan por teléfono y lo apoyan económicamente algunas veces. De los demás hijos el menciona que “luego ni se acuerdan que tienen padre, ni se preocupan de si estoy enfermo, el día que esté en cama ya se acordarán”.

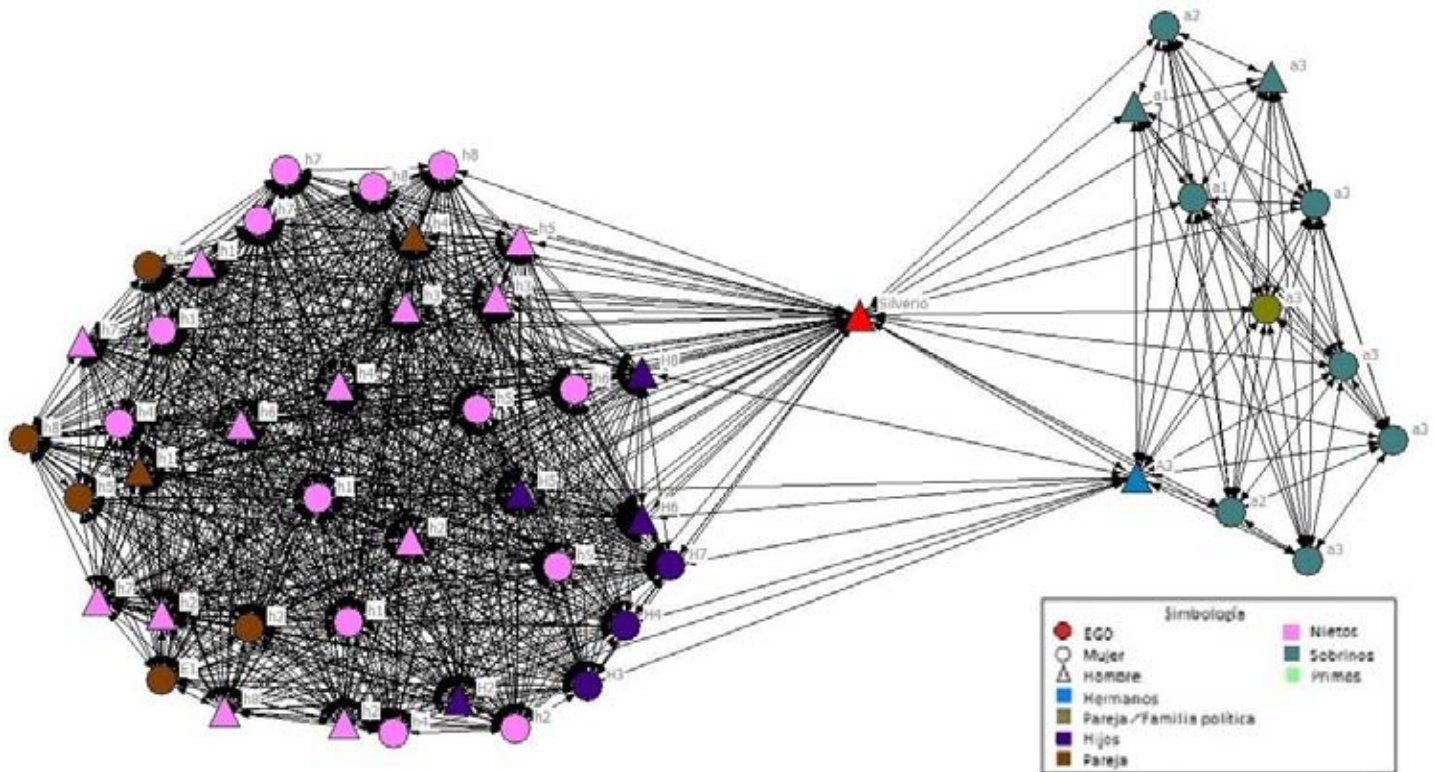
La relación con la familia de Laura es tensa, debido a que ellos han escuchado cómo fue y es la convivencia entre ellos, así que piensan que él ha sido malo con ella y con sus hijos. Otros familiares lo critican por separarse y hacer sus cosas él solo “como si fuera vieja” y que además debería trabajar para ayudar a su esposa. Por lo tanto él no tiene buena relación con ellos.

➤ **Los miembros de la red**

En la red de Silverio la mayoría son sus hijos y sus nietos, fuera de la familia creada sólo aparecen algunos sobrinos y su hermano. Resalta en la red que existen dos polos con casi las mismas interacciones: Silverio y Laura, ambos conectan a la mayoría de los miembros con la excepción de que Laura no tiene contacto con la familia de origen de Silverio.

En la figura 42 se presenta la red familiar compuesta por los familiares que tienen algún tipo de convivencia con Silverio. Cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica. En la imagen se presentan por familia, así que comparten las mismas letras y números para identificarlas. Como se observa en la red casi todos los miembros mantienen interacciones entre sí a excepción del grupo de sobrinos de Silverio, solo su hermano mantiene algunas relaciones con los demás. Esto es debido a los problemas entre Laura y Silverio ya que las familias de ambos han tomado preferencia por algunos de los dos y están distanciadas entre sí. Esto implica que en la imagen de la red se observen los dos grupos familiares.

Figura 42. La red familiar Silverio



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En esta red no se identificó a nadie que otorgue algún recurso específico para la atención de la diabetes. Dos de sus hijas en ocasiones le acompañan al médico o preguntan por su salud, pero es demasiado esporádico y durante el tiempo de trabajo de campo no se observaron ninguna interacción de ese tipo por lo que fueron excluidas de ese tipo de interacciones. Los miembros que componen la red familiar son los siguientes:

Tabla 54. Miembros de la red familiar Silverio

Total: 50
-Hijos: siete hijos ya que uno de ellos falleció.
-Nietos: 23 nietos que tienen edad suficiente para decidir visitar o realizar algún tipo de apoyo.
-Pareja: esposa con la cual está separada pero no legalmente.
-Hermanos: un solo hermano y su pareja ya que los demás fallecieron o se perdió todo contacto.
-Sobrinos: nueve sobrinos a los que él visita de manera regular, o realizan algún tipo de apoyo para él.
-Familia política: en este rubro sólo aparecen las parejas de sus hijos o de sus hermanos ya que no existe otra familia política con quien mantenga contacto.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Grupos familiares:

Hermanos:

Familia A3: Con las letras A3, a3, a3, a3, a3, a3 y a3 se identifica a: hermano y su esposa mayores de 60 años, cinco hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Sobrinos:

Familia A1: Con las letras A1 y a1 se identifica a: dos sobrinos hijos de un hermano fallecido, mayores de 40 años viven en Atlautla.³⁶

Familia A2: Con las letras A2 y a2 se identifica a: dos sobrinas hijas de un hermano fallecido, mayores de 30 años viven en la Ciudad de México.

Hijos:

Familia H1: Con las letras h1, h1, h1 y h1 se identifica a: esposa de hijo fallecido mayor de 50 años, tres hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia H2: Con las letras H2, h2, h2, h2 y h2 se identifica a: hija mayor y su esposo mayores de 50 años, 4 nietos mayores de 30 años, viven en otro municipio del Estado de México.

Familia H3: Con las letras H3, h3 y h3 se identifica a: hija soltera mayor de 50 años, dos hijos mayores de 25 años uno vive en Guerrero y ellos dos en Atlautla.

Familia H4: Con las letras H4, h4, h4, h4 y h4 se identifica a: hija y su esposo mayores de 40 años, tres hijos mayores de 20 años, todos viven en Atlautla.

Familia H5: Con las letras H5, h5, h5, h5 y h5 se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, 3 hijos mayores de 20 años, todos viven en la Ciudad de México.

Familia H6: Con las letras H6, h6, h6, h6 y h6 se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, dos hijos mayores de 20 años, todos viven en Atlautla.

Familia H7: Con las letras H7, h7, h7, h7 y h7 se identifica a: hija soltera mayor de 35 años, cuatro hijos mayores de 15 años, todos viven en Atlautla.

Familia H8: Con las letras H8, h8, h8, h8 y h8 se identifica a: hijo y su esposa mayores de 35 años, tres hijos mayores de 15 años, viven en Atlautla.

➤ La dinámica familiar

Silverio siempre realizó quehaceres domésticos de toda índole en su casa cuando era niño, así como el trabajo en el campo. Desde que inició su matrimonio con Laura se asignaron tareas de acuerdo a las formas tradicionales de género: quehacer doméstico para las mujeres y trabajos de campo o con remuneración económica para los hombres. Sin embargo, en las temporadas que Silverio se separó ha realizado todos los quehaceres domésticos sin que le cause algún tipo de problema hacerlo, a pesar de que recibe las críticas de algunas personas que le han comentado que “parece vieja”.

Los hijos aprendieron los tipos de conductas establecidos para hombres y mujeres, ambos padres los educaron repitiendo los mismos patrones conductuales de género. En el caso de las madres solteras ellas realizan las actividades de proveedoras y amas de casa al mismo tiempo, siendo las jefas de familia. Las hijas que están casadas reproducen el modelo de ama de casa que realiza trabajo doméstico no remunerado, a excepción de la hija maestra quien trabaja a la par que su esposo y además él la apoya de manera igualitaria con los quehaceres domésticos en la casa. Esto último provoca que algunos familiares hagan chistes sobre él tildándolo de “mandilón”, además de ser uno de los personajes masculinos que menos se relaciona con otros hombres.

La convivencia familiar ocurre normalmente alrededor de Laura, sus hijos la visitan a ella y luego pasan a saludarlo a él; todos los hijos piensan que él tiene un carácter complicado y tratan de no molestarlo. Entre los hermanos existen varias alianzas y algunos roces, las dos madres solteras son las que tienen mayores roces con los otros hijos sobre todo porque son las que están viviendo más cerca de los padres y se les critica que casi no los apoyen.

Otro grupo está formado por los hijos que tienen una profesión que les permite tener un mejor ingreso económico: la maestra y el ingeniero, a ellos los critican otros hermanos por que tienen mejor remuneración económica y no apoyan como deberían a sus padres o a los demás hermanos. Uno de los hermanos que tiene problemas con su consumo de alcohol es excluido de las reuniones familiares o de las fiestas por su comportamiento cuando esta tomado; y porque suele pedir préstamos económicos y no pagarlos. La relación con los nietos es diferente según la cercanía, él tiene mayor relación con el nieto que vive en el mismo terreno que él, y con otros nietos que viven en el mismo poblado.

Con mis nietos aquí esto, el otro Manuel son los que nos vemos y su hermano ese está en el ejército pero ese me trata bien cuando viene “abuelito esto” “abuelito lo otro”, su mujer también, es el que nos llevamos bien de nietos. Con los demás pues no tanto, luego con los de Lety pero más con la Chabe porque esa estuvo aquí desde chiquita que la criamos. Pero de las nietas así la que más es Araceli esa luego cuando me encuentra los domingos en la plaza “¿abuelito no quiere usted algo?”, pues cómprame esto y si me ha comprado alguna cosa de comer. La única los demás no (Silverio).

La relación con los nietos es buena pero no muy profunda, de hecho solamente dos de ellos se llegan a preocupar por su estado de salud, los demás lo visitan, lo saludan y charlan un poco con él pero nada más.

➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

El terreno donde vive está dividido por la familia que lo ocupa, Silverio está en un cuarto y toma las decisiones de qué hacer sólo para ese espacio. Las decisiones sobre lo que ocurra en el terreno las toman entre todos. Los aspectos relacionados con la salud son también un ámbito donde él es quien decide dónde y cómo atenderse. La única interesada es su hija maestra quien a veces le aconseja. El terreno ya ha sido fragmentado para ser heredado a sus hijos, viviendo por ahora en él dos hijas y un nieto (ver figura 43). El vive a la entrada, existe un corredor que conecta a la calle para que no tengan que pasar en medio de ninguna de las casas. Su esposa también vive ahí, existen dos pares de cuartos independientes que cada uno habita.

Figura 43. Disposición espacial de la casa Silverio



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Él hace uso de tres cuartos: su recamara, una pequeña sala y su cocina, comparte el baño y el patio con su esposa. Él no hace uso de los cuartos de ella, y solo entra a ellos cuando la está buscando. Los familiares que viven en el mismo terreno tienen cada quien su espacio y no utilizan el área donde viven ellos dos. Únicamente en casos de fiesta o reuniones familiares se usan indistintamente los espacios de ambos para alojar a los familiares que tienen que quedarse a dormir.

Desde que enfermó no han existido modificaciones de ningún tipo en el lugar donde vive, él menciona que es porque no tiene dinero suficiente para arreglar, pero le gustaría mejorar algunas cosas como poner vidrios en el cuarto de la sala, o poner un pasamanos en el baño.

➤ **Algunas características de la red familiar**

La red de Silverio es una de las más grandes con 50 miembros, quienes son sus familiares más cercanos pero que incluye varias personas ya que él tiene buena relación y contacto con varios de sus sobrinos. La tabla 55 incluye las medidas de intermediación de la red de Silverio, se presenta por familia el grado de centralidad y de cercanía.

Tabla 55. Medidas de intermediación red Silverio

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
SILVERIO	100.000	100.000
E1	78.000	81.967
A1	22.000	56.180
A2	22.000	56.180
A3	36.000	60.976
H1	78.000	81.967
H2	79.592	83.051
H3	79.592	83.051
H4	79.592	83.051
H5	79.592	83.051
H6	79.592	83.051
H7	79.592	83.051
H8	79.592	83.051

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

El grado de centralidad y el de cercanía muestran que la distribución de lazos y distancia entre los actores varía según el grupo familiar al que pertenece. La familia creada es decir hijos y nietos tiene mayor grado de centralidad y de cercanía. Los lazos más débiles en cuanto a centralidad y cercanía son para los sobrinos quienes no conviven más que entre ellos mismos y con Silverio. La familia que corresponde a uno de sus hermanos tiene un mayor grado de centralidad y cercanía con el resto de los familiares.

Con respecto a la posición genealógica de 50 miembros de la red tenemos que nuevamente la mayoría corresponde a los nietos (23) cuyas interacciones más frecuentes son por visitas y algunas tareas domésticas o regalos. Los nietos únicamente lo visitan en compañía de sus padres y no por iniciativa propia, de aquellos que lo hacen de manera independiente solo son dos un hombre y una mujer que visitan a sus abuelos una o dos veces cada tres meses. Otros nietos que tienen comportamientos particulares son los que viven en el mismo terreno, de los cuales el mayor de ellos y su esposa son quienes tienen

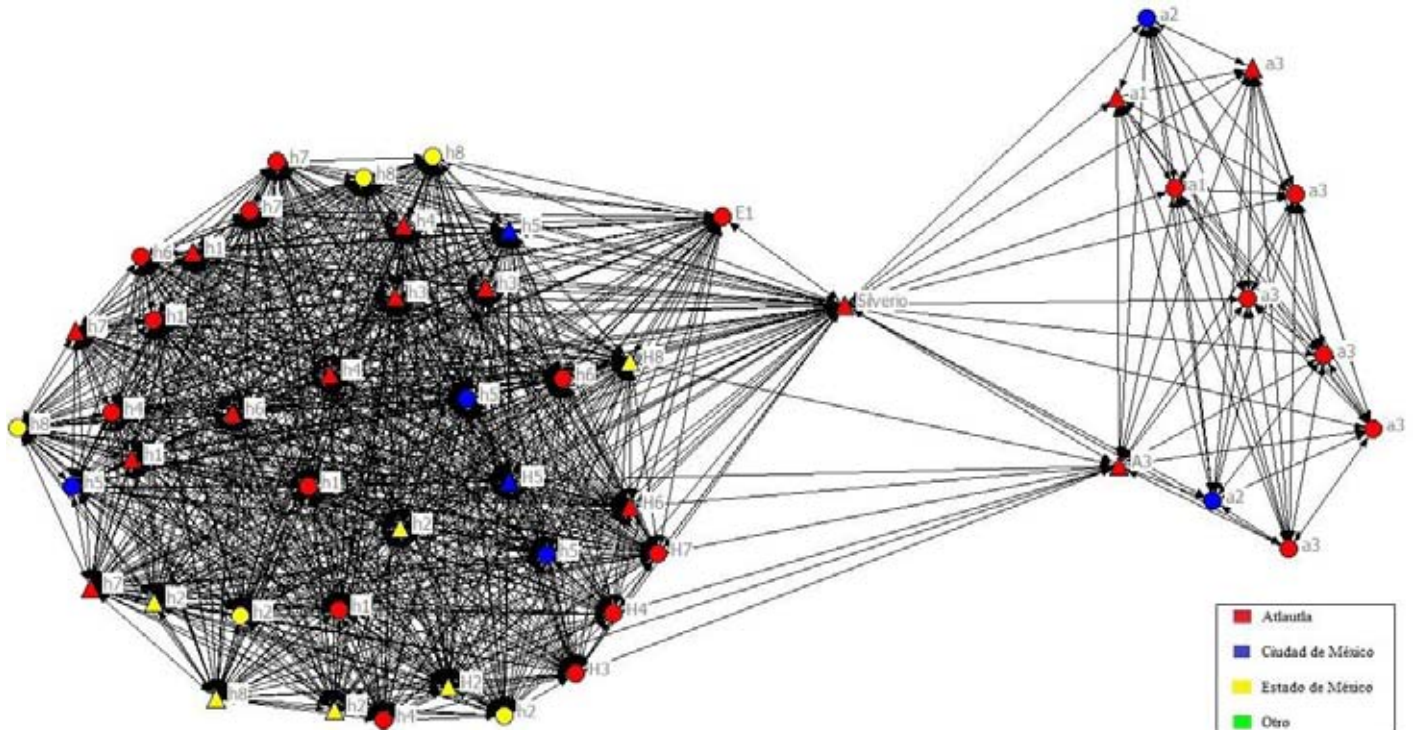
más contacto con Silverio y Laura ya que les piden favores económicos a ellos o que cuiden a sus hijos.

Le siguen en número los sobrinos (nueve) que tienen una relación ocasional, otorgando apoyos como visitas, regalos y apoyos alimenticios. Después están los hijos (siete) quienes dependiendo de donde viven lo visitan más o menos seguido. También se comunican por teléfono con Laura y ella pasa los saludos a Silverio porque éste no tiene teléfono ni sabe utilizarlo sobre todo por los problemas de vista que tiene.

Resulta difícil definir la unidad doméstica de Silverio puesto que al vivir en el mismo terreno varias personas comparten algunos de los gastos comunes como luz y agua, pero el resto de los gastos corren sólo por cuenta de él. Es decir, en términos de la unidad doméstica como los recursos para sobrevivir se puede decir que la unidad doméstica es solo Silverio, ya que ni su esposa ni sus hijos o nietos comparten recursos de algún tipo de manera regular y significativa con él como para ser considerados parte de una unidad doméstica.

La ubicación geográfica de los miembros de la red es mayoritariamente en Atlautla. Los que viven más lejos están en la Ciudad de México u otros municipios del estado, así que la distancia para poder visitarlo es poca, de máximo tres horas. Aparentemente la distancia no involucra demasiado tiempo, pero si repercute en la cantidad de visitas ya que los familiares que viven fuera de Atlautla son los que más tiempo tardan para visitarlo. En la figura 44 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México y en color amarillo los de otros municipios del Estado de México.

Figura 44. Distribución geográfica de la red Silverio



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En caso de problemas de salud Silverio casi no pide ayuda pero si llega a ocurrir los primeros en apoyarlo son algunos familiares que viven cerca como su nieto, su esposa y una hija; en segundo lugar acude la hija maestra que vive en otro municipio. Los demás hijos no realizan actividades importantes de apoyo en estos casos, ellos comentan que es porque no tienen tiempo ni dinero para ayudar.

Las características homofílicas de la red de Silverio son mínimas, existen muchas diferencias entre él y los miembros de la red, en realidad la homofilia u homogeneidad está dada por el parentesco al ser una red familiar. No hay otras características compartidas ni por edad, ni por género u ocupación laboral.

Los conocimientos y preparación para brindar la atención y el cuidado de la persona diabética son escasos al interior de la red. Las ideas que existen sobre el cuidado se limitan a la dieta; su hija enfermera y su hija maestra son quienes tienen mayor información y claridad sobre qué es la diabetes, pero no sobre qué hacer en algunas situaciones cuando Silverio se agrave. En situaciones de emergencia saben que deben llevarlo inmediatamente al médico, esto solo ha ocurrido cuando él lleva varios días sintiéndose mal y quien lo hace es su hija maestra. Ningún otro familiar de los que vive cerca lo ha hecho, por lo que se infiere que les parece común o normal que él esté enfermo y quizá no le toman mayor importancia.

➤ **Los tipos de apoyo**

Los tipos de recursos son variados así como el número de actores de la red que intervienen en ellos, a continuación en la tabla 56 se muestra como es la distribución de éstos.

Tabla 56. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	14 de 50	Anual
	Apoyo económico	1 de 50	Anual
	Apoyo alimenticio	8 de 50	Mensual
	Apoyo en gastos médicos	-----	-----
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	-----	-----
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	-----	-----
	Apoyo en información y consejos	15 de 50	Anual
	Apoyo afectivo	1 de 50	Mensual
	Apoyo en control de tratamiento	-----	-----
	Apoyo en compañía cotidiana	8 de 50	Todos los días
	Apoyo en visitas	50 de 50	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Casi la totalidad de sus ingresos los recibe de programas gubernamentales y algunas actividades extra como vender botellas de pet. La red familiar otorga apoyos económicos mínimos en cantidad y con poca frecuencia, quizá dos o tres veces al año.

Mi hija tete (maestra) es la que me da cada que viene y puede unos 200 o 500 pero luego dilata pa venir; los otros no me dan a ninguno nos dan nada según fue el acuerdo que yo iba a repartirles la herencia para que ellos vieran por nosotros pero nada. Luego a veces no me alcanza porque ya el último mes que me dura el apoyo ya me las ando viendo, luego hasta ya pido prestado para acabar, que siempre le pido a mi hermano y si me presta como sus hijos a él si le dan, pos ya que me dan el apoyo le pago (Silverio).

Los demás hijos o nietos no otorgan ningún apoyo económico ni a él ni a su esposa, ella trabaja cociendo fibras y criando gallinas para mantenerse a sí misma. Critica que su esposo esté “esperando a que le den dinero en sus manos” piensa que debería de trabajar porque los hijos tienen sus propios gastos y ocupaciones. Ahora sólo la hija maestra los apoya anteriormente el hijo ingeniero también les apoyaba pero compró una casa y la “está pagando por eso ya no tiene para darnos”.

Una ventaja que tiene Silverio es que no realiza pagos de servicios como la luz o el agua, ya que eso lo pagan en conjunto la hija y el nieto que viven en el terreno. Aunque ese fue el acuerdo la mayoría de las veces quien termina pagando todo es Laura.

➤ **Apoyo alimenticio**

El apoyo alimenticio entendido como despensa, frutas o comida preparada es recurrente en la red. Quienes participan en su totalidad son mujeres ya sean hijas o nietas, ninguno de los hombres participa de algún modo en este apoyo. No le compran despensa, sino que llevan algo ya guisado por ellas o bien algo de fruta.

Luego que ando en la calle mis sobrinas me invitan a comer y pos ya paso con ellas o al otro día; de aquí de las hijas Lety es la que a veces me trae “coma usted un taquito” la otra no, la otra ni agua me da. La señora luego me invita a comer pero solamente cuando vienen mis hijos, pero solitos nunca, ya voy a comer o ya va a comer y nunca me llama. Y cuando están ellos si hace que me llama namás pa que la vean (Silverio).

Lety la hija suele llevarle comida guisada de la que prepara para su familia, las demás hijas algunas veces al año le llevan fruta cuando los visitan, estos platillos son entregados a Laura y es ella quien lo reparte. En comparación con las mujeres Silverio recibe menos apoyos en términos alimenticios que ellas, ya que éste solo proviene de manera ocasional, siendo más regular el apoyo recibido por parte de parientes más lejanos como sus sobrinas que por sus hijas o nietas.

➤ **Apoyo en vestimenta**

Este recurso es esporádico solo ocurre en cumpleaños, e incluye básicamente a zapatos, pantalones, calcetines o camisas e intervienen tanto hombres como mujeres.

Luego me trae hija que una playerita o los zapatos esos casi cada año o más, o mis sobrinas que me dan calcetines porque compran para su papá también. Los hijos esos luego traen una chamarra o así, pero casi namás en mi cumpleaños, así que me pregunten que me falta y me traigan no, nada, luego ni en mi cumpleaños vienen todos (Silverio).

De forma esporádica todos los hijos le regalan algún tipo de vestimenta, algunas de sus sobrinas también lo hacen aunque normalmente son prendas más pequeñas como calcetines o pañuelos.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Los gastos médicos de la atención médica son pocos ya que cuenta con Seguro Popular y no acude a otro lugar más que a la clínica local, tanto para la consulta médica como para su inyección de insulina. En el pasado llegó a acudir en algunas ocasiones al doctor particular, su hija maestra y su hijo ingeniero cubrían los gastos, pero eso ya no ha ocurrido desde hace cuatro años. En ocasiones que necesite comprar algún medicamento es él quien tiene dinero guardado para comprarlo ya que no le pide dinero a ninguno de sus familiares porque considera que no le darían. No existe en la actualidad ningún miembro de la familia que participe en este tipo de apoyos.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Las tareas domésticas las realiza Silverio en su totalidad, limpiar, cocinar, lavar la ropa, traer agua para su consumo, no existe nadie que le ayude. Él considera que no es mucho trabajo, ya que únicamente se hace cargo de su cuarto y de su cocina.

➤ **Apoyo afectivo**

En cuanto al apoyo afectivo considera que no lo necesita, casi no habla con sus hijos o con su esposa, las pláticas son para saber si hay alguna noticia nueva sobre algo en la familia. No se siente bien hablando con ellos porque piensa que les quita tiempo, a él le gusta irse a caminar o trabajar en su huerto así es como se siente “feliz”.

Pues materialmente ahorita con ninguno, porque de todos modos les digo si me siento así mal o algo y como que no, yo veo que como que no me toman en cuenta. A veces le cuento a mi hija cuando viene que esa es la ahora si la única que le cuento mis penas, ella si me toma en cuenta pero lo veo que le da coraje, no sé de ver como nadie me hace caso y que yo estoy así solito. Yo sé lo que tengo, yo sé lo que me pasa y lo que siento (Silverio).

En este tipo de apoyo afectivo Silverio se siente solo y sin que le preocupe a alguno de sus familiares. Únicamente su hija maestra es a la que considera su apoyo porque lo visita, le llama por teléfono y siempre escucha cómo se siente y trata de ayudarlo.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

Su compañía cotidiana consiste en las personas que viven en el mismo terreno, porque se ven e interactúan de diferentes maneras, o bien su hermano y sobrinas a las que ve prácticamente diario. Pasa la mayor parte del día en su patio durmiendo en una silla, cuando se siente “con fuerzas” se va a caminar y visita a su hermano; mientras está en casa ve a su esposa, sus dos hijas que viven ahí y su nieto. Él prefiere convivir con sus sobrinas porque platican con él, lo atienden y buscan que se encuentre cómodo.

➤ **Apoyo en visitas**

Este es uno de los apoyos donde participan más miembros de la red, en cuanto a las visitas que recibe existen varias dinámicas: los que lo visitan a él y los familiares que

visitan a Laura y lo saludan a él “de paso”. Otra dinámica de visita es cuando se realizan fiestas familiares por el cumpleaños de alguno de ellos o de los hijos, entonces se reúnen todos y se cooperan para realizar la comida. En ambos tipos de visitas los hijos y nietos no pasan más de unas horas cerca de Silverio platicando sobre algo, él pasa mucho más tiempo jugando con sus bisnietos o sentado escuchando las pláticas de sus hijos con su esposa.

Bueno, digo yo ando consciente con ellos, claro a veces no nos vienen a ver, o no me vienen a ver, no pues ya son padres de familia y ya ellos tienen atenciones con sus hijos, con su trabajo y aunque quiera yo. Pero aunque sea de vez en cuando si vienen, me vienen a ver de México, vienen cada 15, cada mes, vienen a darnos la vuelta... [...] Pues por decir así más, más visito a mi hermano que como está aquí, cada que bajo por allá paso y luego paso de regreso y paso a verlo. A veces voy dos, tres veces en la semana, y así los demás pues como está lejos no puede uno ir (Silverio).

Otra variación de las visitas son las que él hace a su hermano y sobrinos, como ya había mencionado su familia y su esposa no tienen buena relación por lo que ellos no lo visitan en su casa. Él es quien los va a visitar varias veces a la semana, ahí lo invitan a comer, platican un rato con su hermano, sus sobrinos o ven la televisión. Excluyendo a dos de sus hijos y a sus sobrinos los demás tienden a únicamente saludarlo e intercambiar algunas frases nada más.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

No cuenta con algún familiar que esté al pendiente del seguimiento de su tratamiento de manera constante, algunos le preguntan cómo se siente o qué le dicen los médicos sobre su estado de salud. Quien está al pendiente suele ser su hija maestra pero debido a su lejanía la atención también se ve limitada a las visitas esporádicas y el tratar de mantenerse informada sobre él. Su esposa menciona que ella no se involucra en su tratamiento porque él tiene mal humor y no es tan fácil preguntarle si ya tomó los medicamentos, o que se cuide de la alimentación, así que prefiere no involucrarse a menos que lo vea mal, como cuando pasa demasiado tiempo durmiendo, entonces le comenta a sus hijos para que ellos se acerquen a preguntarle como está.

No pues no te creas que es tan dócil para que le diga tómame esto y se lo tome, no creas que es así tan dócil, tan obediente no, luego se enoja que uno le dice que no se coma una cosa o la otra, porque piensa que uno lo quiere limitar, y pa que se enoje mejor que se cuide como quiera, ya si se pone mal pues se va al doctor o si no vienen mis hijos (Laura, familiar de Silverio).

Los demás familiares preguntan cómo se siente pero no tienen idea de qué tipo de medicamento toma, los cuidados de la dieta o los reportes del médico. La falta de acercamiento la justifican porque tienen muchos problemas atendiendo a sus familias, viven lejos, están trabajando y no tienen tiempo aunque les interesa saber que él está bien, y confían en que su madre les avisa si tiene alguna complicación.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

No tiene algún acompañante que lo lleve a sus citas o a su inyección de insulina, a pesar de la recomendación de los médicos de que lo acompañen ninguno de sus hijos lo ha hecho ya que no tienen tiempo por sus trabajos.

Pues a mis hijas les he dicho, pero pues ve que siempre están trabajando. Esta que está aquí las otras que están fuera pues no, no pueden venir. Materialmente no pueden venir, mi nieto si me quisiera, el que vive ahí, “me ha de usted decir abuelito yo lo llevo”, pero pues me da pena, estarlos obligando no a que nomas me acompañe, mi sobrina de allá debajo de mi hermano también, me ha de decir tío, pasa usted aquí por cualquiera de nosotros lo llevamos. Pero le digo me da pena, inclusive digo no todavía puedo caminar, a la mejor cuando ya no pueda caminar puede que sí les diga. Pero todavía puedo caminar aunque sea despacio (Silverio).

En situaciones de emergencia su esposa avisa a los hijos y si alguna de las dos hijas que viven en el terreno tiene tiempo lo acompañan. Esto prácticamente no ocurre, en los últimos dos años lo han detenido en la clínica porque tiene la presión o la glucosa alta, por lo que se ha quedado toda la tarde ahí. En esas ocasiones ninguno de sus familiares se han enterado o han ido por él, él no se lo ha comunicado a nadie en el momento que está en la clínica, e incluso cuando sale pocos se enteran de que lo retuvieron

➤ **Apoyo en información y consejos**

Los consejos e información que hay en la red se refieren a apoyos económicos, alimentarios o de otro tipo que surjan para ayudar a adultos mayores, las personas ven que puede serle útil a él y se lo comunican. También entran en juego los eventos políticos donde se puede obtener algo como comida, cobijas o despensas, para este tipo de eventos los familiares lo buscan para ayudarlo y también para “llevar gente” y que el candidato se los tome en cuenta. En cuanto a los consejos la mayoría son sobre la dieta y la toma de medicamentos, algunos le recomiendan que use medicinas alternativas como es el caso de su hija quien le compra ampollitas en el naturista para ayudar a disminuir el azúcar.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Los tipos de apoyo que circulan en la red son variados e involucran a diferentes miembros de la red. En la tabla 57 se muestran los porcentajes de las interacciones.

Tabla 57. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	32
Apoyo en información y consejos	3%	10
Apoyo en vestimenta	3%	1
Apoyo afectivo	2%	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	-----	No aplica
Apoyo económico	2%	5
Apoyo alimenticio	16%	8
Apoyo en gastos médicos	-----	-----
Apoyo en control de tratamiento	-----	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	16%	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	-----	No aplica

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las visitas son el apoyo principal dentro de la red y el enlace entre los miembros, le siguen el alimentario y la compañía cotidiana. El apoyo en visitas es el único punto a destacar, siguiendo el de compañía cotidiana y alimenticio; los demás prácticamente no aparecen por los pocos miembros que los otorgan. Los dos bloques de apoyo material y no material tienen porcentajes muy bajos de participación, por ejemplo no existe ningún tipo de apoyo en el acompañamiento a las citas médicas, gastos médicos, control del tratamiento y quehaceres domésticos. Mientras que los otros apoyos tienen un porcentaje bajo de participación entre el 3% y 2%, lo cual refleja que a comparación de las mujeres entrevistadas existen pocos tipos de apoyos hacia Silverio. Esto contrasta con que el número de integrantes de la red es mayor que en los casos de otros entrevistados, porque esta cuenta con 50 mientras que las otras redes en promedio son de 30 miembros.

La frecuencia de apoyos es mayor en visitas e información y consejos siendo de 30 a 10 veces por año; en el caso del apoyo económico y alimenticio la frecuencia es entre cinco y ocho veces por año. La frecuencia anual indica que la más recurrente son las visitas con las salvedades ya explicadas sobre el tipo de dinámica que se dan en ellas. La frecuencia de los recursos no materiales es mayor que la de los materiales, sin embargo la frecuencia en sí misma es baja, con un máximo de diez ocasiones al año (eliminando los apoyos en visitas). Los apoyos materiales solo existen como alimenticios, económicos y de vestimenta pero las tres implican la menor frecuencia. Por lo que puede deducirse que Silverio recibe muy poco apoyo de su red, además son mínimos los miembros que participan y que además se preocupan por mantenerse al tanto de la salud y de las necesidades específicas que presenta.

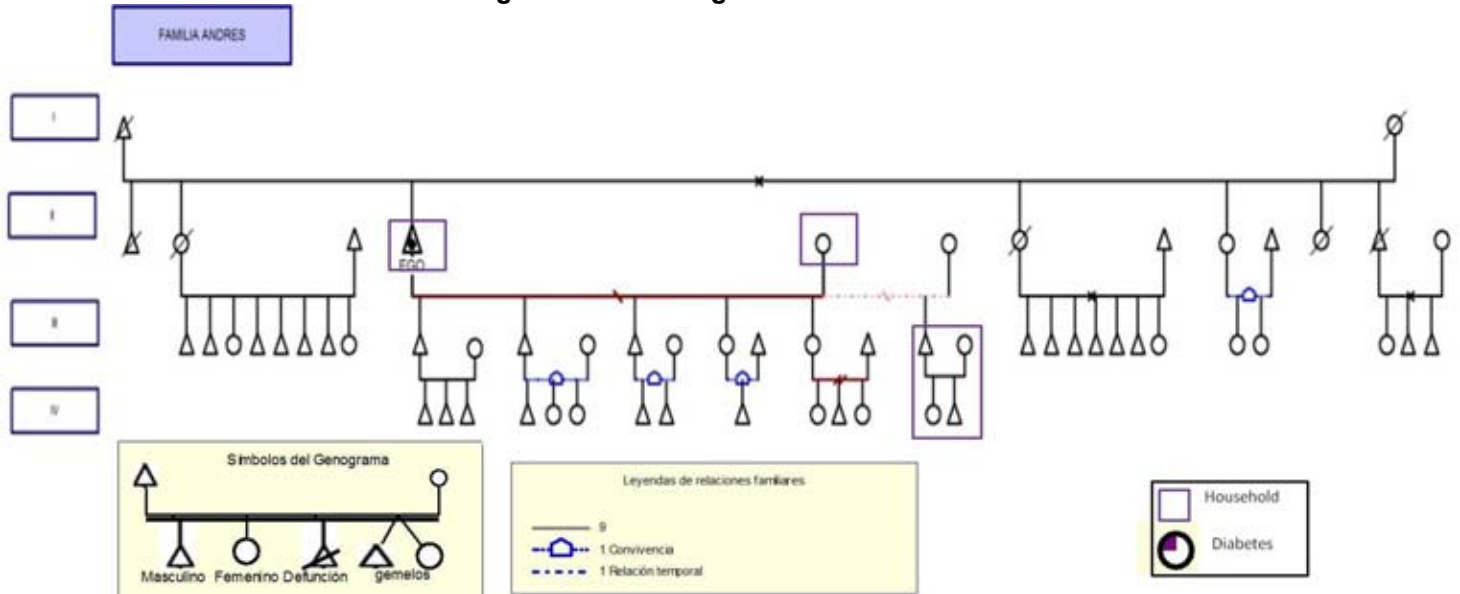
5.1.6 La red familiar de Andrés

➤ La genealogía

Los padres de Andrés fallecieron hace tiempo al igual que sus hermanos, él no tuvo contacto con ellos hasta ya grande debido a que fue separado de su familia desde que era pequeño y entregado a una tía. Por esta razón no guarda relación con familiares maternos o paternos ya que nunca convivió con ellos. Sus lazos familiares son su esposa, hijos y nietos. Tuvo seis hijos todos viven, además tiene 14 nietos de diferentes edades, aún no tiene bisnietos.

La figura 45 corresponde a la genealogía la cual está dividida en cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. El grupo doméstico está encerrado en un cuadrado para resaltarlo de lo demás familiares.

Figura 45. Genealogía de Andrés



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

De acuerdo con la genealogía la familia de Andrés se limita a hermanos, sobrinos, hijos y nietos (con sus respectivas familias) ya que como se ha explicado la familia paterna y materna se encuentran ausentes por los problemas generados a raíz de la separación forzada de Andrés durante varios años, y por la falta de convivencia con los descendientes de padres y tíos. De sus hermanos sólo le sobrevive una dejando la generación II sin más miembros; la 3ª generación que corresponde a los hijos consta de cinco hijos con su esposa y uno con otra persona con la que mantuvo una relación por algunos años. Por último la 4ª generación correspondiente a los nietos tiene 14 miembros de varias edades, siendo los mayores de 30 años y los menores de 10 años.

➤ La generación de la red

La primera red de apoyo de Andrés no estuvo relacionada con su familia de origen como padres o hermanos, sino con su tía y primos con quienes no tenía buena relación y huyó de su casa siendo adolescente. Una vez que se reencontró con sus hermanas y su madre formó una nueva red, donde no se incluyó a la familia paterna dado los problemas generados por alejarlo de su madre. De las familias de origen actualmente guarda relación con su hermana y varios sobrinos, ningún otro familiar materno o paterno están incluidos.

Su padre y su madre se separaron cuando él era pequeño, su padre se lo llevó y evitó que tuviera contacto con ella, después de la muerte del padre fue a vivir con una tía a la Ciudad de México. Durante todo ese tiempo él creyó que su madre estaba muerta y que no tenía más familia pues es lo que sus tíos se encargaron de decirle.

Me llevaron de cuatro o cinco años, y ya este yo le preguntaba a mi tía, “oiga tía y mi mamá” dice “no pues tu mama fue una bruja dice y la quemaron con leña” y así esa era siempre su respuesta cuando yo le preguntaba por mi mamá. Y cuando mi mamá me vio por primera vez cuando regrese ya de 18 años, este ella me enseñó unos documentos que ella trato por todos los medios de recogerme, pero mi tío no iba a poder con mi tío,

porque en primera pues trabajo era de aquí del ayuntamiento, creo que era aquí sindico no se qué cosa era, pues menos, no pudo mi mamá recogerme (Andrés).

Tras escaparse vivió en la calle algún tiempo, después en una bodega donde trabajaba. Cuando ya era adulto por casualidad se encontró con un familiar que lo contacto con su madre, a partir de ese momento él comenzó una relación con ella y sus hermanas. Su madre le ayudó a mudarse a Atlautla y pelear por su herencia, además de financiarlo para poner su primer negocio de transportista.

Tuvo seis hermanos con quienes convivió, pero ahora sólo está viva una hermana, recuperó la herencia de su padre y además compró a uno de sus hermanos su parte de terreno para tener más grande su casa. La relación con ellos fue algo distante porque se conocieron ya grandes, con las hermanas tuvo mayor relación porque todos vivían en casa de su madre.

Cuando vivieron todos juntos sus hermanas le ayudaron a poner su negocio, a cuidar a sus hijos y él las ayudaba económicamente, duraron varios años juntos. Su esposa y él comenzaron a tener más hijos y la convivencia se hizo difícil por el espacio reducido de la casa, así que Andrés se apresuró a construir para mudarse. Una vez pasado esto la relación volvió a ser cordial hasta la actualidad con la hermana que sigue viviendo en la casa de la madre.

➤ **La formación de la familia propia**

Conoció a su esposa cuando trabajaba haciendo mudanzas en su primer negocio, ella lo acompañaba en los viajes, se hicieron novios y se casaron al poco tiempo. Él ya era grande para la época porque tenía 28 años y no había formado una familia, así que le pareció bien casarse y tener hijos.

Este, tenía poco que nos habíamos juntados, y este y ya aquí empezaron a nacer los hijos. Ah no allá en Ozumba, nacieron dos cuando vivía con ella, y luego ya nos venimos pa acá, le digo por los problemas que había con las hermanas pues (Andrés).

La relación con su esposa era buena porque se la pasaban trabajando juntos, primero ella le ayudaba a conseguir viajes, luego cuando trabajó como chofer ella vendía productos de belleza en su casa. Después ambos se dedicaron a la venta de verdura en los mercados y se hicieron de varios locales en Atlautla y en Ozumba.

Las discusiones entre ellos fueron aumentando, los desacuerdos mayores eran por la crianza de los hijos y la forma de gastar el dinero. De acuerdo con Andrés ella siempre les daba la razón a ellos y terminó poniéndolos “en contra” de él, hace algunos años tuvieron problemas fuertes y decidieron separarse.

Ahorita ya tiene fácil como cinco años o más que nos distanciamos cada uno está en su cuarto. Es que siempre ha sido muy necia, ahora en la mañana tuvimos un pleito y este total que hasta me dijo lo que no la señora. Entonces a cada rato tenemos problemas porque quiere hacer lo que ella quiere y no, digo “Aquí el que manda soy yo, soy yo el que manda”. Luego pues así como estamos enojados me tiene sin comer, no me dan de comer. Ella sí cocina pero, pues luego no me habla, le da de comer a sus nietos, ella come y a mí no me habla (Andrés).

No se divorciaron pero cada quien vive en un cuarto de la casa, evitan hablar entre sí. Él come fuera de casa ya que ella trabaja y no está en todo el día, por lo regular sólo le cocina los fines de semana o en reuniones familiares. Todas las actividades domésticas las realizan por separado.

Todos sus hijos fueron a la escuela, cuando eran pequeños después de ir a la escuela ayudaban en la casa o en los puestos de venta. Todos tuvieron la opción de estudiar una carrera ya que ambos padres estaban de acuerdo en que esa sería la mejor opción para que pudieran salir adelante. Tres de ellos optaron por una carrera técnica y los otros dos sólo terminaron la preparatoria porque no querían seguir estudiando. El hijo que tuvo con otra mujer estudio una licenciatura y actualmente es maestro en el IPN; los hijos varones trabajan vendiendo verdura porque les resulto más rentable y otro tiene un taller mecánico. Las hijas también se dedican a la venta en mercados porque su marido no la deja trabajar y otra porque es madre soltera.

La relación con los hijos ha sido complicada, todos vivieron en algún tiempo con sus nuevas familias en casa de Andrés pero él terminó corriéndolos uno a uno porque tenía problemas con ellos y sus esposas.

Eran canijas las nueras buscaban pleito a cada rato precisamente por eso los corrí de aquí. Un día se pelearon allá afuera y este hasta la señora le dieron y le dije yo al muchacho dije "sabes que eso si te lo advertí", entonces los corrí a todos, todos estuvieron aquí y se fueron por groseros y mal agradecidos, porque la señora siempre les metía ideas contra mí (Andrés).

En la actualidad la relación con los hijos sigue siendo mala, con cada uno de ellos ha tenido diferentes problemas. En primer lugar porque ninguno lo apoya económicamente a pesar de que se firmó un acuerdo por el cual a cambio de heredarles en vida ellos les darían a ambos padres una cantidad mensual para mantenerse. Dos de los hijos varones guardan sus carros en su cochera, por ello hay constantes enfrentamientos, porque dejan el zaguán abierto, han dado golpes con el auto a las paredes, no limpian el patio, etc. Con una de las hijas no se habla porque ella le retuvo las escrituras y no quería regresarlas a menos que le heredaran un pedazo más grande de tierra, así que Andrés solicitó ayuda jurídica para recuperarlas. La otra hija vive con ellos pero ya la había corrido porque llegaba en la madrugada y dejaba a sus hijos solos, luego la perdonó y regresó pero no se hablan bien y no lo "apoya ni cuida" para nada.

Andrés tiene muy mala relación con sus hijos y nietos, provocándole una mezcla de enojo y tristeza. Él piensa que estos comportamientos son reflejo de los problemas que ha tenido con su esposa y por la falta de atención que tuvo con sus hijos, porque se dedicó a trabajar y los dejó a cargo de ella:

Pues trabajando puro trabajar y trabajar, y yo digo que... no tuvimos mucho contacto con los hijos. Toda la semana se trabajaba, toda la semana. Yo creo por eso ahora los hijos pues no, no, no tienen pues así amor a uno, casi no nos ven y son rete canijos conmigo (Andrés).

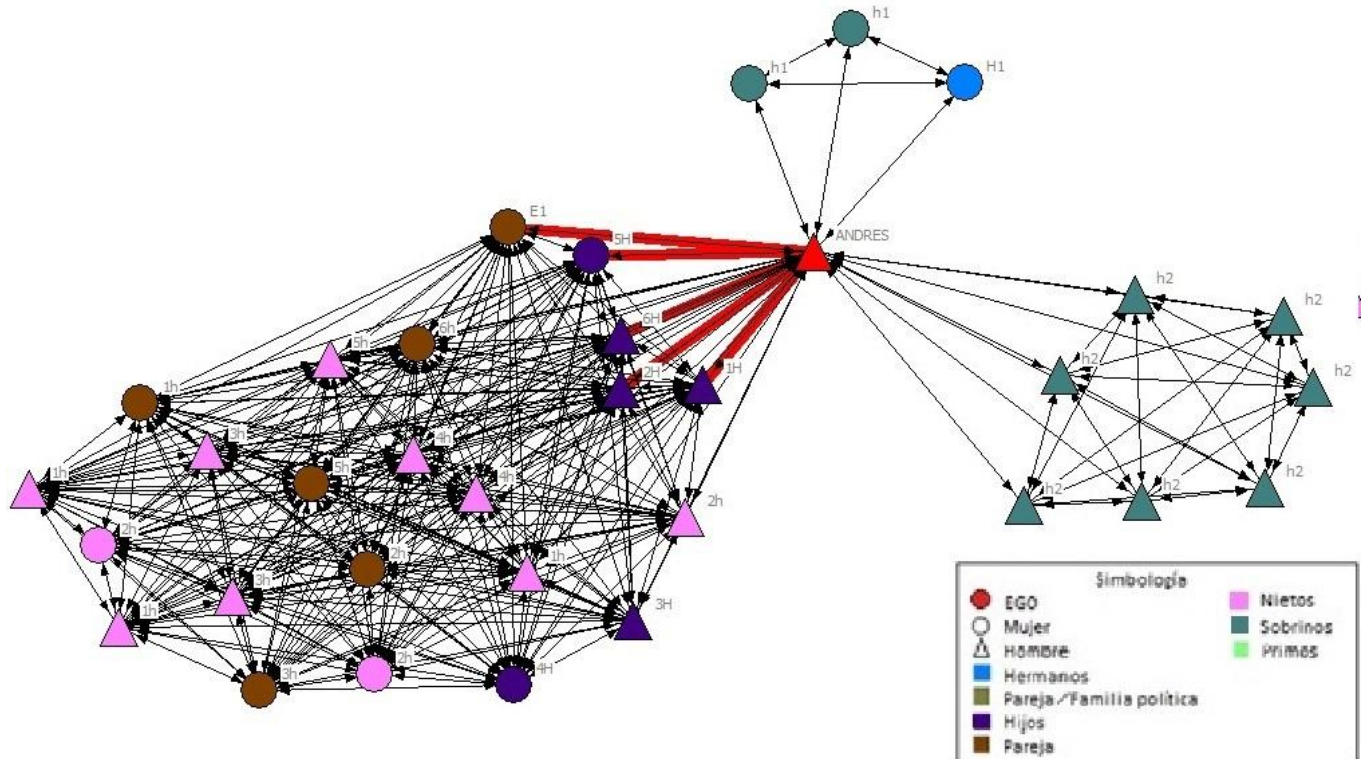
La mejor relación de Andrés es con su hijo producto de la otra relación, él piensa que es porque su madre siempre le habló bien de él y "procuró" que su hijo lo respetara.

Andrés no tenía mucho contacto con la familia de su esposa desde que se casaron, pero se visitaban algunas veces al año. Conforme pasó el tiempo y ellos se dedicaron a trabajar nunca tenían tiempo de visitarlos, posteriormente con los pleitos de pareja la familia política se puso de parte de ella y Andrés decidió no volver a convivir con ellos.

➤ **Los miembros de la red**

La red familiar de Andrés se basa en los hijos, nietos y sobrinos, con los que guarda relación de algún tipo desde lo más básico que incluye las visitas y otros tipos de apoyo. En la figura 46 se presenta la red familiar compuesta por los familiares que tienen algún tipo de convivencia con Andrés y que otorgan diferentes apoyos. Cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores, es decir, con quiénes están conectados además de Andrés por algún tipo de intercambio. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica. En la imagen se presentan por familia, así que comparten las mismas letras y números para identificarlas.

Figura 46. La red familiar Andrés



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los lazos que están remarcados en color rojo representan a los actores que otorgan alguno de los siguientes recursos: apoyo en gastos médicos, acompañamiento a citas médicas y control de tratamiento. Aunque se considera que otro tipo de recursos dentro de la red también colaboran indirectamente en la atención de adulto mayor, se tomaron esos tres como recursos específicos para el tratamiento de la diabetes. En el caso de Andrés se incluyen cinco miembros de la red que otorgan esos apoyos. En la siguiente tabla se muestra un resumen de los componentes de la red:

Tabla 58. Miembros de la red familiar Andrés

Total: 34
-Hijos: el total de sus seis hijos pertenecen a la red.
-Nietos: diez de ellos quienes eligen realizar algún tipo de intercambio con su abuela.
-Sobrinos: diez sobrinos con los que mantiene algún tipo de contacto.
-Familia política: no aparece familia política más que las parejas de sus hijos, ya que con otros no tiene relación.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Grupos familiares:

E1 corresponde a la esposa de Andrés.

Hermanos y sobrinos:

Familia H1: Con las letras H1, h1 y h1 se identifica a: hermana mayor de 70 años, dos hijas mayores de 40 años viven en varios municipios del Estado de México.

Familia H2: Con las letras H2, h2, h2, h2, h2 y h2 se identifican como el grupo de sobrinos de tres de los hermanos, todos mayores de 40 años, viven en Estados Unidos.

Hijos:

Familia 1H: Con las letras 1H, 1h, 1h, 1h y 1h se identifica a: hijo y esposa mayores de 45 años, tres hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia 2H: Con las letras 2H, 2h, 2h, 2h y 2h se identifica a: hijo y esposa mayores de 45 años, tres hijos mayores de 30 años, viven en Ciudad de México.

Familia 3H: Con las letras 3h, 3h, 3h y 3h se identifica a: hijo y esposa mayores de 40 años, dos hijos mayores de 25 años, viven en Atlautla.

Familia 4H: Con las letras 4H, 4h y 4h se identifica a: hija y esposa mayores de 40 años, un hijo mayor de 20 años, viven en Ciudad de México.

Familia 5H: Con las letras 5H, 5h y 5h se identifica a: hija mayor de 35 años, dos hijos mayores de 10 años, viven en Atlautla.

Familia 6H: Con las letras 6H y 6h se identifica a: hijo y esposa mayores de 35 años, viven en Ciudad de México.

➤ **La dinámica familiar**

Andrés se dedicó a trabajar como transportista y luego como tianguista, su esposa también se dedicó a vender verduras, los hijos eran cuidados por ella, además los mayores cuidaban a los pequeños. Todos eran llevados a trabajar en el tianguis después de salir de clases. Mujeres y hombres aprendieron a hacer todo tipo de actividades domésticas debido a que los padres no tenían tiempo de cocinar, limpiar o prepararlos para la escuela. Como las hijas eran las menores de edad, los hijos tuvieron que aprender a realizar actividades “normales” para las mujeres, sin embargo siempre se les recalco que las mujeres son las que deben de atender a los hombres.

Lucía esposa de Andrés siempre lo atendió preparando la comida, lavando y haciendo demás quehaceres domésticos, ella enseñó a todos sus hijos pero también buscó remarcar los roles genéricos que debían tomar los hijos: las mujeres dedicarse a la casa y trabajar para ayudar al esposo, y los hijos como los jefes de hogar y principal sustento económico de sus familias. Con sus nuevas familias todos los hijos varones son los jefes de familia, su hija casada estudio para secretaria pero no ejerce su profesión por dedicarse sólo al hogar. La hija madre soltera solo estudio la preparatoria y su trabajo es en la venta de verduras en el tianguis, no tiene pareja y su rol es como jefa de familia ya que junto con su madre son quienes mantienen los gastos de la casa.

En la red familiar de Andrés existen múltiples problemas de sus hijos y su esposa, los únicos que no se involucran son el hijo que tuvo con su otra pareja porque no convive con ellos y siempre busca mantener distancia con sus medios hermanos. Entre los otros hijos existen desacuerdos por quienes recibieron más herencia, quiénes deben de apoyar a los padres y por préstamos económicos que se han hecho entre ellos y luego no devuelven el préstamo. Su convivencia sólo es cuando coinciden en la casa paterna y solamente entre dos de los hijos se visitan mutuamente.

Andrés ha tenido diferentes contratiempos, teniendo mayor contacto con la hija que vive con él pero existiendo también constantes discusiones con ella y con su esposa. Las discusiones ocurren casi con cada visita de los hijos por los reclamos que él les hace sobre su falta de apoyo, o por el desacuerdo con su esposa sobre cómo hacer ciertas actividades de la casa, por el mantenimiento de la misma y por el uso de espacios comunes. Sus familiares concuerdan con que el ambiente de la casa es muy malo y no “se antoja” visitar a su padre, mencionan que siempre ha sido así porque ambos padres discuten mucho. Ellos han buscado alejarse para no participar en los problemas además les parece complicado convivir con su padre y “darle gusto”, por lo que ellos han decidido no hacerlo enojar y solo hablarle lo mínimo indispensable.

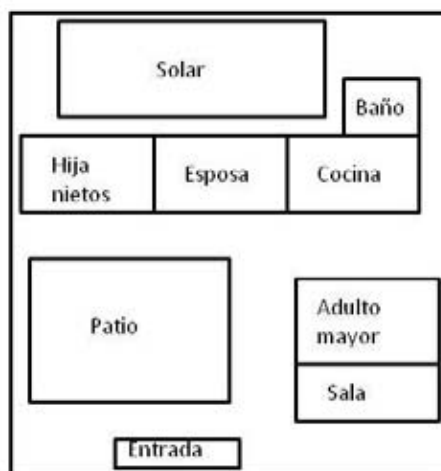
➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

En la casa quien toma las decisiones es Lucía y eso influye en la existencia de constantes pleitos con Andrés quien espera poder decidir en casa, pero ella lo ha desplazado de esa función a raíz de que él ya no puede trabajar y dejó de aportar recursos económicos. Ella se pone de acuerdo con los hijos varones para dar mantenimiento a la casa o hacer algún tipo de cambio. Andrés siempre intenta participar de las decisiones pero como no lo toman en cuenta sus indicaciones se generan discusiones por la “necedad” de Lucía. Para ella ha sido él quien se ha “ganado” que no puedan convivir por ser “enojón”, su carácter difícil hace que nadie quiera verlo, ella trata de que sus hijos lo visiten y platicuen pero él complica las relaciones y por eso “ellos se alejan”.

En cuanto a su situación de salud él es quien decide debido a que ningún otro familiar se acerca a conocer cómo se encuentra o acompañarlo a las instancias médicas. Cuando se ha puesto grave como hace varios años en que fue necesario hospitalizarlo su esposa y sus hijos decidieron a donde llevarlo y pagaron los gastos de su atención. Con esto se muestra que en caso de gravedad la familia de Andrés si se organiza para ayudarlo y estar al pendiente de su recuperación.

El uso del espacio donde viven Andrés, su esposa, su hija y sus nietos está dividido en cuartos donde cada quien duerme, compartiendo espacios comunes como la cocina, el patio y el jardín (ver figura 47). Estos espacios comunes son por los que se generan problemas debido a su uso, quien los cuida y limpia, Andrés pelea con sus hijos porque lo ensucian y nadie lo limpia, mientras que Lucía los defiende porque ellos tienen que trabajar y no tienen tiempo para hacerlo. Andrés no hace uso de los cuartos donde duermen su esposa y su hija, tampoco de la cocina porque su esposa no lo permite. En el caso de la cocina él no la usa porque no sabe cocinar y no es su “deber” hacerse de comer sino de ella, y como no lo hace se va a comer al mercado.

Figura 47. Disposición espacial casa Andrés



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

➤ **Algunas características de la red familiar**

El número de integrantes de la red de Andrés es de 34 personas de los cuales el núcleo permanente de apoyo es de dos o tres personas, mientras que los demás conforman lazos débiles que se activan esporádicamente o en caso de emergencia. En la tabla 59 están las medidas de grado de centralidad y de cercanía, ambas muestran qué tan cercanos son los miembros de la red, así como la diferencia en el número de relaciones que tienen entre ellos.

Tabla 59. Medidas de intermediación red Andrés

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
ANDRES	100.000	100.000
H1	8.824	52.308
h2	23.529	56.667
E1	67.647	75.556
1H	67.647	75.556
2H	67.647	75.556
3H	67.647	75.556
4H	67.647	75.556
5H	67.647	75.556
6H	67.647	75.556

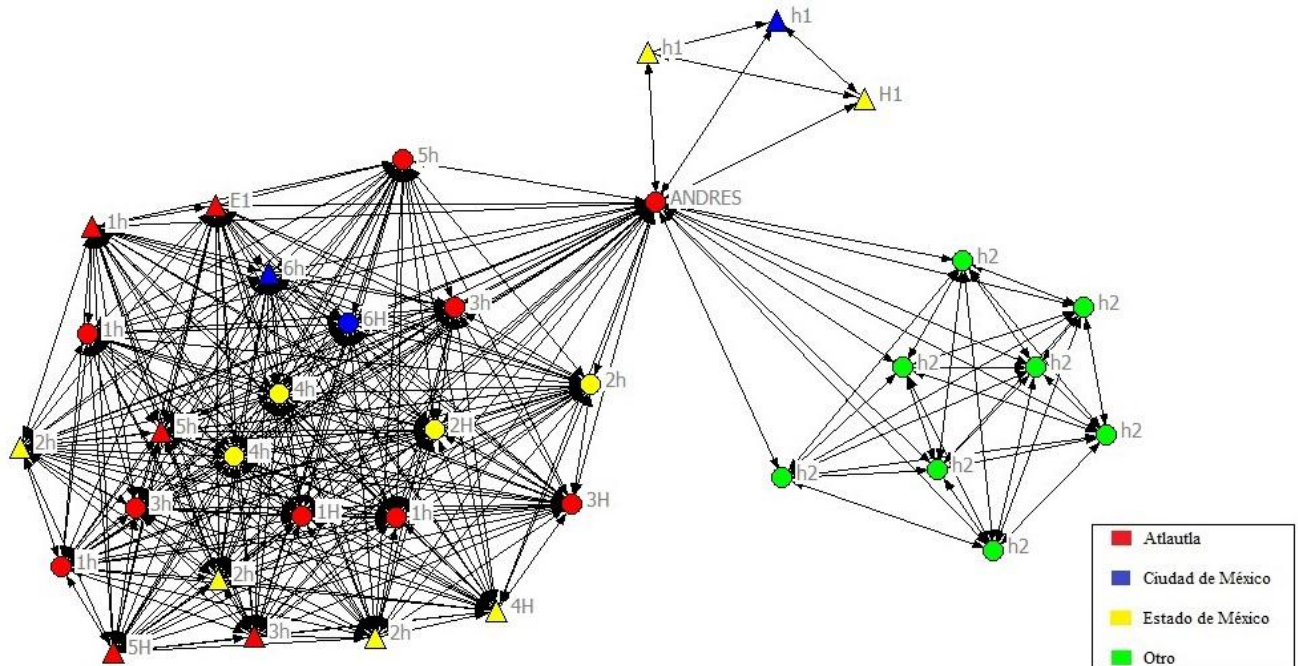
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

De acuerdo con las medidas resultantes la centralidad es mayor en los hijos y sus familias ya que son quienes tienen más sujetos con quienes realizar intercambios conformando un grupo que se diferencia por un lado del grupo de los sobrinos y de la hermana. Estos grupos tienen la menor centralidad ya que no comparten lazos con otros miembros de la familia, únicamente es Andrés quien los enlaza. Asimismo la cercanía es más alta en el grupo de los hijos que en los otros dos grupos, pero no es significativamente mayor con respecto a la centralidad lo que indica que la distancia con respecto a Andrés es poca, pero mayor con respecto a otros miembros que no son los hijos.

De los miembros de la red los más abundantes son los nietos aunque el tipo de apoyo que brindan es sólo de visitas, acompañamiento o regalos de cumpleaños. El caso de los sobrinos que representa otro grupo numeroso también otorgan un apoyo sólo de visita dos veces al año y con algún presente para él. Los hijos y sus parejas forman otro conglomerado que tiene más tipos de apoyo hacia Andrés.

En la figura 48 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México, en color amarillo los de otros municipios del Estado de México y en color verde los que viven fuera de esos lugares mencionados. Varios miembros de la red como son los hijos viven en Atlautla muy cerca de su casa, otros viven en municipios cercanos a una hora aproximadamente. Otro hijo vive en la Ciudad de México, y sus sobrinos son los más distantes viviendo en Estados Unidos por ello este grupo sólo regresa a la localidad dos veces al año y se reúnen en casa de su padre a donde es invitado para convivir con toda la familia. La distancia a la que viven los hijos es corta como para ser un factor que intervenga como impedimento para visitarlo.

Figura 48. Distribución geográfica de la red Andrés



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los otros familiares como su hermana sus sobrinas y su hijo (producto de otra pareja) raramente lo visitan debido a que Lucía no tiene buena relación con ellos y no le gusta que entren a su casa. Así que cuando ellos no vienen y él se siente con ánimo para visitarlos va a Ozumba con sus sobrinas, ya que hasta la Ciudad de México no se siente seguro para ir.

Las características homofílicas en la red están dadas por el género masculino de la mayoría de los miembros y por la ocupación, porque la mayoría de sus hijos son tianguistas como lo fue él. Además de las características ya señaladas no existen otras que sean compartidas y expliquen interacciones específicas en la red. Ninguno de los familiares ha buscado acercarse al sector salud para conocer qué es la diabetes, cómo

atenderla y cómo prevenirla. Esto es debido según sus propias palabras a la falta de tiempo ya que su trabajo es informal y les obliga a estar todos los días en los “puestos” de venta para obtener el dinero mínimo necesario para vivir. Esta es la misma barrera que argumentan para no acompañar a Andrés a sus citas médicas.

Ha sido Andrés quien ha tratado de hablarles sobre los problemas que implica padecer diabetes, lo ha hecho tanto para concientizarlos sobre el apoyo que él necesita como para que ellos mismos se cuiden y no desarrollen diabetes. Sin embargo, este tipo de pláticas nunca terminan bien, porque ellos lo “ignoran” y el “insiste” terminando enojados o alejándose un tiempo para evitar los “sermones”. Ninguna de las personas que son de la unidad doméstica distinguen cuando Andrés tiene problemas por los niveles de glucosa a menos que él se los diga, por lo que se muestra que no están familiarizadas con su estado de salud cotidiano para poder intervenir.

Los tipos de vínculos que existen en la red familiar se atribuyen al cumplimiento de la obligación de agradecer a los padres el cuidado otorgado durante la infancia. La reciprocidad se basa en ese principio de “regresar” y “respetar” a los padres, los hijos de Andrés dicen apoyarlo como pueden, ya que tienen escasos recursos materiales y les parece difícil convivir con él. Así que una forma para ellos de apoyarlo es dejarlo solo para no hacerlo enojar, pero piensan que él sabe que en situaciones de emergencia puede contar con ellos. La vinculación con la madre es mayor debido a que ella pasó más tiempo cuidándolos y porque siempre los ha “defendido” frente a él, la razón principal de que convivan más con ella es que puede convivirse tranquilamente a diferencia de con Andrés.

➤ **Los tipos de apoyo**

Los intercambios que existen en la red de Andrés abarcan varios tipos de apoyo como se observa en la tabla 60:

Tabla 60. Tipos de apoyo y miembros de la red de Andrés involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	20 de 34	Anual
	Apoyo económico	3 de 34	Mensual
	Apoyo alimenticio	6 de 34	Mensual
	Apoyo en gastos médicos	5 de 34	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	1 de 34	Todos los días
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	0 de 34	Mensual
	Apoyo en información y consejos	13 de 34	Anual
	Apoyo afectivo	0 de 34	Todos los días
	Apoyo en control de tratamiento	0 de 34	Todos los días
	Apoyo en compañía cotidiana	4 de 34	Todos los días
	Apoyo en visitas	34 de 34	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

El apoyo económico en la red es otorgado por tres personas: su hija que viven con él, su esposa y uno de sus hijos. Él niega que alguno de ellos o cualquiera le apoye económicamente, sin embargo, de acuerdo a la observación y las entrevistas esos tres actores de manera ocasional lo apoyan directa e indirectamente. La hija paga los servicios de la casa como luz y agua, la esposa paga los alimentos que se consumen y el hijo da una cantidad cada dos o tres meses como pago por el uso que hace de la cochera (aunque según el contrato verbal que celebraron el pago debía ser semanal).

El apoyo económico que recibe es escaso por lo que él obtiene la mayoría del dinero que necesita de los apoyos gubernamentales y de la venta de huevo de las gallinas que cría. También obtiene una entrada económica anual con la venta de nueces de los árboles de su jardín.

➤ **Apoyo alimenticio**

El apoyo alimentario tiene la modalidad de que los hijos le llevan algún platillo para compartir en comidas familiares, fruta o pan dulce. Su hija le lleva cajas de leche de soya y algunos nietos también le llevan fruta. Ninguno de estos apoyos es constante, a excepción de la leche de soya que le compran cada mes. Él no se acerca a comer si no lo llaman así que pasa varias horas sin ingerir alimento hasta que decide ir a comer al mercado. Las invitaciones a comer dependen de la hora en que Lucía llegue de trabajar, o de sí existen problemas entre ellos ya que a ella no le “nace” invitarlo; aunque siempre prepare comida para todos. Pero ella espera que sea él quien le pida por favor que le sirva porque es él “quien necesita de ayuda pero es muy necio” (Lucía, familiar de Andrés).

Otro punto de disgusto es que él suele hacer encargos de comida sobre todo a sus hijos que viajan varias veces a la semana a la central de abasto.

Luego los muchachos me pueden traer algo, pero rara vez, apenas le dije que como antes siempre íbamos a desayunar a un restaurante de allá, dije “tráeme una tortita de por allá, ya extraño”. Pero nunca me la trae que porque se le olvida (Andrés).

Las razones de los hijos para no llevarle el pedido es que no saben qué le puede hacer daño, porque “él les dice” que ya no puede comer de todo, así que ellos no quieren entrometerse para que tenga problemas con su dieta. Por ello a veces prefieren llevarle sólo fruta o no llevarle nada, porque luego “se queja” si le llevan comida que le haga daño.

➤ **Apoyo en vestimenta**

En este recurso participan varios miembros de la red pero al igual que con otros entrevistados sólo ocurre una o dos veces al año como forma de regalo por cumpleaños o por alguna otra festividad, en este caso en navidad o año nuevo cuando lo visitan todos sus hijos. Normalmente estos regalos incluyen ropa y zapatos que regalan hijos, sobrinos, nietos y nueras.

La muchacha de acá luego me regala que una playera. Pero pues ese muchacho del Defe me trae ropa cuando vine, camisas y camisas buenas de esas Manchester y así cualquier cosa si lo veo o viene me trae (Andrés).

Este tipo de apoyo que es bien valorado por Andrés y participan varios miembros de la red.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Los gastos médicos son pocos debido a que está afiliado al Seguro popular, quedando sin cobertura los dedicados a la compra de medicamentos en caso de escasez, estudios clínicos o atención no incluida en el CAUSES. La búsqueda de rehabilitación para su pierna ha sido financiada por él y su familia, ya que en la clínica no existen especialistas y la única referencia que ha tenido no fue satisfactoria porque le dijeron que ya “era demasiado tarde”.

En los episodios de gravedad ha sido apoyado por sus hijos y ha sido atendido por el médico particular, porque les parece que es “más rápido” y otorgan mejor atención. En esas ocasiones los gastos médicos son repartidos entre los hijos que deciden apoyar aunque sólo sea para urgencias; la hija que vive con él es quien paga algunos gastos de medicamentos cuando Andrés lo solicita.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Los quehaceres domésticos como la limpieza del cuarto donde vive y del jardín las realiza él, para lavar su ropa y preparar comida lo hacen su esposa o su hija.

Yo aquí me hago, yo me trapeo y barro yo, porque pues ella [su esposa] casi no viene acá. Yo me hago mi cama y todo (Andrés).

Los nietos de Andrés también suelen ayudarlo algunas veces a barrer el patio o la calle, pero esto no es común y él se molesta porque tiene que “decirles varias veces” para que lo “obedezcan”.

➤ **Apoyo afectivo**

El apoyo afectivo no existe en la red, esto provoca que Andrés se sienta completamente sólo, abandonado y agredido por su familia, sobre todo por la falta de convivencia con ellos y por las peleas constantes cuando están juntos. Por otro lado su familia considera que alejarse es lo “mejor” para no pelear con él, sin tomar en cuenta que eso también causa su descontento y aislamiento según la perspectiva de Andrés.

Eso he estado pensando digo porque el día que me sienta yo mal o algo ni con quien juntarse. La señora no, no, casi ni caso me hace, pos me muero y ya ahí queda, ni con quien cuento no tengo con quien contar (Andrés).

El descontento y la soledad se ve reflejado en sus respuestas en los cuestionarios de Depresión geriátrica realizados por el médico del CEAPS. La falta de apoyo afectivo provoca aislamiento, mal humor, tristeza y falta de ánimo para salir adelante. Esto a su vez causa que sea poco atractiva su compañía porque la percepción de sus familiares es que se la pasa regañándolos y recriminándoles su falta de atención, formando un círculo vicioso que termina afectando a Andrés haciendo que las relaciones sean poco agradables para todos.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

La compañía cotidiana consiste en su unidad doméstica, quienes pasan más tiempo son sus nietos cuando regresan de la escuela, aunque no sea precisamente a su lado realizando alguna actividad juntos.

No pues casi jamás estoy aquí, luego cuando hay solecito me salgo allá afuera a calentar. Los niños allá están en el cuarto, y antes no eran así, antes estaban aquí conmigo. Veíamos la tele, su mamá llega ya como a las 9 de la noche me acostaba yo y se acostaban allá conmigo y ahí estábamos viendo la tele pero últimamente ya no. Yo creo les dije su mamá que ya no estuvieran conmigo quien sabe qué cosa, ya se volvieron muy indiferentes se van en la mañana y no dicen nada. Se van llegan y ni siquiera pues me dicen buenas tardes o buenos días (Andrés).

Su hija y su esposa pasan menos tiempo con él, sólo están en casa por las mañanas o por las noches, suelen platicar con él por algunos minutos o algunos días ver todos juntos la televisión. No existen más interacciones entre ellos, Andrés comenta que antes la situación era mejor, pero su hija se ha “envenenado” por convivir con su madre y escuchar como ella habla mal de él.

➤ **Apoyo en visitas**

Todos los miembros de la red realizan visitas a Andrés, los hijos varias veces a la semana, los sobrinos dos veces al año, y las sobrinas cada dos o tres meses. Durante las visitas las dinámicas son compartir comida y pasar más tiempo con Lucía que con Andrés, a él llegan y lo saludan, le preguntan cómo está y después se van a la cocina con ella. La comida que se prepara en esas ocasiones es la normal o la que las visitas llevan, sin que exista alguna limitante o consideración con respecto a la dieta de Andrés. Pero ninguno de los asistentes considera necesario modificarla porque es en pocas ocasiones y él a pesar de mencionar que le hace daño termina comiendo de todo.

Durante los festejos por San Miguel es cuando más familiares visitan la casa por la comida que Lucía prepara, en estos días Andrés convive con sus nietos e hijos. Algunas veces lo visitan su hermana y sus sobrinas sin que Lucía se moleste porque son fechas para convivir. Ellas pasan todo el tiempo con él en su sala platicando o mirando la televisión, como no son católicos no van a la iglesia así que se quedan en casa mientras Lucía y sus hijos van a misa.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

La vigilancia y el autocuidado que Andrés emplea sobre su padecimiento los lleva a cabo solo, no existen familiares que estén pendiente sobre cómo se siente, si se toma el medicamento, si lleva una dieta y ejercicio adecuados, o si necesita ir al médico por encontrarse enfermo.

No, nadie, nadie sabe de mí. El único que lo tengo que hacer soy yo, porque yo mismo me siento mal pues se que por qué no tome mis medicamentos pues, pero de que ellos me digan tomate tus medicamentos o ya se te acabaron, o vamos a ver más o algo no, nadie, nadie me dice nada (Andrés).

Una vez más se siente solo porque no encuentra apoyo para su autocuidado diario, sus hijos o nietos pueden preguntar cómo se siente ó qué le dice el médico en

consulta pero en raras ocasiones. Los hijos dicen que no les gusta preguntarle porque “siempre se queja” y no se puede hacer nada, además de que tiende a “exagerar” sobre su estado de salud. Al hablar sobre su estado de salud pueden generarse discusiones porque él aprovecha para expresar su molestia de que nadie lo atienda, haciendo que sus hijos y nietos se molesten por esas “quejas” porque según su discurso ellos “hacen lo que puede”.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

La cita médica está programada mensualmente y siempre acude solo porque todos sus familiares están trabajando a esa hora. Además de que no tienen disposición para acompañarlo ya que antes iba a cita por la tarde cuando ya estaban en sus casas, pero nadie de los hijos, nueros o nietos se ofrecieron para acompañarlo en ese entonces y tampoco ahora. A pesar de sus problemas de movilidad los familiares dicen no tener tiempo para acompañarlo y no consideran que sea necesario porque la clínica está a unas cuantas cuadras. Cuando se les preguntó si el médico les había comentado de la pertinencia de asistir a la consulta ellos mencionaron que eso solo es necesario cuando van personas viejitas que ya no pueden entender lo que dice el médico, pero Andrés no está en esa situación y no necesita que lo acompañen.

➤ **Apoyo en información y consejos**

La información y consejos sobre programas o apoyos que pudieran servirle, o bien consejos de remedios, tratamientos, curadores o algo respecto a su padecimiento es un recurso que fluye poco en la red. Los consejos sobre remedios son otorgados por parte de sobrinos y algunos nietos, sus hijos no lo hacen porque “temen” que Andrés los regañe o les discuta que no son buenos consejos. La información de programas o apoyos gubernamentales suele obtenerla de sus hijas o sus sobrinas, pero ninguna lo acompaña a verificar qué tipo de programa es y llevar los requisitos para inscribirse.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Además de la calidad y variedad de los apoyos debe considerarse la frecuencia que es diferencial según el tipo de apoyo; los miembros de la red que participan también varían por tipo de apoyo y en frecuencia (ver tabla 61).

Tabla 61. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	32
Apoyo en información y consejos	38 %	8
Apoyo en vestimenta	58 %	2
Apoyo afectivo	0 %	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	0 %	No aplica
Apoyo económico	9 %	4
Apoyo alimenticio	18 %	10
Apoyo en gastos médicos	15 %	2
Apoyo en control de tratamiento	0 %	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	12 %	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	3 %	No aplica

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los tipos de apoyo en que intervienen más miembros de la red familiar son las visitas, la ropa y la información. Sin embargo, casi todos esos apoyos son esporádicos y con poca repercusión en el estado mental y la salud de Andrés, quien no los considera como parte de los apoyos principales que él necesita. Los apoyos materiales que recibe son limitados, apenas cubren las necesidades mínimas para sobrevivir y suelen ser esporádicos o dependen de que Andrés esté solicitándoles varias veces que le den apoyo económico.

El apoyo afectivo también es nulo, así como los relacionados con el autocuidado como el acompañamiento a citas médicas y el control de tratamiento. Lo que muestra que existe poca efectividad en la red familiar de Andrés que pueda ayudarlo en su forma de cuidarse y de sobrellevar el padecimiento.

La frecuencia de apoyos varía ya que dependen de cómo se encuentre la relación con Andrés y con Lucía ya que ella es un polo de atracción para que los hijos visiten la casa, pero a su vez también determina si la relación con los hijos puede ser buena. Los tipos de apoyo con menor frecuencia al año son el apoyo económico, en gastos médicos y en vestimenta lo que confirma una vez más lo errático que son los apoyos al interior de su red. La red familiar de Andrés es una de las que menos tipos de apoyo otorga y en que un menor número de miembros participa en varios tipos de apoyo. La carga de la ayuda está sobre todo en su unidad doméstica la cual tampoco tiene la capacidad suficiente para cubrir las necesidades de Andrés por falta de recursos económicos, tiempo y disposición.

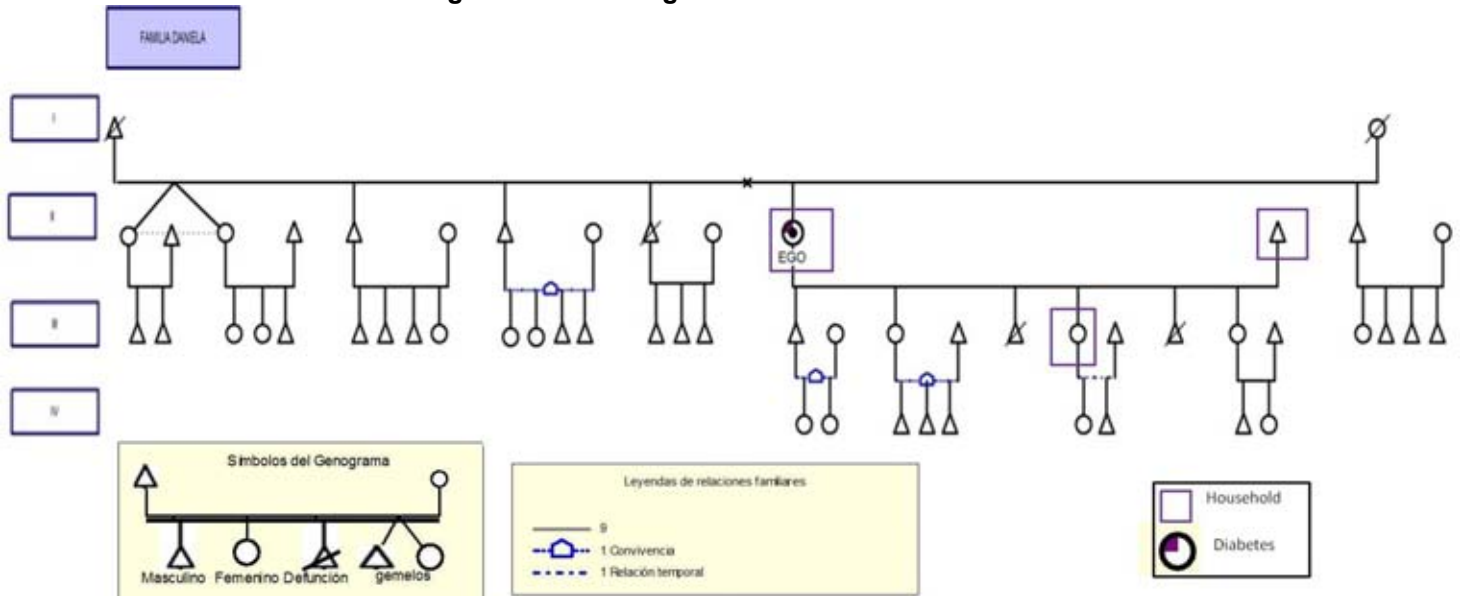
5.1.7 La red familiar de Daniela

➤ La genealogía

Daniela se hizo cargo de sus padres los últimos años de sus vidas, su madre murió hace unos 10 años, ella sufrió una embolia y quedó paralizada, dependiendo de su cuidado. Tiempo después cuando su padre sufrió un accidente y quedó paralizado, ella también cuidó de él; en ambas ocasiones sus hermanos la apoyaron con envíos esporádicos de dinero pero no en cuidados cotidianos. De los familiares de ambos padres ella guarda relación con algunos tíos y sobrinos, pero no es una relación muy estrecha. Ella vive con su esposo, su hija y dos nietos, tiene cuatro hijos y nueve nietos.

La figura 49 corresponde a la genealogía que abarca cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. Las personas que padecen diabetes con un sombreado dentro de la figura y el grupo doméstico está encerrado en un rectángulo para resaltarlo.

Figura 49. Genealogía de Daniela



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Como se observa en la genealogía Daniela cuenta con cinco familias pertenecientes a sus hermanos; cuatro familias de sus hijos siendo la generación de los nietos la más numerosa. La red familiar de Daniela no difiere mucho con respecto a la genealogía ya que ambas tienen casi a los mismos miembros.

➤ La generación de la red

La red de familiar de origen de Daniela está constituida por sus hermanos y mientras estuvieron con vida también por sus padres. Uno de sus hermanos también falleció pero guarda muy buena relación con su cuñada y sus sobrinos por lo que no se perdió el contacto con esa familia. La familia de ambos padres ha fallecido o se ha mudado, aún tiene relación con algunos tíos pero no fueron considerados como parte de la red debido a que raramente se ven o se visitan, aunque ella considera que tiene buena relación ellos.

Ella es la penúltima hija de seis hermanos, al ser la menor de las mujeres se quedó en la casa paterna después de casada. Desde pequeña vivió con sus padres, quienes se dedicaban a las labores del campo, su madre trabajaba en la casa criando animales o ayudando en temporada de cosecha. Tanto ella como sus hermanos fueron a la escuela pero concluyeron únicamente la primaria o parte de ella. Sus hermanos mayores se casaron y se fueron a vivir fuera de la casa paterna, ella vivió un tiempo en casa de sus suegros y luego regresó. Cuidó de ambos padres hasta que fallecieron.

La primera en fallecer fue su madre después de varios años de estar postrada y de que ella se hiciera cargo de cuidarla todo el tiempo. Después el padre también quedó paralizado.

Pues mi papá ya no puede caminar, ya no ve muy bien, ya todo le tenemos que hacer porque ya no puede, ya no camina. A la mejor por su edad también, pero también sufrió una caída de un árbol (Daniela).

Su padre murió hace un año debido a un infarto lo cual impactó en la vida de Daniela incluyendo su salud, ya que días después del velorio tuvo una descompensación de glucosa y fue hospitalizada.

Ella tiene una relación cercana con sus hermanos quienes son mayores, así que ella fue cuidada por ellos. Debido a que ella atendía a los padres sus hermanos la visitaban seguido.

Hasta ahorita gracias a Dios todo bien con ellos, vienen bien, a veces vienen un día nada mas, a veces vienen dos, pero hasta ahorita todo bien, no ha habido disgusto así de algo fuerte no (Daniela).

Creció con sus hermanos ya que sus hermanas mayores ya estaban viviendo fuera de casa cuando ella nació, por ello tiene mejor relación con los hombres y sobre todo con el menor por la convivencia. Uno de sus hermanos falleció hace años debido al alcoholismo, ella tiene una relación cercana con su cuñada y sus sobrinos. Su cuñada también padece diabetes así que ambas se acompañan al grupo de autoayuda del CEAPS. Sus sobrinos la visitan a menudo independientemente de sus padres.

➤ **La formación de la red familiar propia**

Daniela conoció a su esposo durante un baile, se vieron en varias ocasiones y duraron dos años como novios. Se casaron y se fueron a vivir a casa de su suegra cuatro o cinco años, allí convivió con sus cuñados y se hizo cargo de cuidar a la suegra porque estaba enferma.

Pues el quehacer lo hacíamos ahí entre mi cuñada y yo porque como mi suegra como ya estaba grande estaba enferma, y pues nada mas entre mi cuñada y yo. Estábamos en su casa pero todos en un cuarto grande, bueno ahí casi namás estuve poco tiempo, porque después nos fuimos para México y ya después nos venimos para acá. Allá estuvimos un tiempo y luego venimos pa'ca a la casa de mi papá, y aquí los vi a los dos, a mi mamá y a mi papá ya después (Daniela).

Después su esposo consiguió un trabajo en la Ciudad de México así que decidieron mudarse allá con uno de los hermanos de su esposo.

Mi esposo en ese entonces trabajaba en electropura, por eso nos juimos a Mexico, por eso de ir y venir diario hasta acá. Vivíamos por Azcapotzalco, rumbo a Atzacapotzalco pero de Atzacapotzalco luego en una colonia La providencia... (...) Ahí vivíamos con su hermano, él tenía su casa ahí su hermano, y allá nos dio permiso; nos quedábamos en un cuartito (Daniela).

Vivieron varios años ahí hasta que despidieron al esposo de su trabajo en Electropura y regresaron a Atlautla; esta vez a casa de los padres de Daniela donde se asentaron y construyeron cuartos en el lugar que les fue asignado.

Una vez que vivieron en Atlautla su esposo realizaba trabajos temporales como peón, ella se dedicó siempre al hogar y también a criar animales para comer y vender para obtener dinero extra. Con su esposo la relación fue áspera y con varios problemas que derivaron en violencia física y psicológica.

Pues mi esposo cuando éramos más jóvenes se enojaba y si antes me golpeaba, pero ahora ya nada más grita (Daniela).

A pesar de que la relación fue problemática mejoró cuando vivieron con sus padres porque él fue deteniendo las agresiones. Con el paso del tiempo la relación mejoró y las discusiones se hicieron menos violentas.

Pues a veces discutimos, estamos más o menos, o sea en lo que cabe, discutimos y todo pero ya llevamos 40 años. Antes sí pensaba en dejarlo, pero ahora ya no, ya para que, antes sí. Ya me convencí de que termino mis días con él (Daniela).

Ella pensó en dejarlo pero su familia no la apoyó, le aconsejaron que no se separara porque no iba a poder mantenerse a sí misma y ni a sus hijos. Así que el tiempo paso, mejoró la situación y la separación dejó de ser una opción.

Daniela tuvo a sus hijos varios años después de casarse, todos acudieron a la escuela pero su máximo grado de estudios alcanzado fue secundaria o preparatoria. Ella y sus hijos estuvieron separados ya que cuando su esposo trabajó en la Ciudad de México ella y él se fueron a vivir allá dejándolos a cargo de su abuela, el fin de semana los visitaban, esta situación duró alrededor de diez años. Los hijos formaron una estrecha relación con sus abuelos ya que fueron ellos quienes los educaron; para cuando Daniela y su esposo regresaron los hijos mayores ya eran adolescentes.

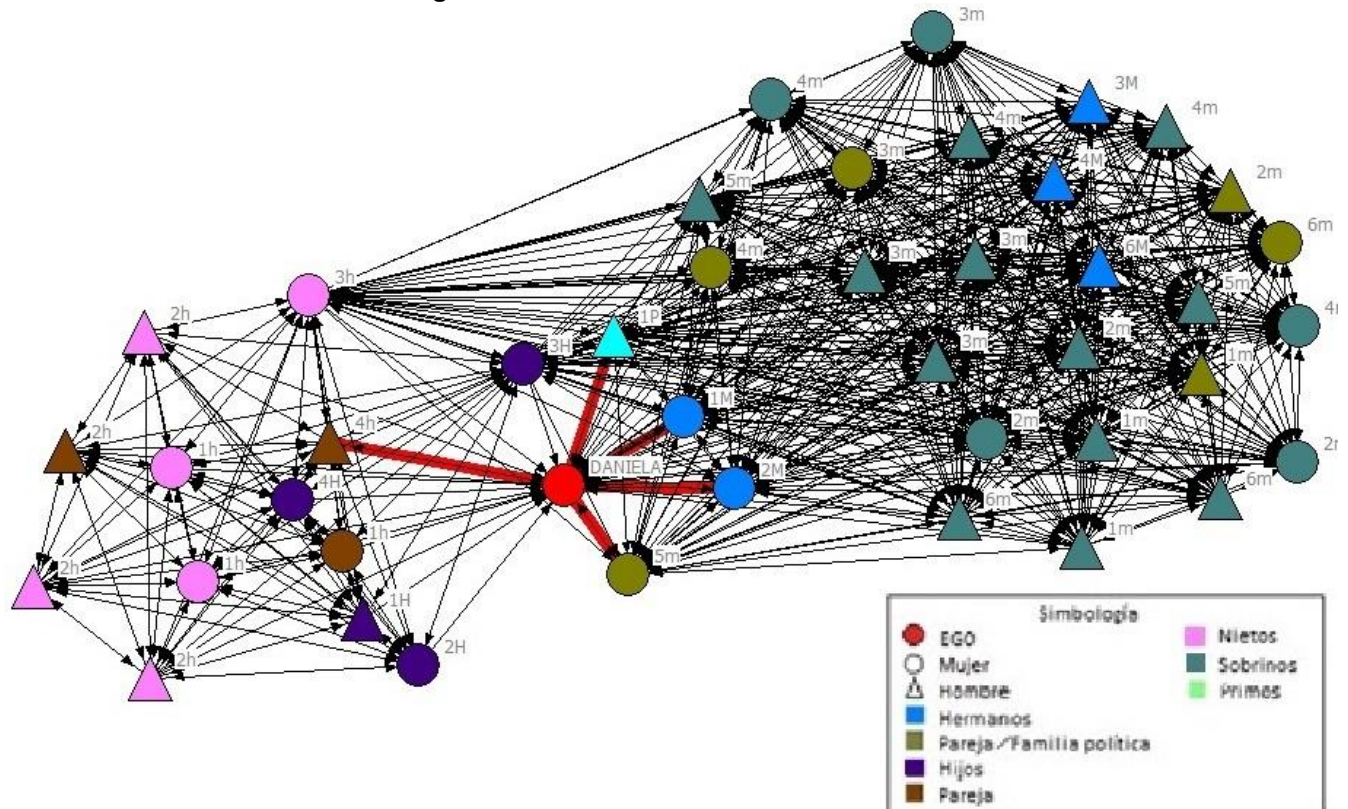
Todos sus hijos se casaron, primero las mujeres y luego los hombres, ninguno vivió en su casa con sus familias, se fueron a vivir con sus suegros o a rentar una casa para ellos solos. La última que se quedó a vivir con ellos fue la hija menor, después la penúltima hija regresó a la casa al fracasar su matrimonio, estuvieron viviendo todos juntos unos años hasta que la hija menor se casó y se fue. Los demás hijos viven con sus respectivas familias, algunos en Atlautla y otros en la Ciudad de México.

Daniela aún convive con algunos cuñados y sobrinos, sus suegros murieron hace tiempo por lo que su familia política se reduce a ellos. La relación es buena pero no muy cercana como para considerarlos dentro de la red, debido a que las visitas son pocas y no existen otros tipos de intercambios entre ellos.

➤ **Los miembros de la red**

Daniela no cuenta entre su red familiar con parientes que no sean sus hermanos e hijos, esto se debe a que a pesar de tener una relación que ella califica como cercana con otros familiares no existe una convivencia rutinaria. En la figura 50 se presenta la red familiar compuesta por los familiares que tienen algún tipo de convivencia con Daniela y que otorgan diferentes apoyos. Cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores, es decir, con quiénes están conectados al interior de la red. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica.

Figura 50. La red familiar Daniela



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los lazos que están remarcados en color rojo representan a los actores que otorgan alguno de los siguientes recursos: apoyo en gastos médicos, acompañamiento a citas médicas y control de tratamiento. En este sentido Daniela cuenta con cinco miembros de la red que otorgan esos apoyos. La red se compone de la siguiente manera (ver tabla 62):

Tabla 62. Miembros de la red familiar Daniela

Total: 43
-Hijos: cuatro hijos que son la totalidad de los hijos sobrevivientes.
-Nietos: seis nietos con edad suficiente para decidir visitar o realizar algún tipo de apoyo.
-Hermanos: seis hermanos con los que tiene relación.
-Sobrinos: 16 sobrinos que la visitan de manera regular acompañando o no a sus padres.
-Familia política: únicamente aparecen las parejas de sus hijos y de sus hermanos ya que no tiene contacto frecuente con otro tipo de familiares.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Grupos familiares:

Pareja 1P: esposo mayor de 60 años.

Hermanos:

Familia 1M: Con las letras 1M, 1m, 1m y 1m se identifica a: hermano y su esposa mayores de 70 años, dos hijos mayores de 40 años, viven en Ciudad de México.

Familia 2M: Con las letras 2M, 2m, 2m, 2m y 2m se identifica a: hermana y su esposo mayores de 65 años, tres hijos mayores de 35 años, viven en Ciudad de México.

Familia 3M: Con las letras 3M, 3m, 3m, 3m, 3m y 3m se identifica a: hermano y su esposa mayores de 65 años, cuatro hijos mayores de 35 años, viven en ciudad de México.

Familia 4M: Con las letras 4M, 4m, 4m, 4m, 4m y 4m se identifica a: hermano y su esposa mayores de 55 años, cuatro hijos mayores de 30 años, viven en Ciudad de México.

Familia 5M: Con las letras 5m, 5m y 5m se identifica a: cuñada mayor de 65 años, dos hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia 6M: Con las letras 6M, 6m, 6m y 6m se identifica a: hermano y su esposa mayor de 50 años, dos hijos mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Hijos:

Familia 1H: Con las letras 1H, 1h, 1h y 1h se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, dos hijos mayores de 20 años, viven en Ciudad de México.

Familia 2H: Con las letras 2H, 2h, 2h, 2h y 2h se identifica a: hija y su esposo mayores de 35 años, tres hijos mayores de 18 años, viven en Ciudad de México.

Familia 3H: Con las letras 3H y 3h se identifica a: hija mayor de 35 años, hija mayor de 15 años, viven en Atlautla.

Familia 4H: Con las letras 4H y 4h se identifica a: hija y su esposo mayores de 30 años, viven en Atlautla.

➤ La dinámica familiar

Las tareas que las mujeres y los hombres realizan en la familia de Daniela también están asociados a los roles de género; los hombres se dedican a trabajos que implican la manutención del hogar, mientras que el trabajo de las mujeres se considera solamente como un apoyo menor. Cuando vivían con los abuelos los hijos varones ayudaban a su abuelo en labores del campo y las hijas a las labores domésticas.

Ya adultos los roles que tienen cada quien se asocian con los cuidados, son las hijas de Daniela quienes se acercan a ella para atenderla. Ellas la acompañan al médico, se quedan a dormir en el hospital si es necesario, y pasan tiempo a su lado. En el caso de los hijos ellos apoyan en caso de urgencia, normalmente es con alguna ayuda económica o bien envían a sus esposas con sus hijos a pasar tiempo con Daniela para cuidarla. Es decir, los roles de cuidado siempre recaen sobre las mujeres, mientras que los hombres asumen el rol de proveedor pero sólo en caso de emergencia y de manera limitada porque se encargan de proveer primero a su familia y Daniela queda en segundo plano.

La convivencia entre Daniela y sus hijos es constante, aquellos que viven en el mismo poblado la visitan varias veces a la semana, y los que viven fuera cada mes, o hablan por teléfono al celular de su hija para saber cómo se encuentra.

Hay que vienen veces cada dos meses, cada medio año según, pero están hablando constantemente por teléfono, bueno nada más es uno porque las mujeres si vienen gracias a dios (Daniela).

Convive con sus hermanos sobre todo con dos de ellos, a los demás no los ve “tan” seguido; los conflictos que tenían eran cuando su padre vivía aún, entre otras cosas porque ninguno de ellos hacia algo por atenderlo. Daniela y ellos discutían porque casi no lo visitaban y ella pensaba que debían convivir con él “antes de que fuera tarde”. Esto hacía que existieran múltiples discusiones y que se alejaran; a la muerte del padre hubo una reconciliación entre los hermanos. Después hubo nuevamente discusiones y reclamos sobre quiénes si lo atendieron y quiénes no. Por ahora están tranquilos aunque

un poco alejados de Daniela, pero a raíz de sus hospitalizaciones han regresado a visitarla y acompañarla para cuidar de ella en algunas ocasiones.

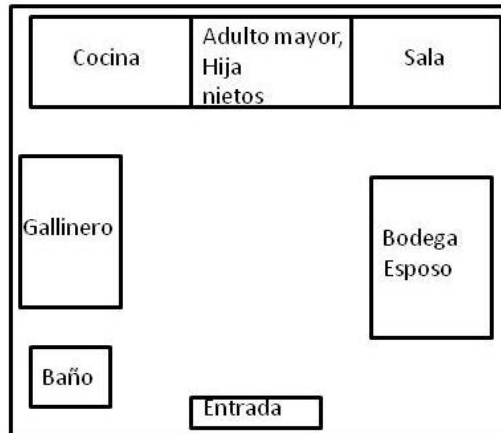
➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

En casa de Daniela las decisiones referentes a construcción, arreglo y mantenimiento las toma su esposo; su hija es quien está comenzando a invertir en la casa para construir un cuarto en el lote que le fue heredado.

Acercas de su salud son sus dos hijas y ella las que deciden que hacer, esto incluye llevarla al médico, o llamar a los hermanos y tíos para que les ayuden en caso de ser necesario. Las ocasiones que Daniela ha estado internada son ellas dos las que se organizan para cuidarla e informar a los demás de su estado y de lo que se necesita para atenderla.

El terreno donde vive Daniela es la casa que le heredaron sus padres, ahí viven ella, su esposo, su hija y sus dos nietos (ver figura 51). Su hija Eva es quien aporta la mayor parte del ingreso económico y eso le ha permitido mejorar los cuartos donde duermen e iniciar una pequeña construcción. Todos duermen en el mismo cuarto, menos el esposo que duerme en la bodega.

Figura 51. Disposición espacial casa Daniela



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Tienen un baño, la cocina, un cuarto donde duermen todos, un gallinero y la bodega donde duerme el esposo. El terreno ya ha sido repartido en herencia para todos los hijos, pero nadie ha tomado posesión porque viven en otros lugares. Todos los que habitan la casa hacen uso de todos los espacios sin problema. No existen adaptaciones para que Daniela pueda estar mejor ya que ella menciona que no lo necesita, y tampoco tiene recursos para hacerlo en caso de que se necesite. Cuando su padre estuvo enfermo tampoco se realizaron modificaciones para que fuera fácil la manera de trasladarlo y que pudiera estar en la silla de ruedas moviéndose sin problema. En ese entonces a pesar de que todos los hermanos se pusieron de acuerdo para arreglar la casa, al final nadie aportó dinero para realizarlo.

➤ **Algunas características de la red familiar**

La red de Daniela está compuesta por 43 integrantes siendo una de las redes grandes entre las personas entrevistadas, pero únicamente tiene esta extensión debido al número de hijos, hermanos y las familias que ellos han formado.

De acuerdo con las medidas la red de Daniela su hija Eva comparte la centralidad con ella ya que es quien tiene más enlaces con otros miembros de la red, lo cual confirma su posición como cuidador y organizador de la red. Los otros miembros que poseen altos grados de centralidad son los hermanos, sin embargo esto se debe a que interactúan mucho entre sí y que son uno de los grupos con más elementos, es por ello que aparecen tan conectados. Sin embargo, este grupo no se conecta con nadie de los hijos a excepción de las dos hijas mujeres. Los hijos tienen la centralidad más baja ya que solo interactúan entre ellos y su madre, por lo que no forman enlaces con el resto de la red que implica a sus tíos y primos. La tabla 63 presenta las medidas de intermediación entre los miembros de la red de Daniela:

Tabla 63. Medidas de intermediación red Daniela

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
Daniela	100.000	100.000
Familia 1M	76.087	80.702
Familia 2M	76.087	80.702
Familia 3M	76.087	80.702
Familia 4M	76.087	80.702
Familia 5M	76.087	80.702
Familia 6M	76.087	80.702
Familia 1H	28.261	58.228
Familia 2H	28.261	58.228
Familia 3H	91.304	92.000
Familia 4H	28.261	58.228
Pareja 1P	67.391	75.410

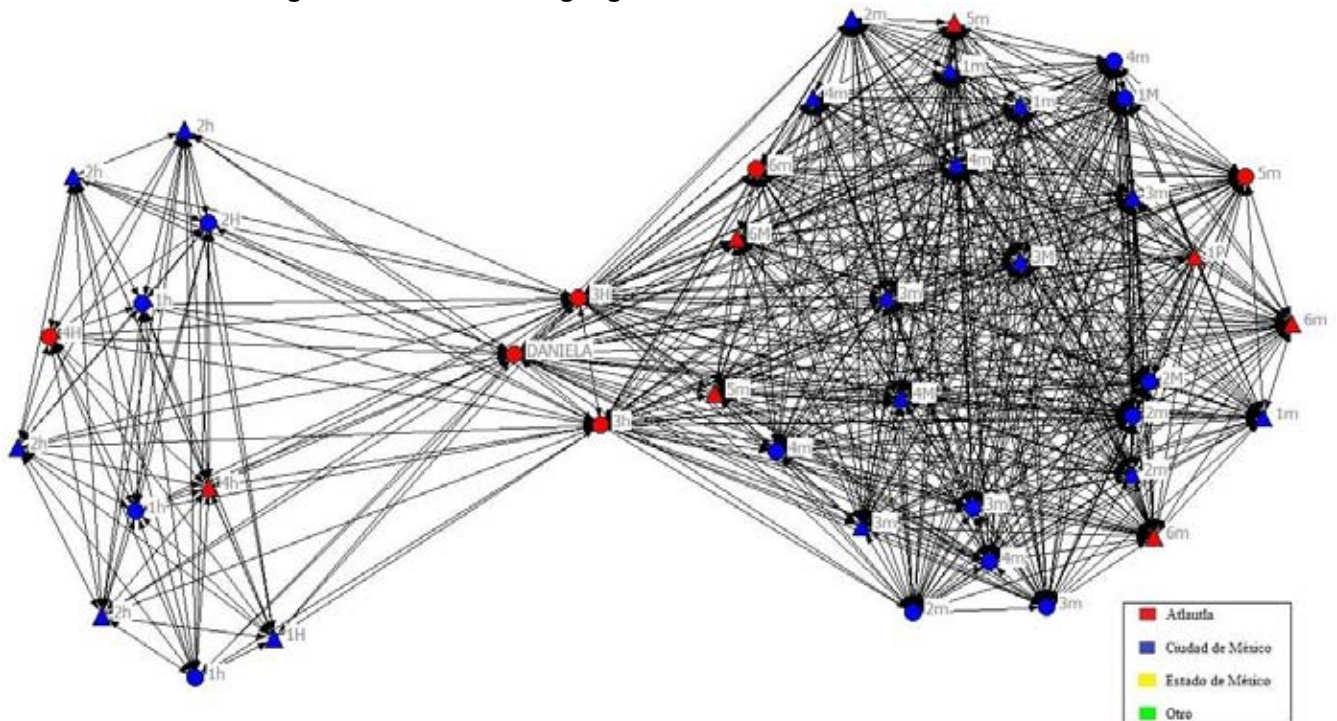
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En cuanto a la cercanía los valores se comportan muy parecido a los de la centralidad, lo único que difiere es que los hijos presentan una mayor cercanía que centralidad con respecto a la red. Nuevamente Eva tiene el mayor valor de cercanía de la red con todos los miembros. El alejamiento en centralidad y cercanía del grupo de los hijos con los hermanos hacen ver que el único eslabón que los une es Daniela y Eva, por lo que se prevé que este tipo de enlaces puedan alejarse o desconectarse en un futuro.

Sobre la posición genealógica de la red de los 43 miembros los más numerosos son los sobrinos con 16 miembros, sin embargo el tipo de apoyo que prestan se reducen a visitas, regalos o alguna aportación alimenticia. La frecuencia es ocasional siendo los más cercanos los sobrinos que viven en Atlautla, mientras que los que viven en Ciudad de México la visitan sólo algunas veces al año. Después le siguen sus hermanos y sus nietos ellos guardan más relación, la visitan con más frecuencia y otorgan diferentes tipos de apoyos. Por último los hijos son el grupo menor de la red, y son las dos hijas son las que brindan mayor apoyo a Daniela.

En la figura 52 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México y en color amarillo los de otros municipios del Estado de México. La mayoría de los miembros de la red viven en la Ciudad de México a unas tres horas de ella. Los demás viven en Atlautla y son quienes la visitan con mayor frecuencia.

Figura 52. Distribución geográfica de la red Daniela



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las relaciones homofílicas en la red son principalmente por género y ocupación. Por el criterio de género se encuentran las mujeres con quienes tiene relación más cercana incluyendo a hijas, hermanas, nietas y nueras. En cuanto a la ocupación también coincide con las mujeres de la red que en su totalidad son amas de casa encargadas de tareas domésticas y trabajos esporádicos para obtener ingresos extra.

Los miembros de la red no tienen una preparación u orientación sobre lo que es la diabetes y como llevar el tratamiento. Poseen la información que reciben de los medios de comunicación y lo que les platica su madre. Quienes tienen mayor información al respecto son Eva y su cuñada; Eva porque es quien acompaña más seguido a su madre. Su cuñada padece diabetes y por eso también tiene idea de cómo debe tratarse, ha sido ella quien la alienta a ir con el médico, cuidarse la dieta y quien la llevo al grupo de autoayuda del CEAPS.

➤ **Los tipos de apoyo**

De acuerdo con la división planteada sobre los tipos de apoyo que existen en las redes, la red de Daniela cuenta con personas que abarcan todos los rubros propuestos como se observa en la tabla 64:

Tabla 64. Tipos de apoyo y miembros de la red de Daniela involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	30 de 43	Anual
	Apoyo económico	9 de 43	Mensual
	Apoyo alimenticio	35 de 43	Bimestral
	Apoyo en gastos médicos	5 de 43	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	5 de 43	Todos los días
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	10 de 43	Mensual
	Apoyo en información y consejos	20 de 43	Anual
	Apoyo afectivo	2 de 43	Todos los días
	Apoyo en control de tratamiento	8 de 43	Todos los días
	Apoyo en compañía cotidiana	6 de 43	Todos los días
	Apoyo en visitas	43 de 43	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ Apoyo económico

El apoyo económico proviene principalmente de sus hijos, su esposo y por último sus hermanos. Su esposo y su hija tienen trabajo y son quienes pagan los gastos de la casa, su hija trabaja haciendo limpieza en una escuela. El esposo trabaja como peón cuando lo contratan para trabajar en la siembra por lo que pasa varios meses sin tener trabajo fijo, en esos días busca realizar trabajos temporales de “lo que se pueda”. El apoyo de los hijos es variable con 100 o 200 pesos cada mes o dos meses, los hermanos le estuvieron dando también casi la misma cantidad dos o tres veces al año mientras sus padres vivieron; ahora que ya fallecieron la ayuda se hizo más lenta y sólo dos de sus hermanos le siguen dando cada tres a cuatro meses. Esos hermanos comentan que tratan de apoyar a Daniela como compensación por todo el tiempo que cuidó de sus padres, les gustaría apoyarla más pero dicen tener muchos gastos también con sus propias familias; les parece que el apoyo es más bien simbólico para mostrar su agradecimiento.

Eva es quien paga los gastos de gas, electricidad y compra parte de la despensa; su esposo paga el agua, predial y el resto de la comida; Daniela cuando no se encuentra grave cría gallinas y con la venta de huevos aporta al gasto familiar.

Pues a veces dejan comida, a veces dinero, a veces cada 15 a veces, a veces cada mes... Luego me da dinero mija, mijo y las otras aunque sea algo porque yo luego les digo “cuiden ustedes sus niños porque luego tienen sus gastos”, pero luego me dicen “no mami aunque sea algo te damos para, no te va a servir de mucho pero algo te va ayudar”, y bueno si. Cada, bueno cuando van pudiendo porque ya ve que con los gastos y algo que se van escapando (Daniela).

Sus sobrinos también intervienen dándole dinero pero de manera aún más irregular, una o dos veces al año y en pequeñas cantidades. Son pocos las personas de la red que otorgan apoyo económico, Eva y el esposo de Daniela son los que sostienen

todos los gastos de la unidad doméstica; además ambos cuentan con apoyo gubernamental haciendo posible su sobrevivencia.

➤ **Apoyo alimenticio**

El apoyo alimenticio es uno de los de mayor frecuencia, participando tanto hombres como mujeres, ya sea en la dinámica de llevar despensa o llevar comida cuando existen reuniones familiares. La hija que vive más cerca suele llevarle fruta o verdura una o dos veces al mes, Eva compra parte de la comida a consumir para la semana.

Pues luego me traen fruta, o verdura. Luego mi hija me ha traído caldo de pollo, arroz, así. Y ya aquellos cuando vienen traen comida para todos, o también frutita, lo que pueden porque ya todo está bien caro (Daniela).

En este tipo de apoyo no existe cumplimiento de las recomendaciones en la alimentación para el diabético, puesto que se comparten los alimentos que la familia consume normalmente. Ninguno de los familiares involucrados mencionó que tenga cuidado de escoger o preparar algo especial para ella, pero sí tratan de evitar el consumo de dulces, panes o carnes, por ello prefieren llevar frutas, guisados o verduras. Además del esposo y las hijas también hermanos y sobrinos colaboran llevando fruta o comida preparada cuando la visitan.

➤ **Apoyo en vestimenta**

Este es un recurso que solo surge en ocasiones como cumpleaños, navidad u otros eventos, participando varios miembros de la red en este caso sin distinción de género. Incluye a sus hijos, hermanos y sobrinos; entre los obsequios siempre se incluyen faldas, blusas, suéteres y zapatos.

A veces me la regalan mis hermanas y también me compran mis hijos, y mis sobrinos también luego me compran que la falda, o los zapatos, ora que hace frío me traen de suéteres o cobijitas. De eso siempre me traen y ya no compró yo ropa ni le tengo que pedir a mi esposo (Daniela).

En este tipo de apoyo participan casi todos los miembros de la red exceptuando los más jóvenes, es un apoyo esporádico de una o dos veces al año, pero que tiene un impacto positivo en Daniela ya que la vestimenta se otorga como obsequios, es una forma de mostrar afecto y preocupación por hacerla sentir bien.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Este tipo de apoyo que está directamente relacionado con la atención de Daniela incluye gastos por medicamentos, traslados, gastos en estancias del hospital y otros relacionados con su atención. Los miembros de la red que participan son pocos en comparación con otros tipos de apoyos; incluye únicamente su hija, su esposo y dos hermanos. En caso de emergencia o imprevistos se puede contar con algunos otros miembros como son hijos o sobrinos. En los últimos años que ha estado grave y ha sido hospitalizada en varias ocasiones los gastos han aumentado, cargándose hacia sólo tres personas: una hija, un hijo y el esposo.

El apoyo en gastos médicos es menor que el apoyo económico en general, debido a que el segundo se considera de manera esporádica y sólo cuando las personas quieren

otorgarlo. El apoyo en gastos médicos es puntual y se necesita continuamente en el caso de Daniela por su deteriorado estado de salud. Este tipo de apoyos que involucra tener recursos disponibles durante un lapso de tiempo no está al alcance de todos los miembros de la red; sobre todo por falta de recursos.

Las dos hijas de Daniela son las más cercanas y son quienes están al pendiente de su estado de salud, por lo que buscan la manera de apoyarla aunque no tengan los suficientes recursos económicos o de tiempo. Ya que Eva vive en casa de sus padres es la “encargada” de estar al tanto de las necesidades de su madre, conoce los gastos de su cuidado y aporta cotidianamente el apoyo económico, aunque también se encarga de “buscar” con quién más puede contar para los casos de emergencia. Ella hace una valoración de a quién acudir porque sabe quiénes de sus hermanos o tíos han apoyado en otras ocasiones y quiénes no. Hace la valoración sobre su capacidad de apoyar porque su ingreso económico se los permite y quienes aunque no tengan recursos propios (como en el caso de las mujeres de la familia) tratan de aportar algo.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Las tareas domésticas que incluyen limpieza del espacio, cocinar y lavado de ropa son realizadas durante la semana por Daniela y su nieta, el fin de semana por su hija Eva. Cuando ella se siente mal su nieta es la que se encarga de todo con ayuda de otra hija que acude por la mañana o por la tarde a apoyarlas.

Debido a que las tareas domésticas son exclusivas para mujeres el esposo de Daniela no las realiza, aunque él se encarga de mantener los espacios funcionando reparando cuestiones relacionadas con electricidad, albañilería y otros problemas por el estilo. En otras ocasiones cuando sus nueras o cuñadas llegan de visita también participan en las tareas.

➤ **Apoyo afectivo**

El apoyo afectivo es algo sobre lo que no se habla o reflexiona en la vida cotidiana de Daniela, pocas veces ella o sus familiares platican sobre sus sentimientos y cómo estos la afectan en su salud y su vivir cotidiano. Ella menciona que se siente bien o por lo menos satisfecha con su vida, porque cuidó a sus padres y eso la hace sentir que “cumplió su obligación” como hija; el saber que sus hijos están casados y tienen sus familias también la hace sentir bien. Se siente apoyada por sus hermanos porque la visitan si está “enferma” al igual que sus hijos, además de que todos le hablan de que debe cuidarse para sentirse bien, que ha mejorado mucho y que continúe cuidándose.

Sin embargo, a raíz de la muerte de su padre se entristeció, sobre todo porque no pudo lograr que sus hermanos pasaran más tiempo con él, para que así la familia estuviera reunida y su padre pudiera convivir más con ellos. También se siente atribulada porque su padre “al fin pudo descansar” pero al mismo tiempo está triste porque ya no está. Daniela menciona que la compañía de su hija y de sus nietos le hace sentir mejor, ya que si sólo viviera con su marido se sentiría “sola”.

Pues luego si me da así la tristeza de que estamos aquí y ya no veo la silla de mi papacito, pero casi siempre está el niño y ya con cualquier travesura ya me hizo reír y se

me olvida. Luego él me dice que me cuida y es quien me acompaña a todos lados, que al mandado, a las tortillas, y ya me llevo a mi niño y no ando solita (Daniela).

Cuando se siente mal físicamente o triste suele platicar con su hija, ya que con su esposo no “siente confianza” de hacerlo, tampoco con otros hijos porque piensa que es molesto que la visiten y ella “salga con todos mis problemas y ya no van a querer venir si me la paso quejándome”.

Un personaje importante en la vida cotidiana es su nieto que tiene tres años y es parte importante del apoyo afectivo ya que acompaña diariamente y sirve de distracción ante los problemas. Sin embargo, no fue considerado dado que no cumple las características de ser una persona capaz de decidir conscientemente el otorgar ó no un apoyo debido a su edad.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

La compañía cotidiana incluye a su esposo, sus nietos y su hija Eva; su otra hija la visita dos veces por semana y sus hijos mensualmente. Eva se va todos los días a trabajar temprano y llega por la noche, así que en realidad pasa más tiempo con sus dos nietos y su esposo cuando éste no tiene trabajo.

Mis hijos son los que están casi con ella porque yo me voy todo el día y namás descanso el lunes, yo les digo que no sean contreros con ella porque está enferma, de hecho mi hijo le dice de mamá, no le dice abuelita le dice mamá, y a mi papá también le dice papá (Eva, familiar de Daniela).

Es un grupo reducido de familiares: su esposo, sus hijas, su nieta y una cuñada con la que acude al grupo de autoayuda del CEAPS.

➤ **Apoyo en visitas**

Todos los miembros de la red la visitan regular o esporádicamente, ella también les realiza visitas a los que viven en Atlautla ya que en pocas ocasiones sale más allá del poblado sola. Las visitas de quienes viven cerca son frecuentes, pueden ser cortas como las de su hija o pueden quedarse toda la tarde y comer o cenar con ella. Las visitas de quienes viven fuera del poblado son en fines de semana y pueden incluir quedarse en su casa, también pueden ser por varios días como en temporada vacacional o cuando ella se encuentra enferma.

Ella suele visitar una o dos veces a la semana a dos de sus cuñadas y a su hija, así puede verlas seguido y le parece que es una buena forma de hacer ejercicio porque se va caminando a donde ellas viven que es a varias cuadras de su casa. Cuando visita a su cuñada siempre hablan sobre cómo están de salud porque ambas padecen diabetes, sobre los avisos del grupo de autoayuda o del médico general, consejos que recientemente hayan escuchado sobre tratamientos, remedios o programas de apoyo. Sus sobrinos y hermanos también la visitan más o menos cada dos meses.

Mis hijos si vienen, no muy seguido, seguido pero si como cada tres meses o cuatro meses según como puedan venir. Mi hija si viene más seguido, hay dos veces por semana o a veces cada ocho días (Daniela).

Durante las visitas platican sobre las noticias de la familia, la salud de Daniela, la

salud de su esposo y de otros familiares. Los más jóvenes se van a jugar fútbol o a ver la televisión, las mujeres ayudan. Las reuniones familiares donde acuden todos sus hijos son en navidad, año nuevo, cumpleaños o día de las madres. En la época de fiestas de San Miguel acude toda la familia: hijos, hermanos y sobrinos van a comer a su casa y pasar tiempo. No existen restricciones sobre el tipo de comida que preparan para que coman todos incluyendo Daniela, aunque ella “trata” de comer menos y evitar los refrescos. Sus familiares también llaman al celular de Eva para saber cómo se encuentran y platicar con ella.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El principal apoyo para el tratamiento es Eva a pesar de que no convive con ella durante todo el día es quien le recuerda que tome sus medicamentos, le ayuda a preparar comida adecuada, cuando puede la acompaña a las citas médicas y le pregunta todos los días cómo se siente, además de llevarla al médico si nota algún cambio en ella. Su nieta también se encuentra al pendiente porque pasa más tiempo a su lado, su otra hija cuando la visita le pregunta cómo está, la acompaña al médico si tiene tiempo le pregunta cómo va con su tratamiento y con sus medicamentos.

Pues yo luego le digo que ya no coma lo que le hace daño a ella, luego quiere ir a caminar vamos a caminar, la acompañamos nosotros, donde dice que ya se canso nos sentamos, si yo estoy la llevo al doctor o va mi otra hermana, ora que se enferma ahí nos ponemos de acuerdo para quedarnos con ella (Eva, familiar de Daniela).

Su hija que vive en la Ciudad de México también intenta saber de su estado de salud llamando por teléfono cada semana para saber cómo se encuentra, le pregunta si se toma sus medicamentos, si lleva su dieta, qué le dice el doctor; si le avisan que tiene algún problema es la primera que la visita. Ella y su cuñada diabética se visitan casi todos los días porque ambas comparten el grupo de autoayuda, ella le aconseja que coma más verduras, que tome té y jugos, también acude a cuidarla si es necesario. En este tipo de apoyo los hombres de la red prácticamente no participan, ya que su única aportación es preguntar cómo se encuentra sin que exista otro apoyo en la consecución del tratamiento; siendo esto un apoyo enteramente femenino.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

Como ya se ha mencionado a Daniela la suele acompañar Eva a las citas médicas, otras veces va con su pequeño nieto o sola, cuando tiene tiempo su otra hija también la acompaña. Sin embargo, a su inyección de insulina va sola porque Eva no se encuentra en las tardes y la otra hija está ocupada atendiendo a su familia.

No casi no me llevan a la inyección porque esa es diario nada mas andamos él y yo, dice que me cuida, es el que me cuida. Luego me dice “mami yo te cuido”. Si es para la cita del doctor ya se ponen de acuerdo ellas dos pa’ ver quien me puede acompañar (Daniela).

Si existe alguna emergencia Eva es quien la lleva al médico, o su nieta le avisa a la otra hija para llevarla, sus nueras también la visitan para acompañarla en el hospital o cuidarla en su casa. Nuevamente son las mujeres de la red quienes se movilizan para otorgar este apoyo.

➤ **Apoyo en información y consejos**

La información, consejos o recomendaciones dentro de la red son por parte de familiares que viven cerca de ella como son hijas, sobrinos, cuñadas, esposo y hermanos. Éstos son del tipo de remedios para la diabetes, cuidados en la dieta, recomendaciones vistas en la televisión, actividades que el gobierno realiza para dar apoyos, etc. También estos consejos pueden apoyar o sancionar cierto tipo de remedios de acuerdo a la experiencia propia o escuchada de terceras personas.

Pues luego los vecinos, luego mi familia, luego me dicen no te tomes cualquier cosa porque te vayas a perjudicar mejor vete con el doctor. Ahora eso como los desayunos tocando el tema de eso, ahí también me han invitado que a los desayunos de herbalife pero a mí como que me da miedo, porque yo tengo conocidos que luego me han platicado que por estarse tomando eso han ido a dar hasta al hospital. Pero luego unos me dicen que no, que es bueno que porque ahí dan para reforzar (Daniela).

Sus nueras también le han recomendado la atención con otros médicos privados, sus hermanos le comentan de despensas o apoyos que el gobierno o los partidos políticos están dando. Varios miembros de la red avisan a Daniela o a Eva que escucharon o vieron “algo” que le puede ayudar desde remedios, médicos, consejos, despensas, campañas de salud entre otras. En este tipo de apoyos participan la mayoría de los miembros de la red, ya que existe en el ambiente mayor información sobre la diabetes, y ellos están dispuestos a escuchar y transmitir lo que escuchan como una manera de ayudarla.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

La frecuencia y el número de miembros de la red que otorgan los diferentes tipos de apoyo son variables también en el caso de Daniela. En la siguiente tabla 65 se ilustran esas diferencias:

Tabla 65. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	40
Apoyo en información y consejos	46 %	30
Apoyo en vestimenta	70 %	2
Apoyo afectivo	4 %	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	23%	No aplica
Apoyo económico	2 %	8
Apoyo alimenticio	81 %	40
Apoyo en gastos médicos	12 %	3
Apoyo en control de tratamiento	18 %	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	14 %	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	12 %	No aplica

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los datos recabados muestran que el mayor tipo de apoyo presente en la red de son las visitas, seguido por el apoyo alimenticio y en vestimenta. El bloque de apoyos

materiales como el económico y los gastos médicos son muy bajos (2% - 12% respectivamente) lo que muestra cómo el apoyo material está sustentado en muy pocos miembros de la red. Así que presentan sobrecarga con los apoyos que deben proporcionar a su familiar, mientras que otros miembros no participan de este tipo de apoyo fundamental para la sobrevivencia del diabético. El bloque de apoyos no materiales tiene pocos participantes pero a diferencia de otras redes sí existen por lo menos uno o dos miembros que se hacen cargo de esos rubros.

La frecuencia de los apoyos varía según la situación en que se encuentre Daniela y los tipos de apoyo que necesite en esos momentos. Para los apoyos en que sí es posible establecer una frecuencia se encuentra que los mayores valores anuales corresponden a las visitas y el apoyo alimenticio ya que ambos se realizan conjuntamente. Otro tipo de apoyo que ocurre casi con la misma frecuencia es el de información y consejos ya que éstos ocurren durante las visitas. Los tipos de apoyo menos frecuentes son el económico y el de gastos médicos y corresponde también al menor número de miembros involucrados de la red.

Por el porcentaje de miembros de la red que participa y la frecuencia de apoyos que recibe Daniela se puede observar que la red está más enfocada a un mantenimiento de la relación social por medio de visitas que a un apoyo directo sobre su estado de salud o tratamiento. Ya que justamente los rubros relacionados con esto son los que tienen a un núcleo pequeño de la red actuando de manera constante, y a algunos actores que aparecen esporádicamente en caso de emergencias. Esta red cubre todo lo mínimo necesario para la atención, a costa de la carga en un grupo mínimo de personas, con las constantes hospitalizaciones de Daniela ese grupo está viendo limitados sus recursos para atenderla. Para que la red sea sustentable deben involucrarse los otros miembros en diferentes tareas de manera más constante.

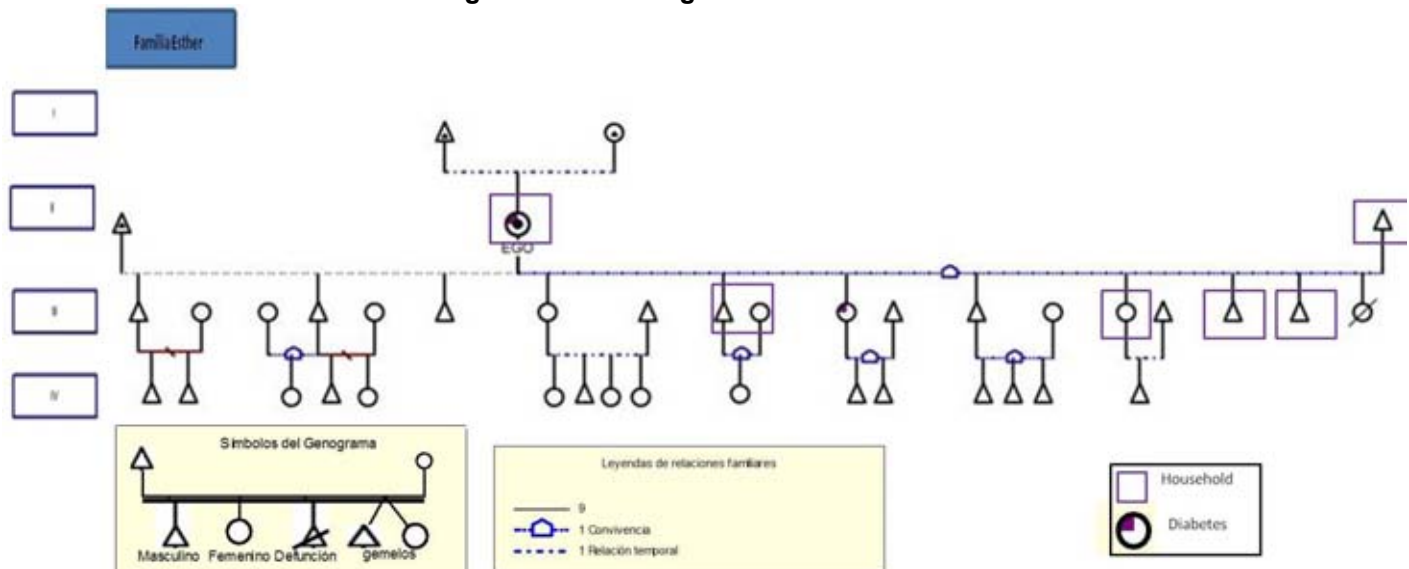
5.1.8 La red familiar de Esther

➤ La genealogía

Esther vivió con su abuelo cuando era niña ya que su madre falleció, tiempo después fue separada con engaños por un tío quien la dejó en manos de una supuesta tía para que viviera con ella. Después de varios años logró escapar de su tía, es por ello que no tiene contacto con nadie de su familia de origen. Por lo que su genealogía se reconstruye solo a partir de las parejas e hijos que tuvo después.

La genealogía se muestra en la figura 53 donde se incluyeron cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. Las personas que padecen diabetes con un sombreado dentro de la figura y el grupo doméstico está encerrado en un triángulo para resaltarlo.

Figura 53. Genealogía de Esther



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Debido a que perdió contacto con sus abuelos y al medio que tenía de regresar y que sus tíos la encontrarán nunca intentó regresar a su lugar de origen; por lo que no recuperó esos posibles lazos familiares. Por lo que su genealogía se reduce a sus tres hijos producto de su primera pareja, y siete hijos de su pareja actual.

➤ La generación de la red

Esther al parecer fue hija única, criada por su abuelo y su esposa, sufrió mal trato y violencia física por parte de ella. Constantemente recibía golpes, realizaba la mayor parte del quehacer doméstico, no se le permitió asistir a la escuela y pasaba privaciones de comida. Cuando tenía entre ocho y nueve años un tío se la llevó y la entregó a una tía que ella no conocía.

Pues le digo que desde ese tiempo que me trajeron para el distrito jamás he vuelto a mi tierra al pueblo, ya nunca ni de mis tíos me acuerda ya, yo creo ya hasta ellos ya ni se acuerdan de mi, pues tenía yo ocho años ahorita tengo 58, ya es mucho tiempo, ya es mucho tiempo yo como mi abuelito ya estaba grande cuando me trajeron, yo creo ya no vive, mis tíos pues también ya estaban grandes (Esther).

Mientras estuvo con su tía trabajó como empleada doméstica, ella se dedicaba a ser cantinera y a la prostitución, trato de incluirla a ella también. Con ayuda de unos padrinos con quienes trabajaba escapó de ella y jamás tuvo noticias de que le ocurrió a ella o al resto de su familia. Esther tiene la sospecha de que esa tía en realidad era su madre, ya que nunca nadie la había mencionado ni ella la había visto hasta antes de estar en su casa.

➤ La formación de la familia propia

Conoció a su primer esposo cuando tenía 16 años durante las salidas los domingos con sus compañeras de trabajo, él trabajaba vendiendo en una recaudería. Salieron durante algunos meses, ella se embarazó y se casaron, fueron a vivir con su suegra, así que convivió con sus cuñados y suegros.

Pues mientras estuve con él tuve comida pus casa, pues fue igual que si hubiera seguido yo trabajando porque me agarraban de sirvienta también. Si hacía yo el quehacer de la casa; nació el primer niño y luego a los dos años tuve el otro y luego a los dos años o seis años ya tenía yo los tres. Pero le digo que se fue, se fue así nomas, según que se había ido a la merced, porque antes iban a comprar su mercancía a la merced. Me acuerdo que un día antes se emborracho y me acuerdo que al otro día se fue a comprar y me mandó toda la mercancía que compro pero él ya no regreso y pus después mi suegra me dice “no vamos a buscar a la mejor algo le paso”. Preguntábamos así a los que lo conocían y decían “No pus sí, si lo vimos vino a comprar pero ya de ahí en fuera ya no”. Y este ya lo empezamos a buscar en las cruces las delegaciones, y así. Y no ya nunca supimos de él, ahorita mi hijo el más chico de él tenía seis meses cuando él se fue y también ahorita ya tiene 36 años, así que ya no tuvimos noticias desde entonces (Esther).

Como ella narra después de tener tres hijos y alrededor de ocho años de casada él desapareció y no volvieron a saber de él, ni su suegra ni ella. Ella permaneció viviendo en esa casa dos años más, hasta que conoció a su siguiente pareja. Tuvo buena relación con sus suegros y cuñados, éstos últimos eran pequeños así que ella los cuidaba mientras la suegra se iba a trabajar. Ella no trabajaba y se dedicó a cuidar de sus hijos, sus cuñados y a realizar los trabajos de la casa. Hasta ahora conserva relación con ella y sus cuñadas, visitándose regularmente durante el año.

Con mis suegros pues me llevaba bien, igual con mis cuñados pues como eran chicos todavía pues yo, yo los cuidaba porque mi suegra también vendía tenía su recaudería y se iba todo el día a trabajar. Mi suegro ya falleció también, pero mi suegra todavía vive y luego a veces viene de visita porque aquí tienen casa y pus todavía nos saludamos (Esther).

Debido a que su suegra era de Atlautla y tenían una casa allí iban varias veces al mes, cuando perdió a su esposo continuó acompañándola y así fue como conoció a su segunda pareja. Tras unos meses de visitarse él le pidió que se casaran y aceptó hacerse cargo de sus tres hijos, se casaron y vivieron en casa de sus nuevos suegros.

Su esposo y ella vivieron con sus suegros, repitiendo su papel de colaborada en la casa cuidando a los niños pequeños de la casa. No tenía muy buena relación con sus cuñadas, en cuanto les heredaron un terreno se fueron a vivir a parte porque la situación ya era tensa. Su esposo se dedicaba a sembrar en los terrenos que le fueron heredados, sus hijos le ayudaban y ella se dedicó a trabajar en casa.

Los problemas que tuvo con su pareja fueron debido a su manera de tomar alcohol, durante varios años vivió con las peleas, discusiones y la falta de dinero.

Al principio pues fue malo porque tomaba mucho, tomaba mucho y luego pues, luego a veces me quería pegar pero yo no me dejaba que me pegara, si sufríamos luego porque luego no trabajaba, luego no tenía yo dinero. Su abuelita de él era la que, pues si me ayudo mucho en eso de comida y este, ella me apoyo mucho, su abuelita de él porque con mi suegra no conté con ella porque cuando me alivie de mi niño ni un vaso de agua me iba a dar. Y su abuelita de él sí me llevaba el desayuno que la comida, ella, y él igual, o sea, que tomaba pero a veces cuando yo tenía mis niños si se preocupaba. Si porque ya los demás niños pues ya los tuve, él ya no tomaba, tomó cuando era chiquita la

primera (Esther).

Algunos familiares de su esposo con quienes no tenía problemas le ayudaban con dinero o comida porque ella estaba sola, no contaba con familiares o conocidos en la localidad. Por lo que la familia de su esposo fueron los únicos con los que podía contar para su red de apoyo. Después de varios años ella y una de sus cuñadas lo convencieron de buscar un grupo de alcohólicos anónimos para tratar su enfermedad.

Para que ya dejara el vicio yo me lo lleve a un grupo de alcohólicos y dejo de tomar, porque ya tenía unos, como dos meses de nacida hija cuando me lo empecé a llevar a los grupos y si dejo de tomar, y ya después le digo que con mis demás hijos pues él luego hacia la comida, lavaba la ropa, me atendía (Esther).

Acudiendo al grupo AA dejó de tomar, no totalmente pero ya no de la misma manera que antes, porque “aprendió a moderarse”. Entonces comenzó a tratarla mejor y a cooperar con los quehaceres de la casa, cuando ella fue diagnosticada se preocupó por tener dinero para llevarla con el médico particular ya que aún no existía el seguro popular y en la clínica rural escaseaban los médicos. También le ayudó a buscar otro tipo de curadores y hasta la fecha le compra medicamento alternativo en búsqueda de que se sienta mejor.

Los hijos de Esther se dividen en dos grupos: del primer y segundo matrimonio. Los primeros se fueron a vivir con ella y su nuevo esposo pero fueron convencidos por su abuela de regresar a su casa para estudiar; ninguno estudio más allá de la secundaria. Los hijos del segundo matrimonio siempre vivieron con ella hasta que se casaron, actualmente viven ahí sus hijos solteros y uno de sus hijos con su familia. Ella considera que tiene buena relación con todos, la visitan varias veces a la semana, las hijas son quienes van diariamente y se reúnen ahí para platicar entre ellas. De los hijos mayores uno vive en otro estado de la república y hace años que no lo ve pero le llama por teléfono, otro vive en la Ciudad de México y otro con ella. Entre esos hijos y los más jóvenes no hay relación constante aunque se tratan con respeto cuando se ven pero no platican o conviven. Con el hijo menor del primer matrimonio hay muchos problemas ya que no trabajaba, es alcohólico y les ha robado a todos en la casa alguna pertenencia o dinero.

Ya vive acá conmigo mijo el más chico de los que tuve con el primero, “pero vas a estar acá pero yo no quiero borrachos, no quiero que estés aquí porque aquí tus hermanos ninguno es borracho, ni fuman ni nada”, ahora mi esposo tampoco toma “yo no quiero que vengas a dar mal ejemplo”. Luego la niña, mi nietecita luego se espanta porque como tres ocasiones vino a dar borracho y hace bien feo, bien groserísimo, grosero y la niña luego se espantaba con él. Y le digo la niña no tiene necesidad de que la vengas a espantar, le digo, porque ella sabe que aquí nadie toma de sus tíos. Y dice “ya me voy a portar bien”, y le digo pues si quieres estar acá tienes que dejar tu vicio, yo le dije y ahora ya tiene como unos tres meses que no ha tomado. Es flojo porque casi también no le gusta trabajar, no le gusta trabajar, allá su abuelita todo le daba lo dejaban dormir hasta la una ó dos de la tarde, porque los niños no tenían porque otra gente los mandaran, que ellos no tenían necesidad, que para eso ella todos les daba, por eso se enseño así (Esther).

De acuerdo con ella es el hijo por el que más se preocupa por su forma de

comportarse con todos, no tiene empleo y ni busca establecer una familia.

Luego no estoy me salgo como ahorita nada mas llega y pide de comer. Donde quiera anda platicando que todos no le hablan, que todos lo tratan mal, que no le dan de comer, y nada más se queja. Luego pues la gente con la que platica pues me platica, me dicen que se queja, las personas con las que platica dirán “¿que de veras la señora no lo llama a comer?”, entonces lo tratan bien mal, o algo así pero pues la verdad ellos no están viendo que no es como él dice, como anda platicando. Porque mi esposo ni siquiera se mete con él, desde el tiempo que está aquí con nosotros ni una vez le ha dicho nada ni mis hijos y ellos son los que me dan para la comida y tampoco no le dicen nada él ni un quinto me da para comida. Y todavía se enoja que luego no lo llamo a comer pues ya esta grande ya es para que él se dé, ya tiene 37 años y todavía quiere que yo lo esté manteniendo (Esther).

Con otros miembros de la familia también han existido roces pero todos provocados por la presencia de ese hijo, ella recuerda que antes de su llegada no había tantas discusiones. Sus hijas piensan que ha sido él quien pone grave a su madre porque la “tiene” preocupada todo el tiempo, ellas intentan no meterse con él para no darle disgustos a su madre.

La relación con la familia de su esposo no es muy buena, pero ella platica con algunas de sus cuñadas con las que sí puede hacerlo ya que otras no le dirigen la palabra. Dos de ellas viven en el mismo terreno, con ellas no habla desde hace años por disputas con respecto al tamaño del terreno que les heredaron los padres.

Pues no muy bien así que digamos, ni con mis cuñadas. Tengo una cuñada que es muy egoísta, quien sabe cómo es su modo, casi ni nos hablamos. Casi no convivo con ellas, aunque vivimos ahí pero yo nunca voy a casa de mi suegra, rara la vez que llego a ir. Luego con la única que convivo mas es con mi concuña que vive aquí atrás de la casa, luego esta otra concuña pero esa tiene su modo más feo y casi no nos llevamos (Esther).

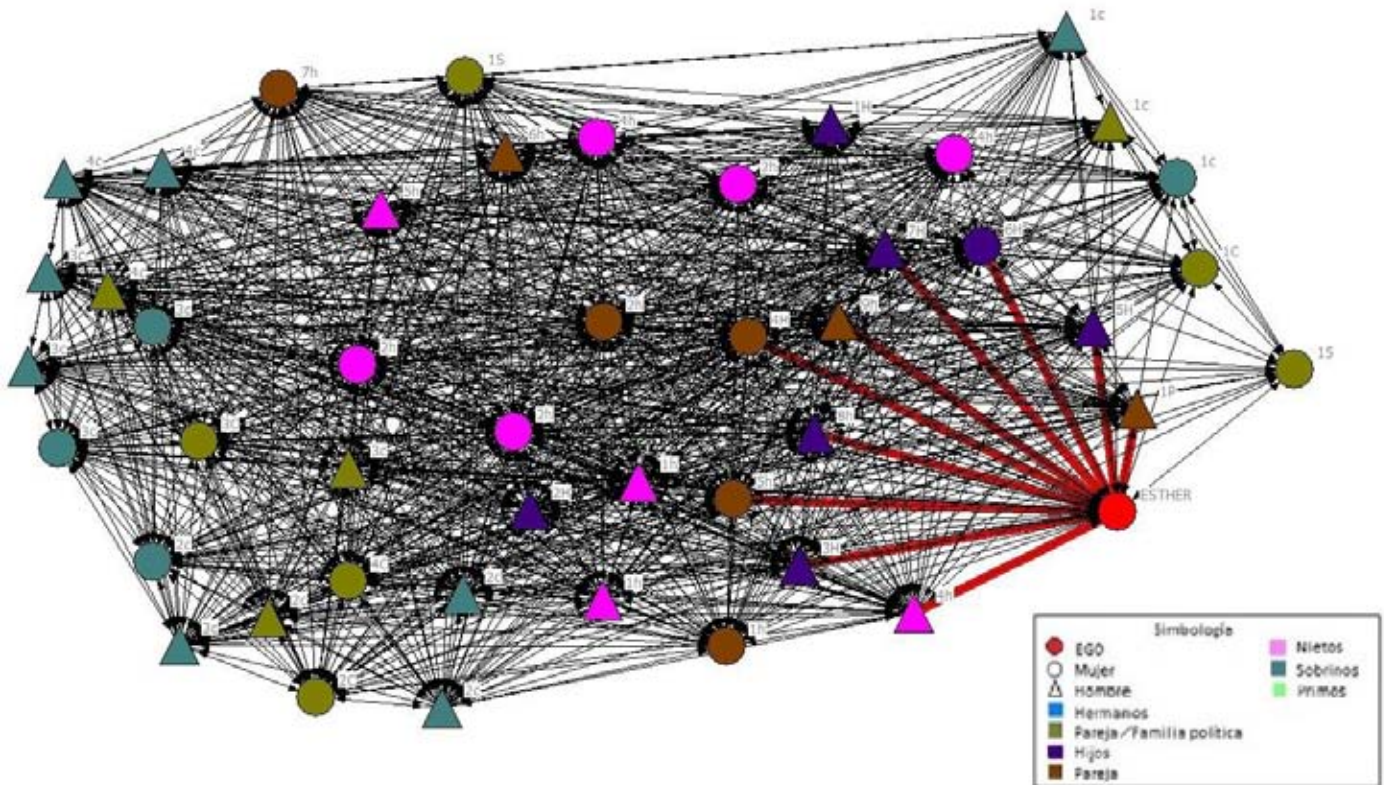
Entre las mujeres de su familia política han existido varios mal entendidos relacionados con las formas de contestar, los chismes y los múltiples reclamos entre todas. Por ello Esther trata de no hablar con ellas o encontrarlas en su camino, las evita con la finalidad de no caer en “chismes” o generar problemas. Su esposo tampoco tiene buena relación con ellas o con sus hermanos, ya que han discutido por que los hermanos lo acusan de haber heredado la propiedad más grande de sus padres.

➤ **Los miembros de la red**

La red de Esther se compone por sus hijos y las familias que han formado, también tiene parientes políticos de parte de sus parejas como son cuñados y suegras. En la figura 54 se presenta la red familiar compuesta por los familiares que tienen algún tipo de convivencia con Esther y que otorgan diferentes apoyos. Cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica. En la imagen se presentan por familia, así que comparten las mismas letras y números para identificarlas; sin embargo, no se presentan todos los símbolos de una misma familia en grupo si no que están dispersos. Lo anterior es debido

a que la representación gráfica depende del grado de cercanía entre los actores, y en base a las interacciones que realizan algunos tienen mayor proximidad que otros.

Figura 54. La red familiar Esther



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Como se observa en la red todos están interconectados entre sí, a excepción de la familia política de su primer pareja ya que ellos sólo conviven con Esther y sus hijos mayores. Los lazos que están remarcados en color rojo representan a los actores que otorgan alguno de los siguientes recursos: apoyo en gastos médicos, acompañamiento a citas médicas y control de tratamiento. Para esto Esther cuenta con diez miembros de la red que la apoyan en alguna de las modalidades señaladas. Los familiares componentes de la red se describen a continuación (ver tabla 66).

Tabla 66. Miembros de la red familiar Esther

Total: 46
-Hijos: sus once hijos forman parte de la red.
-Nietos: solo nueve nietos participan otorgando algún tipo de apoyo.
-Familia política: incluye a sus cuñadas y las suegras de las dos parejas que ha tenido.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Grupos familiares:

Suegras:

Familia 1: 1S suegra mayor de 70 años, vive en Ciudad de México.

Familia 2: 1S suegra mayor de 70 años, vive en Atlautla.

Cuñados:

Familia 1C: Con las letras 1C, 1c, 1c y 1c se identifica a: cuñada y esposo mayores de 50 años, dos hijos mayores de 20 años, viven en Atlautla.

Familia 2C: Con las letras 2C, 2c, 2c, 2c y 2c se identifica a: cuñada y esposo mayores de 50 años, tres hijos mayores de 20 años, viven en Atlautla.

Familia 3C: Con las letras 3C, 3c, 3c, 3c, 3c, 3c y 3c se identifica a: cuñada y esposo mayores de 40 años, cinco hijos mayores de 20 años, viven en Atlautla.

Familia 4C: Con las letras 4C, 4c, 4c y 4c se identifica a: cuñada y esposo mayores de 40 años, dos hijos mayores de 15 años, viven en Tlalnepantla.

Hijos:

Familia 1H: Con las letras 1H, 1h, 1h y 1h se identifica a: hijo y esposa mayores de 40 años, dos hijos mayores de 15 años, viven en Ciudad de México.

Familia 2H: Con las letras 2h, 2h, 2h, 2h y 2h se identifica a: hijo y esposa mayores de 40 años, tres hijos mayores de 15 años, viven en Villahermosa.

Familia 3H: Con las letras 3H se identifica a: hijo mayor de 35 años, vive en Atlautla.

Familia 4H: Con las letras 4H, 4h, 4h y 4h se identifica a: hija y esposo mayores de 35 años, dos hijos mayores de 15 años, viven en Atlautla.

Familia 5H: Con las letras 5H, 5h y 5h se identifica a: hijo y esposa mayores de 35 años, un hijo mayor de 15 años, viven en Atlautla.

Familia 6H: Con las letras 6H y 6h se identifica a: hija y esposo mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia 7H: Con las letras 7H y 7h se identifica a: hijo y esposa mayores de 30 años, viven en Atlautla.

Familia 8H: Con las letras 8H se identifica a: hijo mayor de 30 años, vive en Atlautla.

Familia 9H: Con las letras 9H se identifica a: hijo mayor de 30 años, vive en Atlautla.

➤ La dinámica familiar

En la red familiar de Esther los roles de los hombres y las mujeres guardan relación con el tipo de trabajo que desempeñan, los hombres se dedican a actividades económicas en el campo o en trabajos formales porque ellos son quienes “mantienen” a su familia. Las mujeres aprenden labores domésticas, y aunque tengan además un trabajo remunerado es considerado menos importante porque su papel principal es la crianza de hijos y la atención al esposo. En casa de Esther las hijas le ayudan a limpiar, ordenar y cocinar, los hijos trabajan en el campo como peones ya sea con su padre o con otra persona.

Pues luego me ayudaban que a barrer, a tender sus camas, o a acarrear agua para lavar, o sea siempre me han ayudado, de chiquitos ya de grandes pues me ayudan en la comida, me ayudan mis hijas pues igual me ayudan a preparar la comida. O viene la otra y me hace las tortillas y si le digo que si me ayudan (Esther).

Al igual que Esther que se dedicó solo al hogar y a trabajar ayudando a su esposo en labores de campo sin que éste tipo de actividades le fueran reconocidas como parte del ingreso familiar. Las hijas realizan esas mismas actividades y tampoco reciben reconocimiento por ellas. Los hijos mantienen el trabajo remunerado como principal sustento de la economía familiar, y como algo ajeno las actividades domésticas.

Los problemas que existen al interior de la red familiar son en torno al hijo que vive con Esther ya que al sustraer pertenencias de los demás ha causado confrontaciones y

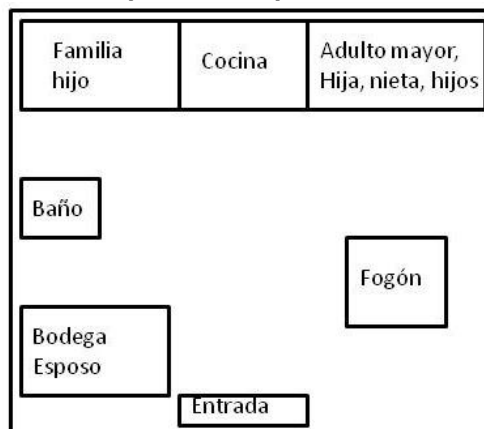
peleas. El hijo mayor también genera peleas por sus constantes reclamos hacia ella por haberlos “abandonado” con su abuela y preferir a sus “nuevos” hijos. Entre los demás hijos no se visitan ni se hablan a menos que se encuentren en la casa paterna, según ellos esta dinámica ocurre porque no tienen tiempo para visitarse o platicar, sólo las hijas se reúnen frecuentemente, se visitan y hablan para acordar como cuidar de su madre.

➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

Las decisiones en el hogar de Esther son tomadas por su esposo, sus hijos varones y en último lugar por ella. Los hombres toman decisiones sobre el arreglo de la casa, la entrega de recursos económicos; mientras que Esther administra los gastos de comida y pago de servicios. En cuestiones relativas con su estado de salud es ella junto con sus hijas quienes deciden a dónde acudir, a quienes solicitar ayuda y qué remedios o medicinas utilizar como respuesta inmediata.

En el terreno donde habita Esther también viven su esposo, sus hijos, su nuera y su nieta, todos hacen uso de todos los espacios, por lo que la mayoría de los espacios son colectivos a excepción de los dormitorios (ver figura 55). Éstos están divididos en dos grupos: uno de los hijos con su familia duerme en un cuarto separado, ella, una hija, un hijo y otro hijo con su familia; por último su esposo duerme en la bodega de granos ya que ella ya no quiere dormir junto a él.

Figura 55. Disposición espacial casa de Esther



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

El terreno es pequeño al igual que los cuartos, no tienen más propiedades más que el terreno en el monte para siembra y lo que ya ha sido heredado. Así que el terreno será dividido en tres para los hijos, hasta ahora ninguno ha hecho cambios en el lugar como construcción de su futura vivienda. Los cuartos están contruidos de ladrillo con techo de lámina, por lo que tienen problemas en temporada de lluvias por el goteo. No se han realizado arreglos en la casa ya que cada uno de los hijos está “ahorrando” para construir su propio cuarto, así que la situación de la casa se ha demorado.

➤ **Algunas características de la red familiar**

El número de integrantes de la red es de 46 una de las más grandes de los entrevistados lo cual se debe al número de hijos y nietos, ya que su red familiar de origen es nula debido a la separación de ellos desde pequeña. Ya que es una de los

entrevistados más jóvenes su red no está disminuyendo sino que se mantiene estable porque en su mayoría los integrantes son jóvenes. La tabla 67 contiene las medidas de intermediación que permiten conocer que tan cercanos son los miembros de la red.

Tabla 67. Medidas de intermediación red Esther

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
Esther	100.000	100.000
1P	89.130	90.196
1S	32.609	59.740
1S	97.826	97.872
1C	63.043	73.016
2C	89.130	90.196
3C	89.130	90.196
4C	89.130	90.196
1H	100.000	100.000
2H	100.000	100.000
3H	100.000	100.000
4H	97.826	97.872
5H	97.826	97.872
6H	97.826	97.872
7H	97.826	97.872
8H	97.826	97.872
9H	97.826	97.872

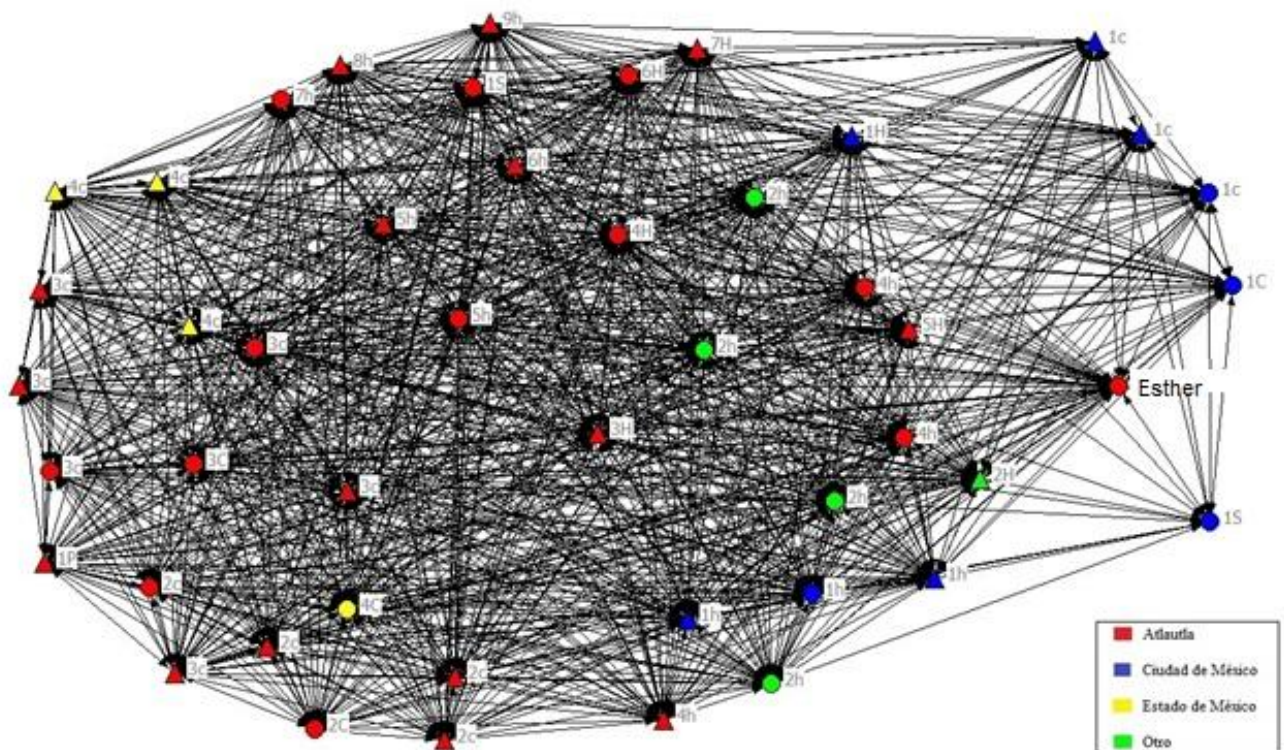
Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las medidas obtenidas sobre la red de Esther muestran la existencia de tres hijos que tienen contacto con todos los miembros de la red teniendo una centralidad y cercanía igual a la de ella. Éstos son los hijos de su primer matrimonio quienes tienen lazos con todos los miembros de la red, a excepción de los hijos del segundo que no tienen relación con la familia política de la primera pareja. La centralidad varía en los otros miembros debido a que existen dos grupos al interior de la red: los hijos del primer y del segundo matrimonio. Éstos conviven entre sí pero no con la familia política por lo que la cantidad de lazos y la cercanía al interior de la red disminuyen para el segundo grupo.

La posición genealógica de la red del total de 46 miembros es mayoritariamente de sus nietos e hijos, o sea de la familia creada. Los otros miembros de la red son sus familiares políticos como cuñados, suegras y sus respectivas familias.

En la figura 56 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México, en color amarillo los de otros municipios del Estado de México y en color verde los que viven fuera de dichos lugares. En cuanto a la distribución geográfica de los miembros de la red la mayoría vive en Atlautla, incluyendo a todos los hijos del segundo matrimonio y sus familias, así como cuñados y sobrinos. En la Ciudad de México vive su anterior suegra, cuñados y uno de los hijos del primer matrimonio. En otros municipios del Estado de México también tiene cuñadas y en otros estados del país vive uno de sus hijos con quien tiene un contacto menos frecuente.

Figura 56. Distribución geográfica red Esther



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Ya que la mayoría de los hijos y cuñados viven en Atlautla no tienen problemas debido a la distancia para visitarla. Sus hijos son quienes la visitan más a menudo, y a los cuñados los ve varias veces al mes porque se visitan o porque se encuentran en la calle. El hijo que vive en la Ciudad de México la visita varias veces al año y en caso de estar enferma acude a verla; el otro hijo que vive en otro estado la visita en menos ocasiones, pero le habla por teléfono y algunas veces envía dinero para su atención.

La relación más estrecha de los hijos se debe en parte a esta dispersión geográfica, ya que los hijos del primer matrimonio se fueron a vivir tempranamente a la Ciudad de México separándose de los otros hijos y de Esther. Esta separación influyó en que en la actualidad sigan separados por barreras geográficas y por problemas afectivos al considerar que ella los alejó para formar una nueva familia. La homogeneidad en la red familiar de Esther está dada por la coincidencia de género femenino en el caso de las hijas, nietas y cuñadas; así como la edad relativamente cercana con sus cuñadas lo que influye en la buena relación que tiene con ellas.

Las hijas de Esther son las que tienen más información de la diabetes y su tratamiento porque la acompañan a sus citas médicas; algunas de ellas asisten a las pláticas de Oportunidades y también ahí obtienen algo de información al respecto. Sobre la actuación en casos específicos como en alteraciones de la salud de Esther solo saben que deben llevarla al médico, pero no sí pueden hacer ellas algo al respecto. Así ha sido en caso de emergencia cuando han elegido llevarla con un médico particular y no al

seguro popular dado que ahí “se tardan mucho para atender” y no es de utilidad para emergencias.

Ninguna de las hijas que la acompaña menciona que los médicos les hablen sobre qué es la enfermedad y cómo tratarse más allá de la toma de medicamentos, no comer grasas y azúcar. Así que ellas mencionan que les gustaría que les explicaran mejor cómo deben de cuidarla y algunos consejos fáciles de seguir. La falta de estrategias adecuadas por parte de la biomedicina para acercarse a los familiares de los diabéticos se ve reflejada en la falta de ideas sobre cómo cuidar a su familiar, qué hacer en caso de emergencia y que medidas preventivas pueden tomar los demás familiares para evitar el desarrollo de diabetes. En el caso de la familia de Esther una de sus hijas ha sido diagnosticada con diabetes en el último año, evidenciando la falta de seguimiento adecuado sobre los familiares de Esther para tratar de frenar el desarrollo de la diabetes en más personas.

➤ **Los tipos de apoyo**

Los tipos de recursos que fluyen en la red de Esther varían en frecuencia pero sobre todo en el número de actores involucrados, en la tabla 68 se muestra un resumen de lo anterior.

Tabla 68. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Frecuencia
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	20 de 46	Anual
	Apoyo económico	7 de 46	Mensual y Semanal
	Apoyo alimenticio	15 de 46	Mensual
	Apoyo en gastos médicos	8 de 46	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	3 de 46	Todos los días
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	5 de 46	Mensual
	Apoyo en información y consejos	25 de 46	Anual
	Apoyo afectivo	5 de 46	Todos los días
	Apoyo en control de tratamiento	6 de 46	Todos los días
	Apoyo en compañía cotidiana	7 de 46	Todos los días
	Apoyo en visitas	46 de 46	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

El apoyo económico que recibe es por parte de su unidad doméstica, incluyendo a su esposo, sus hijos casados y solteros, todos le dan una cantidad semanal y ella se encarga de comprar la comida. Sus hijas que viven con sus familias también le dan alguna “ayuda” una o dos veces al mes para que pueda comprarse lo que ella quiera. Su esposo es quien aporta más dinero a la semana para la compra de alimentos, pago de servicios pero también para que ella compre medicinas, remedios que le puedan ayudar o algo que haga falta. Sin embargo las cantidades que otorgan los miembros de su red son

reducidas, entre 300 y 500 pesos a la semana para mantener los gastos de nueve personas el gasto familiar apenas cubre lo mínimo necesario.

➤ **Apoyo alimenticio**

El apoyo alimenticio ocurre en primer lugar mediante la cosecha de lo que el esposo siembra en el campo, como es maíz, frijoles y algunas hortalizas. Ella, su nuera y sus hijas compran el resto de los alimentos; sus hijas cuando la visitan le llevan comida de la que ellas preparan en su casa, también sus hijos y cuñadas a veces le llevan fruta o comida para todos cuando se reúnen. Sin embargo, ninguna de estas aportaciones de alimentos son las adecuadas según las indicaciones que el médico le ha dado. Ella sabe que es así pero no puede hacer nada porque no puede negarse a comer lo que le “invitan” sus hijas, mientras que la familia opina que no hay demasiado problema con su dieta mientras ella no coma mucho de lo que preparan.

➤ **Apoyo en vestimenta**

Al igual que en los otros casos este recurso es para ocasiones como cumpleaños o día de las madres. Normalmente son sus hijos y su esposo quienes le regalan ropa y zapatos; Esther menciona que no es algo frecuente pero que no necesita de más ropa. Además de los familiares mencionados sus cuñadas también le regalan ropa en su cumpleaños, por lo que es uno de los recursos donde participan más miembros de la red.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Esther cuenta con Seguro Popular y los gastos para su atención médica incluyen la compra de medicamentos en caso de desabasto, el pago de análisis no incluidos, así como el pago de consulta con médico particular. Para todos los gastos su esposo es quien de manera más frecuente los cubre, pero también sus hijos e hijas cooperan para comprarle medicinas o llevarla con el médico particular si se enferma. Asimismo su esposo le compra medicina naturista para tratar de mejorar su nivel de glucosa. En este tipo de apoyo intervienen pocos miembros pero en comparación con otros informantes es una de las personas con más números de componentes de la red que lo otorgan.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Las actividades domésticas son realizadas por sus nueras e hijas, quienes se encargan de limpiar y cocinar. Esther también les ayuda a cocinar, comprar y traer el mandado, ir por sus nietos a la escuela y lavar la ropa de su esposo y la suya.

Mija es la que luego hace la comida, es la que tiene su niña, es mamá soltera ella es la que se encarga de hacer la comida o entre las dos la hacemos. Hacemos tortillas yo las hago y ella las volteo (Esther).

Al ser varias mujeres viviendo en la misma casa entre ellas se turnan para realizar las actividades domésticas. Los hombres no participan de ninguna actividad de este tipo, porque ellos “trabajan” fuera de casa y las mujeres son las indicadas para realizar los quehaceres domésticos.

➤ **Apoyo afectivo**

Para Esther el apoyo afectivo que recibe de su familia es importante porque le ayuda a sentir con mejor ánimo, sus hijos le preguntan cómo se siente y la impulsan para

que acuda al grupo de autoayuda y tome sus medicamentos. Ella pasa mayor tiempo platicando con sus hijas pero no le gusta hablar de sus problemas ya que le parece incómodo, tampoco habla de si se siente triste, enojada o deprimida.

No sé, como que no me siento bien así platicar a mis hijas porque, pues yo siento que ellos no este, como le diré, como que me van, o sea, que luego les quiero platicar de mi vida como viví, como sufrí, como eso. Pues luego me dan ganas de darles un abrazo o decirles que los quiero, pero yo me detengo porque siento que me van a rechazar, o que me van a decir “mi mamá está loca o que le pasa”, o algo así, yo siento eso pero no sé. Por eso luego me quedo así me guardo mis cosas (Esther).

Esther menciona que casi nunca abrazó a sus hijos cuando eran niños, ni ahora, piensa que tiene dificultades para mostrar sus sentimientos porque su madre “nunca la conocí y nunca me trataron así bien de niña, así como veo que son las madres que abrazan y apapachan, yo no, yo no sé de eso”. De sus hijos el menor es quien se acerca con ella y ella reconoce que es el más afectuoso de todos.

Luego mi hijo el más chico que ya tiene 20 años luego él viene me abraza, luego ya me está acariciando la cabeza él siempre, el más chico. Es el único porque los demás casi no (Esther).

Además de con sus hijos platica con una de sus concuñas quien también padece diabetes, así que ambas se dan consejos sobre qué tomarse y como cuidarse.

Solo platico con mi concuña pero ella también está enferma, luego ella se siente mal y le doy un vasito de mi té que tengo. Pero ella si le da sueño ella sí se va y se acuesta y se duerme, luego así hablamos de lo que se siente de la diabetes y ya me dice que le han dicho de nuevo que se tome y me convida (Esther).

A pesar de que con ella tampoco platica mucho al respecto de cómo se siente emocionalmente le parece que le sirve platicar con ella porque la entiende sobre lo difícil de cuidarse, los enojos que tiene con sus hijos y otras cuestiones cotidianas.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

Esther siempre está acompañada en su casa ya que están sus nueras, su hija, sus nietos, sus hijos y las hijas que la visitan, así como sus cuñadas. Por lo que diariamente siempre tiene alguien con quien convivir, además de las visitas de sus demás familiares. Ella se siente “bien” con la compañía que tiene porque considera que así es una motivación para realizar sus actividades y no dormir todo el día, porque cuando le da sueño recuerda que tiene cosas que hacer y porque sus hijos están con ella. A sus hijos les parece bien estar en contacto cuidando de su madre, piensan que deben apoyarla y cuidarla mientras ella viva; por lo que tratan de visitarla todos los días.

➤ **Apoyo en visitas**

Al igual que todas las redes expuestas este recurso es el principal del que todos participan, sus hijos son quienes la visitan con mayor frecuencia a excepción de los que viven fuera de Atlautla. Su suegra y cuñadas de la anterior pareja también la visitan o la invitan a su casa cuando están en Atlautla, ya que tiene buena relación con esa familia política.

La señora luego viene compro una casa por acá abajo y luego viene, viene y la veo y la encuentro me saluda y platicamos, también con mis cuñadas igual. A veces si vienen, o yo voy allá a su casa de ellos cuando vienen, todavía pues me llevo bien, todavía No vienen seguido vienen cada tres ó cuatro meses, así (Esther).

También recibe las visitas de sus cuñadas hermanas de su esposo que viven en Atlautla, ellas la visitan dos o tres veces a la semana al igual que sus sobrinos porque pasan tiempo con sus hijos en su casa.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El control del tratamiento implica actividades específicas en torno a los cuidados que implican padecer diabetes, en este tipo de apoyo participan su esposo, dos de sus hijas y todas sus hijas. Por ejemplo le recuerdan que vaya al grupo de autoayuda, le preguntan si se toma sus medicamentos, las hijas la acompañan a la cita familiar casi en todas las ocasiones y también le informan sobre consejos que han escuchado para mejorar su diabetes.

Sin embargo, no existe una persona formal que esté al pendiente de su salud, de sus cuidados y de su tratamiento de manera regular, ya que todos lo hacen episódicamente, no cuenta con un cuidador primario que le ayude en todos los cuidados que necesita. Sus hijas trabajan todo el día ya sea en sus quehaceres domésticos o en labores temporales, así que solo pueden acompañarla un rato por las tardes.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

A sus consultas médicas la acompañan sus hijas, pero esto no ocurre en todas las ocasiones la mayoría de las veces va sola, y desde que inició su tratamiento con insulina también acude sola a las inyecciones.

Siempre voy el día de mi cita y voy sola. Porque luego no hay quien me acompañe, mi hija se va a trabajar, los otros pus se van y ya vienen en la tarde, luego mis hijas pues es temprano a las 8:30 tengo mi cita, a esa hora no hay nadie yo sola estoy. A veces más me acompaña mi esposo o mi hija la mayor, como es la que está más acá pues es la que me lleva, o las otras cuando tienen tiempo, pero pues luego todos tienen sus cosas que hacer (Esther).

Sus hijas suelen ponerse de acuerdo para acompañarla pero solo en los periodos en que la ven “mala”, es decir, cansada o mareada; entonces intentan pedir permiso en su casa o en sus trabajos para llevarla. Pero de manera general no la acompañan ya que Esther no quiere importunarlos y se siente “bien” como para ir sola.

➤ **Apoyo en información y consejos**

En la red de Esther varios de sus miembros le dan consejos sobre remedios para cuidarse y bajar la glucosa, o bien información sobre apoyos y campañas gubernamentales que le puedan ser de utilidad.

Pues casi mi hija la mayor está al pendiente de avisarme si hay despensas o programas. Pues luego ellos platican con sus amigos y luego que fulano me dijo esto, o que su esposa tiene un tío que también está con diabetes y su abuelito de su esposa igual la tiene. La abuelita de Víctor se llama su abuelito, se toma esto, se toma esta hierbita o

esto otro, y luego también me compran (Esther).

Ella siempre escucha los consejos y cuando puede intenta llevarlos a cabo para saber si le ayudan o no en su balance de glucosa. También por medio de la información que circula en su red se entera de eventos donde puede obtener algún apoyo económico, alimenticio o de consulta médica. Sus hijos son quienes le comentan de eventos políticos donde pueda recibir algún apoyo, debido a que uno de ellos colabora en un partido político tiene siempre información de dónde y cuándo puede recibirlo.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Los tipos de apoyo que circulan en la red son variados y muy pocos son estables, la mayoría de ellos involucran a pocos miembros de la red. Como se observa en la tabla 69 después del apoyo en visitas el apoyo en información y consejos es el que presenta más miembros de la red familiar participando con un poco más de la mitad de sus miembros.

Tabla 69. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	32
Apoyo en información y consejos	54 %	12
Apoyo en vestimenta	43 %	2
Apoyo afectivo	1 %	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	10 %	No aplica
Apoyo económico	15 %	8
Apoyo alimenticio	32 %	15
Apoyo en gastos médicos	17 %	3
Apoyo en control de tratamiento	13 %	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	15 %	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	6 %	No aplica

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los apoyos materiales son de los que más participación tienen pero solo en vestimenta que es un recurso poco frecuente, el alimenticio se explica por el número de personas que viven en la misma casa y que en realidad se alimentan también a ellos y no solo a Esther. Los apoyos no materiales tienen poca participación de la red, ya que representa junto con el control de tratamiento y el acompañamiento a las citas médicas los rubros donde menos de diez personas otorgan esos recursos. Así que puede observarse que Esther está desprovista de este tipo de recursos para su autoatención, los cuales son de suma importancia porque implican por un lado el apoyo afectivo que se necesita para tener buen “ánimo” para cuidarse y mejorar su salud.

La frecuencia de los apoyos varía siendo los únicos constantes las visitas y el apoyo alimenticio, los otros son espaciados a lo largo de un año, pueden incluir solo unas cuantas veces, no ocurrir durante meses y además son de los que más participan los miembros de la red familiar ya que no conllevan esfuerzos más allá de sus posibilidades.

De manera general se observa que la red familiar de Esther le satisface sus necesidades básicas como alimentación, tratamiento médico, dinero y compañía. Dejando fuera apoyos simbólicos como el interés en su salud, involucramiento en su cuidado y el aspecto psicológico de intercambio afectivo. Así como la preparación adecuada para ayudarla a tener un buen apego al tratamiento y poder tener bajo control su padecimiento.

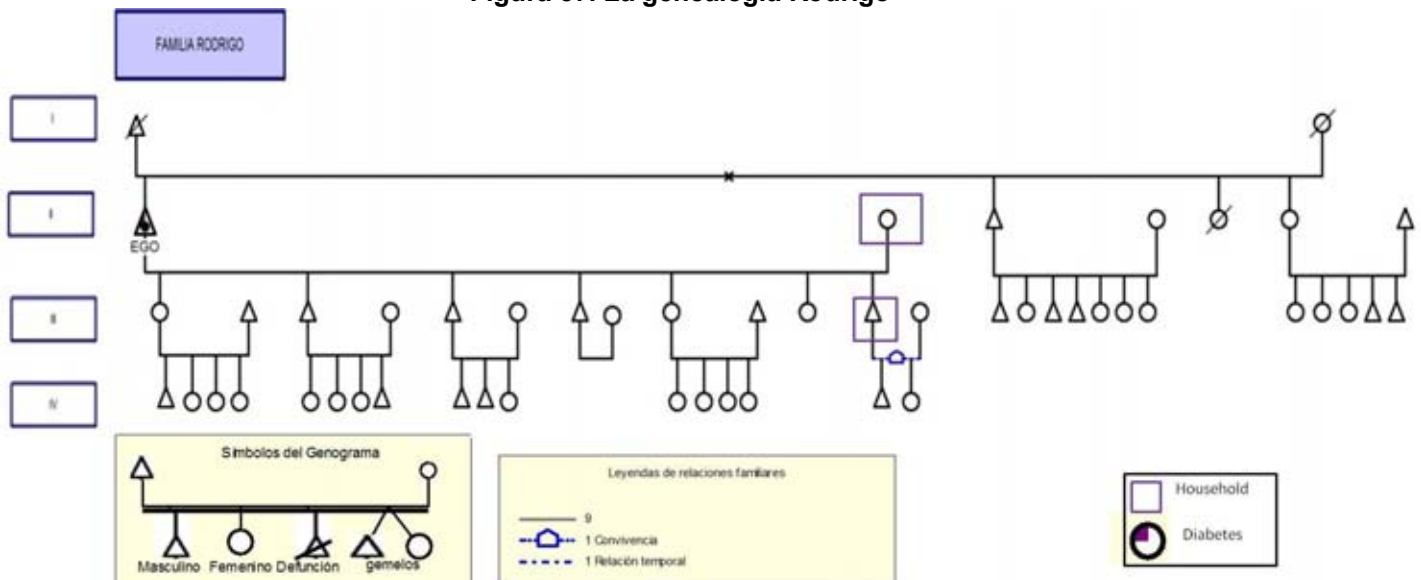
5.1.9 La red familiar de Rodrigo

➤ La genealogía

Los padres de Rodrigo fallecieron hace años primero el padre y luego la madre. Él y su madre no tuvieron buena relación desde que él se casó porque su esposa y su madre no se llevaban. Vivieron en casa de sus padres hasta que decidió que su madre debía irse con alguna de sus hermanas porque ellos no podían hacerse cargo de su cuidado. Tiene solo dos hermanos siendo él el mayor ya que su madre no pudo tener más hijos, tiene varios hermanastros pero no ha convivido con ellos porque viven en otras localidades. Tuvo siete hijos que ya tienen sus propias familias a excepción de una hija que vive con él aún soltera. Tiene 17 nietos y 10 bisnietos.

La figura 57 corresponde a la genealogía que está dividida en cuatro generaciones. La primera corresponde a los padres del adulto mayor; la segunda generación al adulto mayor, hermanos y hermanastros; la tercera generación incluye a los hijos del adulto mayor y a sus sobrinos; la cuarta se compone de los nietos. Los hombres están representados por un triángulo y las mujeres por un círculo, los fallecimientos se marcan con una diagonal que atraviesa las figuras. Las personas que padecen diabetes con un sombreado dentro de la figura y el grupo doméstico está encerrado en un cuadrado para resaltarlo.

Figura 57. La genealogía Rodrigo



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Como se observa en la genealogía tiene poca familia de origen ya que tuvo pocos hermanos debido a los problemas de su madre, y con los hermanastros no tiene relación. Las generaciones abundantes son la tercera y la cuarta en sus hijos, sobrinos, nietos y bisnietos. Es uno de los pocos casos de personas originarias de la comunidad que tiene pocos hermanos ya que la mayoría cuenta con más de cuatro hermanos dadas las condiciones generacionales. Rodrigo vive en el terreno herencia de sus padres con su esposa, su hija soltera y su hija con su esposo y su familia. Los demás hijos viven en los terrenos que les heredó o compraron una casa con la venta de los mismos.

Comparando la genealogía con la red familiar, se observa cómo tiene varios parientes que intervienen además de la familia cercana como sus hijos y nietos, cuenta con sobrinos y primos que tienen relación con él y le otorgan algún tipo de apoyo. A él le gusta visitar a sus familiares y reunirse con ellos, aunque tengan discusiones por su “carácter” a decir de él mismo y de su familia.

➤ **La generación de la red**

La red familiar de origen a la que pertenecía Rodrigo se componía por sus padres, abuelos, tíos y hermanos, tanto la familia paterna como materna era amplia y varias personas del pueblo lo conocen por ello. Sin embargo, la mayoría de los familiares de mayor edad que él o contemporáneos ya han fallecido, como son sus tíos y primos. Con las nuevas generaciones a pesar de conocerse y saludarse pocas veces tiene contacto, más que con un grupo reducido de todos los componentes familiares. Por lo que la mayor parte de la familia de origen cambió y se quedaron sólo sus hermanos, algunos primos y sobrinos formando parte de su red familiar.

Su padre se dedicaba a sembrar sus tierras para lo que llevaba sus hijos y contrataba peones, era una de las personas que tenían mayor número de hectáreas en su propiedad. Sin embargo, como siempre “le gustó la bebida” dejó de trabajar las tierras y fue endeudándose así que vendió parte de ellas. Su madre se dedicó a las actividades domésticas, él y sus hermanos pasaban todo el día trabajando con su padre y no asistieron a la escuela más que algunos años. Él recuerda que le tenía miedo porque era “fuerte y gritón”, en diferentes ocasiones les pegaba por no hacerle caso o porque no querían ir a trabajar.

Mientras él vivía en casa de sus padres con su madre, su esposa y ella discutían por el uso de los cuartos, el espacio de los hijos, entonces Rodrigo le pidió a su hermana que se la llevara a vivir con ella cuando falleció el padre, porque él no podía atenderla y ya no quería que su esposa y ella discutieran todo el tiempo. Existen otras versiones de sus hermanos y primos de que él amenazó con una pistola a su madre para que le firmara el “papel” de herencia de la casa y se fuera con la hija.

La relación con sus dos hermanos ha sido complicada ya que él al ser el mayor los cuidó de pequeños, pero recibía los regaños y golpes del padre y la madre si ellos se portaban mal, por lo que él siempre se los reclamó. Con su hermana se dejó de hablar varios años por la situación de su madre, fue hasta que ella murió cuando volvieron a hablarse.

Pos con mis hermanos namás somos pocos, los medios hermanos si son hartos, pero con esos nunca. Si nos saludamos pero hasta ahí porque bien que querían quedarse

con más tierra de mi papá y hasta ganas tenían de quitarnos a nosotros...[...]. Con mi hermano pos bien, ya estamos viejos los dos ya namás platicamos de todo lo que hicimos, y pos con aquella luego me invita un taco o me invitan mis sobrinos (Rodrigo).

Sus sobrinos lo visitan o lo invitan a sus casas cuando hay fiestas, a Rodrigo le gusta acudir y pasa todos los fines de semana con sus hijos, con sus amigos o en las fiestas que lo inviten.

➤ **La formación de la familia propia**

Rodrigo trabajó un tiempo en el terreno que le heredaron, de ahí invirtió para comprar un camión de carga y dedicarse a ello. Conoció a su esposa cuando tenía 16 años, duraron varios años de novios y luego se “la robo”, ya que nació su primer hijo se casaron sólo por la iglesia. Ella se dedicaba a ayudarles a sus padres con su negocio de carnicería y tampoco fue a la escuela; después de varios años a sugerencia de su suegro se asociaron para comprar ganado y así se dedicó a la venta de carne y leche.

Con su esposa la relación siempre fue de constantes discusiones, las razones principales son su alcoholismo y las infidelidades.

Pues mire yo de camionero pues me salían hartas chamacas y así guapas, que se me subían al camión. Ya luego con lo de las vacas pos tenía harto dinero y pues me daba mis escapaditas, y ella namás hacia corajes y pura reclamadera. Ya ahora ya no tanto, pero igual se enoja de todo (Rodrigo).

Desde que se casaron han tenido peleas constantes pero nunca pensaron en separarse, hace años duermen en cuartos separados pero en la misma casa y ella sigue atendiendo. La esposa menciona que “todos” los problemas que ella tiene son porque él se gastaba el dinero con mujeres y con sus amigos tomando alcohol. En el presente ella ya “no la hace caso” porque “ya lo conoce” así que deja que haga lo que quiera, aunque sigue regañándolo si se sale a tomar o se descuida mucho en su comida.

Con sus hijos la relación es buena, cuando ellos eran pequeños su madre se encargó todo el tiempo de cuidarlos ya que él se la pasaba fuera por los viajes que debía realizar. Después los tuvo cuidando el ganado y les repartió tierras para que las trabajaran, lo hicieron durante un tiempo, algunos vendieron y se fueron. Todos estudiaron por lo menos la preparatoria y tienen una carrera u oficio como: maestra, contador, enfermera, ama de casa, comerciantes, ingeniero y transportista.

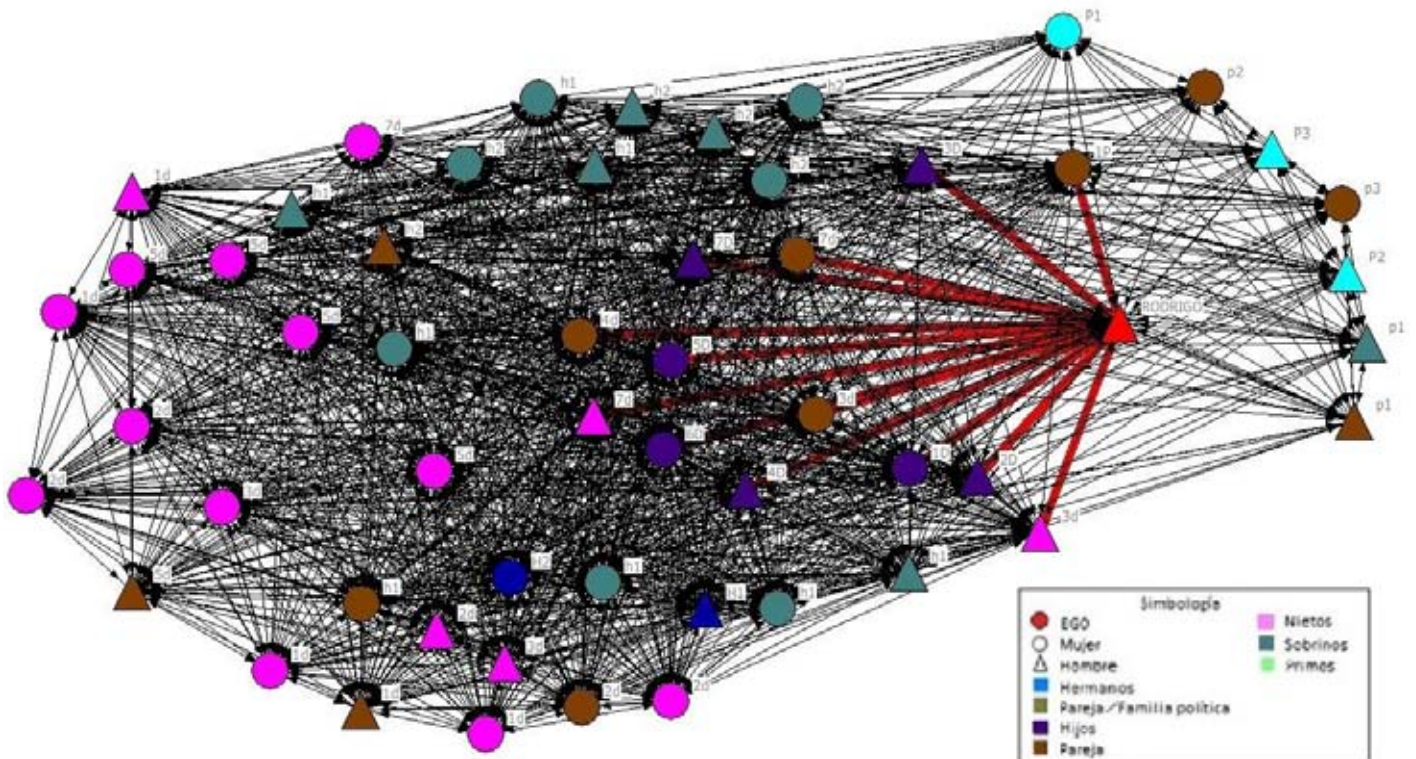
Todos visitan a sus padres continuamente, les otorgan diferentes tipos de apoyos y buscan como llevar a Rodrigo con diferentes médicos para que lo consulten por su problema en las piernas. Los hijos mencionan que su padre ya “está grande” entonces deben tenerle paciencia y ayudarlo, para ello le dan “por su lado” para evitar discutir con él. Entre ellos las discusiones son en torno a quienes apoyan económicamente o no a los padres, si los cuidan o no, y algunos otros malentendidos.

La relación con su familia política no es cercana, él no los visita pero los saluda si los encuentra en la calle. A su esposa la visitan sus hermanos, sobrinos y primos pero Rodrigo solo los saluda y no le gusta convivir con ellos, esto es porque él piensa que ellos están de su parte y que le dan la razón para que lo moleste.

➤ **Los miembros de la red**

La red de Rodrigo tiene como mayor componente a sus hijos, siguiendo los nietos y los sobrinos. Como se observa en la imagen existen dos grupos donde no todos los miembros de la red se conectan, este grupo se divide por la familia creada y los de la familia de origen. En la figura 58 se presenta la red familiar compuesta por los familiares que tienen algún tipo de convivencia con Rodrigo y que otorgan diferentes apoyos. Cada símbolo representa a un actor de la red, los círculos a las mujeres y los triángulos a los hombres; las líneas en negro corresponden a los lazos entre actores mostrando el grado de conexión entre los miembros. Los diferentes colores representan a los tipos de posición genealógica.

Figura 58. Red familiar Rodrigo



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los lazos que están remarcados en color rojo representan a los actores que otorgan alguno de los siguientes recursos: apoyo en gastos médicos, acompañamiento a citas médicas y control de tratamiento. De este tipo de recursos existen trece miembros que participan en el cuidado del padecimiento de Rodrigo.

Los componentes de la red familiar se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 70. Miembros de la red familiar Rodrigo

Total: 54
-Hijos: sus siete hijos pertenecen a la red.
-Nietos: 17 nietos que tienen edad suficiente para decidir visitar o realizar algún tipo de apoyo.
-Pareja: esposa.
-Hermanos: dos hermanos con los que tiene contacto regularmente.
-Sobrinos: trece sobrinos que lo visitan o él visita y otorgan algún tipo de apoyo para él.
-Familia política: en este rubro sólo aparecen las parejas de sus hijos o de sus hermanos.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Grupos familiares:

1p: esposa de Rodrigo

Hermanos:

Familia H1: Con las letras H1, h1, h1, h1, h1, h1, h1, h1 y h1 se identifica a: hermano y su esposa mayores de 60 años, siete hijos mayores de 40 años, viven en otro municipio del Estado de México.

Familia H2: Con las letras H2, h2, h2, h2, h2, h2 y h2 se identifica a: hermana y su esposo mayores de 60 años, cinco hijos mayores de 40 años, viven en la Ciudad de México.

Hijos:

Familia D1: Con las letras D1, d1, d1, d1, d1 y d1 se identifica a: hija y su esposo mayores de 40 años, cuatro hijos mayores de 25 años, viven en otro municipio del Estado de México.

Familia D2: Con las letras D2, d2, d2, d2, d2 y d2 se identifica a: hijo y su esposa mayores de 40 años, cuatro hijos mayores de 25 años, viven en la Ciudad de México.

Familia D3: Con las letras D3, d3, d3, d3 y d3 se identifica a: hijo y esposa mayores de 40 años, tres hijos mayores de 20 años, viven en Atlautla.

Familia D4: Con las letras D4 y d4 se identifica a: hijo y su esposa mayores de 35 años, viven en la Ciudad de México.

Familia D5: Con las letras D5, d5, d5, d5, d5, d5 y d5 se identifica a: hija y su esposo mayores de 35 años, cuatro hijos mayores de 20 años, viven en la Ciudad de México.

Familia D6: Con la letra D6 se identifica a: hija soltera mayor de 30 años, vive en Atlautla.

Familia D7: Con las letras D7, d7, d7 y d7 se identifica a: hijo y su esposa mayores de 30 años, dos hijos mayores de 15 años, viven en Atlautla.

➤ **La dinámica familiar**

Rodrigo menciona que la división de trabajos en la familia es que los hombres trabajan y “mantienen” a su familia, mientras que las mujeres deben quedarse en casa para cuidar a los hijos y atender al esposo. Cuando él era pequeño y cuidaba de sus hermanos no realizaba ninguna actividad del ámbito femenino. Cuando se caso repitió ese patrón con su esposa y con sus hijos, ninguno de los hombres se dedicó a realizar actividades domésticas, mientras que a las hijas se les enseñó a realizar las mismas tareas que su madre. Rodrigo es crítico con los hombres que realizan quehaceres domésticos porque exhibe que no tienen el “control” de su casa y eso no es apropiado para un hombre.

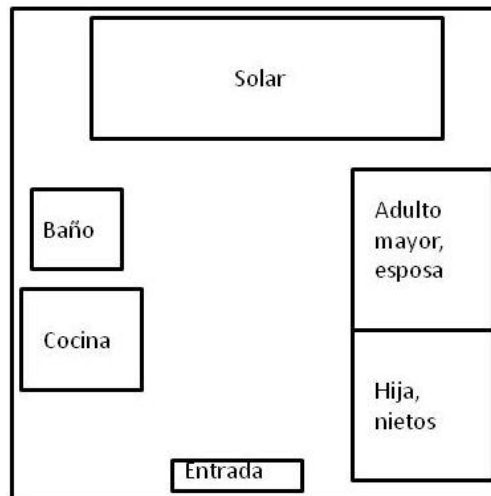
La convivencia familiar entre Rodrigo y sus hijos es buena, lo visitan varias veces al mes y realizan comidas familiares. Llamen por teléfono para saber cómo se encuentra.

Entre los hermanos no conviven demasiado, ellos mencionan que es por falta de tiempo pero intentan encontrarse en casa de sus padres y convivir ahí. Los problemas y diferencias que tienen es sobre la aportación económica para sus padres, reclamos por la herencia recibida que para algunos es desigual y discusiones con Rodrigo por cómo lleva su tratamiento y la cantidad de alcohol que ingiere.

➤ **Las decisiones y el uso del espacio por el adulto mayor**

El terreno donde vive sólo está ocupado por su esposa y dos de sus hijos, Rodrigo toma las decisiones de qué hacer, él es quien les pide a sus hijos que arreglen los desperfectos y mantengan la casa bien. En cuanto a su salud también él es quien decide, algunas veces es aconsejado por sus hijos y su hija soltera, pero él es quien decide al final que es lo que hará a pesar de las discusiones que tenga con ellos para cambiar de opinión (ver figura 59).

Figura 59. Disposición espacial casa Rodrigo



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Él hace uso todos los espacios del terreno a excepción del cuarto donde están sus hijos. Se han hecho algunas modificaciones para que él pueda moverse mejor en su interior, se colocaron pasamanos en el baño y cerca de su cama para que pueda detenerse. Fueron sus hijos quienes decidieron y pagaron por ellas.

➤ **Algunas características de la red familiar**

La red de Rodrigo incluye a 54 familiares donde los hijos y nietos constituyen la mayoría, pero la participación de sobrinos también es considerable. La tabla 71 presenta dos medidas para conocer que tan relacionados están entre sí los miembros de la red de Rodrigo; el grado de centralidad y el de cercanía muestran que la distribución de lazos y distancia entre los actores varía según al grupo familiar al que pertenece.

Tabla 71. Medidas de intermediación red Rodrigo

Familias	Grado de centralidad	Cercanía
Rodrigo	100.000	100.000
1P	100.000	100.000
H1	100.000	100.000
H2	100.000	100.000
P1	48.148	65.8
P2	44.444	64.286
P3	44.444	64.286
1D	87.037	88.525
2D	87.037	88.525
3D	87.037	88.525
4D	87.037	88.525
5D	87.037	88.525
6D	87.037	88.525
7D	87.037	88.525

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

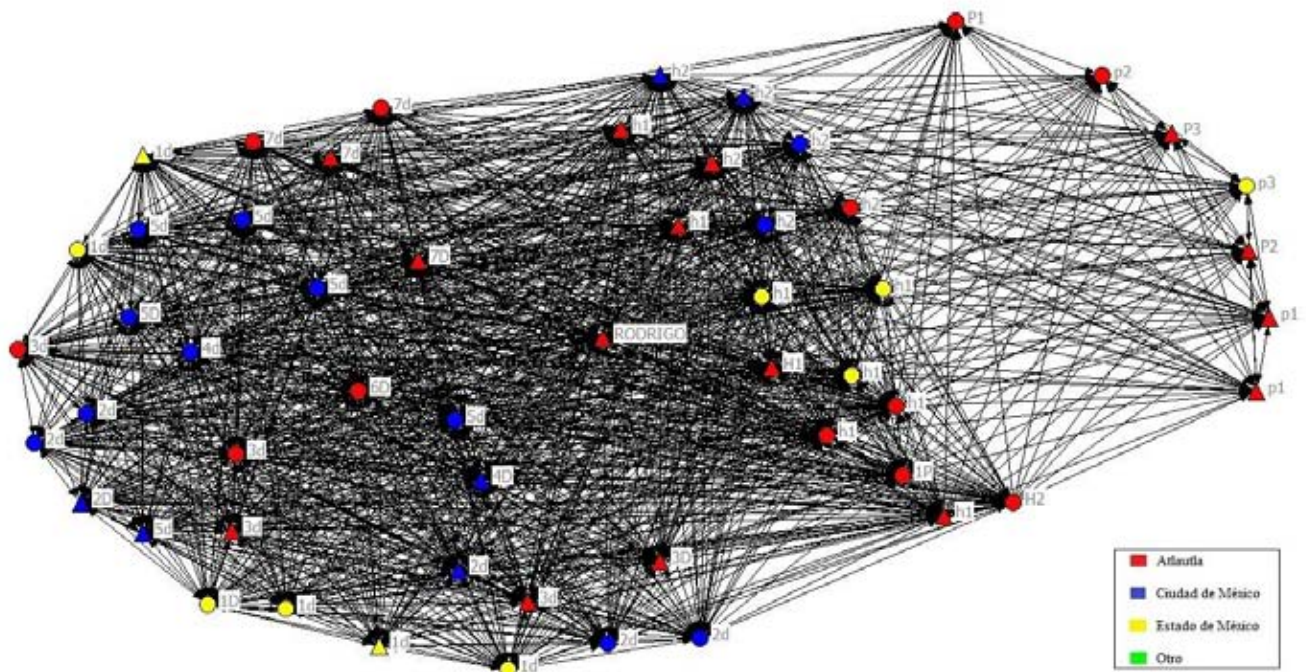
La familia de origen como son los hermanos y sobrinos tienen el mayor grado de centralidad y de cercanía debido a que guardan relación con todos los miembros de la red. Mientras que la familia creada es decir hijos y nietos tienen menor grado porque no conviven con todos los miembros de la familia de origen. Es decir que Rodrigo es el enlace entre esos grupos, repitiendo una vez más el patrón de actor principal sin el cual los grupos al interior de la red probablemente terminen fragmentándose a su muerte.

Con respecto a la posición genealógica de los 54 miembros de la red tenemos que la mayoría corresponde a los nietos cuyas interacciones más frecuentes son por visitas y algunas tareas domésticas o regalos. Los nietos lo visitan en compañía de sus padres y por iniciativa propia, además de otorgar otro tipo de apoyos. Sus sobrinos también lo frecuentan pero en menor grado aunque sí participan de varios tipos de apoyo, por lo que Rodrigo tiene una de las redes más amplias y una de las pocas que tienen variedad de apoyos recibidos.

Le siguen en número sus hermanos y primos, con ambos tiene una relación de visitarse constantemente a lo largo del año sin que existan diferentes tipos de intercambios. Su unidad doméstica se compone por sus hijos que viven con él y su esposa, su hija y su esposa son quienes realizan las actividades domésticas para él y su hija es quien lo acompaña al médico cuando tiene tiempo libre, así que ambas son quienes están pendientes de su salud y tratamiento.

La mayoría de los componentes de la red viven en Atlautla a unas cuantas cuadras de Rodrigo, los demás están en el mismo estado o en la Ciudad de México por lo que no tienen complicaciones para visitarlo debido a la distancia. En la figura 60 se muestran en color rojo quienes viven en Atlautla, color azul los habitantes de la Ciudad de México y en color amarillo los de otros municipios del Estado de México.

Figura 60. Distribución geográfica de la red Rodrigo



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Si tiene problemas de salud sus hijos que viven cerca lo atienden y si es necesario llaman a los demás para que acudan a visitarlo o envíen dinero. Hasta el momento sólo ha tenido algunos momentos de gravedad que se han podido solucionar rápidamente y sin intervención de varios médicos. Todos sus hijos trabajan por lo que no pueden acompañarlo a la cita médica y sólo van si está enfermo.

Las características homofílicas de la red solo son referentes a compartir el género masculino y el parentesco; otras características son la edad que solo comparte con sus hermanos.

Acerca de la preparación o ideas sobre cómo brindar apoyo en la atención y cuidado cotidiano del diabético existen de manera irregular y a veces con nociones equivocadas según el discurso biomédico. Quienes poseen mayor información son su hija que lo acompaña a las citas y su hijo que trabaja en una dependencia del seguro popular. Ambos saben medidas de control generales como cuidado de la dieta y toma de medicamentos, por lo que mencionan que Rodrigo no lo lleva adecuadamente. Para situaciones de emergencia la única acción que conocen es llevarlo al médico, lo cual ha hecho su hija Patricia y es quien llama a los demás hijos para que acudan a visitarlo.

➤ **Los tipos de apoyo**

La información obtenida permitió conocer los siguientes tipos de apoyos que circulan en la red de Rodrigo tal como se muestran en la tabla 72:

Tabla 72. Tipos de apoyo y miembros de la red involucrados

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Frecuencia
Apoyos materiales	Apoyo en vestimenta	15 de 54	Anual
	Apoyo económico	8 de 54	Mensual
	Apoyo alimenticio	30 de 54	Mensual
	Apoyo en gastos médicos	6 de 54	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en quehaceres domésticos	3 de 54	Todos los días
	Apoyo acompañamiento a citas médicas	5 de 54	Mensual
	Apoyo en información y consejos	47 de 54	Anual
	Apoyo afectivo	-----	Anual
	Apoyo en control de tratamiento	5 de 54	Anual
	Apoyo en compañía cotidiana	7 de 54	Todos los días
	Apoyo en visitas	54 de 54	Semanal

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:➤ **Apoyo económico**

La totalidad de los ingresos económicos de Rodrigo proviene de lo que sus hijos le dan, así como de la venta de fruta que él hace de sus árboles. Todos sus hijos y uno de sus nietos le dan una cantidad aproximada de 300 a 400 pesos mensual o bimestral. Así considera que tiene cubiertos sus gastos sin ningún problema, además de que él no se encarga de “estarles pidiendo”, sino que son sus propios hijos quienes han decidido apoyarlo. Sus hijos y esposa mencionan que es necesario que ellos lo mantengan porque él ya no puede trabajar por su condición de diabético y sus problemas de gotartrosis.

➤ **Apoyo alimenticio**

Este apoyo es recibido por Rodrigo como despensa y/o platillos principalmente por sus hijas. Además de recibir los alimentos cuando lo visitan también lo invitan a comer. Este apoyo es uno de los que tiene más miembros realizándolo, su componente principal es femenino pero también algunos hijos lo otorgan dando una despensa algunas veces al año.

Sin embargo, el tipo de alimentos compartidos no tienen en cuenta las recomendaciones sobre la dieta del diabético. Esto se debe a la falta de información de los familiares, pero también porque Rodrigo come de todo y se molesta si lo limitan o le aconsejan dejar de comer algo, sus hijos mencionan que si él no se cuida ellos no pueden hacer nada y prefieren “darle el gusto” a estar discutiendo con él.

➤ **Apoyo en vestimenta**

Este recurso esporádico es otorgado en cumpleaños, participan varios familiares que incluyen principalmente hijos y nietos.

Cuando es mi cumpleaños me traen mis pantalones, mis camisas y así de regalos. Luego si me gusta algo y ando con alguno de ellos en ese momento me lo compran o ya

luego me lo regalan. De eso no me falta que alguien me dé, luego hasta mis sobrinos me dan de que compran para su papá (Rodrigo).

Quienes intervienen en este recurso son indistintamente hombres y mujeres, contando a todos los hijos y algunos de los nietos que ya trabajan.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Los gastos médicos de Rodrigo incluyen la atención en la clínica local ya que no es beneficiario del seguro popular. Además hace uso de médicos particulares y de otro tipo de medicinas. Para ello cuenta con apoyo de seis de sus hijos quienes pagan las consultas y medicamentos, asimismo son quienes lo llevan a buscar médicos que puedan atenderlo. Para ellos es mejor ir con el médico privado porque atienden rápido y dan “mejores” medicamentos.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en quehaceres domésticos**

Las tareas domésticas las realizan su esposa, su hija Patricia y su nuera, incluyendo limpiar, cocinar, lavar y ayudarlo si necesita algo en específico.

➤ **Apoyo afectivo**

El apoyo afectivo no es reconocido por los hombres como necesario y tampoco tienen ideas sobre su importancia y utilidad, al igual que los otros informantes varones Rodrigo mencionó que no cuenta con alguien a quien platicar sus problemas y compartir sentimientos ya que no lo considera necesario, además piensa que es una actividad femenina. Sus hijos tampoco han pensado que los afectos jueguen un papel importante en la atención, no piensan que deban darlo y tampoco saben cómo sería. En este rubro nadie participa, aunque podría considerarse el visitar y preguntar cómo se siente como un posible componente de este apoyo hacia Rodrigo.

➤ **Apoyo en compañía cotidiana**

La compañía cotidiana ocurre con su esposa, sus hijos y nietos que viven en su casa, además de las hijas que lo visitan varias veces a la semana. Él casi nunca está solo porque siempre hay alguien en su casa, sin embargo, busca salir porque prefiere convivir con el grupo de amigos que se reúnen en la esquina de su casa. Pero le parece positivo que sus familiares se acuerden de él y lo visiten seguido.

Rodrigo prefiere pasar las tardes sentado en la esquina de su casa con el grupo de amigos que se reúnen ahí para charlar y tomar bebidas alcohólicas. Llevan más de diez años reuniéndose, de ese grupo de amigos algunos ya han fallecido y otras personas más jóvenes se han incorporado. Algunos de ellos son personas con graves problemas de alcoholismo que están todos los días ahí tomando, otros sólo acuden los fines de semana. Rodrigo está todas las tardes con ellos, pero no siempre toma porque “trata” de no sobrepasarse para no sentirse mal de salud.

➤ **Apoyo en visitas**

Como en los otros casos este apoyo es donde participan todos los miembros de la red, sus hijos y nietos lo visitan varias veces al mes, sus hermanos y sobrinos una o dos veces al mes, y sus primos algunas veces al año. La dinámica de las reuniones es que las mujeres preparan comida para todos y después de comer los hombres se agrupan para

platicar y tomar alcohol, mientras que las mujeres cuidan de los niños y platican entre ellas. A pesar de que Rodrigo no debiera seguir consumiendo alcohol lo hace también en las reuniones familiares. Por ello siempre pelea con su esposa y sus hijos que terminan dejándolo porque ya no quieren discutir.

Cuando lo visitan sus sobrinos y hermanos a veces comen con ellos ó solo platican unas horas. Las ocasiones cuando reciben más visitas son en cumpleaños, navidad, semana santa y la fiesta patronal, en esos días siempre tienen familiares que se quedan varios días.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

Para apoyarlo en cumplir aspectos de su tratamiento Rodrigo cuenta con su hija Patricia, su esposa y otros tres hijos, ellos preguntan cómo se siente, le recuerdan la fecha de consultas, recuerdan cuándo debe tomar su medicamento y lo acompañan al médico alópata o alternativo.

Patricia y la esposa consideran que tratar con él en este aspecto es difícil porque no considera que tenga mejoría con la biomedicina y no le importa seguir el tratamiento como se le aconseja en la consulta. Ellas lo reprenden diciendo que si no funciona es porque él no se “cuida como debe”.

Pos siempre me están diciendo “ya tómese es pastilla, tómese la otra”, o “ya tiene que ir con el doctor, ¿Por qué no se hace caso”. Ya luego namás fastidian y fastidian de estar diciendo, ya me tomo la pastilla pa que ya no se enojen (Rodrigo).

Otras maneras de apoyarlo incluyen buscar y llevarlo con otros médicos y a otros tipos de medicinas para tratar sus problemas en las piernas.

➤ **Apoyo acompañamiento a citas médicas**

No tiene algún acompañante fijo que lo lleve a sus citas en la clínica local pero por lo general lo hace su hija Patricia porque a su esposa no le gusta ir con él. Para otras consultas médicas lo llevan otros hijos porque van en sus carros para no tener problemas con el transporte público ya que Rodrigo no puede subir o bajar fácilmente a él.

En situaciones de emergencia su hija avisa a los demás, primero acuden los que viven en Atlautla y si existen más complicaciones llegan los demás. Hasta ahora no ha sido hospitalizado por causa de la diabetes, sin embargo de acuerdo con el médico se encuentra descontrolado y debería aplicarse insulina para no sufrir complicaciones. Pero Rodrigo piensa que la insulina lo va a enfermar más y no acepta este tratamiento, su familia apoya lo que él diga porque si no “de todas formas no se la va a poner porque es bien necio” (Patricia).

➤ **Apoyo en información y consejos**

Los consejos e información que se mueven en su red son sobre cómo cuidarse y referencias de médicos alternativos, tradicionales y remedios que le puedan ayudar a tratar la diabetes y la gonartrosis. Ya que él está convencido que esta última se debe a la brujería se dedica a buscar quien pueda deshacerle el “mal”. Por ello los miembros de su red siempre le comparten información sobre cómo aliviar su malestar en las piernas.

A diferencia de otras redes aquí no circula información sobre apoyos institucionales ya que Rodrigo no le gusta depender de eso, por ello aunque pudieran conocer de programas que le beneficien no lo comunican ya que no sería útil para él.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Los tipos de apoyo que circulan en la red son variados y muy pocos son estables, la mayoría de ellos involucran a pocos miembros de la red. En la tabla 73 se muestran los porcentajes de las interacciones por tipo de apoyo.

Tabla 73. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en visitas	100 %	40
Apoyo en información y consejos	87%	10
Apoyo en vestimenta	28%	1
Apoyo afectivo	-----	No aplica
Apoyo acompañamiento a citas médicas	9%	12
Apoyo económico	15%	12
Apoyo alimenticio	55%	24
Apoyo en gastos médicos	11%	12
Apoyo en control de tratamiento	9%	No aplica
Apoyo en compañía cotidiana	13%	No aplica
Apoyo en quehaceres domésticos	5%	No aplica

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Coincidiendo con todas las demás redes las visitas son el apoyo principal y el enlace entre sus miembros. De los apoyos materiales el que tiene más participantes es el alimenticio, le siguen el acompañamiento y el económico pero éstos últimos tienen menos de 10 miembros otorgándolo. De los apoyos no materiales el que cuenta con más participantes es la información y consejos, le siguen los apoyos en control de tratamiento y acompañamiento que tienen un número más amplio de personas participando. El único rubro que queda sin recibir apoyo es el afectivo, esto se debe a la relación que tiene Rodrigo con su familia. A pesar de que es uno de los informantes que puede disponer de varios apoyos su convivencia es fría con sus familiares. Ellos mencionan que lo respetan y lo apoyan porque es su padre, pero no saben cómo tratar con él ya que lo consideran “necio y grosero” cuando no está de acuerdo con ellos.

La frecuencia de apoyos es mayor en visitas con 40 visitas anuales aproximadamente, le siguen en frecuencia el apoyo alimenticio y económico que sus familiares le otorgan por lo menos mensualmente. El apoyo en vestimenta sólo ocurre una vez al año, mientras que lo referido a la atención como es el acompañamiento a citas y el pago de gastos médicos son recurrentes por su búsqueda de diferentes curadores. El resto de los apoyos tienen frecuencias menores pero en comparación con los otros informantes se encuentra mejor atendido.

De manera general se encontró que Rodrigo tiene una red amplia y con un núcleo de 7 a 10 personas que constantemente otorgan la mayor parte de los apoyos. Ya que el

grupo principal de apoyo tiene varias personas pueden cubrir todas sus necesidades al grado que no ha tenido problemas con no pertenecer a ningún programa de ayuda institucional. Además de dicho grupo cuenta con más personas que otorgan diferentes tipos de recursos y con frecuencia variable, por lo que sirven para desahogar la carga de los cuidadores principales.

5.1.10 La red familiar y los diferentes recursos

Como ya se ha expuesto no todos los familiares de los adultos mayores se relacionan con ellos de manera constante por lo que no se consideran parte de la red familiar. No todos los entrevistados cuentan con familiares que les otorguen varios tipos de recursos, como se observa en la tabla 74 el recurso que involucra a más miembros de las redes son las visitas. Los demás recursos se encuentran dispares entre sí, la única coincidencia que hay de nuevo entre los entrevistados es que el apoyo en quehaceres domésticos es muy bajo en todos.

Tabla 74. Red familiar y tipos de recursos

Tipo de recursos	Mariana % actores de la red	Adriana % actores de la red	Guadalupe % actores de la red	Silverio % actores de la red	Andrés % actores de la red	Daniela % actores de la red	Esther % actores de la red	Rodrigo % actores de la red
Apoyo en visitas	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Apoyo en información y consejos	70 %	20.6%	6 %	3%	38 %	46 %	54 %	87%
Apoyo en vestimenta	39 %	29.4%	45 %	3%	58 %	70 %	43 %	28%
Apoyo afectivo	30 %	14.7%	9 %	2%	0 %	4 %	1 %	-----
Apoyo acompañamiento a citas médicas	24 %	8.8%	3 %	-----	0 %	23%	10 %	9%
Apoyo económico	18 %	14.7%	12 %	2%	9 %	2 %	15 %	15%
Apoyo alimenticio	18 %	17.6%	24 %	16%	18 %	81 %	32 %	55%
Apoyo en gastos médicos	12 %	-----	12 %	-----	15 %	12 %	17 %	11%
Apoyo en control de tratamiento	10 %	11.8%	3 %	-----	-----	18 %	13 %	9%
Apoyo en compañía cotidiana	6 %	23.5%	15 %	16%	12 %	14 %	15 %	13%
Apoyo en quehaceres domésticos	3 %	14.7%	6 %	-----	3 %	12 %	6 %	5%

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los recursos enfocados al tratamiento del adulto mayor también se localizan en un rango menor: Daniela y Mariana son quienes tienen un porcentaje mayor de miembros de la red que las acompañan al médico (24% y 23% respectivamente, lo que indica que dos o más personas se turnan para asistirlos; los demás sólo tienen un acompañante de fijo y en alguna ocasión otra persona puede hacerlo. De los gastos médicos sólo Esther tiene un porcentaje de 17% que implica más de dos personas otorgándolo; los demás tienen menos actores o incluso ninguno participa de ese tipo de recurso. Sobre el control del tratamiento Daniela tiene más miembros de la red que están al pendiente de ello, en contraparte Andrés y Silverio no tienen a nadie en este rubro; y los demás entrevistados tienen máximo dos miembros que lo hacen.

Las principales barreras que los familiares comentaron tienen para apoyar a sus familiares es la económica, pocos tienen un trabajo remunerado formal, la mayoría tiene trabajos temporales, sin prestaciones y bajos salarios que apenas les es suficiente para sus propios gastos. Otras barreras son de tiempo sobre todo en el caso de las mujeres que deben cuidar a sus hijos y a sus parejas; otro más son los problemas familiares que incluyen el “mal carácter” de los padres, la relación fragmentada con ellos por abandono o descuido (sobre todo en el caso de los hombres), la relación tensa entre hermanos por quienes cuidan a los padres y por qué motivos. Las relaciones familiares han sufrido modificaciones en su capacidad para sustentar a sus miembros a raíz de las crisis económicas, precarización del trabajo, migración y falta de vivienda. Debido a ello las familias sólo procuran a su núcleo doméstico, dejando a los demás familiares en segundo término y aunque intenten ayudar esto no sea suficiente.

En los informantes entrevistados no se encontró abandono pero sí diferentes grados de descuido por parte de los familiares, así como sobrecarga de las cuidadoras por ser quienes constituyen la unidad doméstica y son junto con el propio adulto mayor los únicos que sostienen cotidianamente todas las necesidades. Los problemas que el adulto mayor tuvo con sus familiares durante su ciclo de vida están reflejados en el momento actual y contribuye de manera importante en la disposición que tienen para cuidarlo. La madre suele tener más facilidad de tener apoyo por sus hijos ya que en el pasado fue quien dedicó todo su tiempo a cuidarlos, educarlos y trabajar para mantenerlos. Ello frente a un padre ausente que se dedicó a trabajar para desarrollar a su familia, pero que en pocas ocasiones compartió tiempo de calidad con sus hijos, esto se ve en los casos de Silverio y Andrés donde los hijos están mucho más cercanos a la madre y con el padre convive menos y otorgan sólo algunos recursos. Sin embargo, Rodrigo rompe con ello ya que todos sus hijos están en constante contacto con él, ayudándolo en su tratamiento y con diferentes recursos.

5.2 La reciprocidad en las redes sociales de apoyo

La reciprocidad es considerada una norma de intercambio entre personas que conforman un grupo social, las cuales están asociadas por algún tipo de vínculo como parentesco, amistad o político. Tradicionalmente se desarrolló por la antropología económica para tratar de dar cuenta de los sistemas primitivos de intercambio de bienes, en la actualidad el concepto sirve para explicar los sistemas paralelos de estrategias económicas de las familias marginales.

En el estudio de las redes sociales y de parentesco la reciprocidad ha sido retomada como un elemento de los comportamientos que las personas pertenecientes al grupo realizan para garantizar la cohesión social. El estudio de Good sobre el grupo doméstico entre los nahuas menciona como el concepto de reciprocidad enlaza sus acciones. Entre los nahuas se distingue el grupo de quienes “trabajan juntos” siendo aquellos que establecen una red de vínculos que produce sistemas de “obligaciones y apoyos” (Good, 2005). Los sistemas de obligaciones se enmarcan en el concepto de reciprocidad, no existe un convenio escrito que exija a los miembros del grupo pagar los favores recibidos. La obligación de la restitución es parte un compromiso simbólico mediante el cual se establece que para mantener una relación debe “otorgarse” algo a cambio de lo que se recibe; este concepto sobrepasa el intercambio material ya que la restitución depende del tipo de relación establecido, del contexto y de la posición social y de parentesco entre los involucrados. La reciprocidad no es el fin a perseguir en las relaciones sino el medio que conecta las relaciones, generando vínculos a largo plazo (Bruni & Zagmani, 2007).

5.2.1 Las representaciones sobre la reciprocidad

La reciprocidad es entendida por las personas como el “deber” o la “norma” de agradecer y devolver los favores, sea de manera inmediata o a lo largo del ciclo vital. El cuidado a los padres por parte de los hijos y nietos constituye un tipo de reciprocidad, como menciona un estudio sobre relaciones familiares al interior de la familia se espera que los parientes estén dispuestos a ayudar a aquellos que están necesitados (Varley & Blasco, 2001). En este sentido una de las funciones construidas socialmente sobre la familia es que debe proveer cuidados a los desprotegidos; como pueden ser niños, ancianos o enfermos. Habitualmente las representaciones asociadas a la dinámica del grupo familiar son que los miembros más viejos fueron los que trabajaron para que los jóvenes pudieran sobrevivir y desarrollarse, por lo tanto existe un “deber” de apoyar como agradecimiento y obligación por los comportamientos realizados en el pasado.

Cuando se habla del “deber de apoyar” están involucrados valores éticos y morales que forman parte de las discusión sobre las obligaciones sociales y personales que se generan por la convivencia con los otros. El pertenecer a un grupo social conlleva aceptar normas implícitas asociadas a la convivencia donde existe la obligación de dar para poder recibir. Así como apoyar a personas con menores recursos (puede ser por limitaciones físicas, económicas, sociales, etc.) como una obligación moral que conlleva el compartir y distribuir los bienes materiales y no materiales con los menos “afortunados”. Esta decisión de apoyar o no aparentemente es libre y voluntaria, pero en realidad está condicionada por los deberes morales de la “ayuda” que están relacionados a las ideas de “lo bueno y lo correcto” que han sido tema de debate de la ética⁸⁷. La actuación sobre el

⁸⁷ En la ética existen amplias discusiones sobre el deber y la felicidad, lo bueno y lo correcto. El deber es un concepto referente de la conducta moral que dicta aquello que se necesita cumplir para permanecer en consonancia con el grupo social con el que se comparten los preceptos morales. Por ejemplo, Adam Smith en su libro “La Teoría de los sentimientos morales” (Smith, 2004) habla de la solidaridad como un efecto de la identificación con otras personas que a su vez produce la acción de actuar al respecto. Otras posiciones afirman que el humano ha generado sentimientos morales que le motivan a preocuparse por los demás y realizar acciones que incluyan la compasión y la gratitud (Hume, 2006). La norma de la reciprocidad es asimilada como un valor ético que promueve la realización de conductas positivas frente a aquellos que han

malestar de los otros se genera a partir de la empatía⁸⁸, una vez que se “pone en los zapatos del otro” puede conducir a un proceso simpático que genere actos intencionales en ayuda y apoyo al otro.

Sobre los mecanismos del porqué se apoya a los otros existen dos grandes teorías involucradas, la del altruismo y la del egoísmo psicológico. La primera propone que el apoyo mutuo es una característica necesaria y producto de la sociabilidad. Es decir, es condicionante para que la persona forme parte del grupo y pueda sobrevivir, además de que el apoyo genera placer por fortalecer la convivencia social. La sociabilidad supone retos para las personas sobre todo cuando deben enfrentarse al sufrimiento o malestar de los otros, de acuerdo con la teoría del altruismo en esos momentos no ocurre un proceso racional de “si yo ayudo, en el futuro me beneficiaré” sino que son las emociones inmediatas emanadas de la sociabilización las que determinan la acción de ayudar. Las relaciones afectivas que se desarrollan con la sociabilidad serían la causa del apoyo y no la idea egoísta del beneficio propio. Si bien la cooperación supone ventajas las personas ayudan en principio por aliviar al otro, la compasión ocurre por la identificación con los demás y el actuar provoca recompensas morales al comprobar que el otro se encuentra mejor. Existen lazos de dependencia emocional recíproca entre las personas que condicionan la existencia del apoyo como una manera de “hacer el bien” para sentirse bien (De Waal, 2011).

Por su parte la teoría del egoísmo psicológico supone que toda acción cooperativa hacia los otros es una manera de asegurarse la sobrevivencia propia, por lo que a la persona no le preocupa el bienestar del otro sino el propio y si para alcanzarlo necesita ayudar lo hará para asegurarse un beneficio en el corto o largo plazo. Los actos humanos de acuerdo con esta postura son egoístas y auto-motivados, se actúa por los intereses propios que pueden ser disfrazados con el cumplimiento del deber. La ayuda o cooperación está sujeta a la satisfacción de enaltecer la imagen personal ante el grupo y/o de obtener futuros favores para igualar la ayuda inicial prestada. (Dawkins, 1989; Baier, 1995).

En otra dimensión sobre el deber de apoyar se sitúan los deberes emanados de la moral judeocristiana, dado que la sociedad mexicana en la que se desarrollaron los informantes está influida por estos principios éticos religiosos es importante señalar que dentro de la concepción de cómo debe portarse la persona se desarrollo una serie de mandamientos o principios morales que norman la convivencia. Al respecto existen los mandamientos de “amarás a tu prójimo” y “honrarás a tus padres”, fuera de cualquier otra discusión sobre lo que ambos mandamientos significan al interior de la misma religión implican un “deber ser” que condiciona a la persona al apoyo y caridad cristiana hacia los demás⁸⁹. Esto muestra cómo también desde la religión se enfoca a que debe existir un

actuado de igual manera. Involucra el apoyo mutuo para fortalecer los lazos sociales esperando que los otros hagan lo mismo.

⁸⁸ De manera general es la capacidad para interpretar el estado emocional de otro, advirtiéndolo su situación y sus emociones; la identificación mental y afectiva con otra persona. Es una habilidad para interpretar los estados emocionales del otro, un esfuerzo para lograr la comprensión de sus sentimientos, no incluye fenómenos afectivos (simpatía, antipatía) se limita sólo a la comprensión (Barnes & Thagard, 1997). Con ello se obtiene conocimiento, el cual permite entablar relaciones sociales más cercanas que puedan generar procesos de apoyo o bien mecanismos de sojuzgamiento.

⁸⁹ Específicamente en lo que respecta al cuidado de los viejos se marca como un deber cuidar a los padres, respetarlos y mostrar piedad; un versículo que muestra esa “obligación” de los hijos es: “Con todo tu corazón

“deber” de los hijos en apoyar y cuidar a los padres, esto es de importancia mencionarlo ya que todos los entrevistados y sus redes familiares pertenecen al contexto judeocristiano y en varios momentos hacen uso de este discurso para justificar el apoyo que dan a los padres. También los adultos mayores entrevistados lo mencionan como un elemento del porqué ellos ayudaron a sus padres, aunque en el discurso no esperan ser ayudados por sus hijos.

De acuerdo con estas obligaciones del “ayudar” se espera que sea la red familiar de acuerdo con una jerarquía de responsabilidad la que preste apoyos a los padres. Esto es en cumplimiento de la norma de reciprocidad como agradecimiento al cuidado que los padres tuvieron con ellos, así como una retribución por las propiedades heredadas.

Pues, pues así un apoyo que digamos como quien dice a fuerza no, es voluntario como aquí se les repartió para que nos ayudaran durante el tiempo que viviéramos, pero no es así (Silverio).

Pues porque son hijos por eso, ya los cuidamos ya nos toca que nos cuiden (Mariana).

Yo antes de estarle diciendo a mis hijos que necesito para esto mejor prefiero morirme de hambre, yo prefiero eso, ya que me lo dan voluntariamente que me dicen “mire mamá aquí tiene esto” pero que yo vaya y le diga “necesito esto” pues no (Adriana).

No nos acostumbraron nuestros padres a ser así, bueno al menos mi padre eso de andar pidiendo limosna nunca, tenemos manos tenemos pies no nos falta nada, nos enseñó que siempre trabajen. Siempre salgan adelante por su propia cuenta, no a, “no esperen a que nadie les dé, ni esperen a que les den limosnas” (Rodrigo).

Pues yo digo que, como hay muchos hijos que trabajan y ganan bien pos si les ayudan sus papás los que quieren, pero mire hay muchos que trabajan y ganan bien y no les ayudan, no les dan. Por eso le digo que el que quiere le da, y el que no, no le da. Pero yo digo que si debe de tener más atención uno que tenga diabetes, porque uno aunque sea abuelito pero si está bien pos anda uno más contento, sí se quejará uno pero no igual. El que tiene diabetes pues tiene que tener otra mejor ayuda (Guadalupe).

Pues hay muchos que quieren ayudar y muchos no, porque aquí se ha visto que muchos ni un taco les ofertan a sus papás. Pues ya se sienten, pior si ganan bien se sienten que tienen mucho dinero, ya para sus papas ya como dicen en la televisión queda uno arrumbado por ahí como una cosa que no sirve ya, así es (Esther).

En los discursos de los adultos mayores se aprecia como positivo y deseable que los hijos apoyen a los padres, pero existe otra condicionante para el apoyo: tiene que ser “voluntario”. Cuando los hijos no apoyan porque ellos quieren sino por ser obligados la relación se vuelve tensa, debido a esto varias de las personas entrevistadas sobre todo mujeres recalcan su preferencia de no recibir nada sino es por decisión de los hijos. La idea de ser quienes “tienen” que pedir ayuda no es aceptable, por lo que las estrategias

honra a tu padre, y no olvides los dolores de tu madre. Recuerda que por ellos has nacido, ¿cómo les pagarás lo que contigo han hecho?”. (Eclesiastés 7, 27-28). Este versículo fue citado por el grupo de oración que acude a las casas en Atlautla a acompañar a los enfermos.

observadas al respecto son: 1) no esperar ni contar con el apoyo de otros y buscar sostenerse por sí mismo; 2) reclamar y presionar para conseguir algún tipo de apoyo. La primera estrategia es la más utilizada sobre todo por las mujeres, porque aparentemente “comprenden” que los hijos tienen otras obligaciones. Los hombres reclaman la falta de ayuda y pueden presionar más a sus hijos para intentar obtenerla.

Por su parte en el discurso de los hijos también está el “deber” de ayudar a los padres, pero siempre acompañado de las dificultades que implica hacerlo. Los principales problemas que mencionan para hacerlo es la falta de recursos económicos y tiempo; ya que son limitados deben privilegiar a sus propias familias, siendo los padres atendidos sólo si existen excedentes. Mencionan que esto no es lo adecuado, porque saben “deben” apoyar a sus padres por el pasado, sin embargo, no tienen opciones al respecto.

Las representaciones que los adultos mayores entrevistados tienen acerca del apoyo es que si los hijos cuidan a los padres serán recompensados en el futuro. Tales ideas coinciden con el discurso judeocristiano de que los favores realizados son recompensados por Dios o castigados si no se otorgan. Los adultos mayores recuerdan como ellos también cuidaron ó no de sus padres, como una forma de mostrarles respeto y cariño, pero nunca como una manera de que alguien en un futuro los cuidara a ellos. Para ellos el que los hijos decidan cuidarlos depende de la disposición, el amor y las posibilidades económicas, por lo que no tienen opción para intervenir. Cabe mencionar que el hecho de que ellos sean cuidadores influye en que sus hijos puedan tener una sensibilidad mayor hacia las necesidades de los ancianos, es decir, por medio del aprendizaje social de observar que un hijo cuide a su padre, los hijos aprenderían que debe cuidarse de los padres. Quizá podría ser una característica que influya en la representación del cuidado de los padres.

Ya mi papá también de viejito ya no podía, vivía yo acá e iba yo a verlos, les llevaba algo de comer, de frutita, pasaba a traer y ya les daba yo. Mi papá fue el primero ya no podía, ya mi mamá también se enfermó, le decía que se viniera conmigo pero no quiso... [...]Pues mi niña estaba chica era la que iba a ayudarlo, le gustaba según irle a hacer quehacer (Mariana).

Pos ya ve que yo tenía aquí a mi papá, siempre lo cuide igual que mi mamá, tons ellos también ayudaban a verlos, poquito que convivían pero sí les gustaba estar con ellos, les enseñé a no ser contreros y ser obedientes (Daniela).

Yo cuide a mi mamacita pero ya ellos ya están grandes, ya ninguno se vino pa acá a ayudar, tan siquiera que la venían a ver pero así de cuidar no, ninguno nunca dijo algo de que preguntaran que le faltaba a su abuelita (Adriana).

Mariana, Daniela y Adriana son quienes han cuidado de sus padres, en el caso de las dos primeras los hijos colaboraron en ello, por lo que llevan ya dos generaciones de cuidado: el de los abuelos y ahora el de los padres. En el caso de Adriana ninguno asumió la responsabilidad de apoyarla para cuidar de la abuela, ya que a diferencia de Mariana y Daniela los hijos ya tenían una familia formada y no vivían en la misma casa, por lo que no crecieron conviviendo con el cuidado de los abuelos. La existencia de una asociación entre cuidado de abuelos y cuidado de padres puede ser sólo circunstancial. No todas las cuidadoras primarias cuidaron primero a sus abuelos, si ocurrió en el caso de Lizbeth y Lucía pero no con las demás cuidadoras quienes nunca habían cuidado a un

familiar hasta la enfermedad de sus padres.

5.2.2 Las condicionantes de la reciprocidad

Existen varias condicionantes para que los familiares de los adultos mayores puedan otorgar apoyo y establecer relaciones de reciprocidad con ellos. Algunas de ellas son la ocupación, la disposición de recursos económicos, el tiempo disponible y la distancia geográfica, todas estas características pueden favorecer o entorpecer la posibilidad de otorgar apoyo a su familiar (ver tabla 75).

Tabla 75. Ocupación de los cuidadores

Adulto mayor	Ocupación cuidador primario	Ocupación cuidador secundario
Andrés	Sin cuidador primario	Tianguista
Daniela	Personal de limpieza	Ama de casa, vendedora
Silverio	Sin cuidador primario	Vendedora. Costurera
Adriana	Sin cuidador primario	Personal de limpieza
Rodrigo	Secretaria	Maestra
Esther	Apoyo en cosecha	Ama de casa, vendedora
Mariana	Vendedora	Ama de casa. Maestra
Guadalupe	Vendedora	Ama de casa. Velador

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Como se observa en la tabla 75 la mayoría de los cuidadores primarios tienen empleos informales lo cual supondría que pueden buscar tiempo para cuidar o acompañar al adulto mayor. Pero al mismo tiempo también parece condicionar que la entrada del recurso económico sea errática y los obligue a trabajar más horas, limitando el tiempo para el cuidado del adulto mayor o representando una doble carga. El caso de los cuidadores secundarios es parecido ya que la mayoría tienen empleos informales, aunque existen más miembros con empleos formales, lo que indica que tienen menos tiempo para pasar con el adulto mayor pero tienen una entrada de dinero regular. Las profesiones que se encuentran son secretaria, ingeniero, enfermero y maestra, mientras que las otras son oficios libres. Varias mujeres son amas de casa y además de ello venden algo para obtener dinero extra que puedan usar como ellas decidan ya que el “gasto” que sus esposos les asignan es específicamente para la compra de alimentos. De esa manera pueden usar parte de sus ingresos extras para apoyar a los padres, sin tener que pedir al esposo que las ayude esto es porque todas mencionaron que los esposos se niegan a ayudar económicamente a los suegros.

Aparentemente las mujeres son las que tienen mayor disponibilidad de tiempo para cuidar a los adultos mayores. Esto sólo se cumple para aquellas que viven con sus padres y aún así es relativo porque deben ocuparse de las tareas domésticas reduciendo el tiempo dedicado exclusivamente a ellos. Las mujeres que viven con sus propias familias, deben realizar sus tareas domésticas y después acudir a apoyar a los padres. Lo anterior provoca que descuiden otras actividades y su propia salud pueda alterarse por atender dos familias, además éstas mujeres “deben pedir permiso” a los esposos para atender a los padres. Existen casos donde ese permiso no es otorgado y las hijas tienen que acudir a escondidas a casa de los padres, esto pasa en los casos de dos mujeres entrevistadas, una de ellas hija de Adriana y otra hija de Daniela. Ambas ocultan sobre

todo el apoyo económico que prestan a sus madres, así como el tiempo que dedican a visitarlas.

5.3 Las dinámicas de los apoyos

Cuando se habla de los tipos de apoyo que los miembros de la red otorgan también debe diferenciarse las diversas dinámicas que se establecen para su realización. Como ya se ha mencionado existen diferencias entre los miembros que más participan y con qué tipos de apoyos lo hacen. En las redes observadas los miembros de mayor participación son mujeres, hijas y nietas. En comparación con otros estudios (Robles, 2007) las esposas de los informantes no tienen una función relevante como cuidadoras o como las principales responsables de los apoyos de la red. Esto se encuentra asociado a los problemas maritales existentes ya que dos de los hombres entrevistados están separados físicamente de sus esposas, mientras que Rodrigo aunque no esté separado tiene una relación tensa con ella. El papel de cuidadora lo han tomado las hijas; aunque no sea de tiempo completo por los malentendidos con los padres. Nuevamente Rodrigo sí cuenta con una mejor relación con sus hijas y ellas son las que lo cuidan diariamente.

Los miembros de las redes que otorgan más variedad de apoyos son también las mujeres, sobre todo hijas o nietas de mayor edad. Los hijos dan apoyos de tipo material como dinero, alimentos, compra de ropa o medicinas; los nietos dan menos variedad siendo solo las visitas y los obsequios. Algunos hermanos también participan de los apoyos materiales y de visitas. Por lo que la carga de la atención se concentra en los miembros femeninos de la red.

Las expectativas de quienes deben dar los apoyos siempre se basan en los hijos, aunque en las redes sociales también participen otros personajes que son vistos como apoyos auxiliares. En el caso de los hermanos la ayuda se justifica porque crecieron juntos y existen afectos que impulsan a ayudarse, pero que no les condiciona a ayudar, por lo que cuando ocurre es sobrevalorada. De los nietos que otorgan apoyos, son bien recibidos y sobrevalorados ya que se les considera jóvenes como para desarrollar esas responsabilidades. De los hijos las expectativas de apoyo se dividen por roles de género ya que de las mujeres se espera compañía, afecto, cuidado, intervención en el tratamiento médico y disponibilidad de tiempo. De los hombres se espera respeto, obediencia, apoyos materiales, disponibilidad para emergencias y hacer que las esposas participen en el cuidado.

Porque tienen obligación mis hijos de ayudarme porque yo los levante hasta donde están, yo les di mí, mis negocios, los animales, todo lo que tenía ya en parte es de ellos (Rodrigo).

Pues yo siento que cuando son o es uno de buenos sentimientos por eso cuidan a los papás. Piensa uno, dice uno, “yo les voy a echar la mano porque ya no pueden”, y así como familia debemos apoyarnos, a veces necesitan ellos, a veces necesito yo y vivimos entre familia, y si para que no andemos dando que decir en otro lado, entre familia nos ayudamos (Esther).

Por su parte los miembros de las redes familiares coinciden en que deben de ser

los hijos los que otorguen el apoyo principal. Siempre se agradece el apoyo de otros familiares más lejanos como hermanos, nietos, primos, que aunque no lo hacen de manera continúa su aparición es un alivio para la carga de trabajo de los cuidadores más cercanos y constantes.

Reciprocidad y conflicto son parte de las relaciones que se establecen en las redes, el principio general de ayuda tiene limitantes, además de las de tipo material como las ya mencionadas también existen las subjetivas. Existen criterios morales que norman la reciprocidad que los hijos deben tener para con los padres y si éstos se incumplen se generan conflictos (Castañeda, 2005). Los problemas que surgen en este sentido afectan su salud y condicionan que su entorno sea conflictivo; sin que existan los apoyos necesarios para generar un autocuidado que le permita tener estabilidad y controles adecuados sobre su tratamiento. Todos los entrevistados tienen algún inconveniente con la red familiar que puede causar dificultades en su vida cotidiana o en su atención. Existen también ocasiones donde no es el adulto mayor el del problema sino su cuidador primario y esto hace que se quede atrapado en uno de los bandos en disputa quiera participar o no.

Les digo así que por favor cuando vengan tengan cuidado con el carro, ahorita ya me afectaron las láminas de la casa, de que entran con el carro y chocan. Ya le cambié dos veces las láminas y ya me las volvieron a descomponer, por eso les digo ya mejor ya no quiero que vengan aquí, es que namás me vienen a traer problemas le digo. Les digo así como abren el zaguán se metan o se salgan cierren inmediatamente, luego hasta media hora está abierto el zaguán y yo creo que esos son los malentendidos yo creo se han sentir mal que les diga así, pero pues es que es por el bien de mi pues, porque bueno ahorita en el día esta a todo dar, pero cuando lo abren a las dos ó tres de la mañana se mete alguien ellos se van y yo quedo solo y pues son los problemas que me pueden dejar a mí (Andrés).

Me faltaba para acabar de pagar, me prestó dinero hija, ahora después me decía, y me decía que le debe yo ese dinero y quien sabe que, agarre y le deje un pedazo de los cuartitos, “ay mira para que ya no estés a cada rato diciendo que te debo”... [...] Luego mis hijos me dijeron, “ay pues trabaja porque quiere, si no tiene porque usted porque trabajar, trabaja usted por mi hermana porque la está usted ayudándole,” y bueno... [...] Miré del tiempo que he estado aquí en casa sola he estado bien, pero estando yo con mi hija sí, a veces por un disgustito simple con los chamacos porque me gusta hablarles y no me hacen caso y me dan coraje, me ponía yo muy mal, me inflamaba del estómago me agarraban cólicos, me tenía que llevar al doctor, hasta suero me tenían que poner a esa hora, inyectar y luego suero, y ahora no desde que estoy aquí ya no (Adriana).

Siempre hago muchos corajes de que se vino mijo pa' ca puras preocupaciones. Ahora que está se me ha perdido dinero, le agarra al que deje ahí descuidado, cuando salgo así que está acá voy rápido a mi mandado, porque sé que aquí está y cualquier cosa puede agarrar. Me chantajea con que no que yo no lo quise que yo lo deje con su abuela, pero pues yo cuando vine con mi esposo me los traje, los tres hijos ya iban a la escuela, él y él otro ya iban a la secundaria, y vino su abuelita y se los llevo, y ellos quisieron irse yo les dije que no que se quedaran pero necios se fueron. Ahora él llega todo borracho y se pone a decir de cosas y a gritar, asusta a mi niña, mi nieta que está aquí. Luego la otra vez ya me ha empujado cuando se pone borracho, la otra vez bien que me tiro y pos se pelea con sus hermanos porque ellos me defienden; yo digo que ya mejor

se juera pero también como lo voy a correr si es mijo (Esther).

No solo Andrés, Adriana y Esther tienen problemas con sus hijos, todos en algún momento los han tenido, Silverio casi no se habla con las hijas que viven en el mismo terreno porque discuten y se “echan habladas” él se enoja y prefiere no platicar con ellas. Mariana se lleva bien con todos sus hijos pero una de sus nietas no tiene buena relación con su hija Lizbeth y siempre está “metiendo chismes” por lo que los otros hermanos se molestan y dejan de visitarla o de hablar por teléfono. Guadalupe tiene que lidiar con que su hijo llegue borracho a la casa y ella tenga que atenderlo, así como escuchar sus gritos o reclamos. Rodrigo tiene buena relación con todos sus hijos porque ellos le tienen paciencia de escucharlo y “darle por su lado”. Sus malos entendidos involucran a su esposa porque siempre le reclama que él esté todo el día en la esquina con sus amigos y que a veces se ponga a tomar con ellos. Daniela no tiene problemas con sus hijos (aunque no la visiten tan seguido como a ella le gustaría), hermanos o nietos, cuando su padre vivía discutía con sus hermanos porque no lo visitaban pero ahora se ha tranquilizado la relación.

La red además de intercambiar recursos también se generan problemas, malos entendidos y abusos. La generación de problemas y conflictos son inherentes a todas las relaciones sociales, sin embargo, también deben existir mecanismos que permitan solucionarlos para que no se conviertan en relaciones dañinas o abusivas. En el caso de los adultos mayores ellos son vulnerables a padecer abusos dado que en las representaciones de lo que es un “anciano” se les ve como una carga, estorbo o alguien necio a quien debe tratarse como un niño. Estas características negativas provocan que se deterioren las relaciones.

Una de las quejas que más comentan los adultos mayores y sus cuidadores son por la falta de apoyo. Cuando se les preguntó por qué algunos hijos no quieren apoyar los principales motivos son los económicos, el tiempo, la distancia, las necesidades de sus familias, y también la falta de cariño o de relaciones sanas que fortalezcan la unidad familiar.

Pues no sé, no sé porque no quieren ayudarme pus, es que siempre como siempre he tenido problemas con la señora porque es muy caprichosa y cada rato nos estamos peleando yo creo por eso están enojados conmigo o no sé (Andrés).

Porque normalmente como ahora sí que nunca me impuse nunca me impusieron mis hijos a estar con ellos o yo con ellos así estamos bien. Por ejemplo los otros están en su casa y yo en mi casa, a veces vienen los otros, o yo voy a visitar si quiero. Pero hasta ahí (Silverio).

Pues es que a veces como le diría también para ellos pues como tienen sus niños, también tienen sus gastos y... pues yo pienso que no deberíamos obligarlos porque ellos tienen también sus gastos y que si es eso fuera sería voluntario y cuando pudieran (Guadalupe).

Existen personas a las que se les excusa por no otorgar apoyos, sobre todo son a las mujeres ya que a pesar de ser las indicadas para hacerlo se atenúa su papel porque dependen del esposo para poder apoyar, es decir, aparentemente no son capaces de actuar por sí mismas. Los hijos tienen la excusa de ser el sostén económico de su familia;

esto también implica que el éxito económico que tengan los hace responsables de otorgar mayor apoyo.

5.3.1 La jerarquía de los apoyos y el cuidador primario

No se esperan los mismos tipos de ayuda ni se exige igual de los miembros de la red. Existe una jerarquía en cuanto a los apoyos que reciben los adultos mayores, ocupando el primer puesto los cuidadores primarios y luego los secundarios, existen también aquellos esporádicos o los de emergencia. Cada uno cumple una función al interior de la red (ver figura 61).

Figura 61. Los tipos de cuidadores



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Existen cuatro tipos de cuidadores dentro de la red, de acuerdo con los miembros de la misma estos cuidadores tienen diferentes formas de participar y responsabilidades con la atención del adulto mayor. El principal cuidador es el soporte cotidiano del adulto mayor, es el llamado cuidador primario que se ha reportado en varias investigaciones y que coincide con las hijas o esposas (Robles, 2007). El cuidador secundario son normalmente las hijas que viven cerca del domicilio y visitan varias veces a la semana a sus padres, o bien los otros miembros de la unidad doméstica como son nietos, nueras o yernos. Éstos suelen apoyar al cuidador primario cuando éste no puede hacer una actividad específica como acompañar al médico o realizar quehaceres domésticos entre otras, por lo que se convierte en una especie de relevo para el cuidador primario.

El cuidador esporádico son aquellos familiares como hijos, nietos, hermanos, primos que realizan visitas varias veces al año, otorgan apoyos materiales o no materiales que son significativos para el adulto mayor. Estos cuidadores fortalecen la diversidad de

relaciones sociales, además ayudan a su autoestima al saber que existen más familiares que se preocupan por él. En algunas ocasiones esos cuidadores pueden pasar días en la casa del adulto mayor como visitas, llevarlo de paseo, u otras actividades que involucran convivir.

El cuidador de emergencia son sobre todo los hijos varones, sus esposas o los hermanos del adulto mayor que por vivir lejos o tener un trabajo tienen limitantes para visitarlo frecuentemente. Estos cuidadores son llamados cuando el adulto mayor tiene eventos como hospitalización, eventos graves que les obligue a estar postrados. Ellos acuden a acompañar, envían apoyo económico, alimentario y son los que apoyan con las cantidades fuertes de dinero y que toman decisiones sobre qué hacer en caso de tener que buscar a un médico privado. Su aparición no es muy recurrente en la vida del adulto mayor pero es un apoyo fundamental y decisivo en esos momentos de gravedad.

Los miembros de la red familiar que se corresponden con el cuidador primario cuentan con disponibilidad de tiempo para cuidar al adulto mayor pero con poca entrada económica como para hacerse cargo por sí solo de los gastos de ambos, es aquí donde el apoyo gubernamental que recibe el adulto mayor se vuelve fundamental para sostener la unidad doméstica.

En el caso del cuidador secundario sus trabajos siguen siendo en su mayoría informales con lo que pueden tener algo de tiempo libre para visitar al familiar. Pero también existen varias amas de casa que tienen que administrar su tiempo y dinero para poder “escaparse” a apoyar a sus padres sin que ello les cause problemas en su matrimonio. Es por eso que estas cuidadoras son secundarias ya que debido a las “obligaciones” con su esposo no podrían hacerse cargo todo el tiempo de su familiar y su papel se convierte en un auxiliar del cuidador primario.

El cuidador esporádico y el cuidador en caso de gravedad son por lo general hombres que tienen un empleo formal o informal que consume todo su tiempo, éstos tienen una capacidad económica mayor que los otros miembros de la red. Son reconocidos, tienen estatus por su posición económica y se mantienen independientes de otros familiares ya que no tienen que pedir favores económicos. Ellos tienen limitantes de tiempo para estar al lado de su familiar, y aunque aparentemente tienen mayor disponibilidad económica para apoyar no lo hacen de manera continua porque sus ganancias económicas se invierten en su propia familia y en mantener su estatus. Estos cuidadores son por lo general consultados por el cuidador primario como el último recurso para apoyar a sus padres, ya que reconocen sus ocupaciones y no los llaman a menos que sea necesario. El cuidador primario administra los recursos con que cuenta la red de apoyo del adulto mayor para poder contar con los apoyos cuando se necesiten y no sobrecargar a todos los miembros y que al final se pierda la posibilidad de pedir ayuda.

5.3.2 El rol del cuidador primario

En la literatura biomédica y en los programas de salud se reconoce la existencia del cuidador primario (Arganis, 2004; Cohen, 1988; Robles, 2007; Mayberry & Osborn, 2012) como un apoyo sustancial para el enfermo y al que pueden acudir las redes formales para buscar ayuda en el contexto que se encuentra el paciente.

Desde el punto de vista del personal de salud y del DIF se sabe que existen familiares que se encargan del adulto mayor y que normalmente son mujeres y son las hijas o las esposas. También mencionan que debe existir un cuidador que los apoye ya que el adulto mayor está en un estado de vulnerabilidad que puede impedirles realizar las tareas por ellos mismos. Ellos alientan que un familiar acompañe a las citas médicas o a las inyecciones de insulina para que el adulto mayor se sienta apoyado, integrado y que los apoye a ellos a explicar con calma en casa las instrucciones o recordarlas.

Si es necesario que alguien los cuide porque muchos no se preparan su comida, tienen accidentes, no pueden caminar bien, tienen problemas de memoria. Y todo eso les afecta a la forma que llevan su tratamiento, es más sencillo que un familiar se haga responsables de ellos (CEAPS).

En el DIF impulsamos que los abuelitos puedan integrarse a sus familias para que se sigan sintiendo productivos, cuando hay actividades se les invita a los familiares a que vean lo que ellos aprenden y realizan para que los valoren. No tenemos relación con los familiares porque nos enfocamos a los abuelitos para que ellos estén bien, pero si tienen problemas con su familia los apoyamos hablando con ellos, porque sí es necesario que alguien los cuide porque ellos ya están grandes y no siempre pueden ver solos por sí mismos. Así que tratamos de que la familia los apoye a cuidarlos (DIF).

A pesar de que se reconoce que el cuidador primario existe y es importante para el éxito del tratamiento y el bienestar del adulto mayor no hay actividades o estrategias para vincular a dicho personaje con tratamiento. Además tampoco existen mecanismos para cuidar de él y apoyarlo en las necesidades que tenga para que a su vez pueda cuidar y apoyar sin detrimento de su persona. Cuando se preguntó a los familiares y personal de salud sobre los problemas que puede generar el cuidado de un adulto mayor, no consideraron que fueran de importancia, debido a que se asume que únicamente se realizan tareas sencillas que no tienen impacto en la salud del cuidador. Fuera de los casos excepcionales de adultos postrados, consideran que el cuidar solo requiere el esfuerzo de tener paciencia y tiempo para acompañarlo y atenderlo. Dejando fuera el desgaste que implica hacerse cargo de una persona junto con las responsabilidades que el cuidador ya tiene por sí mismo como puede ser atender a otros familiares.

El cuidador primario es la fuente principal de apoyo, existen casos donde es elegido y otros en que las circunstancias terminan designando a uno. Existen varias explicaciones sobre la designación del cuidador, las más comunes son que los patrones culturales hacen de la mujer el cuidador ideal, por lo que no existe un proceso de designación sino que la mujer automáticamente acepta el papel por saberse el personaje indicado (Robles, 2007).

Cuando se preguntó al adulto mayor y su red familiar sobre quién debería de ser el cuidador cotidiano contestaron aquellos que ya tenían un cuidador reafirmando su papel; y quienes aún no lo tienen no fueron capaces de nombrar a alguien en específico. En el caso de Andrés, Silverio y Rodrigo tienen varios cuidadores esporádicos pero ninguno constante o cotidiano; ellos asumen que debería ser la esposa, pero como los dos primeros tienen problemas con ella se redirigió la responsabilidad a alguna de las hijas.

De las hijas se considera a aquellas que son madres solteras, ya que al no tener esposo es más fácil cuidar a alguien más porque no tienen que “pedir permisos”. Para las mujeres también son las hijas solteras los cuidadores primarios, o en su defecto aquellas que puedan negociar el permiso con los esposos.

5.3.3 La designación del cuidador

En este grupo particular de adultos mayores se observó que las mujeres son quienes cuentan con un cuidador primario, siendo por lo general la hija que se queda en casa⁹⁰. Esto es sin importar la posición genealógica que ocupe la hija, el patrón observado es que se encuentre sin apoyo de una pareja y la casa de los padres le brinda protección, seguridad y a cambio de ello cuida a los padres. En el caso de las mujeres cuyas hijas están casadas el cuidado disminuye porque sirven en otra casa y se asume que primero deben atender su casa antes que ayudar a los padres.

Existen excepciones como el caso de Silverio y Laura quienes a pesar de tener hijas sin pareja no son atendidos por ellas, este cambio puede interpretarse a partir de que ambas hijas cuentan con una casa donde vivir que ya les ha sido heredada, por lo tanto no tienen porque vivir con los padres. Los hombres de este grupo son los que tienen mayores problemas para obtener cuidados en la vida diaria, a excepción de Rodrigo, tanto Andrés como Silverio tienen una relación distante con sus familiares que provoca tensiones familiares.

Mariana

Su hija Lizbeth es la quinta de nueve hijos; ella es madre soltera y se mudó a la casa cuando tuvo a su hijo. Desde entonces es la que ha permanecido viviendo ahí, se encarga de cocinar, limpiar la casa, acompañar a las citas médicas, paga las cuentas y compra la comida y organiza a los hermanos en caso de que su madre se encuentre enferma.

Daniela

Su hija Eva es la tercera de cuatro hijos, es divorciada y llegó a la casa cuando su segundo hijo nació. Ella y su hija cuidan de su padre y de Daniela.

Guadalupe

Vive con su hijo el menor quien es soltero, él trabaja en el campo y pasa todos los días allá a excepción del domingo y el lunes. Su nieta vive en el mismo terreno pero debido a que trabaja todos los días todo el día no pasa tiempo con ella, su hija Carla vive a unas cuadras y la visita todos los días. La acompaña a las citas médicas pero no le presta otro tipo de ayuda a menos que se encuentre enferma.

Adriana

Solía vivir con Liliana pero debido a problemas con sus nietos y a que su madre se enfermó decidió irse a vivir a su casa. Cuando ella murió prefirió quedarse ahí, Liliana y sus hijos la visitan regularmente, Adriana a veces los apoya económicamente; Liliana

⁹⁰ Algunos estudios postulan que el cuidado de los padres está designado a los hijos menores que permanecen en casa paterna. El hijo menor cuida a los padres y la casa familiar es la recompensa por esos cuidados (Robichaux, 2005)

avisa a los demás si se pone enferma.

Esther

Vive con varios de sus hijos así que ellos le ayudan diariamente, su hija Verónica y su nuera realizan los trabajos de la casa. Si se enferma ella la cuida y organiza a los demás.

Silverio

Vive en sus cuartos y convive todos los días con su esposa y su hija, cada quien vive en su casa. Nadie lo acompaña al doctor, si se siente mal su hija menor es quien a veces lo acompaña.

Andrés

Vive con su esposa y penúltima hija quien es madre divorciada que tiene dos hijos. Ellos viven en otros cuartos dentro de la misma casa y pasan todo el tiempo fuera de la casa así que solo se ven por las tardes. Él va solo a las citas médicas y realiza sus actividades de limpieza, su esposa le prepara la comida pero no hacen alguna otra cosa juntos.

Rodrigo

Es quien recibe la mayor atención de todas las personas entrevistadas, cuidan de él su esposa y su hija que viven con él. Ella se encarga del quehacer doméstico, llevarlo al médico y estar al pendiente de su tratamiento.

En todos los casos los cuidadores primarios y algunos secundarios son mujeres, hijas, nietas o nueras, los adultos mayores viven en su propia casa y no en la de otro familiar manteniéndose así la jefatura familiar (o por lo menos simbólicamente). La elección del cuidador de las personas entrevistadas ha sido en varios casos por autodesignación condicionada de las mujeres madres solteras. Al no contar con un lugar propio y quién “vea” por ellas deben volver a la casa de los padres. Como pago por la estancia de ellas y de sus hijos realizan las tareas domésticas y trabajos remunerados que las vuelve los principales sustentos de la unidad doméstica.

En ninguno de los casos los hijos varones son considerados como posibles cuidadores ya que esto no coincide con su rol genérico según el cual los hombres son proveedores de recursos materiales para su familia y en segundo lugar para sus padres pero no tienen habilidades para cuidar. Las habilidades que según los adultos mayores les faltan a los hombres son paciencia, disponibilidad de tiempo, saber realizar actividades domésticas y ser buenos para entender las necesidades de la persona. Los roles en el cuidado son extensivos de los roles genéricos de la división del trabajo en la familia.

Las actividades importantes de cuidado para el adulto mayor diabético son las relacionadas con la atención a la salud: incluyendo las actividades cotidianas derivadas del tratamiento prescrito, la actividad higiénica sanitaria, las consultas médicas y las actividades en caso de gravedad o malestar. Para su realización debieran poseerse conocimientos básicos sobre la diabetes, el tratamiento y el estado de salud del adulto mayor. Como ya se ha hecho mención los saberes de la red familiar son muy parecidos a los del adulto mayor. Tienen a su disposición las mismas fuentes de información, incluyendo las mismas representaciones sobre el tratamiento, las cuales no siempre son las óptimas desde el punto de vista biomédico.

Los cuidadores primarios que acompañan al adulto mayor a la cita médica son informados de la situación de salud, la prevención de complicaciones y de las medidas generales para el control (como son dieta, medicamentos y ejercicio). Sin embargo, la clínica no otorga alguna capacitación u orientación extra como talleres, pláticas o citas médicas específicas que les ayuden a generar estrategias para mejorar la atención hacia su familiar. Todas las cuidadoras entrevistadas consideran no contar con información suficiente de la diabetes, además de que los cuidados que dan a su familiar les parece más “instintivo o de sentido común” que producto de las recomendaciones del médico. Igualmente a todas les gustaría tener más tiempo con el médico para hablar de sus dudas, recibir consejos sobre hacer en situaciones de emergencia y para el cuidado general de sus padres.

Los médicos de la clínica local también encuentran de gran utilidad que el adulto mayor cuente con un cuidador primario; así como la necesidad que existe de poder instruirlos para que sean una ayuda real en el apego al tratamiento del diabético. Sin embargo, ninguno de los médicos hasta el momento ha realizado acciones concretas para dar una formación o capacitación general para el cuidador primario. Esto es porque dicen no tener tiempo y por la falta de programación oficial de la clínica debido a la falta de recursos para organizarlo.

5.3.4 Las limitantes del cuidador primario

No es objetivo de esta investigación ahondar sobre el cuidador primario y sus retos para ayudar a su familiar, sin embargo se pudo observar sus actividades y se indagó sobre cómo se sentían con su rol de cuidadores y si su vida personal se había visto afectada por ello. Al respecto mencionaron no tener afectaciones de salud, aunque si llegan a sentirse muy cansadas, y sin tiempo suficiente para realizar sus propias actividades. Acerca de la prevención para evitar que ellas enfermen ninguna ha tomado acciones al respecto.

Todas las cuidadoras tienen un trabajo informal con ello pueden obtener dinero para sí mismas y para ayudar de manera errática a su familiar, por lo que el principal apoyo que le otorgan no es económico sino de cuidados. Tienen un doble desgaste al trabajar para obtener una entrada económica y realizar todas las actividades domésticas y de autoatención de sus padres. Si su familiar se agravara piensan que tendría que pedir ayuda para atenderlos porque deberían estar de “tiempo completo” cerca de ellos. Ninguno de los cuidadores ha planeado que hacer en esos casos, pero suponen que podrán encontrar una solución y que los demás familiares apoyaran de alguna manera.

Además de los cuidadores principales que pertenecen a la red familiar las redes informales de apoyo se componen con las redes comunitarias que involucran a otros tipos de actores y de apoyos y que conforman el contexto social cotidiano de las personas.

5.4 Las redes comunitarias

Las redes informales de apoyo se componen de las vertientes familiar y la

comunitaria. Las relaciones sociales sustentadas en la amistad incluyen a las personas con las cuales se convive cotidianamente por afinidades, por compartir espacios sociales o por afectos desarrollados a lo largo del ciclo vital. Las relaciones comunitarias son aquellas que integran a la persona en la dinámica de su localidad, normalmente ocurren por la participación en organizaciones comunitarias que tienen fines específicos en beneficio de sus miembros.

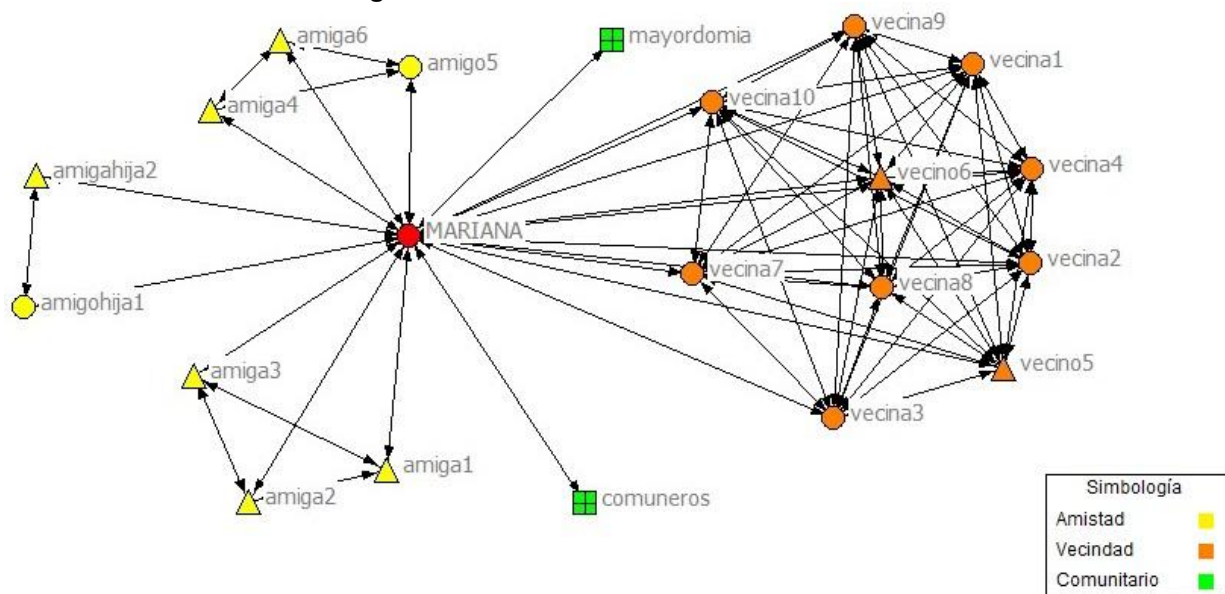
Las redes comunitarias no se involucran en la atención médica de los adultos mayores, pero generan apoyos específicos que suelen incluir las dimensiones de la inclusión social, el mantenimiento de un rol o estatus en la comunidad y la reafirmación de la persona como alguien capaz de sostener actividades sociales propias. En esta investigación no se realizó un trabajo exhaustivo sobre redes comunitarias debido al tiempo limitado para realizarlo, ya que implicarían una investigación por sí misma por la complejidad para rastrearlas, construir las y analizar su lógica de acción.

Como parte de las redes comunitarias se tomó en cuenta los vínculos de amistad, los vínculos de vecindad y los vínculos comunitarios. En el primer caso los vínculos de amistad se construyeron a partir de las preguntas específicas a los adultos mayores sobre a quiénes consideraban sus amigos, qué tipo de convivencia tienen y cómo se sienten al respecto. En el caso de los vínculos de vecindad también se preguntó con qué vecinos tienen algún tipo de relación que implique más allá de actividades básicas como saludos, sino que involucrara comunicación constante y algún tipo de favores intercambiados. En cuanto a las redes comunitarias se preguntó qué actividades desarrolla con alcance comunitario, si pertenece a alguna agrupación local, el porqué y que obtiene por su participación. Todo esto se contrastó con la observación de las actividades que desarrollan y sus espacios de convivencia.

5.4.1 Las redes comunitarias de Mariana

Mariana cuenta con una red de 18 miembros entre amigos y vecinos, además de participar en dos organizaciones comunitarias: la mayordomía y los comuneros. Sus amigos son principalmente mujeres que conoce desde hace más de 15 años, el principal espacio de convivencia con ellas es en el mercado de Ozumba ahí es donde conviven, platican y venden juntas. De los vecinos Mariana conoce a todos los de su calle y tiene una relación de convivencia con ellos visitándose mutuamente. La figura 62 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres y los cuadrados a los grupos o asociaciones (éstas pueden ser mayordomía, comuneros o grupos religiosos).

Figura 62. Red comunitaria de Mariana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En la red de Mariana participan diez vecinos (identificados con las etiquetas vecino1 a vecino 10); seis amigos (identificados como amigo1 a amigo6); dos amigos de su hija; el grupo de comuneros y el grupo de mayordomía.

Los comuneros tienen sus inicios en la organización comunitaria para autogestionar sus recursos agrícolas. Con los cambios en las Ley Agraria se impulsó en las localidades agrícolas la figura de Comisariado ejidal o de Bienes comunales, como un órgano encargado de gestionar asambleas comunitarias para administrar los problemas relacionados con la producción agrícola compartida⁹¹. En Atlautla la organización de bienes comunales está compuesta por personas que se encargan de la vigilancia y trabajos de las tierras comunales que corresponde al área natural protegida circundante al volcán Popocatepetl. Su principal ocupación es mantener la reforestación, el cuidado del bosque para el arribo de la mariposa monarca e impulsar proyectos alternativos de explotación en beneficio de la población⁹².

Mariana forma parte de esta organización por herencia de su padre y su marido, la condición para pertenecer a ésta es ser descendiente de familiares que formaron parte de los antiguos ejidos y cuya organización trascendió como bienes comunales. Como miembro de los comuneros se debe asistir a juntas, pagar cuotas y sus hijos participan en actividades como reforestación y mantenimiento de las cajas de agua para el sistema de agua potable.

⁹¹ El artículo 33 de la Ley Agraria señala que el comisariado tiene entre sus obligaciones: representar a la población ejidal y administrar los bienes comunes de acuerdo con las decisiones tomadas por la asamblea; procura el respeto de los derechos de los ejidatarios; convoca asambleas en los términos de la ley; vigila el cumplimiento de los acuerdos de la asamblea; rinde informes de las labores efectuadas, las entradas y egresos de los recursos económicos. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/13.pdf>

⁹² Actualmente se impulsa un proyecto de desarrollo turístico alternativo donde se busca la conservación del bosque originario que alberga a la mariposa monarca y la formación de senderos para turismo ecológico (Ramírez, 2005).

La mayordomía es un sistema de cargos civiles cuya función es la organización de fiestas y ceremonias religiosas dirigidas a los santos de la localidad. Los mayordomos son los encargados de realizar los festejos del santo en su día, reuniendo a la población para acompañar en los rituales. Es una organización vinculada a la iglesia católica pero con estructura, financiamiento y miembros independientes. Las mayordomías y sus sistemas de cargos regulan las festividades comunitarias. Para pertenecer se hace una solicitud con años de anticipación para el santo elegido, existiendo más posibilidades si otros miembros de la familia o la misma persona ya ha tenido alguna participación en la mayordomía⁹³.

La familia de Mariana desde sus padres y su esposo siempre han formado parte de distintas mayordomías, en la actualidad ella no es mayordoma pero sí varios de sus hijos. Por lo que a pesar de no formar directamente parte de esta organización sigue involucrada porque ayuda a sus hijos y nietos a cumplir con sus responsabilidades de la mayordomía.

➤ **Los tipos de apoyo de la red comunitaria**

Mariana considera que los apoyos que recibe de la red comunitaria son la convivencia, la información, los consejos y la distracción de la vida cotidiana.

Con todos los de la calle, la de la tienda es mi comadre, la de la esquina también, siempre nos hablamos, platicamos un ratito. Luego otras de las amigas son las que me dicen de que hay fiesta y nos invitan a comer, o luego si saben de algo pa' la diabetes siempre me cuentan (Mariana).

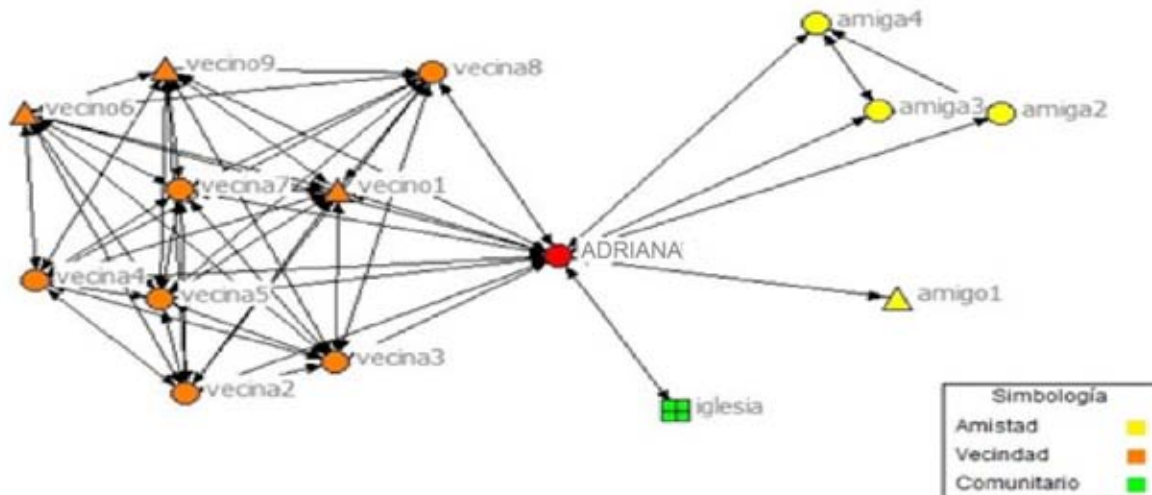
Gran parte de los apoyos que recibe de la red son los múltiples consejos sobre la diabetes, la mayoría de los miembros de la red son mujeres y siempre le dan información de remedios algunos de los cuales ella ha probado. Los apoyos que recibe por parte de los comuneros son al final de año recibir un porcentaje de las utilidades, así como apoyo en fertilizante y semillas.

5.4.2 Las redes comunitarias de Adriana

La red de Adriana se compone por 13 personas y un grupo religioso, en su mayoría se compone por vecinos. Estos vecinos corresponden a la calle donde está la casa de su madre y a donde ella vivía antes, siendo la mayoría mujeres amas de casa con quien platica, la invitan a comer, a las fiestas o bien le dan consejos sobre cómo cuidarse. La figura 63 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres y los cuadrados a los grupos o asociaciones.

⁹³ La mayordomía tiene duración de un año durante el cual se organizan las festividades asociadas al santo que pertenezca, su participación incluye responsabilidades de organización, difusión y financiamiento. Por lo cual pertenecer a una mayordomía es sinónimo de poder o estatus ya que implica disponibilidad de tiempo y sobre todo solvencia económica puesto que los gastos realizados son onerosos. En el municipio de Atlautla la mayordomía con mayor prestigio y solicitada es la del patrono San Miguel.

Figura 63. Red comunitaria de Adriana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En su red comunitaria están presentes tres amigas, un amigo, nueve vecinos y el grupo de la iglesia cristiana a la que acude.

Ella tiene tres amigas desde hace más de seis años, todas son amas de casa que también padecen diabetes.

Tengo una amiga pero esa namás la paso a visitar, o namás la veo cuando está afuera de su casa. Cuando voy a la clínica, porque ella está enfrente paso y platicamos un rato. Hay otras amigas de la iglesia y de las de la clínica (Adriana).

La convivencia con las amigas es en el espacio del grupo de autoayuda de la clínica, cuando la visitan o ella va a sus casas. La convivencia se basa en pláticas y no es algo cotidiano, sobre todo porque Adriana a veces se desespera porque no alcanza a escuchar lo que le platican y no puede tener una charla fluida.

Adriana pertenece a una iglesia cristiana desde hace varios años, acude a reuniones dos veces por semana, pero no tiene contacto con los asistentes fuera de esos días. Es decir, no se frecuentan ni existe una amistad y la convivencia se limita a los días de reunión.

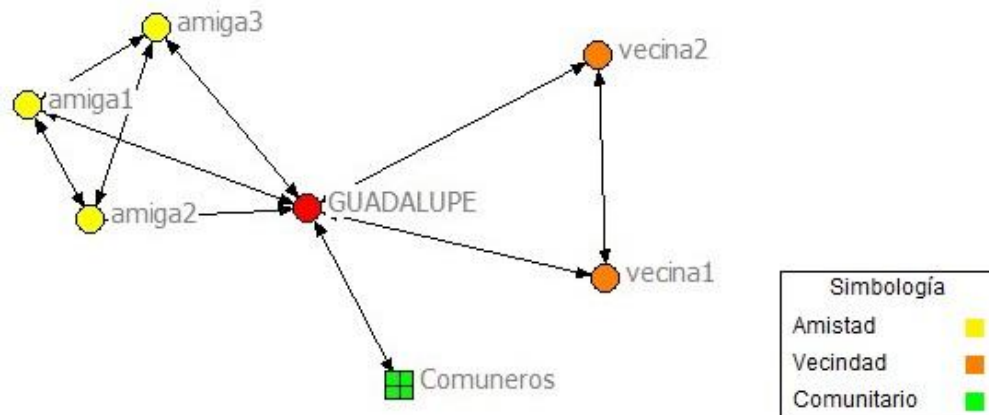
➤ **Los tipos de apoyo de la red comunitaria**

Al igual que otras redes comunitarias la de Adriana otorga apoyos generales como compañía, interacción social, información y consejos. Ella tiene limitaciones para convivir por sus problemas de audición, pero le agrada la compañía y aunque no escucha bien se siente contenta de estar con otras personas. Los apoyos que la red otorga propician un bienestar social y psicológico de sentirse parte integrante de la comunidad inmediata, aunque no existe intercambio de otro tipo de apoyos como los materiales en su red. Así que la eficacia de la red comunitaria es de inclusión social.

5.4.3 Las redes comunitarias de Guadalupe

La red comunitaria de Guadalupe es una de las más pequeñas con 5 miembros y una organización. Casi no tiene relación con sus vecinos, solo plática con dos de ellos ya que no le gusta frecuentar a las personas que no son de su familia. Tiene tres amigas con las que lleva ocho años de amistad pero solo convive con ellas en el mercado de Ozumba cuando va a vender. A veces la visitan en su casa pero a ella no le gusta ir a visitarlas porque piensa que puede incomodarlas. La figura 64 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres y los cuadrados a los grupos o asociaciones.

Figura 64. Red comunitaria de Guadalupe



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red comunitaria de Guadalupe es una de las más pequeñas, incluye a dos amigos, tres vecinos y el grupo de los comuneros.

Forma parte de la organización de los comuneros por herencia de su esposo y su padre, ella asiste a las juntas pero es su hijo quien participa en las actividades cuando se requiere. No suele convivir con otras personas, porque a ella le enseñaron desde niña que debía estar en su casa haciendo su quehacer y no estar en la calle. Es por ello que siempre prefirió quedarse en su casa y no andar visitando a otras personas, esto hace que sea a ella a quien la visiten y que tenga pocos amigos. Además siempre estuvo dedicada a sus hijos y a trabajar por lo cual “no tenía tiempo” para tener amigas; los amigos que solía tener eran los padrinos de sus hijos pero la mayoría ya ha fallecido o viven en otras localidades y no les es fácil viajar para visitarse.

➤ Los tipos de apoyo de la red comunitaria

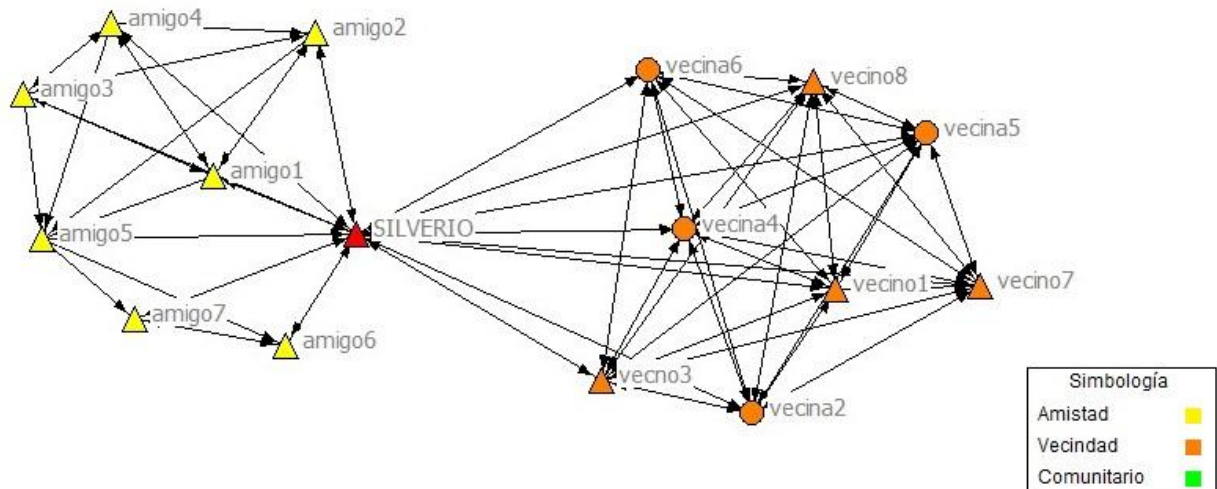
Los pocos miembros de la red le otorgan apoyos como visitas, compañía, alimenticios, de información y consejos. En los últimos años no parece importarles si la visitan o no, sobre todo porque la mayor parte del tiempo se siente cansada y prefiere descansar o dormir en lugar de recibir gente, aunque también se alegra de que la visiten y poder platicar. El principal apoyo que recibe es en el mercado donde puede platicar y estar acompañada mientras vende. Entre las mujeres que asisten se cuidan la mercancía,

hablan y se comparten recomendaciones de todo tipo, incluyendo de remedios para el tratamiento de la diabetes.

5.4.4 Las redes comunitarias de Silverio

Silverio cuenta en su red con 15 miembros entre amigos y vecinos, no participa en ningún grupo comunitario o religioso; a pesar de que es asistente regular de misas y fiestas patronales. Debido a su antiguo trabajo de albañil conoce y es conocido por mucha gente en todo el pueblo, así que siempre tiene quien lo salude cuando sale a la calle. Sin embargo, como parte de una red de personas con quien interactúa normalmente cuenta sólo con algunos amigos y vecinos. La figura 65 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres.

Figura 65. Red comunitaria de Silverio



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En su red están presentes ocho vecinos y siete amigos; no pertenece a ningún grupo o asociación. Él profesa la religión católica, acude a misa los domingos y algunos días por la tarde pero se siente “cansado” para participar en los grupos de oración, en las mayordomías o en otra actividad extra de la iglesia.

Sus amigos son aquellos que conoció durante su trabajo como albañil, teniendo una amistad de más de 15 años, algunas veces lo visitan, los encuentra en las fiestas religiosas o después de misa. Con los vecinos conoce a todos los de su calle, con ellos tiene una relación que le permite platicar y ser invitado a comer o cenar.

A los amigos yo voy a visitarlos a veces en casa o en la calle nos vemos platicamos y todo eso, bueno plática, porque de conocidos tengo muchos, aquí todo el pueblo me conoce si usted les pregunta a algunas personas ya grandes de por acá. Igual en Ozumba en San Juan varios me conocen por la maestría de albañil, trabajaba yo allá

trabajábamos juntos y nos conocimos muchos. Hacíamos ya una bola, un grupo de puros albañiles, y por eso nos conocemos (Silverio).

De los amigos y conocidos varios ya han fallecido o están enfermos. También ha perdido a varios de sus amigos cuando dejó de tomar, ellos continúan reuniéndose para platicar y tomar pero como él “ya no puede” ha dejado de buscarlos. Esto es porque si los busca “se le antoja” tomar y prefiere estar así para controlar sus niveles de azúcar y no sentirse “enfermo”. Aun tiene un núcleo de amigos y vecinos con los que le parece “suficiente” para platicar y distraerse un rato.

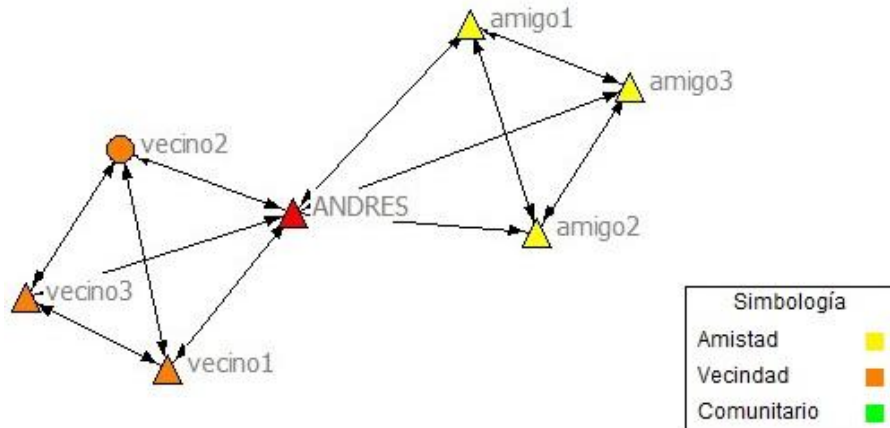
➤ **Los tipos de apoyo de la red comunitaria**

Los apoyos que Silverio recibe de estas redes son de acompañamiento, escucha de problemas, convivencia, información, consejos, alimenticios y afectos. No existen apoyos directos hacia la atención médica pero son importantes para mantener a Silverio socializando y con buen ánimo por sentirse parte de la comunidad. El sentido de pertenencia que las redes de amistad fomentan ayuda a que él pueda distraerse de sus problemas pero también a obtener información sobre remedios, programas de ayuda o consejos sobre el autocuidado.

5.5.5 Las redes comunitarias de Andrés

Andrés es uno de los entrevistados con menos miembros en su red comunitaria, no participa tampoco en ninguna asociación comunitaria. Debido a su filiación religiosa cristiana durante un tiempo asistía a una iglesia en otro municipio pero debido a sus crecientes problemas de movilidad dejó de asistir y se perdió la relación con los miembros de la iglesia. Sus limitaciones de movilidad y problemas depresivos han hecho que busque aislarse, quedarse en su casa a leer o ver televisión le es preferible que salir a la calle a visitar a sus antiguos amigos. La figura 66 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres y los cuadrados a los grupos o asociaciones.

Figura 66. Red comunitaria de Andrés



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En su red de Andrés cuenta con tres amigos y tres vecinos; sus amigos son personas que conoció durante su trabajo como transportista y tienen una amistad de más de diez años. Sin embargo, de acuerdo con Andrés casi no lo visitan porque su esposa Lucía se molesta porque lo hagan; ella dice que no que le agrada que entre gente a su casa cuando ella no está y esa es la razón por la que limita las visitas, aunque no tiene problemas con que lo visiten cuando ella está presente. Por esta razón Andrés convive con ellos solamente en la calle, o las veces que él los visita. La relación con sus vecinos involucra a tres personas a los que saluda, platica y en ocasiones lo invitan a comer cuando él les comenta que su esposa aun no ha llegado.

Andrés se considera una persona sociable pero desde que se lastimó la pierna poco a poco se ha aislado, cuando era joven participaba en las fiestas locales, en la sociedad de padres de familia, y siempre estaba activo. Él siente que ha perdido las ganas de convivir con otros, por eso su único espacio de convivencia es el grupo de adultos mayores del DIF, pero solo tiene un amigo con quien conversa. El grupo del DIF por medio de sus actividades no fomenta la sociabilización de sus asistentes, ya que únicamente se “cumple” con las tareas programadas y no se elaboran estrategias de integración social a su interior.

➤ **Los tipos de apoyo de la red comunitaria**

Los miembros de la red comunitaria de Andrés otorgan apoyos como acompañamiento, afectos y en general le refuerzan la sensación de pertenencia a la comunidad y ayudan a que su aislamiento sea menor. Además ocasionalmente lo invitan a comer, le regalan fruta, el apoyo más valioso proviene de un amigo que lo acompaña a veces a su consulta en la clínica.

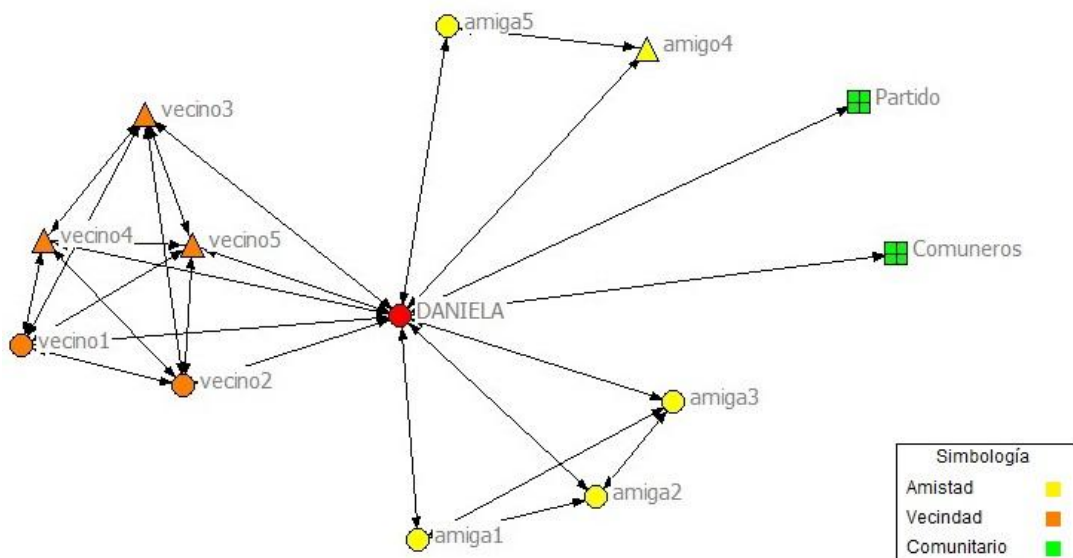
Pues... si tengo un amigo que viene luego viene aquí y ya lo invité a desayunar conmigo ahí estamos platicando pero la señora se enoja que porque ella no le va a “estar dando de comer”, pero ni que fuera diario. Es un amigo que de casualidad viene, luego me acompaña a la clínica, el me quita mis zapatos y me ayuda a levantarme, yo creo diosito me lo mando entonces él es el que me ayuda (Andrés).

La compañía de ese amigo ha sido bien recibida por Andrés en los últimos años, por ello siempre trata de visitarlo ya que es el amigo más cercano y quien lo busca para ayudarse mutuamente; ya que él también tiene problemas en su casa y busca compañía fuera de su ámbito familiar.

5.5.6 Las redes comunitarias de Daniela

Daniela cuenta con una red comunitaria de diez personas y dos grupos, los cuales incluyen amigos y vecinos. Los grupos son la organización de comuneros y el comité local del Partido Revolucionario Institucional. La figura 67 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres y los cuadrados a los grupos o asociaciones (éstas pueden ser mayordomía, comuneros o grupos religiosos).

Figura 67. Red comunitaria de Daniela



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red de Daniela está compuesta por cinco amigas, cinco vecinos, el grupo de comuneros y la pertenencia a un partido político. Daniela convive con los vecinos de su calle, además tiene varias amigas y algunas de ellas acuden al grupo de autoayuda de la clínica. Sus amigas y sus vecinos la visitan cuando ella está enferma, preguntan por su salud a sus hijas y la visitan algunas veces al mes.

Ella participa en la organización de comuneros desde que su padre enfermo y dejó de asistir, su esposo es quien ha tomado el lugar en representación de ella y participa de las actividades de mantenimiento de la reserva. Como miembro del comité local del partido también apoya en la difusión de los eventos locales, así como buscar a personas que quieran acompañar a los candidatos en tiempos electorales.

➤ **Los tipos de apoyo de la red comunitaria**

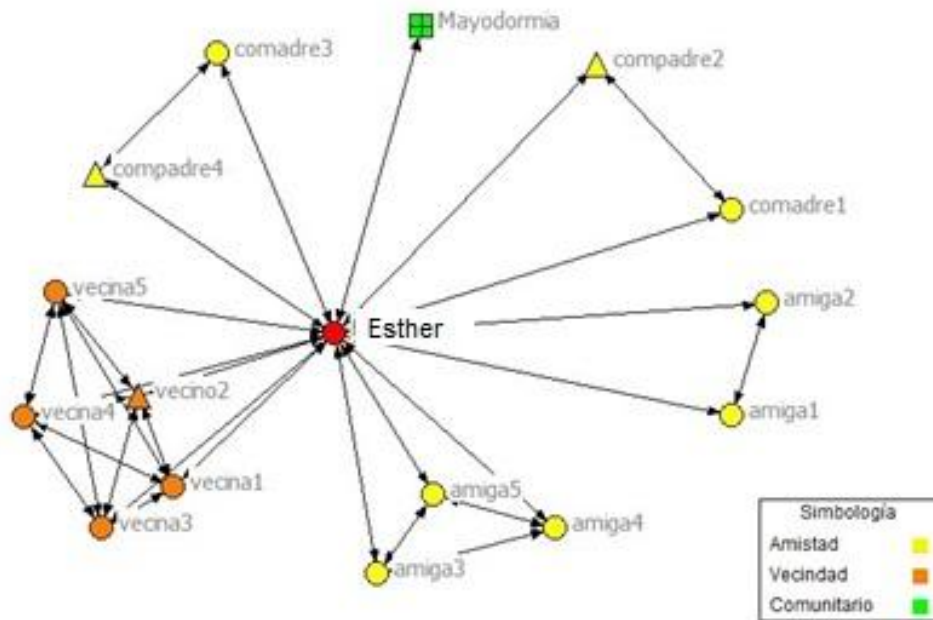
La red de Daniela otorga apoyos de visitas, información, consejos, alimenticio, afectivo y de compañía por parte de sus amigos y vecinos. Es importante señalar que como varias de sus amigas también padecen diabetes intercambian entre ellas puntos de vista y consejos sobre cómo llevar el tratamiento, sobre todo consejos de remedios o advertencias sobre algún efecto negativo de los mismos. Del grupo de comuneros recibe anualmente un porcentaje de utilidades, fertilizante, semillas y también un obsequio a fin de año porque su esposo participa activamente en las guardias para evitar la tala clandestina. De parte del comité local del PRI recibe despensa, electrodomésticos o material de construcción, esto es de manera ocasional durante el año, siendo en temporada de elecciones cuando aumenta su participación y también los apoyos por ello.

5.5.7 Las redes comunitarias de Esther

Esther cuenta con una red de 14 miembros, una de las más grandes de los entrevistados; incluye amigos, vecinos y compadres, así como el grupo de mayordomía.

La figura 68 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres y los cuadrados a los grupos o asociaciones (éstas pueden ser mayordomía, comuneros o grupos religiosos).

Figura 68. Red comunitaria de Esther



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

En la red de Esther existen cuatro compadres, cinco amigos, cinco vecinos y el grupo de mayordomía. Suele platicar con los vecinos de su calle, pero no con las personas que viven en el mismo terreno ya que son familiares de su esposo y no se hablan. Cuenta con la amistad de tres mujeres que conoce desde que llegó a Atlautla y desde entonces se visitan o se invitan a las fiestas que realicen. A diferencia de las otras entrevistadas ella aun conserva a sus compadres como una amistad importante además la relación es cotidiana porque todos viven en la misma localidad y se visitan varias veces al año. En cuanto a la mayordomía en los últimos cinco años no le ha tocado el cargo pero si a su esposo, por lo tanto ella es coparticipante de la organización de los eventos y de arreglar todo para que la fiesta se realice.

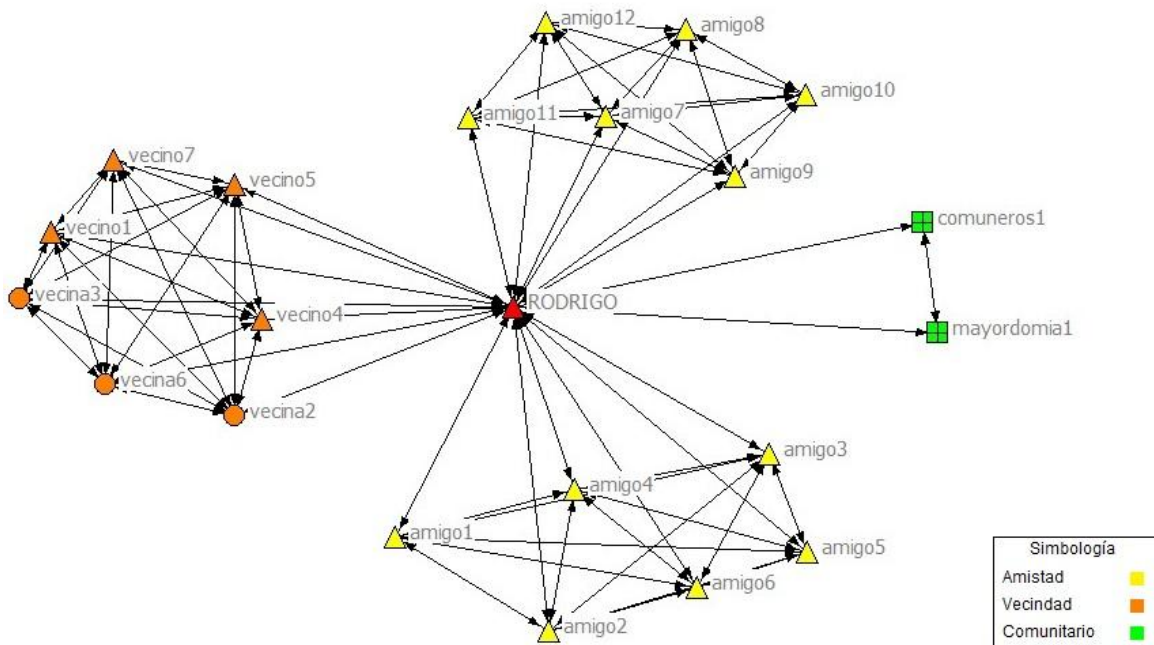
➤ **Los tipos de apoyo de la red comunitaria**

Los apoyos que circulan en la red de Esther son del tipo alimenticio, visitas, información, consejos y compañía. A ella le agrada visitar a sus conocidos, sobre todo a sus amigas y algunos de los vecinos, conserva un grupo de amistades importante el cual es mayor en comparación de los otros entrevistados. Cuando ella llegó Atlautla no conocía a nadie pero fue formando amistades con varias amas de casa cercanas a su domicilio para no sentirse sola.

5.5.8 Las redes comunitarias de Rodrigo

De todos los informantes Rodrigo es quien tiene la red comunitaria más amplia con 19 miembros y dos grupos. La figura 69 representa la imagen de la red comunitaria, la cual incluye tres tipos de relación: amistad, vecinos y comunitaria. Cada una está representada por colores diferentes, las líneas negras son la relación que guardan los actores entre sí. Los círculos representan a las mujeres, los triángulos a los hombres y los cuadrados a los grupos o asociaciones (éstas pueden ser mayordomía, comuneros o grupos religiosos).

Figura 69. Red comunitaria de Rodrigo



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Su red se compone por diez amigos, siete vecinos, el grupo de comuneros y el de mayordomía. Mantiene buena relación con sus vecinos porque siempre está sentado afuera de su casa y platica con todos los que pasan por ahí; el número más importante de miembros es el que corresponde a los amigos. Convive desde hace varios años con un grupo que se junta en la esquina de su casa a tomar por las tardes y los fines de semana. La relación con este grupo de amigos ha persistido durante varios años a pesar de que su esposa le reclama que no esté con ellos porque él ya “no debería de tomar”. Rodrigo considera que no existe problema alguno por convivir con ellos y tomar “una copita” algunas veces, y que su esposa tiende a exagerar

Participa en el grupo de comuneros por la herencia de su padre, acude a las reuniones pero son sus hijos quienes acuden a realizar las tareas de cuidado que se coordinan en el grupo. Sobre la mayordomía tanto él como su esposa pertenecen a dos correspondientes a su barrio y a la del Arcángel San Miguel. A él le gusta participar de este tipo de actividades aunque ya no prepare la fiesta por su estado de salud, pero participa colaborando con los gastos económicos y participar en el ritual. Esta es una forma de mantener el rol de proveedor y liderazgo al demostrar que puede sustentar todos

los gastos de la organización.

➤ **Los tipos de apoyo de la red comunitaria**

De su red de apoyo recibe información, consejos y compañía, busca mantenerse en contacto con los amigos para disfrutar de las pláticas, compartir experiencias y sentirse parte de un grupo independiente a su familia. Aunque esto conlleva que su padecimiento se agrave por la ingestión de alcohol e incrementar las discusiones con su esposa por seguir consumiéndolo. La red comunitaria le permite sentirse con una actividad social regular, en esta red no fluyen recursos materiales sino simbólicos que ayudan a que Rodrigo se sienta participe de su comunidad y son un mecanismo de inclusión social.

5.5.9 El papel de las redes comunitarias en la vida del adulto mayor

Las redes comunitarias que los adultos mayores desarrollan no se caracterizan por la variedad de recursos materiales que fluyen; la excepción es la organización de comuneros donde sí se recibe un beneficio económico y/o material por su participación. En el caso de los otros actores de las redes los recursos que existen radican en el terreno de lo simbólico y afectivo, proveen la sensación de pertenencia e inclusión social del adulto mayor a su comunidad y grupo social. El que un adulto mayor no se relacione únicamente con familiares o conocidos de sus cuidadores le permite tener un espacio social personal, donde disfrute de compañía, recreación, afectos e información para su vida cotidiana incluyendo para su autocuidado.

Un componente importante en las redes comunitarias es el religioso, la afiliación a alguna entidad de este tipo permite generar recursos de índole simbólico y material. Como hace mención Cardoso (2002) los grupos religiosos coadyuvan en la aceptación de la enfermedad y en generar mecanismos para mitigar sus padecimientos; la pertenencia y participación en las actividades les permite “olvidarse” de sus malestares, encontrar sentido al porqué de su padecimiento, convivir con personas con problemas similares o de mayor gravedad (lo cual genera una sensación de conformidad al no tener “peores” enfermedades) y obtener “paz o tranquilidad” (Cardoso, 2002:66).

En el caso de los entrevistados seis pertenecen a la iglesia católica y dos a iglesias cristianas de diferente denominación. Quienes acuden a la primera opción tienen a su disposición un grupo de oración por los enfermos que acude a las casas a realizar oraciones y llevar “ayudas” (despensas constituidas con la cooperación de sus miembros). Sólo en algunas ocasiones han hecho uso de estos grupos, de manera regular su participación es acudir a las misas dominicales, procesiones, fiestas santorales, fiestas patronales y eventos como semana santa, día de muertos o festividades navideñas. Los adultos mayores se encuentran satisfechos con su participación en la iglesia católica ya que así continúan la “tradicción de sus padres”, además de ser un espacio de convivencia con familiares y amigos, así como otorgarles “paz espiritual” al “dejar sus problemas en manos de Dios”.

Las dos personas que son de filiación cristiana han experimentado discusiones con sus familiares por el cambio de religión, los cuales continúan a pesar de los años que ya han pasado. Sin embargo, ellos mencionan que “poco a poco” sus familiares los han aceptado, aunque siguen preocupados de que estén “fuera” de la iglesia. En el caso de

Andrés mientras asistió a las reuniones sentía un bienestar producto de la convivencia con personas que se preocupaban por él, le daban despensa, lo trataban con amabilidad y él se sentía “tranquilo” por conocer de “la palabra de dios”; esto último le servía para aceptar su enfermedad y para “perdonar” a su familia por maltratarlo. Sin embargo, a raíz de que la movilidad en su pierna empeoró le fue imposible seguir yendo; ninguno de los miembros de la iglesia lo frecuentó en su casa, por lo que él se sintió decepcionado y triste, ya que a pesar de que “en la biblia dice que se debe velar por los enfermos ellos no hacen caso” (Andrés). Buscó otros grupos cristianos en la comunidad pero ninguno le agrado por ser de otras denominaciones más “liberales”, así que se conforma con leer la biblia para seguir “conociendo de la palabra de dios” y con ello recordar que está “acompañado” por Dios.

Por su parte Adriana acude a una iglesia cristiana de la comunidad, el grupo está constituido por varias familias con personas de diferentes edades. Menciona que se siente “feliz y tranquila” porque ahí convive, canta y escucha los sermones del pastor (aunque debido a su falta de audición tiene problemas para entenderlo). Además de reunirse realizan otras actividades como entregar despensas a quienes lo necesiten, hacer convivencias en las casas, excursiones y encuentros con otras iglesias. Adriana acude para sentirse acompañada, platicar con personas de su edad y escuchar sobre Dios. Ella encuentra satisfacción al pensar que no está sola porque “Dios la acompaña”, y que sus sufrimientos no se comparan con lo que “él paso”; de esta forma encuentra resignación y “fuerzas” para seguir adelante; por lo que acudir a este grupo le reporta beneficios psicológicos.

Debe señalarse que a pesar de la existencia de programas enfocados al adulto mayor que buscan “generar” redes de apoyo de tipo comunitario en la práctica no se observó que se implementara o cumpliera dicho objetivo. Las organizaciones comunitarias existentes son las formadas por la dinámica local, sin que existan grupos que hayan logrado formar nuevas redes y por ello no son mencionadas por ninguno de los entrevistados. Tampoco existe trabajo de las autoridades locales para relacionarse con las organizaciones comunitarias y resolver problemas de la población. La única forma de coordinación es con el grupo de Comuneros para tareas específicas de vigilancia del área natural protegida circundante al volcán Popocatepetl.

Capítulo 6. La red formal de apoyo

En este capítulo se presentan las representaciones de la red formal y el contraste que presentan con las del adulto mayor. La segunda parte se refiere a la descripción de las redes formales incluyendo los programas de atención, la cobertura de atención médica y los grupos de autoayuda. Se presenta una descripción de los actores de las redes, los tipos de apoyo y la dinámica de acción.

6.1 Las redes formales de apoyo social

Las redes formales de apoyo están representadas por los programas gubernamentales presentes y por los grupos de autoayuda dirigidos a los adultos mayores. Los programas pertenecen al gobierno federal y estatal, el gobierno municipal no desarrolla ningún programa o acción hacia los adultos mayores.

6.1.1 Los programas dirigidos a los adultos mayores

Los programas presentes en Atlautla y de los que son beneficiarios los adultos mayores entrevistados provienen del nivel estatal y nacional. Por parte del gobierno del Estado de México existen programas para adultos mayores divididos en dos grupos 60 años y 70 en adelante. Ambos con la finalidad de atender el bienestar social, donde se abarcan aspectos como el médico, jurídico, psicológico y alimentario. Este programa inició a partir del sexenio 2005-2011.

- **Programa de desarrollo social “gente grande” vertiente adultos mayores de 60 a 69 años de edad.** Su finalidad es otorgar canastas alimentarias mensuales para las personas mayores que viven en condición de pobreza.
- **Programa de desarrollo social “gente grande” vertiente adultos mayores de 70 años de edad.** Programa complementario al anterior, con la misma finalidad y tipo de apoyo que el anterior.

Para ambos programas existen oficinas en la comunidad donde se almacenan las despensas, se atiende a quienes las solicitan y a las personas que buscan registrarse por primera vez. Este lugar cubre a todo el municipio por lo que las personas de otras localidades deben trasladarse ahí para recogerlas.

Oportunidades es un programa federal que inició en 1998 como resultado de la transformación del programa Progresá; su finalidad es romper el ciclo de la pobreza colaborando en el desarrollo de áreas como la educación, salud y nutrición de las familias.

- **Oportunidades apoyo adicional para adultos de 60 a 69 años.** Consiste en un apoyo económico de cada dos meses para aquellos que no reciben otro tipo de apoyo económico.

- **Programa de Atención a los adultos mayores de 70 años y más en zonas rurales.** El objetivo del programa era apoyar económicamente a los adultos mayores de zonas rurales con un pago de 500 pesos mensuales. En la comunidad el apoyo se recibe cada dos meses con pagos en efectivo que se realizan en el auditorio municipal o bien pagos a cuenta bancaria; las personas que son de otras localidades del municipio se trasladan ahí para recoger el apoyo.
- **Sistema de Protección Social en Salud.** El seguro popular fue generado en el año 2004 con la finalidad de ofrecer cobertura médica a la población sin empleo formal. Los beneficios que otorga son servicios de salud contenidos en el Catálogo Universal de servicios de salud (los servicios médicos que no se incluyen tienen un costo de acuerdo a la clasificación de ingresos del paciente); tratamiento de padecimientos de alta especialidad mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
- **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** Fundada en 1977 es una institución de asistencia social con enfoque en la familia, existen varios programas que maneja de acuerdo con áreas prioritarias para el desarrollo de la familia y por grupos vulnerables. En el municipio de Atlautla están en funcionamiento sólo una parte de estos programas dirigidos a los adultos mayores⁹⁴; además las personas entrevistadas únicamente hacen uso del programa que desarrolla el grupo de autoayuda como por ejemplo⁹⁵: las reuniones semanales, los paseos recreativos, los encuentros de grupos de autoayuda y las olimpiadas de adultos mayores, además de realizar el trámite de la tarjeta INAPAM para obtener descuentos. Además de los programas se cuenta en el municipio con la Casa del Adulto Mayor donde hay servicio médico, cocina y terapia ocupacional.
- **El Instituto Nacional para la Atención de Adultos Mayores (INAPAM)** está presente en el municipio por medio del DIF, no existen instalaciones propias así que los programas se instrumentan por éste, siendo único utilizado la credencialización.

En el municipio existen dos tipos de grupos de autoayuda el dirigido por personal de la Secretaría de Salud y el dirigido por el DIF; los primeros tienen presencia únicamente en la cabecera municipal mientras que el DIF tiene siete grupos en cinco localidades.

⁹⁴ Programas de salud: consultorio médico, oftalmológico, odontología y psicología, jornadas médicas acorde a las campañas nacionales de prevención y atención, campañas de cirugía de cataratas; Centro de Prevención y Atención al Maltrato y la Familia; asesoría legal; cirugía de cataratas existe un UBRIS en la cabecera municipal; albergues de adultos mayores; trabajo social para adultos mayores; ninguno de los programas enlistados ha sido utilizado por ninguno de los adultos mayores entrevistados. En el caso del UBRIS y el CRIS don Andrés hizo uso de estos servicios del DIF, sin embargo al primero sólo acudió en una ocasión por el costo económico que representaba acudir, y en el caso del CRIS dejó de acudir porque le dijeron que ya no tenía “remedio ni caso” alguno que fuera a terapias por el tiempo transcurrido desde que ocurrió su lesión.

⁹⁵ Al respecto de estos programas hay que mencionar que durante la administración del DIF de 2009-2012 algunos no se realizaron a pesar de estar programados como por ejemplo: capacitación a adultos mayores, convivencia intergeneracional y revisión médica mensual. Además existe el programa de Canasta mexiquense que otorga despensa bimestral el cual a pesar de ser solicitado en varias ocasiones por dos de las personas que sufren discapacidad nunca les fue otorgada.

➤ **DIF:**

La formación de grupos de adultos mayores es una de las actividades que realiza el DIF para colaborar en la integración familiar y social del adulto mayor; durante las sesiones con duración de aproximadamente dos horas a la semana se realizan diferentes actividades: culturales, recreativas, talleres preventivos, terapias ocupacionales y de acondicionamiento físico.

De acuerdo con el Programa Trienal de Asistencia Social Municipal DIF (2009-2012) el objetivo de la atención al adulto mayor radica busca "atender las necesidades primordiales de los adultos mayores" (DIF-Atlautla, 2010, p. 13). Durante la estancia en la comunidad (2011-2012) se conocieron los distintos grupos de adultos mayores que operaban en esas fechas: cinco grupos ya existentes y dos subgrupos impulsados por la nueva administración⁹⁶. En las ocasiones que se acudió a los grupos fuera de cabecera fue posible observar que el espacio físico donde se reúnen es dispar, ya que existen localidades como Popopark⁹⁷ donde el espacio está bien equipado y es de fácil acceso; mientras que en lugares como Tepecoculco apenas se cuenta con sillas, un baño en mal funcionamiento y un pequeño cuarto donde se reúnen los asistentes. En las otras localidades el espacio no se encuentra en mejores condiciones, en Atlautla cabecera municipal está la instalación principal del DIF y el espacio con que se cuenta es mayor. El principal problema es que no existe una rampa de acceso para llegar al primer piso donde se localiza el salón donde se realizan las sesiones del grupo.

El grupo de adultos mayores de cabecera municipal conocido como "Cabecitas blancas" está compuesto por un número variable de 50 a 60 personas, fue atendido por una nutrióloga y una activadora física hasta el año 2012. Cuando el cambio de administración municipal ocurrió el trabajo de campo estaba en fase final y apenas pudo conocerse a los nuevos encargados y los planes que tenían a futuro para trabajar con los adultos mayores⁹⁸. En total existía un equipo de tres personas quienes atendían los siete grupos en diferentes horarios y días en la semana.

La programación del grupo incluía una hora de activación física y una hora de manualidades o bien de pláticas sobre diversos temas. Además se realizaban actividades en coordinación con el DIF estatal y nacional como campamentos, competencias, y salidas a balnearios o parques. Una vez al mes se realizaba un convivio para celebrar los cumpleaños de las personas de dicho mes. En cuanto a salud realizaron charlas con el psicólogo y médico para dar consejos de cómo cuidarse; organizaron grupos de adultos mayores para llevarlos a alguna institución que los atienda de enfermedades específicas como problemas motores, de vista y oídos.

⁹⁶ 2 grupos en Popopark, 2 grupos en Tlalamac; 1 grupo en San Juan Tehuixtltán, 1 grupo en Tepecoculco y 1 grupo en Atlautla.

⁹⁷ En esta localidad está localizada la Casa de día del adulto mayor inaugurado en los primeros meses del año 2011.

⁹⁸ Cabe destacar que el presidente municipal elegido para el periodo 2012-2015 ya había sido elegido un periodo anterior, los comentarios de los adultos mayores al respecto fueron positivos con respecto a la anterior administración del DIF, y comparándolo con la administración saliente expresaron varias críticas sobre su desempeño porque no realizaban tantas actividades como los anteriores. Debido a esto todos veían con ojos positivos el regreso de la administración para que retornen a realizar más actividades.

➤ **Grupo de autoayuda del CEAPS**

La Secretaría de Salud fomenta la organización de grupos de autoayuda con el objetivo de “mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas a través del fortalecimiento de los determinantes de actividad física y orientación alimentaria” (CEAPS⁹⁹). Existe un solo grupo ubicado en el CEAPS a cargo de la nutrióloga de la clínica, compuesto por 10 a 15 personas se reúnen dos veces a la semana con 45 minutos de actividad física y en ocasiones realizan talleres de cocina saludable.

Son los médicos generales quienes refieren a los pacientes hipertensos y diabéticos para que acudan al grupo como una manera de coadyuvar al control de su tratamiento; es una invitación voluntaria por lo que no todas las personas aceptan. El grupo es de reciente formación el número de asistentes es importante junto con los resultados que se obtengan de la mejora en el control de índices como glucosa, colesterol, triglicéridos y peso para que el grupo se mantenga registrado en el grupo de grupos de autoayuda del ISEM. En caso de no cubrirse los objetivos el grupo es dado de baja y los recursos necesarios para que opere son cancelados; debido a esto tienen más mecanismos de control y vigilancia de su eficacia que el grupo del DIF por ejemplo.

6.1.2 Los requisitos para pertenecer a los grupos de autoayuda

➤ **Grupo de autoayuda CEAPS**

Para participar en este grupo se debe padecer diabetes, hipertensión u obesidad, hacer el compromiso de asistir a las sesiones, a las citas de control y seguir las recomendaciones para el autocuidado. Estos requisitos se piden para que el grupo pueda tener la inscripción oficial al sistema de grupos de autoayuda de la Secretaría de Salud, la cual pide un número mínimo de componentes los cuales deben de asistir a todas las sesiones, mantener niveles controlados de glucosa, triglicéridos, colesterol y peso.

Para las actividades que el grupo desarrolla cuentan con los suministros que Secretaría de salud envía para realizar las pruebas de laboratorio pertinentes, el sueldo de la persona a cargo y la organización de encuentros entre grupos para estimular su participación. En ocasiones se ha pedido apoyo a los miembros del grupo para la compra de materiales como son: lancetas y tiras para toma de glucosa, frascos esterilizados para toma de muestras. Otros gastos que han ocurrido son la compra de ropa para participar en los concursos de grupos, así como la cooperación en la compra para una grabadora para ensayar las actividades físicas.

➤ **Grupo de autoayuda DIF**

Para participar en este grupo el único requisito es ser mayor de 60 años y acudir a las sesiones, sin que exista alguna condicionante para seguir participando por lo que es un grupo de libre participación.

Para las actividades que el grupo desarrolla no se necesitan apoyos económicos más allá de los que el propio DIF otorga. Los gastos económicos ocurren en las salidas a excursiones o encuentros con otros grupos; para las salidas se pide apoyo a autoridades

⁹⁹ Entrevista con encargada de coordinar el Grupo de Ayuda Mutua CEAPS 1 Atlautla.

locales y si no se consigue los asistentes deben pagar el costo del transporte. Existen salidas que involucran el pago de una cantidad para poder ir, esto hace que no puedan asistir todas las personas que son parte del grupo, y es mucho más evidente en los grupos de las otras localidades ya que muy pocos de ellos se suman a estas actividades por falta de recursos.

6.1.3 Referencias sobre la efectividad de los programas

No todos los programas que se implementan para el apoyo a los adultos mayores tienen referencias accesibles de su eficacia, ya sea por la falta de estudios que analicen su verdadero impacto y alcance de metas, o bien porque está información únicamente se maneja a nivel institucional y es difícil su obtención por parte de alguien externo. A continuación se hablará de algunas referencias reportadas en la literatura y el último análisis realizado por el CONEVAL de la eficiencia y resultados de algunos de los programas arriba mencionados que pretenden mejorar el bienestar del adulto mayor.

➤ **Programa Oportunidades:**

Oportunidades fue el primer programa de intervención selectiva para hogares en pobreza de tipo no discrecional (Rubio & Garfias, 2010). Existen diversas evaluaciones externas que muestran su efectividad como un mecanismo de inclusión, el cual a partir del 2006 se enfoca también en grupos vulnerables como los adultos mayores.

De acuerdo con el Informe de Evaluación 2012-2013 del CONEVAL hay un impacto positivo en los niveles de salud, educación y alimentación. La principal área de mejora que señala el documento con respecto a los temas de salud son:

-El acceso efectivo con calidad. Citando a ENSANUT 2011-2012 revela que el 10.5% de afiliados usa como primera opción de atención los consultorios privados con el consecutivo gasto en medicamentos que ahí le recetan. La preferencia hacia el sector privado pudiera estar influenciada por el acceso geográfico a las clínicas afiliadas a Oportunidades, los tiempos largos de espera, la falta de médicos y los malos tratos del personal de salud.

-Existe baja cobertura, poco acceso efectivo y mala calidad en los servicios de salud que limitan el impacto potencial del programa en su objetivo de mejorar el capital humano.

-Duplicación de apoyos ya que existen otros programas que tienen el mismo sector de población objetivo. El programa no ha sido parte de una política de superación de la pobreza, consistente, congruente y de largo plazo.

➤ **Programa 70 y más:**

De acuerdo con el Informe de Evaluación 2012-2013 del CONEVAL es uno de los programas más eficientes del gobierno federal para atender a una población y objetivo específicos.

El programa fue incluido en una evaluación cualitativa¹⁰⁰ para conocer cuatro aspectos de la opinión de los adultos mayores: acceso al programa, comunicación del programa con los usuarios, entrega de servicios y percepción de los beneficios. En esta evaluación obtuvo el mayor puntaje frente a otros programas, obteniendo una calificación destacada.

Algunos puntos que mejorar y recomendaciones realizadas fueron las siguientes:

-Debe tratar de vincularse con otros programas que buscan contribuir a la protección social para evitar duplicaciones y buscar oportunidades de sinergia con otro tipo de intervenciones gubernamentales.

De acuerdo con la Meta Evaluación 2007-20012 existe evidencia del impacto del programa con cambios positivos en la alimentación, salud y estado anímico de los afiliados. Sin embargo dentro de las fallas encuentra que:

-El problema y los objetivos no son claros no se sabe si está dirigido a la protección social o a la vulnerabilidad.

En esta evaluación también se tomo en cuenta el impacto en las redes de apoyo (social y familiar) y los arreglos residenciales:

-El apoyo otorgado disminuyó la dependencia del adulto mayor, pero también disminuyó el apoyo que las familias les otorgaban.

-Disminución del número de adultos mayores con grados de exclusión social.

-Hubo incremento de hogares unigeneracionales, que no se alcanza a explicar si ocurre por decisión propia del adulto mayor al poder autosolventarse sin tener que vivir con otros familiares; o bien existió aumentó del fenómeno migratorio; entre otras posibles explicaciones.

El estudio cualitativo realizado concluyó que:

-La mayoría de los beneficiarios cree que tuvo mejoras en la capacidad de gasto, la subsistencia, la autoestima, el consumo de alimentos y su posición en el hogar. Pero no se reportó mejoras en la salud.

-El apoyo además de satisfacer necesidades del adulto mayor es compartido con la unidad doméstica, creando un empoderamiento del adulto mayor¹⁰¹.

-La evaluación sostiene que el adulto mayor adquirió maneras de ser recíproco con el apoyo recibido por sus familiares, por lo que mejoro el estado emocional del mismo.

➤ **Programa Seguro Popular**

El Informe de Evaluación 2012-2013 del CONEVAL reporta que el programa ha logrado influir en ciertos aspectos como el acceso a servicios de salud:

¹⁰⁰ "Diseño y Aplicación de una Metodología para el Establecimiento del índice Mexicano de Satisfacción del Usuario de los Programas Sociales Mexicanos" (IMSU-Programas Sociales), 2011.

¹⁰¹ De acuerdo con el evaluador el empoderamiento radica en la capacidad de decisión económica; sin embargo, no explica cuál es su concepto de empoderamiento ni los elementos que tomo en cuenta más allá del económico para asegurar que efectivamente ese proceso está ocurriendo.

-Reducción de gastos catastróficos para los afiliados; pero sin que exista una mejora sustancial en las condiciones de salud de los mismos.

Como parte de los puntos negativos se encontraron:

-Existe una distribución inadecuada del personal médico por zona geográfica, carga de trabajo y horario de atención. El mecanismo de acreditación de las unidades es insuficiente para asegurar la calidad de la atención. Existen tiempos prolongados para recibir la consulta ambulatoria, menos de la mitad de los afiliados reciben información sobre sus derechos al momento de afiliarse, la cantidad de medicamentos sigue siendo insuficiente.

-No ha sido atendida la recomendación de mejorar los mecanismos de evaluación de calidad ya que la respuesta recibida fue que “la función del Seguro Popular es financiar los servicios de salud para la población afiliada, no es atribución del mismo definir indicadores de impacto en el acceso a los servicios o niveles de salud”.

-Existen problemas para analizar la cobertura ya que la población potencial no está identificada porque se establece según la disponibilidad presupuestal sin que existan criterios fijos de afiliación. El informe también apunta que “este problema conceptual se refleja en las cifras de las poblaciones objetivo y atendida, que son prácticamente idénticas, lo que tiene como consecuencia una cobertura de 100% o mayor, que resulta artificial”. Debido a ello debiera revisarse cuál es la cobertura real del programa y que tan avanzado o no se encuentra de ese objetivo.

Por último el CONEVAL pone énfasis en la noción de “universalidad voluntaria” según la cual toda la población sin seguridad social podría afiliarse, pero se tiene el supuesto de que aquellos que no lo hacen es por preferir y tener los medios suficientes para sustentar el servicio de médicos privados. Sin embargo, CONEVAL menciona que esta población no afiliada no prefiere los servicios privados *per se* sino que es una respuesta ante las deficiencias de acceso y calidad de la atención que presenta el Seguro Popular. Por lo que la Secretaría de Salud debería (de acuerdo a la ley es una de sus obligaciones) de regular, supervisar y evaluar los servicios estatales de acceso y atención del Seguro Popular.

Otra evaluación externa realizada en 2012 por el Instituto Nacional de Salud Pública señala que la cobertura específica para la atención de la diabetes ha ido en aumento. Además ha crecido el número de pacientes que recibieron insulina como parte de la estrategia de insulinización temprana. Sin embargo, se reporta que las pruebas de control de glucosa son muy bajas combinado con pocas consultas médicas. El documento sugiere que existe una atención inadecuada a este tipo de pacientes y un control errático del tratamiento. Al igual que en el reporte de CONEVAL se encuentra un porcentaje alto de la población que utiliza el servicio médico privado como primera opción de atención.

6.1.4 Los grupos autoayuda

Las evaluaciones de los grupos de autoayuda las llevan a cabo al interior de la institución por medio de un proceso de “acreditación” que evalúa mediciones

antropométricas, clínicas y biomédicas. Por lo que las referencias de la efectividad de estos grupos no han sido discutidas de manera general sino solo por algunas investigaciones externas particulares.

La referencia más reciente de la actuación de los grupos de autoayuda de Secretaría de Salud fue hecha por CENAPRECE (2012) donde se evalúa la estrategia de grupos de autoayuda de UNEMES. Hasta el año 2012 se tienen acreditados 3,225 grupos en todo el país. El informe explica la presencia de barreras para alcanzar los objetivos propuestos como son la carga de trabajo del personal de salud, falta de espacios adecuados para las reuniones y actividades físicas, falta de medicamentos y personal insuficiente de las diversas especialidades requeridas (psicología, nutrición, activación física). Otros problemas encontrados en el funcionamiento de los grupos han sido:

-En 33% de los estados existe desabasto de medicamentos antidiabéticos por periodos prolongados.

-No existe suficiente personal en primer nivel de atención capacitado acerca de temas como alimentación saludable y activación física para adultos mayores.

-No existen visitas domiciliarias para dar seguimiento de los asistentes y recuperar a aquellos que abandonaron el grupo.

-Los grupos dependen de cada centro de salud por lo que no existe personal específico para implementarlo, provocando sobrecarga en el personal responsable y falta de personal capacitado para su implementación.

Algunos de los logros alcanzados de manera global por los grupos son la reducción de peso grupal y de circunferencia de la cintura; el promedio de glucemia en ayuno disminuyó al igual que la hemoglobina glucosilada. Estos avances son representativos de la media nacional, sin embargo en el mismo informe se aclara que existen varios estados donde estos avances se encuentran por debajo de la media. No existe en el informe información específica por estado que permita conocer cómo se encuentran los grupos de autoayuda del Estado de México.

6.1.5 La implementación de los programas

La clínica del CEAPS cuenta con personal de salud como enfermeras, médicos generales, pasantes, odontólogo y nutriólogo. A pesar de que debiera contar con servicio de ginecología, pediatría y psicología no existen estos especialistas por falta de presupuesto. Existe un médico que se dedica a dar consulta familiar para el programa Oportunidades y otros dos consultorios para la población en general; también existe un médico de guardia para el turno nocturno ya que la clínica trabaja las 24 horas del día. El personal de enfermería está asignado con una enfermera por médico y una enfermera a cargo del área de curaciones y aplicación de vacunas. La nutrióloga además de dar consultas para el programa Oportunidades y a población abierta es la encargada de implementar el grupo de autoayuda.

El programa 70 y más cuenta con una oficina de enlace de programas sociales del gobierno federal ubicada en el palacio municipal, con un único encargado que coordina e implementa las acciones necesarias para su cumplimiento. Es una coordinación administrativa del programa 70 y más y de los programas de Oportunidades.

El CEAPS tiene a su cargo los dos programas de Oportunidades y Seguro popular, la mayor parte de los recursos que llegan es por parte del seguro popular lo que incluye la reciente remodelación, la entrega de medicamentos, la ampliación del equipo médico como la nutrióloga y el odontólogo. Existe población que no es beneficiaria de ninguno de ellos y es atendida bajo el esquema de la Secretaría de Salud. Por otro lado el grupo de autoayuda es abierto para la población en general.

Los programas de apoyo alimentario del gobierno municipal cuentan con un local-oficina en otro lugar del poblado, desde ahí coordinan la entrega del apoyo y la afiliación a nuevos beneficiarios.

En el DIF laboran personal médico, psicólogo, abogado, odontólogo, nutriólogo y trabajadoras sociales. Específicamente para atender a los adultos mayores se contaba en la administración anterior con tres personas: dos nutriólogas y una activadora física para encargarse del grupo de autoayuda y las actividades extras que realizan. Laboran un total de 26 personas que se trasladan a las localidades del municipio.

Existe además la Regiduría de Salud Pública que se encarga de coordinar las campañas nacionales y municipales con la Jurisdicción de Chalco, realizan difusión, apoyo a programas implementados por el DIF y atienden las solicitudes del CEAPS. En la administración anterior sus principales actividades fueron en el orden del saneamiento por medio de programas de limpieza de cisterna de las escuelas o de apoyo a campañas de vacunación. No se implementó ninguna acción específica para el grupo de adultos mayores o para la atención de la diabetes.

Sobre el acceso geográfico tanto el CEAPS como el DIF son fáciles ya que no están lejos de donde viven los personajes entrevistados, sin embargo para aquellos que viven en otras localidades el acceso se complica un por que deben de tomar transporte público y la mayoría de las actividades se encuentran centralizadas en la cabecera municipal.

6.1.6 El espacio de desarrollo

El CEAPS está equipado con los servicios básicos, como es el área de consultorio y un laboratorio. El DIF únicamente cuenta con un consultorio y no existe otra infraestructura ya que su finalidad no es cubrir la atención médica. Una de los problemas de operación del CEAPS son insumos médicos como lancetas y tiras para medir glucosa, jeringas para insulina y medicamentos. El tiempo que pasa en desabasto es de máximo tres a cuatro meses de acuerdo con la información del personal. En cuanto al espacio adecuado para atender a las personas en el caso del CEAPS con la remodelación fue construida una rampa de acceso a la planta baja, pero no se cuenta con otra para el primer piso. Los consultorios son pequeños y tienen filtraciones de humedad, los baños suelen estar fuera de servicio, la sala de espera es pequeña y las sillas están en mal estado, no existe equipo de cómputo para los médicos, los refrigeradores para guardar las vacunas e inyecciones de insulina están sobresaturados.

De acuerdo con el director de la clínica no existen lugares adecuados para realizar los ejercicios, no hay recursos suficientes y esto influye en que a la población no le “llame la atención” acudir al grupo de autoayuda. El director logró gestionar un lugar para las reuniones en la casa de cultura municipal.

Las instalaciones del DIF de la cabecera municipal cuentan con todos los servicios, así como salones espaciosos donde se pueden desarrollar las distintas actividades del grupo de autoayuda. El mayor problema lo representa la escalera de acceso al primer piso donde se realizan las reuniones, los escalones son demasiado altos para las personas y no facilitan el acceso para aquellos con problemas de movilidad.

6.1.7 La consulta médica

La consulta médica es la interacción donde se establece la relación médico-paciente. El espacio donde se realiza la consulta es en el consultorio privado o en la clínica, en este caso todas las personas entrevistadas acuden a la misma clínica local, por lo que puede realizarse una descripción general de cómo se realiza una consulta para un adulto mayor diabético entrevistado (Barbado, *et al.* 2005).

La consulta médica incluye el entorno en el que participa la persona desde su llegada a la clínica, el personal de salud con el que interacciona, el proceso mismo de la consulta y la salida de la clínica. Durante este proceso además del médico hay otro personal relacionado con funciones específicas. Este personal del CEAPS de Atlautla incluye al vigilante, el cajero, las enfermeras, los médicos, el nutriólogo y el farmacéutico.

La clínica local fue remodelada para convertirse en un Centro de Atención Especializada de Atención Primaria, por lo que fue equipado con más consultorios, un área para atender partos y con ampliación del personal médico. Sin embargo, presenta varias fallas como una sala de espera pequeña considerando que acuden ahí población de todo el municipio, los tiempos de espera son prolongados se cuente con cita previa o no, los sanitarios están descompuestos la mayor parte del tiempo, no se cuenta con todo el personal que debe operar en la clínica, desabasto de medicamentos, filtración de humedad y otras complicaciones asociadas a la falta de presupuesto.

Las personas son recibidas por el policía que se encuentra en la entrada quien solicita identificarse como paciente o registrarse si acude por otro motivo. Después se acude a la caja para registrarse como beneficiario del Seguro Popular o bien para realizar el pago correspondiente de la consulta, su expediente es enviado al médico en turno. La sala de espera cuenta con varias sillas pero son insuficientes para la cantidad de personas que asisten, mientras que el tiempo de espera es de mínimo una hora y media si se acude con cita, mientras que para aquellos que no tienen puede ser entre dos a tres horas, de acuerdo a la cantidad de pacientes en espera, y si aún existen fichas.

Las personas que viven en Atlautla acuden a obtener una ficha de tres a cuatro horas antes de que inicie el turno del médico, para así asegurarse que serán atendidos. Por su parte, aquellos que acuden de las localidades cercanas saben que ir a la clínica les implica “perder” la mañana o la tarde esperando su consulta. De acuerdo con el director de la clínica, la saturación de pacientes y el tiempo de espera se deben a la falta de

clínicas en cada localidad y que cuenten con médico las 24 horas, ya que sólo tienen un médico pasante de medio turno. En el CEAPS de Atlautla se cuenta con un número mayor de médicos pero aún así no son suficientes para cubrir la demanda de la cabecera municipal y de las personas que acuden de las otras localidades del municipio. No se cuenta con presupuesto suficiente para contratar más personal, ni tampoco para completar la plantilla de especialistas que se supone debe tener el centro¹⁰².

Durante la consulta médica existen varios factores a considerar sobre las interacciones que se realizan en este espacio. Todas las consultas médicas se realizan en la clínica, no existen consultas especiales en casa por lo que el espacio es siempre el mismo. Durante el diálogo que se establece en la consulta el médico debe ser capaz de usar términos entendibles para el paciente. En un sentido subjetivo el paciente debe saber que el médico se preocupa por él y se involucra en su padecer para ayudarlo de manera más eficaz.

La consulta médica es una relación social con un espacio y tiempo acotado pero cuyas implicaciones lo sobrepasan y llegan al ámbito de lo cotidiano, personal y social. Implica un proceso comunicativo donde el médico busca conocer el padecimiento de la persona y sus saberes al respecto; en la biomedicina el médico es quien guía la entrevista e incorpora la información recibida a su marco lógico algunas veces sin tomar en cuenta el marco referencial del que parte el paciente (Barbado, *et al.* 2005). El médico debería desarrollar la habilidad de conocer e interpretar el marco referencial del paciente, ya que aún perteneciendo a un contexto sociocultural similar y con el mismo idioma se tienen representaciones diferentes del mismo mensaje lingüístico. Una de sus funciones debería ser integrar a sus representaciones las del paciente y traducir la lógica médica la lógica de la persona (Garzón, 2011).

En la consulta se forma la relación médico-paciente que se basa teóricamente en la comunicación y deseo de conseguir objetivos comunes relacionados con el mantenimiento de la salud o la atención de la enfermedad. El paciente con enfermedades crónicas teje una relación con el médico por la necesidad de mantener el apego al tratamiento y porque la duración de éste es de largo plazo. Es crucial una buena relación médico-paciente para compartir el control del tratamiento, mejorar la imagen del médico como asesor y la del paciente como quien decide sobre cuál es la mejor manera de llevar el tratamiento y los cuidados.

A pesar de que se propone que la relación médico-paciente sea de igualdad en la práctica el médico es quien ejerce control sobre los pacientes debido a que es la figura de autoridad por el conocimiento que posee. Sin embargo, se aspira a que la relación médico-paciente genere confianza, equidad, comprensión y respeto; además de fomentar que el paciente tenga información correcta acerca de la enfermedad y su tratamiento para fomentar que tenga elementos que le permitan decidir cómo enfrentar su padecer. Por lo tanto, la toma de decisiones debería ser compartida por ambos, tratando de conciliar las preferencias de los involucrados.

¹⁰² De acuerdo con el Manual de organización tipo de Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud debe contarse con personal de: Psicología, Ginecología y Pediatría, Medicina general, Nutrición, Odontología y Servicio Social; en el CEAPS de Atlautla no se cuenta con las tres primeras especialidades. <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2010/jun103.PDF> [fecha consulta: 20 abril 2014]

Existen varias limitaciones estructurales que condicionan la calidad de la consulta: el número de pacientes que se deben de atender en un día, la falta de espacio adecuado, limitante en los materiales de trabajo, limitante en los medicamentos y barreras culturales por la formación académica del personal de salud. Las personas entrevistadas en general están satisfechas con la atención de los médicos pero tienen algunos puntos de desencuentro e inconformidad con ciertos comportamientos que no les agradan o bien tienen expectativas no cumplidas.

Pues aquí na mas nos dicen como esta y cómo se ha sentido. Es todo lo que nos dicen acá, no pues así estamos igual y ya nos dan nuestras medicinas y ya. Nunca nos auscultan no a ver que, yo creo no les paga bien el gobierno, yo creo, no sé porque no es como en otros doctores particulares que si lo sientan o lo acuestan a uno allá en su sofá y ahí le están viendo y toman el reflejo de los pies. Acá no hacen nada, todo lo hacen rápido uno ni puede platicar de nada porque están ahí haciendo todo rápido para que ya se vaya uno (Andrés).

Casi no habla de las complicaciones o de otras cosas porque namás voy a consulta y me da rápido mi consulta y ya me dice, o sea no nos platica. La doctora rápido me dan mi consulta me hacen mis recetas y ya, luego ni nos ve de que namás está escribiendo en su máquina (Esther).

Por su parte los médicos también tienen inconvenientes con la práctica en la consulta médica tanto por la sobrecarga de pacientes, como los problemas para lograr la adherencia al tratamiento.

A este tipo de pacientes como los diabéticos se les cita cada mes para su control, aunque no vienen siempre porque dicen que no tienen tiempo, solo cuando se sienten mal y vienen por su tratamiento, y así no se puede establecer un buen control con ellos (CEAPS).

Las expresiones sobre la consulta médica de ambos participantes es que el tiempo es corto para tratar todos los asuntos que les gustaría. Acerca de la consulta médica los comentarios negativos de las personas son que no platican demasiado con ellos, no les preguntan cómo se sienten, no los tocan o “auscultan”, sólo los mandan a tomar medicinas y prohibirles sus comidas. Pero a su vez consideran que el trato es bueno, porque no les “faltan al respeto”, los atienden cuando van de urgencia y les explican cómo tomar sus medicamentos.

Durante las consultas médicas en el grupo de informantes se observó que el tiempo de espera es mayor que el tiempo de consulta. Durante la consulta el médico se dedica a preguntar si ha tenido malestares recientes, en caso de que el paciente esté en descontrol metabólico reitera la recomendación del uso de insulina, y elabora la receta para el siguiente mes. Todo esto ocurre en un lapso de 10 o 15 minutos, los adultos mayores casi no mencionan cómo se sienten y si tienen algún malestar, se limitan a contestar preguntas específicas con respuestas cortas de sí o no. Sus familiares tampoco entablan un dialogo con el médico y pocas veces expresan sus dudas ya que mencionan que el médico no parece dispuesto a escucharlos porque tiene poco tiempo y varios pacientes. No se observó que el médico aliente el dialogo sobre dudas o consenso sobre los rumbos del tratamiento, o sobre las prácticas de autocuidado.

El personal de enfermería son quienes concentran varias de las quejas, se pudo observar que su trato con los pacientes es cortante y frío. En general el personal de salud de la clínica trata con respeto, instrucciones claras y concretas pero no existen factores de calidez en el trato, paciencia, dedicación para involucrar al paciente o sus familiares en el tratamiento. Por ello a las personas les parece un trato adecuado pero no de calidad como para sentirse completamente bien atendidos, con una relación de confianza y capaces de lograr un tratamiento en concordancia con los deseos del médico y del paciente. Los adultos mayores mencionan estar “acostumbrados” a que el personal de salud no los atiende con calidez en el sector público; en sus discursos reiteran que la atención de calidad y donde se sienten mejor escuchados (incluso con mejores medicamentos) es con los médicos privados.

6.1.8 Las sesiones del grupo de autoayuda

Otro espacio de interacción de los adultos mayores son las sesiones de los grupos de autoayuda que dirigen el CEAPS y el DIF. El origen de los grupos es la convivencia entre personas con problemas comunes que les permitan identificarse y generar estrategias conjuntas para afrontarlos y resolverlos. Los grupos de autoayuda surgen imitando la organización de alcohólicos anónimos en los años treinta. A partir de esa experiencia positiva de los grupos de alcohólicos anónimos se impulsan los grupos de autoayuda que son coordinados por una persona capacitada que busca dirigir las actividades realizadas para compartir medidas “necesarias” según la problemática que se busque atender.

El grupo de autoayuda del DIF está dirigido a adultos mayores y busca colaborar en la sociabilización y activación social de ellos, mientras que el grupo del CEAPS plantea ayudar en el control de enfermedades específicas como diabetes, hipertensión arterial y obesidad. El grupo de autoayuda del CEAPS está organizado de manera que se realicen dos sesiones a la semana, con cuarenta minutos de ejercicio y una o dos veces al mes se realizan pláticas o talleres sobre cómo cocinar saludable. El grupo de autoayuda del DIF realiza una sesión a la semana con una hora de ejercicio y una hora de actividades manuales o bien de pláticas.

Al interior de los grupos de autoayuda las personas que acuden pueden formar nuevas relaciones de amistad, o bien pueden hacerse acompañar por amigos que estén en la misma situación. En el grupo del DIF quienes participan son Andrés y Mariana. Andrés no tiene amigos que acudan al grupo porque les parece que es una pérdida de tiempo y algo “para señoras sin quehacer”; él no ha hecho amistad con los asistentes, pero sí las encuentra en la calle se saludan:

Pues solo cuando nos encontramos en la calle, nos saludamos platicamos un rato de cómo hemos estado, mira hay esto hay aquello y pues ahí estamos platicando pero así de rápido porque cada quien tiene sus cosas (Andrés).

Mariana por su parte ya tenía amigas que acudían al grupo y fueron ellas quienes la invitaron, así que ya contaba con relaciones hechas en el grupo cuando llegó. Ella también ha invitado a otras de sus amigas y algunas han asistido, al igual que Andrés tampoco ha hecho amistad con otras personas durante su estancia en el grupo.

Al grupo del CEAPS asisten menos personas y por ello pareciera que la relación entre ellos es más amistosa, sin embargo, entre los asistentes Daniela, Adriana, Esther y Mariana existe una relación únicamente como asistentes ya que al salir de las reuniones no se visitan ni mantienen una relación. Únicamente Daniela tiene una relación cercana con otro asistente que es su cuñada, ambas tienen una gran amistad y acuden juntas a las reuniones. Sin embargo, este grupo no tiene un espacio que permita la convivencia y aliente la formación de amistades a su interior.

Es fundamental que durante las sesiones de los grupos exista inteligibilidad en las instrucciones para conseguir un buen seguimiento de las mismas, así como la capacitación adecuada de sus encargados para lidiar con los asistentes. Sin embargo, del personal entrevistado la mayoría no recibe capacitación de tipo geriátrico o gerontológico; en el caso de las encargadas de los grupos de autoayuda ellas recibieron capacitación sólo antes de tomar el cargo. En el momento de las sesiones de ejercicio las instrucciones son claras y precisas por lo que no tienen dificultad en seguirlas, sus problemas están más relacionados con los problemas que tienen para realizar los movimientos. La lógica de estos grupos es que se intercambien experiencias, consejos sobre cómo cuidarse, brindar apoyo emocional y encontrar juntos formas de atenderse; pero en ningún momento se observó que existan dinámicas que impulsen dichas actividades.

La sesión del grupo del DIF está programada para dos horas: una dedicada a activación física y otra a actividades diversas como talleres de manualidades o pláticas sobre problemas comunes en la vejez. En las ocasiones que se asistió a las sesiones del grupo¹⁰³ se observó como el programa se cumplía a la mitad, únicamente la encargada del ejercicio físico era quien acudía, solo en una ocasión otros miembros del personal dieron una charla sobre asesoría jurídica para personas en situación de violencia. Durante la hora de actividad la encargada se dedica a realizar una rutina de calentamiento seguida por ejercicios de estiramiento y coordinación. Esta fue la principal actividad que se realizaba en el grupo, varias personas refirieron que la administración del DIF de esos momentos era mala y no les impulsaban otras actividades como sí se hicieron en otras administraciones. Por lo que la mayoría de los miembros del grupo no se encontraban conformes con la dinámica pero no tenían la suficiente confianza como para exponer sus quejas ante las encargadas.

Por su parte la sesión del grupo del CEAPS consiste en actividad física por 45 minutos, con rutinas de calentamiento, coordinación y estiramiento, así como una charla de 10 a 15 minutos sobre cuidados y consejos de alimentación. Una vez al mes se realizan análisis de laboratorio para confirmar que se están alcanzando las metas que a nivel nacional se exigen a los grupos para estar certificados. En algunas ocasiones se ha organizado una convivencia en el grupo para preparar platillos “saludables” y propiciar la convivencia más allá del ejercicio. A la mayoría de los asistentes les parece adecuada la dinámica del grupo, aunque les gustaría tener un espacio mejor para su desarrollo, la causa principal por la que asisten es por el “buen trato” y la paciencia que la encargado del grupo tiene con ellos. Sin embargo, el grupo es muy reducido y tiene poco éxito en conseguir que nuevas personas se integren y asistan de manera regular.

¹⁰³ Se asistió aproximadamente a 6 sesiones de cada uno de los grupos de las localidades durante el período de trabajo de campo del año 2011-2012.

Ninguno de los grupos logra trascender en la vida de los asistentes, no se han tejido relaciones a su interior, es decir, no existen interacciones entre las personas de manera que se identifiquen y generen objetivos comunes o estrategias para mejorar y resolver problemáticas. Tampoco logran articularse con las redes que las personas tienen: ni entre los asistentes, ni con sus familiares, ni con las organizaciones comunitarias que existen. Debido a ello la supuesta finalidad de mejorar la sociabilización de los adultos mayores, su inclusión en la comunidad, la mejora de los cuidados de salud por sus familiares no se logra, ya que la dinámica consiste en asistir a las sesiones semanales sin que se propague lo aprendido fuera de ellas.

6.2 La red formal de los adultos mayores

Como se muestra en la tabla 76 los adultos mayores entrevistados pertenecen a los siguientes programas:

Tabla 76. Programas de participación de adultos mayores

Adulto mayor	Programa
Andrés	Seguro popular
	Grupo autoayuda DIF
	70 y más
Daniela	Seguro popular
	Desarrollo social “gente grande”
	Grupo autoayuda CEAPS
	Oportunidades
Silverio	Desarrollo social “gente grande”
	70 y más
	Seguro popular
Adriana	Seguro popular
	Oportunidades
	Grupo autoayuda CEAPS
Rodrigo	Ninguno
Esther	Oportunidades
	Seguro popular
	Grupo autoayuda CEAPS
Mariana	Oportunidades
	70 y más
	Seguro popular
	Desarrollo social “gente grande”
	Grupo autoayuda CEAPS
	Grupo autoayuda DIF
Guadalupe	Desarrollo social “gente grande”
	70 y más
	Seguro popular

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Todos los programas a los que pertenecen los adultos mayores son federales y estatales; los primeros son Oportunidades, 70 y más y Seguro Popular. Del orden estatal existe el programa Desarrollo Social “gente grande”. Por último, los grupos de autoayuda pertenecen al ámbito federal ya que son parte de las estrategias nacionales de atención a adultos mayores.

6.2.1 La red formal de Mariana

Mariana es beneficiaria de los programas gubernamentales: Oportunidades, 70 y más, Seguro popular y Desarrollos social “gente grande”. La manera en que ella se enteró de su existencia fue por medio de sus hijas y de sus amigas. Es su hija quien la acompaña a revisar de qué se tratan los programas, conseguir la documentación que se pide y llevarla a registrarse. En el caso de los grupos de autoayuda se enteró por medio de amigas y/o por recomendación del médico.

➤ La dinámica de los programas

Ella tiene varios años participando en los programas. En el caso del grupo del DIF lleva entre 8 a 10 años acudiendo, y el grupo del CEAPS hace dos a tres años ya que éste último es el de más reciente creación.

➤ La relación con el Seguro Popular

Mariana no tiene quejas sobre el trato que se le da en la clínica, considera que todo el personal la atiende con respeto. La relación que tiene con su médico le parece “buena” porque le tiene paciencia; ella menciona que con el anterior tenía problemas debido a su carácter:

La doctora de antes era bien enojona, luego le decía “ay doctora y porque no me dice” y se enojaba, o si llegaba uno tarde. Una vez que fui a, y ya llegue tarde me dice “ya, ya la nombraron y ¿usted donde anda?” se enojaba, “ahora hasta que pasen otras usted va a pasar”, “bueno yo me espero aquí hasta que diga usted” le contestaba yo, pos ya que (Mariana).

La relación con las enfermeras también es importante porque son las primeras que las reciben para la consulta, además debido a que ella acude todos los días por su inyección de insulina tiene mayor trato con ellas. Una de las enfermeras es conocida suya por lo que la confianza es mayor con ella y es la persona que más le agrada en su trato. Además fue esa enfermera quien la invitó al grupo de autoayuda ya que sabía que quizá le fuera de utilidad para su tratamiento.

Durante la consulta médica no tiene problemas para entender el lenguaje usado, siempre acude con su hija así que ella le recuerda en casa lo que se habla porque suele olvidársele. También si existen dudas es la hija la que pregunta, ambas consideran que el médico les tiene paciencia y explica bien sus instrucciones. Pero consideran que el tiempo de consulta es limitado, en algunas ocasiones no tienen tiempo de exponer dudas o hablar de malestares, la consulta pasa “tan rápido” que cuando salen se dan cuenta de que se les olvidó plantear las preguntas que tenían.

El consenso sobre el tratamiento no existe entre el médico y Mariana, a ella sólo se le indica que debe de hacer y cómo, existen pocos espacios de negociación siendo uno de ellos el convencimiento de incluir insulina dentro del tratamiento. Para los demás aspectos el médico indica qué hacer y es decisión del adulto mayor hacerlo o no, pero si no lo hace es tachado como “irresponsable” y el médico lo hace responsable de las consecuencias. Debiera existir sensibilidad por parte del médico para entender porque sus pacientes son renuentes a ciertos aspectos de tratamiento, o porque a pesar de sus esfuerzos no puede cumplirlos, el acercamiento a la perspectiva del paciente podría

ayudar al médico a entender y buscar la mejor manera de acompañarlo en su proceso de atención.

Un descontento de Mariana es su desesperación porque el médico no atiende un problema de salud que para ella es esencial: sus dificultades para dormir. A pesar de los múltiples peticiones que ha realizado para que le den medicamento para dormir bien, el médico no lo ha hecho porque es peligroso utilizar ese tipo de medicamentos, sin embargo, no ha dado alternativas de solución que le funcionen a Mariana. Lo anterior hace que ella piense que simplemente no le interesa ayudarla, con lo cual ha perdido confianza en el médico.

Las citas médicas de Mariana fueron establecidas sin su opinión, hasta ahora ella no ha tenido problemas para acudir en los horarios establecidos. Debido a que su familiar no trabaja durante la semana tiene toda la disposición de tiempo para acompañarla en el horario que sea a excepción de los fines de semana.

Tampoco ha sido cuestionada por su médico o alguien más del personal de salud acerca de sus opiniones sobre la atención recibida, sólo le dicen “tómese esto y lo otro” sin que exista espacio para el diálogo sobre la satisfacción que ella encuentra o no a sus expectativas en el trato médico. Sabe de la existencia del buzón de quejas pero nunca lo ha usado porque no considera que las conductas que no le agradan de algunos miembros del personal de salud sean escuchadas por quienes leen el buzón.

➤ **Relación con el programa Oportunidades**

La atención que el médico de Oportunidades brinda es limitada, se limita a tomar signos vitales, verificar la asistencia a la consulta y la realización de estudios clínicos en un lapso de tiempo determinado. La forma en que se implementa es sólo para obtener la “firma” y mantener el apoyo económico. Mariana como otros de los entrevistados dice que hay ocasiones en que el médico no los ve y solo la enfermera les firma su carnet.

➤ **La relación con el grupo de autoayuda del DIF**

Mariana lleva casi diez años acudiendo al grupo del DIF ha visto pasar varias administraciones y menciona que el desempeño del grupo varía según la disposición de los encargados para realizar actividades que sean agradables para ellos. De acuerdo con su experiencia la administración anterior (la que estaba presente al momento de la investigación) fue la peor de todas, tanto por los tratos del personal como por la dinámica del grupo.

Durante esa administración se suspendieron actividades como los talleres de manualidades, disminuyó el apoyo para realizar los convivios mensuales, las salidas en grupo aumentaron su costo y del personal con que cuenta el DIF únicamente la activadora física era constante en sus sesiones del grupo.

Primero pasan los ejercicios y ya ella, luego las manualidades pero luego se van a otra parte con otros grupos. Casi está la del ejercicio es la que está más, ella no falta, siempre está ahí con nosotros... [...] La presidenta de ahorita ni en cuenta, no sube ni siquiera a saludar, todas las presidentas luego van “buenas tardes, ¿cómo están?, ¿cómo se sienten? ¿están contentas?”, pero esta ni siquiera, ni la de allá la municipal ni la de ahí, que ve que es su hija, y no han subido en los años que ya llevan (Mariana).

Lo que más le incómoda a Mariana es que los talleres no se realicen y que cobren las salidas porque varios de las personas ya no pueden asistir como antes cuando el DIF se encargaba de conseguir los recursos para que no les costara a ellos. Por otro lado a ella le gusta el espacio donde se hacen los ejercicios porque es amplio, cuentan con sillas, la instructora física tiene excelente relación con ellos, crea un ambiente agradable y sus instrucciones son fáciles de entender. Ella disfruta de los ejercicios porque los realizan acompañados por música y como el grupo es grande se siente contagiada por el ánimo de todos los compañeros. A pesar de que no puede realizar algunos de los ejercicios porque no posee buena flexibilidad y fuerza ella trata de hacer lo que pueda.

Los asistentes al grupo desarrollaron una buena relación con la instructora, a ella le tienen confianza para expresarle sus descontentos con respecto a la organización del DIF y de las otras encargadas. A pesar de que saben que la instructora no puede hacer nada para mejorar la situación, se sienten aliviados de “por lo menos” poder hablar con ella de sus molestias. Con las otras encargadas no existe esta relación porque no se presentan a las reuniones con la misma regularidad y el tiempo convivido ha sido menor.

En el DIF la información preventiva es por medio de pláticas conducidas por los responsables de las distintas áreas: hay pláticas sobre cuidados de salud, salud dental, asesoría psicológica y asesoría legal en torno a sus derechos. Mariana piensa que es bueno que les den las pláticas porque así se “enteran de cosas que les pueden servir”. Aunque como no es de manera continua no existe un seguimiento sobre si necesitan hacer uso de alguno de los servicios presentados o de los consejos compartidos.

Sobre la satisfacción o quejas que puedan tener es la instructora física quien pregunta cómo se sienten, si les gustan los ejercicios que realizan o si preferirían realizar otros, es el único miembro del programa que trata de modificar sus acciones para que estén a gusto. Nadie más del personal de salud les pregunta sus opiniones, en algunas reuniones o convivios se plantea el tema de que expresen lo que piensan pero muy pocos lo hacen porque no sienten una relación cómoda con las encargadas.

➤ **La relación con el grupo de autoayuda del CEAPS**

Mariana considera positivo asistir a los dos grupos de autoayuda: el del DIF y el del CEAPS; le gusta hacer ejercicio, además piensa que es una buena actividad a quedarse en su casa sin hacer nada y le sirve para mejorar su salud. Aunque se llega a sentir cansada después de acudir eso no es motivo para abandonarlo aún tomando en cuenta que las reuniones son en el mismo día, uno en la mañana y otro por la tarde.

Para Mariana las instrucciones de la encargada del grupo son claras, ella puede seguirlas y trata de realizar la mayoría de los ejercicios. A su parecer la instructora tiene paciencia porque ellas se equivocan mucho, sobre todo cuando preparan tablas rítmicas para ir a los concursos con otros grupos. Ella prefiere el grupo del DIF porque hay más gente, el espacio es grande, tienen sillas y se genera un ambiente más agradable. También le gusta el grupo de la clínica porque es una actividad más, la nutrióloga les da recomendaciones de la dieta y puede tener acceso a exámenes bioquímicos cada mes, situación que le ayuda a tener idea más clara de cómo se encuentra de salud.

Este espacio también es usado para compartir información preventiva, mejorar el

autocuidado por medio de consejos enfocados sobre todo al cambio de dieta, por ello se iniciaron talleres para aprender a cocinar saludable. Mariana disfruta de esas actividades, pero nunca ha cocinado nada de lo aprendido en su casa, porque no se le “antoja” la comida que preparan.

Con respecto a la retroalimentación la nutrióloga les pregunta cómo se sienten y si les gustaría hacer otras actividades, les había planteado hacer manualidades pero la mayoría no quiso porque tienen problemas de vista. Además de ese tipo de preguntas no existen otros mecanismos o estrategias para conocer sus opiniones e incorporarlos a la planeación de actividades del grupo.

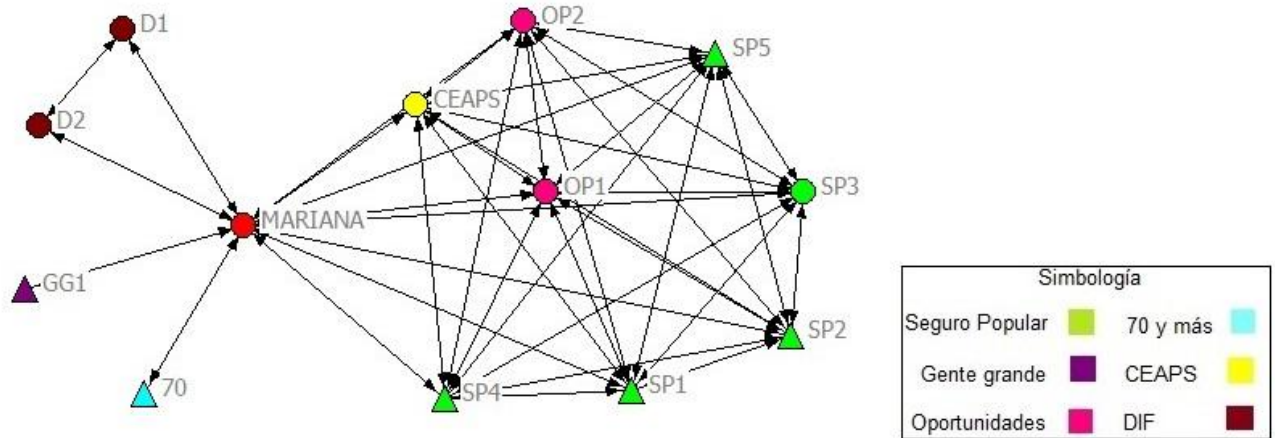
➤ **La relación con los programas de apoyo económico y alimenticio**

La relación con los programas de entrega de apoyos como 70 y más o gente grande le parece adecuada porque nunca ha tenido algún contratiempo para recibir la ayuda.

➤ **Las características de la red**

La red de apoyo de Mariana es una de las más grandes en cuanto a miembros y programas que la componen, tiene 12 miembros de seis programas, es decir, concentra todos los apoyos formales disponibles para adultos mayores en la localidad. En la figura 70 se muestra la red formal, los distintos programas gubernamentales y los grupos de autoayuda se muestran con colores diferentes, las personas que los ejecutan aparecen con el símbolo del círculo en el caso de mujeres y el símbolo del triángulo para los hombres.

Figura 70. Red formal de Mariana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los componentes de la red formal de Mariana se describen en la tabla 77:

Tabla 77. Componentes de la red de Mariana

Total: 12
-Seguro Popular: incluye al médico general, nutriólogo y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de farmacia y de caja.
-DIF: grupo autoayuda: incluye a la encargada de activación física y dos encargadas del grupo, ya que otros miembros del personal no tienen contacto con Andrés.
-70 y más: incluye al encargado de otorgar el apoyo económico bimestral.
-Oportunidades: médico de consulta y enfermera asistente.
-Gente grande: personal encargado de otorgar la despensa.
-CEAPS: nutrióloga encarga del grupo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

DIF grupo de autoayuda:

D1: encargada de acondicionamiento físico.

D2: encargada de coordinar las actividades del grupo.

D3: encargada de coordinar las actividades del grupo.

Seguro popular:

SP1: médico general asignado para realizar consulta mensual.

SP2: enfermera asignada al médico en turno para asistir durante la consulta.

SP3: nutrióloga a quien son referidos los pacientes diabéticos.

SP4: personal de farmacia.

SP5: personal de caja.

70: personal que entrega el apoyo económico.

OP1: médico familiar.

OP2: enfermera asignada al médico.

GG1: encargado de hacer la entrega de despensa.

En su caso todos los apoyos de la red se otorgan en la localidad, así que ella no tiene que trasladarse a otro lugar a menos que sea por referencia al hospital correspondiente.

Los miembros de la red que pertenecen al sector salud se encargan del tratamiento de diabetes de Mariana. El componente que corresponde al DIF no tiene preparación para brindar apoyo en ese sentido, sin embargo, pueden asesorarse del equipo médico que está disponible en las mismas instalaciones.

➤ **Los tipos de apoyo de la red formal**

Los tipos de apoyo existentes en la red de Mariana se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 78. Tipos de apoyo de la red formal Mariana

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Frecuencia
Apoyos materiales	Apoyo económico	2 de 12	Anual
	Apoyo en gastos médicos	1 de 12	Mensual
	Apoyo alimenticio	1 de 12	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	2 de 12	Mensual
	Apoyo en información	2 de 12	Mensual
	Apoyo en actividad física	2 de 12	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	2 de 12	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	1 de 12	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 12	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 12	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Por parte del programa Oportunidades y 70 y más; de acuerdo con los lineamientos de los programas no es posible recibir ambos al mismo tiempo, sin embargo Mariana se dio de alta en 70 y más aún recibiendo oportunidades y hasta ahora conserva ambos programas. Lo anterior evidencia la duplicidad de apoyos y el sub registro que permite este tipo de situaciones, aunque en este caso es favorecedor para ella.

➤ **Apoyo alimenticio**

Cuenta con el programa Gente grande que otorga apoyo en forma de despensa.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

Al estar inscrita en Seguro popular sus gastos médicos de consulta y tratamiento se encuentran cubiertos de acuerdo con los servicios estipulados en el CAUSES.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en seguimiento de dieta**

El seguimiento de los avances en la dieta se realiza por medio de la consulta del Seguro Popular y el grupo de autoayuda de la misma clínica.

➤ **Apoyo en información**

Mariana recibe información sobre campañas de salud, promociones o invitaciones a asistir a consultas con especialistas por parte del DIF. Mientras que por parte del CEAPS recibe información sobre recomendaciones para el autocuidado.

➤ **Apoyo en actividad física**

La actividad física es impulsada por los dos grupos de autoayuda a los que acude DIF y CEAPS ambos buscan promover y ayudar a que el ejercicio le permita mejorar su salud y a la vez convivir con personas en condiciones similares a ella.

➤ **Apoyo en actividad recreativa**

Es estimulado por el DIF y el CEAPS, durante las sesiones se busca la integración, participación y socialización de los participantes.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El control del tratamiento para la diabetes es competencia del Seguro popular y del grupo del CEAPS, ambos realizan el monitoreo de los avances que existen en los niveles de glucosa y demás parámetros asociados al tratamiento de la diabetes.

➤ **Apoyo psicológico**

No reciben apoyo psicológico para acompañarla y ayudarla a enfrentar de manera positiva el tratamiento y el padecimiento.

➤ **Apoyo jurídico**

En el grupo del DIF Mariana ha escuchado pláticas del área legal sobre los derechos de las personas mayores, pero no recuerda cuáles son. Hasta ahora no ha tenido que buscar algún tipo de asesoría o consulta con esta área.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes de la red formal**

Los apoyos en la red formal de Mariana varían en frecuencia anual y en el número de programas que los otorgan (ver tabla 79).

Tabla 79. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Mariana

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en seguimiento de dieta	16 %	5
Apoyo en información	16 %	12
Apoyo en actividad física	16 %	12
Apoyo en actividad recreativa	16 %	12
Apoyo en control de tratamiento	8 %	12
Apoyo psicológico	0 %	-----
Apoyo jurídico	0 %	-----
Apoyo económico	16 %	-----
Apoyo en gastos médicos	8 %	12
Apoyo alimenticio	8 %	-----

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red formal de apoyo se concentra en el tratamiento a la diabetes ya que es ahí donde existen más miembros otorgando recursos. Otros aspectos como el económico y alimenticio también están presentes, al igual que la duplicidad de recursos por pertenecer a programas similares. Existe una frecuencia parecida entre cinco tipos de apoyo: económico, alimenticio, información, dieta y actividad física. Esto es porque Mariana acude a dos grupos diferentes diseñados para impulsar esos aspectos en la vida del adulto mayor. En su red se descuida el factor psicológico y no existe un enfoque para articular los apoyos gubernamentales y puedan servir como una autentica estrategia para mejorar las condiciones del adulto mayor.

6.2.2 La red formal de Adriana

Adriana participa en los programas Oportunidades, Seguro popular, Gente grande y el grupo de autoayuda del CEAPS, lleva más de cinco años perteneciendo a estos programas y en el grupo alrededor de tres años.

➤ **La dinámica de los programas**

Ella se enteró de la existencia de estos programas por sus hijas, o por conocidos que le mencionaron los apoyos que podían servirle. En el caso de Oportunidades una de sus hijas participaba como promotora del programa y fue quien le recomendó que se inscribiera.

Su hija Liliana es quien la acompaña a inscribirse y le ayuda a reunir los papeles necesarios que pidan como requisitos, todas su hijas le comunican en cuanto se enteran de los apoyos, programas o cualquier evento que pudiera serle de utilidad.

➤ **Relación con el Seguro Popular**

Adriana es atendida en la clínica local donde la atención le parece buena, no ha tenido ningún problema con el personal de salud. Pero comenta que los médicos no prestan la debida atención a los pacientes, a pesar de ser amables tienen limitaciones como el que “pasen más tiempo” viendo su computadora que viéndolos a ellos o escuchando las molestias que tengan.

Pues la de cada mes pues digo ya nada mas todo escriben y escriben, ya solamente que le diga uno alguno cosa es como la ven a uno (Adriana).

Adriana asiste todos los días por su inyección de insulina esto hace que tenga más relación con las enfermeras y otro personal de la clínica. Con los demás no ha tenido problemas, con las enfermeras si ha habido algunos roces por los tratos hacia ella.

Una vez una, me encontré una enfermera pero nunca la había yo visto, ese día me dice “trae usted su receta?” le digo no, “no la traje, pues nunca me la piden”, “pues de ahora en adelante tiene usted que cargar su receta, que le parece que le dijera yo que ahorita no la voy a inyectar porque no trajo usted su receta”. Le digo “tener que irme hasta allá arriba mi casa y otra vez tener que bajar”, “pues ni modo si no me va a inyectar pues me voy”. Y no ya siempre me dijo que sí pero que era la última vez si receta (Adriana).

Además de ese malentendido las hijas de Adriana opinan que no siempre la atienden bien sobre todo cuando acude a la inyección.

Lo que no me gusta es que luego las enfermeras, luego la lastiman cuando la inyectan, luego anda toda moreteada de los brazos. Luego dice que le duele porque trae los moretones, una persona en la clínica le habló y le tomó el brazo, y le dolía mucho porque no le inyectan bien. Le lastiman un vasito, un vasito de sus venas y luego se le inflaman mucho los brazos porque no la inyectan bien. No deben de quedar moretones en los brazos (Liliana, familiar de Adriana).

Por ello las hijas no están contentas con la manera en que la inyectan, pero ninguna ha intentado hablar con las enfermeras o alguien más del personal de salud y encontrar una solución.

Adriana es acompañada por alguna de sus hijas a las consultas médicas y son ellas quienes hablan y le ayudan a entender, debido a que tiene problemas de audición y no escucha lo que le dicen. El médico también tiene conocimiento de ello por lo que trata de hablar lento y con voz alta. Entre sus problemas de sordera, el lenguaje médico y los problemas de memoria entiende poco de lo que escucha en consulta médica. Son sus hijas quienes al regresar a casa le explican en que consistió la consulta y cómo debe tomar sus medicamentos. Debido a esto durante la consulta el médico suele referirse en varios momentos al acompañante y no a ella, sobre todo para explicarles cuestiones relativas a su tratamiento.

Adriana se siente cómoda con el médico que tiene asignado, aunque no lo suficiente como para expresarle sus dudas o preguntas sobre cuestiones cotidianas del autocuidado, como por ejemplo la preparación de la comida, los remedios que ha escuchado sobre la diabetes, etc. Esta situación de no expresar sus dudas es debido a que piensa que los médicos se molestarían por perder el tiempo contestando.

El que los médicos se involucre con la persona es bien apreciado por los pacientes, en este sentido Adriana toma como un gesto de preocupación que uno de sus médicos se halla “tomado el tiempo” para platicar con sus hijas sobre su tratamiento.

Una doctora que estaba las mando a traer a mis hijas y les dice “miren cuiden más a su mamá, porque su mamá está delicadísima ya con su enfermedad que tiene, ya no la hagan enojar” (Adriana).

Ese tipo de involucramiento con otros familiares no es común, de hecho fue la única ocasión en que algún médico tuvo ese tipo de comportamiento hacia ella. Durante la consulta no recuerda recibir indicaciones sobre cómo prevenir complicaciones o mejorar el autocuidado, aunque no está segura si le dan información ó no porque no escucha bien. Hace varios meses el médico comenzó a hablarle sobre el uso de insulina por sus altos niveles de glucosa; durante diferentes consultas se explicó su uso y los beneficios para la salud. Una vez que la aceptó ella ha sentido mejora en su vida cotidiana, también el médico le ha dicho que está tomando bien el cambio de tratamiento y se encuentra más estable.

Nunca ha sido consultada sobre la atención que recibe del personal de la clínica, sabe de la existencia de un buzón de quejas pero no lo ha usado. Ella considera que con recibir consulta médica gratuita y le otorguen el medicamento es suficiente, por lo cual no tiene comentarios sobre el servicio. Aunque piensa que las consultas deberían de durar más, haber más sillas en la sala porque siempre está lleno, que funcionen los baños y que no exista desabasto de medicamentos.

➤ **Relación con el grupo de autoayuda CEAPS**

Adriana acude desde hace tres años al grupo del CEAPS y le ha parecido muy buena actividad para distraerse, hacer ejercicio y convivir con otras personas. Le agrada la forma en que la encargada habla con ellos porque les tiene paciencia, bromea con

ellos, les da buenos consejos y les realiza análisis mensuales para tener mejor control de su glucosa. Ella sabe más acerca de su estado de salud y si está llevando bien su tratamiento por los análisis que les realiza cada mes. Nunca ha tenido algún desacuerdo con la encargada o alguno de los miembros del grupo, por lo que piensa que la dinámica que tienen es buena, todos asisten por su voluntad y las actividades realizadas son amenas.

Ella acudía cuando todavía realizaban ejercicios en la calle, por lo que ahora está contenta con estar en la casa de cultura, aún así le parece que debieran tener un lugar mayor porque “cuando llegan todos” no tienen espacio y el cuarto es oscuro. Durante la sesión ella tiene problemas para escuchar las instrucciones de la encargada, pero se coloca en las filas de en medio para observar cómo hacen la actividad sus compañeros y seguirlos.

La retroalimentación con el encargado del grupo se basa en que ella pregunta cómo se sienten después del ejercicio, si les gusta realizar una actividad o no. No se realizan mecanismos para involucrar en la elaboración de tareas a los asistentes, ni para el diseño de las actividades a mediano o largo plazo. Adriana piensa que sería correcto que les preguntaran, aunque ella no se le ocurre alguna idea pero le gustaría que entre todos se pusieran de acuerdo. Piensa que ello no ha sucedido porque les da “pena” hablar pero también considera que con la motivación adecuada serían más participativos. En general, está contenta con su participación en el grupo y fuera de cambios mínimos como un lugar mejor donde tener las sesiones, ejercicios más acorde a lo que ella puede hacer o que le ayuden a tener mejor condición y la inclusión de todos en actividades de otro tipo además del ejercicio.

➤ **La relación con los programas de apoyo económico y alimenticio**

Adriana es beneficiaria de Oportunidades y por ello asiste a su consulta familiar cada seis meses, también acude a los talleres o pláticas que otorgan las vocales. Sobre éstos últimos ella piensa que aprende cosas interesantes pero hasta ahora ninguna ha sido relacionada con la vejez o la diabetes, ya que se enfocan más a hablar del cuidado de los infantes y las mujeres embarazadas.

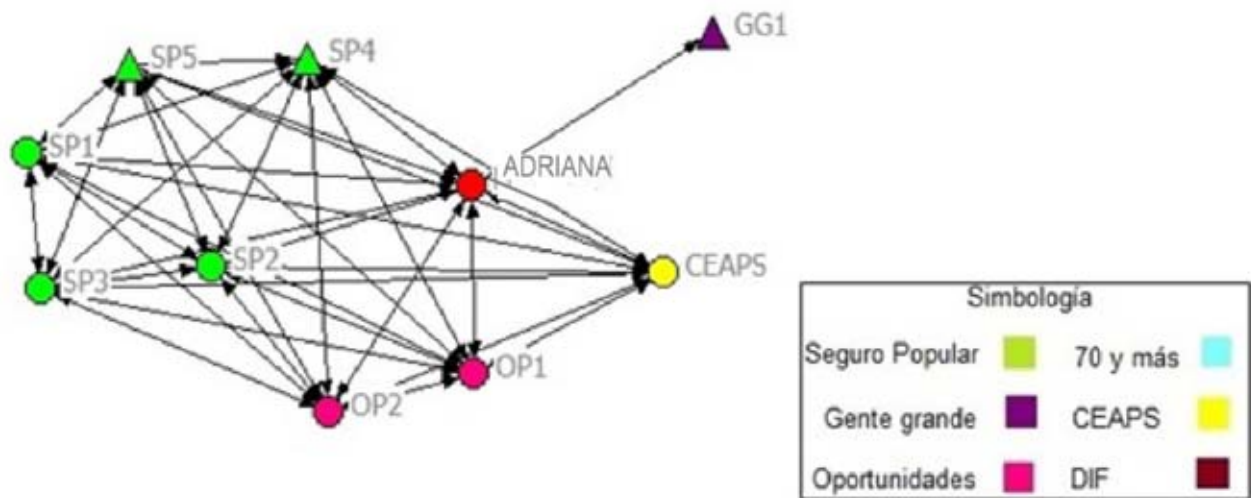
El trato del médico de oportunidades le parece bueno, pero únicamente la revisa, le pregunta cómo se siente y le firma su carnet. Es una cita muy corta, así que no la considera importante para su salud, según ella es solo para que vean que “sigue viva” y no le retiren el apoyo.

Acude por su despensa mensual por ser beneficiaria del programa Gente grande con el cual nunca ha tenido problema para recibirla, la fecha de entrega se coloca en carteles que ella nunca lee pero que sus hijas sí y ellas le avisan. Siempre la acompaña alguna de las hijas para ayudarle a cargar la caja.

➤ **Las características de la red**

La red de apoyo formal de Adriana consiste en cuatro programas Seguro popular, Oportunidades, Gente grande y CEAPS. La figura 71 muestra la red formal, los distintos programas gubernamentales y los grupos de autoayuda se muestran con colores diferentes, las personas que los ejecutan aparecen con el símbolo del círculo en el caso de mujeres y el símbolo del triángulo para los hombres.

Figura 71. La red formal de apoyo Adriana



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los componentes de la red formal de Adriana están en la siguiente tabla:

Tabla 80. Componentes de la red formal Adriana

Total: 9
-Seguro Popular: incluye al médico general, nutriólogo y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de farmacia y de caja.
-CEAPS: grupo autoayuda: incluye a la encargada de las actividades.
-Gente grande: incluye al encargado de otorgar el apoyo alimenticio.
-Oportunidades: incluye al médico y enfermera que realizan la consulta semestral de seguimiento.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Seguro popular:

- SP1: médico general asignado para realizar consulta mensual.
- SP2: enfermera asignada al médico en turno para asistir durante la consulta.
- SP3: nutrióloga a quien son referidos los pacientes diabéticos.
- SP4: personal de farmacia.
- SP5: personal de caja.

Programas:

- OP1: médico general encargado del programa.
- OP2: enfermera asignada para el médico del programa.
- GG1: personal que entrega el apoyo económico.
- CEAPS: encargada del grupo de autoayuda.

Todos los miembros de la red de Adriana se ubican en Atlautla, por lo que no debe trasladarse para recibir alguno de los apoyos que se otorgan.

Las características homofílicas de la red formal son el género, que es mayoritariamente femenino en la atención médica del seguro popular y de Oportunidades. Ya que todos los entrevistados participan en los mismos programas de nuevo se repite que los miembros de la red formal sean mujeres, por lo que esta red está basada en un

predominante componente femenino que coincide con que en la red informal sean las mujeres las que apoyan con mayor participación.

Ya que Adriana solo participa en programas de salud no existen problemas con la capacitación del personal para atender a una persona con diabetes. Mientras que la red de apoyo alimenticio y económico no tiene relación con ella más que otorgar el apoyo sin convivir no existen problemas asociados a la capacitación para la atención de los beneficiarios.

➤ **Los tipos de apoyo en la red formal**

La distribución de los miembros de la red por tipo de apoyo y la periodicidad de los mismos se resume en la siguiente tabla:

Tabla 81. Tipos de apoyo de la red formal Adriana

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo económico	1 de 9	Anual
	Apoyo en gastos médicos	1 de 9	Mensual
	Apoyo alimenticio	1 de 9	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	2 de 9	Mensual
	Apoyo en información	2 de 9	Mensual
	Apoyo en actividad física	1 de 9	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	1 de 9	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	2 de 9	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 9	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 9	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Adriana pertenece al programa Oportunidades y de ahí recibe apoyo económico.

➤ **Apoyo alimenticio**

El apoyo alimenticio lo obtiene con el programa de despensas Gente grande.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

El Seguro popular le permite tener acceso a consultas médicas y tratamiento para la diabetes, las complicaciones son en su mayoría también atendidas por este siempre y cuando estén cubiertas por el CAUSES.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en seguimiento de dieta**

El seguimiento de la dieta está a cargo del médico del seguro popular y por el grupo de autoayuda; aunque en la práctica en la consulta médica no se dan recomendaciones cotidianas para mejorar la dieta. En el grupo de autoayuda son un poco más específicas y tratan de enseñar estrategias para lograr un cambio en la dieta de manera gradual.

➤ **Apoyo en información**

La información entendida como recomendación de programas, apoyos o campañas que puedan servir a Adriana raramente son dadas por las redes formales de apoyo, ya que únicamente realizan este tipo de apoyo si hay alguna actividad planteada por la institución a nivel municipal o nacional. El tipo de información que mayormente se comparte por la red formal son consejos o recomendaciones sobre el tratamiento y como mejorar el estado de salud. En este sentido el seguro popular y el grupo de autoayuda son quienes lo otorgan.

➤ **Apoyo en actividad física**

A pesar de que el médico general hace sugerencias sobre la actividad física no realiza seguimiento o explica qué tipo de ejercicios prácticos y sencillos puede realizar en su casa. Por lo que el grupo de autoayuda es el único programa que realiza un apoyo real para que se realice actividad física como parte del tratamiento de la diabetes.

➤ **Apoyo en actividad recreativa**

No existen programas que busquen apoyar la recreación de los adultos mayores, por lo que lo más parecido son los grupos de autoayuda. Sin embargo, el de la clínica por su naturaleza no está enfocado a la recreación sino a generar estrategias de autoatención. Pero para los adultos mayores que no tienen posibilidad de tener actividades recreativas fuera de la convivencia social encuentran aquí un espacio para ello.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El seguimiento del tratamiento y la implementación de estrategias para que exista un mejor apego depende del médico general; él es quien debiera negociar con Adriana para establecer metas concretas que lleven a la mejora del apego al tratamiento y que ello se refleje en su estado de salud. Esto no ocurre así, ya que únicamente se da continuidad al esquema de medicamentos según los resultados de los análisis bioquímicos sin que medie algún acuerdo entre paciente y médico. El grupo de autoayuda está diseñado para colaborar en este proceso de responsabilizar al adulto mayor para que tenga control de su tratamiento y sea capaz de tener mejor apego al mismo.

➤ **Apoyo psicológico**

Al igual que todos los entrevistados Adriana no cuenta con este tipo de apoyo en su red, tampoco lo ha buscado porque no sabe en qué le beneficiaría. Ninguna persona de la clínica la ha orientado al respecto o le ha recomendado buscar apoyo psicológico. Las ideas que tiene sobre ello son que ese apoyo sólo es para aquellas personas que se sienten mal, tristes o deprimidas y ella se siente “bien”.

➤ **Apoyo jurídico**

Acerca de sus derechos como adulto mayor ella no ha escuchado al respecto ni tampoco sus familiares, dentro de la red formal nadie le han asesorado sobre ello. Ella conoce los derechos que tiene como paciente porque los ha leído en la clínica, sin embargo, no se los han explicado ni cómo ejercerlos o exigirlos. No ha tenido que solicitar algún tipo de apoyo jurídico o asesoría para algún problema suyo, por lo que no considera que le haga falta saber al respecto.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Los tipos de apoyo y los miembros involucrados en cada uno se distribuyen de la siguiente manera (ver tabla 82):

Tabla 82. Miembros de la red por tipo de apoyo y frecuencia

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en seguimiento de dieta	22%	5
Apoyo en información	22%	12
Apoyo en actividad física	11%	12
Apoyo en actividad recreativa	11%	12
Apoyo en control de tratamiento	22%	12
Apoyo psicológico	0 %	-----
Apoyo jurídico	0 %	-----
Apoyo económico	11%	-----
Apoyo en gastos médicos	11%	12
Apoyo alimenticio	11%	-----

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red formal involucran todos los tipos de apoyo enumerados a excepción del psicológico y el jurídico; éstos últimos dan cuenta de qué tanto valor o importancia se le otorga a la dimensión psico-emocional y de derechos. Estas dimensiones no son objetivo de ninguno de los programas institucionales presentes. El resto de los apoyos se encuentran cubiertos aunque no satisfacen completamente las necesidades a las que están dirigidas ya que son conceptualizados como una “ayuda” y no como mecanismos que puedan cubrir o generar opciones para satisfacer las principales necesidades materiales.

6.2.3 La red familiar de Guadalupe

Guadalupe es beneficiaria de los programas 70 y más, Gente grande y Seguro popular, lleva más de cinco años en todos ellos.

➤ **La dinámica de los programas**

Sus familiares son quienes le informan de la existencia de los programas, lo comentan con su hija y ella acude para pedir informes. Ella la acompaña a hacer los trámites porque Guadalupe no sabe leer ni escribir y necesita que la asesoren para realizar ese tipo de acciones.

➤ **La relación con el Seguro Popular**

Guadalupe recibe atención médica del Seguro Popular en la clínica local y en el Hospital de Chalco en medicina interna. Aunque le es complicado trasladarse a Chalco porque tiene problemas para abordar el transporte público y para cruzar las calles, es el único lugar donde su hija consiguió que la atendiera un especialista después que fue cerrado el servicio en el hospital de Amecameca.

Para ella el trato ha sido bueno, aunque depende de cada médico en particular porque ha tenido experiencias con otros médicos de la clínica que la “regañan” y no la

escuchan.

Pues yo digo que bien porque, ve que hay unas que nada más se enojan pero ella no, “¿cómo se siente doña Guadalupe? Cuídese de esto y lo otro” y así, la de antes era bien regañona y enojona ya namás iba a uno ya sabía que se iba a enojar que porque según no hacemos las cosas como ella decía (Guadalupe).

Con otros miembros del personal de salud como son las enfermeras, los encargados administrativos de cajas y farmacia no ha tenido algún problema o mal entendido. Los inconvenientes han sido para obtener atención médica durante los días de “fiestas” o “feriados” ya que escasea el personal y no ha logrado obtener consulta en esos días cuando se ha puesto enferma. A pesar de que el CEAPS debe tener médicos las 24 horas del día y los 365 días del año, en dichas ocasiones suele ocurrir que no exista médico de guardia. Así le ocurrió a Guadalupe en el mes de diciembre cuando debió esperar hasta que llegará algún médico de guardia y pudiera atenderla.

Durante la consulta Guadalupe es acompañada por su hija Carla quien se dirige con el médico, le pregunta dudas, le platica del estado de salud de su madre y toma notas sobre el tratamiento. La intervención de Guadalupe es mínima ya que ella siente “pena” de hablar con el médico porque no lo entiende y piensa que él tampoco la entenderá; por ello se siente más cómoda de que su hija sea quien se dirija durante la consulta.

Acerca del lenguaje y el discurso usado por el médico sólo entiende algunos puntos, por ejemplo, en la última consulta se mencionó la existencia de cardiomiopatía dilatada. Sin embargo, como Guadalupe no entendió a que se refería con el “agrandamiento del corazón” no se encuentra enterada de esa condición. Su hija decidió no decirle nada porque pensó que era mejor, para que no se sienta mal y se entristezca o preocupe. Como ese caso hay otras cuestiones que ella no entiende durante la consulta y es su hija la que decide informarla.

Guadalupe considera que la tratan bien porque le tienen paciencia y respeto, pero no le dan consejos fáciles de seguir, sobre todo lo relacionado con los alimentos que puede ó no consumir. Esto provoca que la relación con el médico sea solo para recibir los medicamentos, pero no se establece una relación de apoyo y seguimiento donde ambos lados encuentre satisfacción de sus expectativas durante la consulta.

Pues yo les he dicho que me canso, que me duele mi cabeza así, y me dicen que me van a hacer un estudio y eso es todo, y nada. Namás nos dan receta, toman la presión, o los pulmones y ya (Guadalupe).

La premura en el tiempo de consulta¹⁰⁴ es una queja constante de todos los pacientes de la clínica, la impresión de que la consulta es sólo para recetar medicina es generalizada. En el caso de los médicos ellos mismos mencionan que es poco tiempo

¹⁰⁴ De acuerdo con el Manual de Procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM (2010) el médico debe apegarse a los tiempos que se asignen por las autoridades competentes para la atención médica de acuerdo a los indicadores de evaluación de la calidad y desempeño. Existiendo además según el indicador 45 de calidad que el médico debe cumplir con un mínimo de 12 y máximo de 24 consultas durante su jornada de trabajo diaria. Aunque no se encontró la referencia de los valores mínimos de consulta el equipo médico coincide que 20 minutos son el mínimo general para atender a un paciente (Código: 217B50401/02).

para todos los temas que se necesitan abordar en la consulta, para invertir más tiempo en explicar y tratar de convencer a los pacientes de llevar de una mejor manera el control y el tratamiento. De acuerdo con ellos es la carga de trabajo por el número de consultas realizadas al día lo que imposibilita tomar más tiempo con cada paciente. Una estrategia que algunos médicos utilizan es redistribuir tiempos: para su juicio existen pacientes que tienen muy bien su tratamiento o acuden por cuestiones específicas y a ellos es posible atenderlos en poco tiempo para que pueda “sobrar” minutos que puedan ser empleados para pacientes que lo necesiten. Sin embargo, consideran que aún así no es suficiente como para atender a todos los pacientes como ellos desearían y obtener un impacto positivo en el tratamiento cotidiano.

Sobre la información preventiva Guadalupe no recuerda que le dicen en la consulta porque la mayoría de las indicaciones no las entiende o las olvida. El médico en la consulta le explica si ha ido avanzando o no en el control de la diabetes y que acciones puede realizar, siendo la más recomendada el incluir la administración de insulina para su tratamiento.

Ni Guadalupe ni Carla recuerdan haber sido cuestionadas sobre la satisfacción que tienen con la atención médica y del personal que labora en la clínica. Nadie del personal médico les ha preguntado su opinión sobre los servicios que reciben. Ellas mencionan que sí les gustaría que les preguntasen porque así mejoraría la atención, aunque por ahora no tienen pensado alguna queja o sugerencia en específico. Pero dicen que sería bueno contar con que alguna vez se les pregunte cómo se sienten, y así poder sentirse que toman en cuenta sus opiniones.

➤ **Relación con el grupo de autoayuda CEAPS**

Guadalupe y Carla acudieron al grupo por varios meses a recomendación del médico, Carla la llevaba y también participaba para prevenir el desarrollo futuro de diabetes y mejorar sus problemas de circulación. Ellas decidieron abandonar el grupo no por la relación con la coordinadora, quien les parecía muy buena en su trato además de que los ejercicios y el llevar otra forma de control les parecía excelente.

La decisión de abandonar el grupo se debió a la interacción con los asistentes, la molestias se desataron por los comentarios que hacían en relación a la hora de llegada, ya que como ellas llegaban ya iniciada la sesión los asistentes decían frases en voz alta como: “buenas noches”, “ya acabamos”, “ya nos vamos”. Poco a poco fueron haciendo mella en la disposición de ambas para acudir porque no estaban de acuerdo con que las criticaran por llegar tarde. La encargada del grupo nunca dijo algo al respecto o les llamo la atención, pero tampoco decía nada cuando los otros asistentes hacían esos comentarios. Este hecho hizo que a pesar de que les agradaba ir a realizar sus ejercicios lo abandonarían porque era mejor no escuchar esos comentarios “molestos” que asistir. Esta problemática nunca fue advertida por la encargada del grupo, además cuando los miembros del grupo dejan de asistir no realiza acción alguna para conocer porque no regresan y tratar de reintegrarlos. Algunas veces lo que hace es preguntar a otros asistentes porque ya no acuden pero si ellos no lo saben no le dan respuesta. A decir de Carla y Guadalupe a partir de que ya no asisten al grupo, la encargada “ni siquiera” las saluda cuando las ve en la clínica “como si estuviera enojada” con ellas.

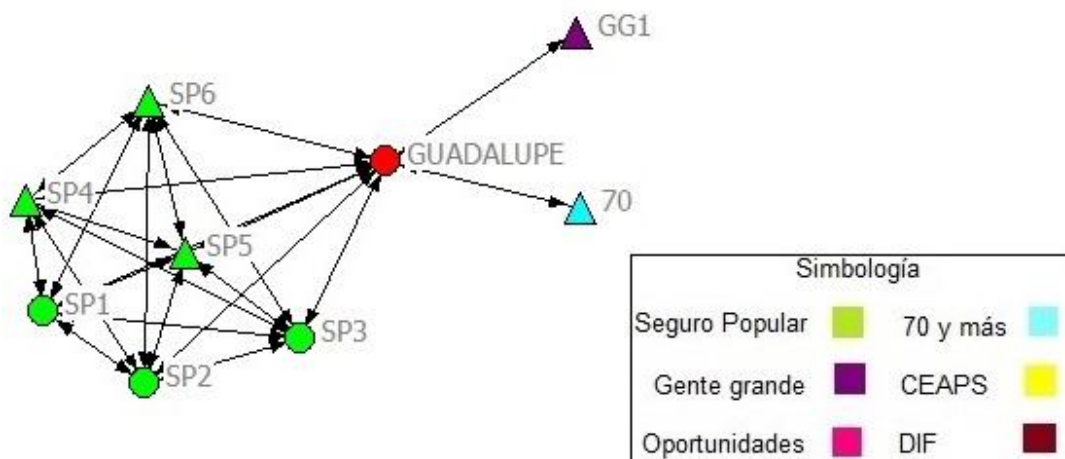
➤ **Relación con los programas de apoyo económico y alimenticio**

En cuanto a los programas 70 y más y Gente grande nunca han tenido problemas con ellos ni inconvenientes o retrasos para recibir ambos apoyos, por lo que les parece “muy buen” programa. Carla es quien la acompaña a recibir la despensa y también la lleva a recoger el apoyo económico.

➤ **Las características de la red formal**

La red de apoyo formal de Guadalupe incluye al personal médico del Seguro Popular, los programas 70 y más y Gente grande. La figura 72 muestra la red formal, los distintos programas gubernamentales y los grupos de autoayuda se muestran con colores diferentes, las personas que los ejecutan aparecen con el símbolo del círculo para las mujeres y el símbolo del triángulo para los hombres.

Figura 72. Red formal de apoyo Guadalupe



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los componentes de la red por programas son:

Tabla 83. Componentes de la red formal Guadalupe

Total: 8
-Seguro Popular: incluye al médico general y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de farmacia y de caja. Personal del Hospital de Chalco.
-Gente grande: incluye al encargado de otorgar las despensas.
-70 y más: incluye al encargado de otorgar el apoyo económico bimestral.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Seguro popular:

SP1: médico general asignado para realizar consulta mensual.

SP2: enfermera asignada al médico en turno para asistir durante la consulta.

SP3: personal de farmacia.

SP4: personal de caja.

SP5: enfermera del Hospital General de Amecameca.

SP6: médico internista del Hospital General de Amecameca.

Programas:

70: personal que entrega el apoyo económico.

GG1: personal que entrega el apoyo alimenticio.

La ubicación de la red formal se encuentra en su mayoría en Atlautla, donde se recibe la atención médica cotidiana; también recibe atención médica en Chalco en el hospital general donde es atendida en medicina interna. Los componentes de la red formal están enfocados a la atención médica, a excepción de los dos programas 70 y más y Gente grande donde no se necesita capacitación para atenderla.

➤ **Los tipos de apoyo en la red formal**

Los tipos de apoyo que existen dentro de la red formal de Guadalupe son los siguientes:

Tabla 84. Tipos de apoyo de la red formal Guadalupe

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo económico	1 de 9	Anual
	Apoyo en gastos médicos	1 de 9	Mensual
	Apoyo alimenticio	1 de 9	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	1 de 9	Mensual
	Apoyo en información	1 de 9	Mensual
	Apoyo en actividad física	1 de 9	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	0 de 9	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	1 de 9	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 9	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 9	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Está cubierto por el programa 70 y más de manera bimestral.

➤ **Apoyo alimenticio**

El programa Gente grande lo otorga por medio de dos cajas de despensa.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

El Seguro Popular cubre la mayoría de sus gastos médicos, a excepción de algunos análisis bioquímicos que no cubre el CAUSES y los costos de desplazamiento para acudir a otras instancias fuera de la clínica local.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en seguimiento de dieta**

El seguimiento en la dieta esta dado por los médicos del seguro popular en la consulta mensual, aunque esto es solo de manera ocasional.

➤ **Apoyo en información**

Los miembros de la red formal que otorgan información dirigida a llevar el

tratamiento y los autocuidados son los que pertenecen al sector salud, el rubro de información en cuanto a comunicar programas, campañas y apoyos de diferentes tipos que puedan ser de utilidad para Guadalupe no son difundidos por la red formal a la que pertenece. Únicamente la red familiar otorga este tipo de apoyo.

➤ **Apoyo en actividad física**

La actividad física solo es promovida de manera ocasional por el médico que la atiende y las recomendaciones no son a profundidad. No se explica que tipos de ejercicio hacer y cuál es la mejor manera de realizarlos, tampoco se habla de que alternativas de actividad casera pueden llevarse a cabo en caso de no contar con disponibilidad para una rutina estructurada.

➤ **Apoyo en actividad recreativa**

La red formal no otorga ninguna forma de apoyo dirigida a la realización de actividades recreativas o de socialización del adulto mayor. Por lo que este rubro queda sin atenderse por parte de los programas institucionales.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El control de tratamiento está a cargo del médico general de la clínica y del médico internista de Chalco, quienes prescriben los fármacos, dan recomendaciones de dieta y autocuidado, así como ordenar los análisis bioquímicos para verificar el éxito o no del tratamiento.

➤ **Apoyo psicológico**

No existe ninguna institución o miembro de la red formal que se encargue de dar apoyo psicológico, Guadalupe no ha buscado hasta el momento ese tipo de ayuda porque no sabe en que podría servirle acudir con un psicólogo ya que nunca nadie le ha mencionado que hacen y para que podría servirle. Su hija tampoco conoce al respecto y como no existe ese servicio por parte del Seguro popular en la localidad no la han referido con ese especialista.

➤ **Apoyo jurídico**

Guadalupe y Carla indican que no se les ha hablado en la clínica sobre sus derechos como pacientes, o en algún otro espacio sobre los derechos de los adultos mayores. Carla ha visto el cartel que tienen en la clínica sobre los derechos de los pacientes y de los médicos, siendo la única información que posee y no tiene idea de cómo pueden exigirse esos derechos. Guadalupe no ha acudido a alguna asesoría sobre sus derechos o sobre qué hacer en caso de ser víctima de abuso o violencia, así que en su red no existe el apoyo jurídico ni tampoco ella ha buscado sumar alguna institución que le apoye en este sentido.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

La frecuencia de apoyos varía por la dinámica de los programas siendo mensual o bimestral; los actores involucrados tienen el mismo porcentaje en cada uno de los recursos de la red (ver tabla 85).

Tabla 85. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Guadalupe

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en seguimiento de dieta	11 %	5
Apoyo en información	11 %	12
Apoyo en actividad física	11 %	12
Apoyo en actividad recreativa	0%	12
Apoyo en control de tratamiento	11 %	12
Apoyo psicológico	0 %	-----
Apoyo jurídico	0 %	-----
Apoyo económico	11 %	-----
Apoyo en gastos médicos	11 %	12
Apoyo alimenticio	11 %	-----

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red formal de apoyo abarca varios aspectos dejando fuera el apoyo en actividad recreativa, psicológico y jurídico, todos los demás se encuentran cubiertos por solo un miembro de la red o programa que participan en un tipo de apoyo específico. A pesar de que está afiliada a diferentes programas que buscan cubrir varios tipos de apoyo esto no significa que sus necesidades se encuentren satisfechas. Un ejemplo es el control de su tratamiento el cual debiera influir positivamente en su estado de salud pero no es así ya que no se encuentra controlada su diabetes. Aunque los apoyos enfocados al acceso a servicios de salud estén presentes ello no implica la mejora en salud porque para ello intervienen otros factores.

6.2.4 La red formal de Silverio

Silverio pertenece al programa Seguro popular en el ámbito de salud, de alimentación y económico a 70 y más y Desarrollo social “gente grande”; pertenece a los programas desde hace más de tres años.

➤ La dinámica de los programas

Obtuvo la información de los programas por sus amigos y familiares, fue él quien le avisó a su esposa que fuera a registrarse a los programas para recibir los mismos beneficios. Acudió solo a los lugares donde le mencionaron que tramitaban los programas, ninguno de sus familiares lo acompañó o asesoró a buscar los documentos que necesitaba para esos trámites.

➤ Relación con el Seguro Popular

Silverio no tiene quejas por el trato del médico, enfermeras u otros miembros del personal de salud. Él piensa que el tiempo de consulta es suficiente, porque no considera necesitar de otro tipo de atención más allá que resurtir sus medicamentos. Sobre sus prácticas domésticas de salud no piensa que deba hablarlo con su médico, porque este “no sabe sobre eso, ellos sólo saben recetar” por lo que sería pérdida de tiempo para ambos exponerlo durante la consulta.

Con respecto a otros trabajadores en la clínica está conforme con el trato, específicamente las enfermeras con quien tiene mayor contacto ya que acude por la inyección de su insulina a la clínica. Han sido las enfermeras quienes le preguntan por qué los familiares no lo acompañan a la inyección, mostrando interés en su persona ya que según Silverio “lo dicen porque se preocupan”.

Pos para mi todas me tratan bien, porque inclusive hay una que se llama Mercedes le digo que es tan buena que hasta la confundo como hija. Y las otras igual, más que esa Mercedes platica más conmigo (Silverio).

Al igual que otros entrevistados Silverio menciona a una enfermera con la que no existe buena relación debido a su carácter “enojón”, ella es la que condensa las mayores quejas por su trato cortante y correctivo.

En una ocasión que creo no había nadie me inyecto otra que creo si se enoja, y pero namás por suerte nomas en una ocasión me inyecto y ya no estuvo. Porque esa vez así hablaba fuerte y quería que todo rápido hasta moretón me dejo (Silverio).

En ninguna otra ocasión ha sentido algún mal trato por el personal de la clínica, a él le han platicado que otras personas también piensan lo mismo de esa enfermera. Pero no ha manifestado su queja porque únicamente le “toco una vez” y ya no ha tenido problemas con alguien más.

De acuerdo con Silverio la manera en que el médico se comunica le parece adecuado, aunque existan términos que no entiende él pide que le vuelvan a explicar. Considera que hace falta tiempo en la consulta para que lo revisen, faltan especialistas ya que a él le gustaría que le revisaran los ojos y las piernas para que lo enviaran a operarse o rehabilitarse, o simplemente tener atención de esos malestares.

Acerca de si el médico toma la iniciativa de consensuar con Silverio el tratamiento adoptado menciona que no es así, pero que sí escucha las dudas que él tiene. Por ejemplo, cuando tuvo dudas sobre que efectos causaba en su cuerpo tomar tantos medicamentos el médico le explico qué medicamento le agregaba en su tratamiento para controlar los daños al estómago. Otro ejemplo es cuando inició el uso de insulina después de tener varias pláticas en las consultas para estar seguro de incorporarlo a su tratamiento.

Si hemos platicado también igual, como me siento si me hacen bien, si no me siento molesto o así. Y el cambio que tuve yo para la insulina fue precisamente por eso, platicamos y le digo “doctora ya las pastillas no me hacen, ando así y así”; y ya me dijo no pues es que, “es que ya vamos a ponerle insulina”. “Si doctora lo que usted diga”, y si, si platicamos harto y harto tocante a eso (Silverio).

Este es uno de los pocos casos donde el médico realizó una labor de convencimiento durante varias consultas, explicando los beneficios del uso de insulina y preguntando a Silverio cuáles eran las representaciones que tenía sobre su uso para ir desmitificando cada una de ellas. De acuerdo con Silverio el médico “tuvo la paciencia” de explicarle detenidamente y sobre todo de escuchar lo que él tenía que decir al respecto; fue debido a lo anterior que él se decidió a usarla.

Una relación de confianza se compone con las actitudes cotidianas del médico en cada consulta, siendo la principal conducta según Silverio el “poner atención” y “escuchar”, tratar de entenderlo y tomar en cuenta sus dudas o sugerencias. Sobre los horarios de consulta es el médico de acuerdo a las necesidades de la clínica quien plantea el horario; sin que exista hasta ahora algún problema para que él pueda acudir. Ninguno de sus familiares lo acompaña a las citas médicas o a la inyección, pero esto no está relacionado con el horario sino con la falta de tiempo o disposición para acompañarlo.

La información preventiva sobre las prácticas de autocuidado para mantenerse saludable y prevenir complicaciones es otorgada durante las consultas. De acuerdo con Silverio esto no ocurre de manera regular, ya que en las consultas con poco tiempo apenas se hace mención de si está controlado o no en sus niveles de glucosa y el medicamento a tomar.

Pues nunca, nunca me ha platicado, ni nunca le he preguntado, o sea que voy a consulta lo que me checa nada más es la presión, el corazón, la temperatura, es lo que me checa y ya me da mis medicinas que siempre me da. Eso es lo que pasa de mi consulta namás (Silverio).

Acerca de sus opiniones de la atención médica menciona nunca haber sido consultado sobre el proceder del personal; esto no ha ocurrido ni con su médico ni por parte de alguna otra instancia. Piensa que sí deberían preguntar acerca de cómo los atienden, y si tienen quejas; aunque él hasta ahora no tendría ninguna para el personal de salud.

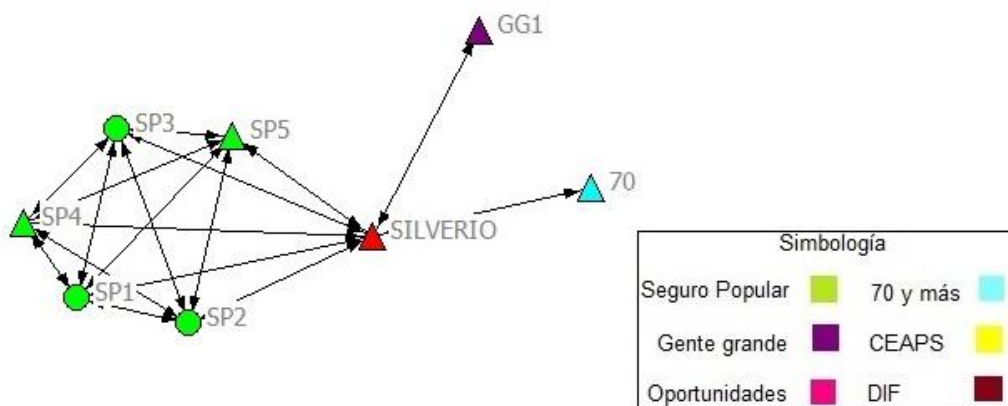
➤ **Relación con los programas de apoyo económico y alimenticio**

Ambos programas son dos de los preferidos de Silverio debido a que siempre son puntuales y nunca ha tenido problema para recibir esos apoyos.

➤ **Las características de la red**

La red de apoyo formal de Silverio consta de siete miembros, incluyendo los programas Seguro popular, Gente grande y 70 y más. En la figura 73 se muestra la red formal, los distintos programas gubernamentales y los grupos de autoayuda se muestran con colores diferentes, las personas que los ejecutan aparecen con el símbolo del círculo en el caso de mujeres y el símbolo del triángulo para los hombres.

Figura 73. La red formal de Silverio



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los componentes de la red son los siguientes:

Tabla 86. Componentes de la red formal Silverio

Total: 7
-Seguro Popular: incluye al médico general, nutriólogo y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de farmacia y de caja.
-Gente grande: incluye al encargado de otorgar el apoyo.
-70 y más: incluye al encargado de otorgar el apoyo económico bimestral.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Seguro popular:

- SP1: médico general asignado para realizar consulta mensual.
- SP2: enfermera asignada al médico en turno para asistir durante la consulta.
- SP3: nutrióloga a quien son referidos los pacientes diabéticos.
- SP4: personal de farmacia.
- SP5: personal de caja.

Programas:

- 70: personal que entrega el apoyo económico.
- GG1: personal que entrega el apoyo alimenticio.

La ubicación geográfica de los miembros de la red formal es en Atlautla, todos los espacios de interacción son en el poblado por lo que Silverio no tiene que trasladarse a algún otro lugar y hasta ahora no ha sido referido fuera de la clínica. La mayoría de los miembros de la red formal son parte del Seguro popular por lo que cuentan con preparación para tratar con personas diabéticas, asimismo como ya se ha mencionado los otros programas no implican mayor interacción con la persona por lo que esta preparación no es necesaria. En las instalaciones donde se realiza la entrega de apoyos económicos además del encargado de entregar el apoyo se cuenta con un médico para atender cualquier emergencia.

➤ **Los tipos de apoyo de la red formal**

Los recursos que fluyen dentro de la red formal varían por los programas a los que Silverio pertenece, en la tabla 87 se observa los recursos que existen dentro de su red y la periodicidad con que puede disponer de ellos.

Tabla 87. Los tipos de apoyo en la red formal Silverio

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo económico	1 de 7	Anual
	Apoyo en gastos médicos	1 de 7	Mensual
	Apoyo alimenticio	1 de 7	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	1 de 7	Mensual
	Apoyo en información	1 de 7	Mensual
	Apoyo en actividad física	0 de 7	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	0 de 7	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	1 de 7	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 7	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 7	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Silverio cuenta con el programa 70 y más para recibir apoyo económico por parte de la red formal.

➤ **Apoyo alimenticio**

Como beneficiario del programa Gente grande recibe dos despensas dado que su edad es de más de 70 años.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

El programa de Seguro popular abarca la asistencia médica y el tratamiento de la diabetes, por lo que los gastos que no son cubiertos son los relativos a transporte o medicamentos cuando existe desabasto.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en seguimiento de dieta**

El seguimiento de la dieta es por medio de la consulta médica, o por lo menos es el espacio donde debiera realizarse. Sin embargo, en el caso de Silverio en ese espacio raramente el médico tiene tiempo de hablar sobre la dieta, los cambios y las mejores estrategias para lograrlo. A su parecer la modificación de la dieta la ha logrado a través de “darse cuenta” que alimentos le hacen daño y en base a ello dejar de consumirlos; pero en ello no ha intervenido la recomendación médica.

➤ **Apoyo en información**

De los miembros de la red formal no existe ninguno que informe sobre posibles apoyos, programas o campañas que puedan beneficiarle. El tipo de información que fluye en la red es sobre consejos de cuidados, complicaciones y medicamentos, es decir solo lo relevante para el tratamiento de la diabetes.

➤ **Apoyo en actividad física**

No existe ningún programa o institución miembro de la red que otorgue apoyo para la realización de actividad física, aunque durante la consulta se mencione lo positivo de realizar ejercicios no existe ningún mecanismo que aliente su realización, a menos que se acepte pertenecer a un grupo de autoayuda. En la localidad no existe promoción del ejercicio fuera de los grupos de autoayuda como el del DIF o el de la clínica.

➤ **Apoyo en actividad recreativa**

Tampoco existen programas enfocados a la recreación, no existen lugares adecuados, ni promoción, ni estrategias o mecanismos que busquen apoyar en este sentido a los adultos mayores.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El control del tratamiento se realiza por la consulta médica mensual y el establecimiento de una rutina de medicamentos y recomendación del autocuidado. Siendo esta la única instancia de los programas a los que pertenece Silverio que se dedican a ello.

➤ **Apoyo psicológico**

No existe ningún programa que otorgue apoyo psicológico, él tampoco ha buscado si existe alguno donde pudieran otorgárselo. Esto es debido a que no considera que lo necesite, ningún miembro de la red formal le ha explicado a qué se refiere y que consecuencias positivas podría traerle. Él considera que el apoyo psicológico es para “gente que está mal de la cabeza” y no sabe si puede ser útil para sobrellevar su padecimiento.

➤ **Apoyo jurídico**

El apoyo jurídico también está fuera de la red formal, en este caso él ha buscado la asesoría de personal jurídico en el municipio cuando realizó la repartición de su terreno, buscando que además de heredar en vida a los hijos estos se comprometieran a otorgar una suma mensual para la manutención de ambos padres. Esto no lo cumplió ninguno de los hijos, y después de esa ocasión ni Silverio ni su esposa se acercaron de nuevo al municipio para solicitar ayuda por el incumplimiento del acuerdo.

➤ **La frecuencia de apoyo y los participantes de la red formal**

Los miembros de la red que otorgan los diferentes tipos de apoyo varían por el objetivo que tiene cada programa, por lo que debe pertenecerse a varios de ellos para tratar de cubrir la mayoría de las dimensiones de asistencia (ver tabla 88).

Tabla 88. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Silverio

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en seguimiento de dieta	14 %	5
Apoyo en información	14 %	12
Apoyo en actividad física	0%	12
Apoyo en actividad recreativa	0%	12
Apoyo en control de tratamiento	14%	12
Apoyo psicológico	0 %	-----
Apoyo jurídico	0 %	-----
Apoyo económico	14%	-----
Apoyo en gastos médicos	14%	12
Apoyo alimenticio	14%	-----

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red formal de Silverio es una de las que menos miembros tienen por tipos de apoyo, cubriendo únicamente aspectos básicos como económico, alimenticio, gastos médicos, control médico y acceso a información. Él pertenece a tres programas gubernamentales que intentan cubrir dichos aspectos, pero no cubren varias de las necesidades que las redes formales debieran fomentar. Como ejemplo están el apoyo psicológico, jurídico, actividad física y recreación, éstas son dimensiones que debieran abarcar por medio de algún programa, iniciativa o campaña. No existen yuxtaposición de programas que dupliquen los recursos, existen tipos de apoyos que no son cubiertos por ninguno de los programas, dejando al adulto mayor desprovisto de esto ya que la red informal tampoco lo cubre.

6.2.5 La red formal de Andrés

Andrés es beneficiario del programa Seguro popular, él tuvo conocimiento de éste debido a la información que veía en televisión y por los comentarios de amigos. En el caso del grupo de autoayuda del DIF se enteró por amigos que asistían a él, lo llevaron y a él le agrado la manera en que se llevaba el grupo. Al igual que todas las personas con diabetes fue invitado al grupo del CEAPS pero no le agrado que hicieran los ejercicios en la calle porque él no puede mantenerse en pie; además considera es suficiente con asistir al DIF.

➤ La dinámica de los programas

El tiempo que lleva en el programa de Seguro popular es de por lo menos cinco años; también pertenece al programa 70 y más desde hace tres años. Él ha intentado entrar en otro tipo de programas como el de “gente grande” del gobierno estatal o el de “canasta mexiquense” del DIF. Sin embargo hasta ahora no ha salido beneficiado en ninguno de los dos, no le han dado ninguna razón así que solo le queda esperar a salir en la lista en la cual lleva alrededor de dos a tres años.

Ahora ando viendo si me dan mi despensa porque no tengo despensa, pero pues fui hace como tres ó cuatro meses y me dijeron que no iba a haber nada porque iban a haber las elecciones. Ahora ya pasaron apenas fui a preguntar “¿qué paso este ya hay modo de que me apunte yo para mi despensa?”, y dicen no, no hay modo dicen. Nos

dijeron que septiembre u octubre, todavía falta ahora voy a ir para esas fechas para ver si dios quiere me voy a apuntar para que me den mi despensa (Andrés).

Andrés considera que tiene “mala suerte” para los programas ya que en ninguno lo quieren aceptar y no entiende el porqué, ya que varios de sus conocidos ya son beneficiarios.

➤ **Relación con el Seguro popular**

Acerca de la atención que recibe por parte del Seguro popular él encuentra varias fallas y desacuerdos con el trato recibido. Los principales problemas son el tiempo de espera, el trato del personal de salud, el tiempo reducido de la consulta y la falta de eficacia del tratamiento. La atención que le brinda el médico le parece adecuada, sin embargo le gustaría que le otorgue más tiempo para platicar sobre cómo se siente. Para él es incómodo que el médico parezca tener prisa en atenderlo, ya que sólo le pregunta cómo se encuentra y le receta los medicamentos de siempre, pero no parece involucrarse con su atención.

El personal de salud con quien ha tenido mayores insatisfacciones es con las enfermeras, se tardan en atenderlo, lo “regañan” y en general hacen que se retrase la atención con el médico.

Esas si de verdad son canijas, esas luego cuando me toca a mí mi consulta a las 4:30 luego ya son las 4:30 y ni siquiera atienden, luego llega la doctora y ya está ahí; y ellas antes tienen que tomar los signos y no lo hacen, hasta la mera hora. Y luego ya lo están carrereando porque, porque antes no lo hacen, están platicando, están por ahí haciendo cualquier cosa y luego se enojan con uno porque se les acumula el trabajo. Luego estoy ahí una hora o media hora “señorita vengo a una curación”, “ahorita espéreme” y ahí andan pa’ lla y pa’ ca hasta que se les antoja y nos atienden, esas son las más canijas. (Andrés).

Ha tenido algunos desacuerdos con el personal de caja, ya que el médico le dio instrucciones de no ser necesario registrarse ahí antes de pasar a consulta sino hacerlo de manera directa. Esto ha ocasionado que en más de una cita haya perdido el turno porque al no registrarse en caja las enfermeras no lo dejan pasar a consulta.

Ahora así le hice yo cuando este...pues llega la doctora y se mete otra señora, y le digo este “oiga este señorita si yo vine primero que la señora porque ya paso ella y yo no”, dice “pues es que usted no se ha reportado ahí en la caja”, “bueno es que la doctora me dijo que no, que namás me viniera yo con ella”. Dice “no pues es que tenía que haberse reportado antes”, entonces para eso ya habían pasado otros dos antes que yo. Le digo al de la caja y también me regaña que porque siempre debo pasar con él, están teniendo muy mala atención para uno, no les importa yo digo que no les importa que pase uno tiempo ahí (Andrés).

Además de esos inconvenientes no ha tenido discrepancias con el personal de farmacia ya que éste siempre le indica los medicamentos que le entrega y si hace falta alguno le menciona para cuándo estará listo.

➤ **La consulta médica**

A Andrés nunca le han preguntado qué opina sobre el tratamiento que le han asignado, si siente que tiene mejoría o si le gustaría hacer algún tipo de cambio. Durante la consulta el médico evalúa los niveles de glucosa, las molestias nuevas que presente y con ello decide continuar con el mismo esquema de medicamentos. En opinión de Andrés ellos “lo que quieren es que rápido nos despachen y ya váyanse”; es decir, él piensa que sólo les interesa darle una receta para que termine pronto la consulta. Al preguntarle sobre cómo le gustaría llevar su tratamiento no posee ideas claras, pero si sabe que le gustaría tomar menos medicina, contar con terapias de rehabilitación para el problema de su pierna, tener más tiempo de consulta para platicar sobre los dolores que presenta y conocer otras formas sencillas de cómo controlar su azúcar.

Existen pequeños detalles que hacen que las personas se sientan a gusto con su médico, por ejemplo Andrés valora que el médico le pregunte cómo se siente y cómo la pasa con su familia. Además, que se tome el tiempo para escucharlo y entienda la situación vulnerable en que se encuentra. Él fue atendido varios años en el turno de la noche, teniendo una buena relación con el médico de ese turno. Después fue cambiado al turno de la tarde y tuvo que establecer una nueva relación con el nuevo médico, pero como éste era pasante tardó solo unos meses y volvió a cambiar de médico, lo anterior no permitió que pudiera sentirse cómodo con dichos cambios.

Las citas médicas por lo general son impuestas por el servicio médico sin consultar con los pacientes lo adecuado que son para ellos. Andrés nunca es acompañado por un familiar debido a que todos trabajan por el día y la tarde. Al inicio de su atención en el seguro popular tenía consulta por la noche en algunas ocasiones lo acompañaba su hija pero en la consulta nocturna se alarga el tiempo de espera y salen de ella demasiado noche y como ella debe cuidar a sus hijos decidió ya no acompañarlo. Estas consultas ocasionaban que él tuviera que regresar a su casa a veces entre las 11 y 12 de la noche con los riesgos que esto conlleva. Es por eso que después de un tiempo pidió ser cambiado de horario.

Antes iba con la doctora esa empieza a dar consulta a las 8:30 de la noche y luego hay veces que salía hasta la una de la mañana, y luego lloviendo y las calles se retellenan de agua. Y le dije yo a la doctora de ese problema y ya me dio que en la tarde (Andrés).

La consulta médica permite otorgar información preventiva ante las complicaciones de la diabetes y dar seguimiento a la evolución de la enfermedad. Andrés no ha recibido pláticas sobre las complicaciones que puede tener ni cómo prevenirlas. Cuando se pregunto al médico que atiende a Andrés sobre su estado de salud mencionó que no se encuentra controlado pero no ha desarrollado complicaciones de gravedad.

Andrés no ha sido cuestionado sobre el funcionamiento de la clínica, la atención del personal o la satisfacción con el trato del médico. Él conoce la existencia de un buzón de quejas, nunca ha hecho uso de él porque piensa que no repercutiría en nada. Además considera que la atención que recibe es “suficiente” porque es un servicio público y éste nunca funciona “tan bien” como un servicio privado, porque el “gobierno no les paga bien” a los médicos y esto dificulta que den una atención de calidad.

➤ **Relación con el grupo de autoayuda DIF**

Durante la administración de los años 2009-2012 existieron varias quejas de los asistentes por la organización de las actividades, los cobros y la atención hacia las personas. Por ejemplo Andrés habla de que todos sus compañeros se molestaban porque en la administración anterior a la de los años 2009-2012 se tenían más actividades gratuitas y mejores reuniones de grupo.

Y la, la gente dice “no pues el otro presidente que estaba nunca nos cobró nada y esta señora si nos cobra todo”. Y le digo no pues ya apenas he estado yendo últimamente pero pus si aquí cobran todas las salidas yo por eso ni voy. Yo se que el gobierno manda una partida de presupuesto para nosotros los de la tercera edad, para que nos atiendan (Andrés).

Con respecto al trato recibido de los encargados Andrés está satisfecho porque lo tratan de manera respetuosa, les hablan bien y sobre todo le gusta como la activadora física los motiva a realizar ejercicio. Además de los encargados Andrés no estableció ninguna relación con alguien más del DIF.

De acuerdo con las guías de cómo operar los grupos de autoayuda deben explicarse los objetivos de la sesión para ser comentados y aceptados ó no por el grupo; deben darse instrucciones cortas, claras y concisas para que sean entendibles por todos los miembros. Además debe observarse individualmente a cada participante para corregir y ayudar a realizar las actividades planteadas. Al final la sesión debe cerrarse con una valoración grupal para conocer los sentimientos generados por las actividades, los comentarios positivos y negativos que permitan fortalecer la unidad del grupo y colaborar en la satisfacción de quienes asisten.

Las instrucciones de la activadora física son claras, concretas y suele repetirlas varias veces para que los adultos mayores la sigan con la rutina de ejercicio. Emplea música para los minutos de baile y balancea las estancias de pie y sentados para evitar agotamiento de los asistentes. Todo esto le parece agradable a Andrés quien piensa que las instrucciones son entendibles y fáciles de seguir, a pesar de que él no puede realizar la mayor parte de los ejercicios porque se la pasa sentado. Sin embargo, en el grupo no existen los tiempos de apertura y cierre con retroalimentación, no se explica cuales son los objetivos del día y no se hace seguimiento individual para valorar la participación.

Los grupos de autoayuda buscan involucrar a los adultos mayores en un espacio de convivencia e interacción social, apoyando la generación de redes sociales entre los propios adultos mayores así como la activación física, el aprendizaje de oficios y el fortalecimiento de la autoestima. A pesar de estos propósitos en la práctica existen pocas actividades que alienten la formación de lazos y amistades al interior del grupo, ya que la mayoría de los asistentes únicamente mantienen interacciones durante la sesión y fuera de dicho espacio no existe relación entre ellos. Por ejemplo, Andrés no ha hecho amistad con ninguno de los asistentes fuera de los que ya eran sus amigos antes de incorporarse al grupo; tampoco convive con los demás de alguna manera porque se la pasa en su casa debido a sus problemas de movilidad.

En cuanto a la promoción de la salud esto ocurre mediante pláticas esporádicas sobre temas generales de prevención, alimentación y autocuidado. A Andrés nunca le han

preguntado sobre su estado de salud, sus padecimientos o malestares y tampoco han adaptado sus actividades para que él pueda participar. No recuerda que le hayan otorgado información preventiva en salud relevante o de utilidad.

La retroalimentación de los encargados del grupo es esporádica, los asistentes como Andrés recuerdan que alguna vez les preguntaron si se sentían a gusto y qué les gustaría hacer, pero no recuerda que hayan tomado sus comentarios en cuenta. Tampoco les preguntan cómo se sienten con las actividades desarrolladas o qué les gustaría cambiar.

Ya que una finalidad del DIF es la integración del adulto mayor a su núcleo familiar debería ser fundamental indagar en la relación que guardan con su familia, los problemas que tienen y coadyuvar a solucionarlos. Sin embargo, Andrés dice que nunca le han preguntado al respecto o les han dado alguna platica o consejos para resolver problemas que pudieran tener. En una ocasión el personal jurídico se presentó para ofrecer sus servicios pero como ya fue descrito arriba Andrés no fue correctamente atendido por él.

Acerca de la existencia de mecanismos de quejas o sugerencias ninguno de los asistentes conoce la existencia de un buzón, una instancia o personal a quien acudir en caso de querer expresar algún descontento. Durante la estancia se observó que el grupo tiene mejor relación con su activadora física que con las encargadas, así que es con ella a quien acuden para platicar lo que no les parece del grupo.

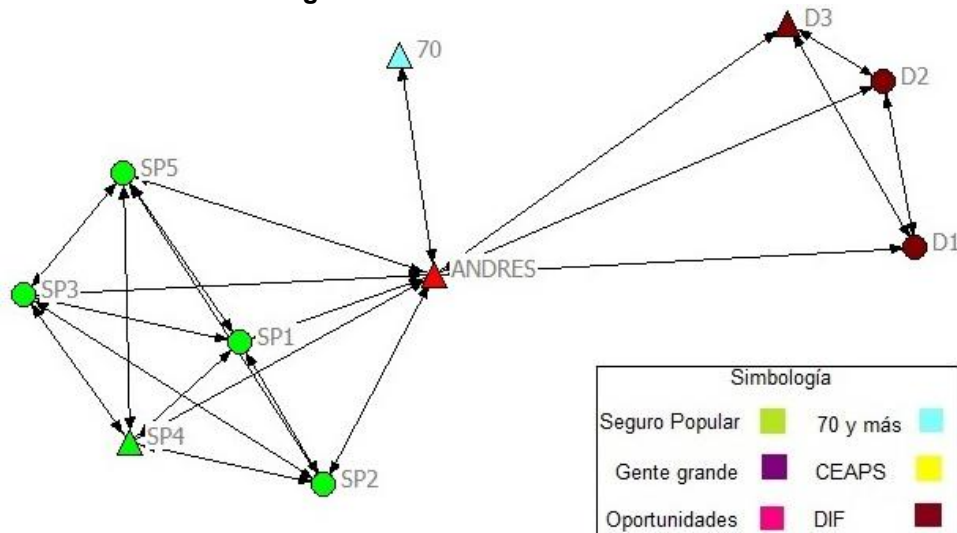
➤ **Relación con el programa 70 y más**

Andrés nunca ha tenido problema para recibir el apoyo de 70 y más, él prefirió la opción de recibir dinero en efectivo en las reuniones que se realizan en palacio municipal; hasta el momento no ha tenido retraso de pago o inconformidad con el trato del personal.

➤ **Las características de la red**

Las redes formales que se presentan en este capítulo son demasiado pequeñas para poder realizar algún tipo de medición con ellas, por lo que únicamente se describe su composición y funcionamiento. En la figura 74 se muestra la red formal, los distintos programas gubernamentales y los grupos de autoayuda se muestran con colores diferentes, las personas que los ejecutan aparecen con el símbolo del círculo en el caso de mujeres y el símbolo del triángulo para los hombres.

Figura 74. Red formal de Andrés



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red de apoyo formal de Andrés es de sólo nueve miembros que involucran a tres instituciones: Seguro Popular, 70 y más-SEDESOL y DIF¹⁰⁵.

Los componentes de la red formal se describen en la siguiente tabla 89:

Tabla 89. Componentes de la red formal Andrés

Total: 9
-Seguro Popular: incluye al médico general, nutriólogo y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de farmacia y de caja.
-DIF: grupo autoayuda: incluye a la encargada de activación física y dos encargadas del grupo, ya que otros miembros del personal no tienen contacto con Andrés.
-70 y más: incluye al encargado de otorgar el apoyo económico bimestral.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Las interacciones que se dan al interior de la red formal únicamente son entre Andrés y el personal de cada programa; es decir no existe relación del personal con otros programas.

DIF grupo de autoayuda:

- D1: encargada de acondicionamiento físico.
- D2: encargada de coordinar las actividades del grupo.
- D3: encargada de coordinar las actividades del grupo.

Seguro popular:

- SP1: médico general asignado para realizar consulta mensual.

¹⁰⁵ Debe aclararse que en este tipo de redes no se toma en cuenta los otros asistentes a los grupos de autoayuda ya que se podría interpretar que los entrevistados tienen redes de apoyo grandes pero en la realidad los asistentes a los grupos no guardan relación entre sí, ni existen mecanismos de intercambio o de apoyos entre ellos. Es por lo anterior que se prefirió tomar en cuenta únicamente a los encargados quienes sí otorgan algún tipo de apoyo al adulto mayor, y no a los componentes del grupo ya que ellos solo comparten el espacio y tiempo durante las reuniones.

SP2: enfermera asignada al médico en turno para asistir durante la consulta.

SP3: nutrióloga a quien son referidos los pacientes diabéticos.

SP4: personal de farmacia.

SP5: personal de caja.

70: personal que entrega el apoyo económico.

La ubicación geográfica de los miembros de la red formal es en Atlautla, todos los programas y personal que los implementa trabaja ahí y concurre a espacios dentro del poblado por lo que no es necesario que Andrés deba desplazarse a algún lugar para recibir atención de la red formal.

➤ **Los tipos de apoyo en la red formal**

Los tipos de apoyo que fluyen en la red formal de Andrés se muestran en la siguiente tabla 90:

Tabla 90. Tipos de apoyo de la red formal Andrés

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo económico	1 de 9	Anual
	Apoyo en gastos médicos	1 de 9	Mensual
	Apoyo alimenticio	0 de 9	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	2 de 9	Mensual
	Apoyo en información	4 de 9	Mensual
	Apoyo en actividad física	1 de 9	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	2 de 9	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	4 de 9	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 9	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 9	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Andrés únicamente participa en el programa de apoyo económico 70 y más acudiendo cada dos meses a recogerlo en efectivo.

➤ **Apoyo alimenticio**

Hasta el momento no ha conseguido ser beneficiario de ningún apoyo de tipo alimentario.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

El programa al que pertenece y que cubre este tipo de gastos es el Seguro popular el cual incluye el pago de las consultas médicas y el medicamento necesario para la atención de su padecimiento. Este apoyo no incluye tratamientos que fuera del catálogo CAUSES, la falta de medicamento y otros gastos asociados como el transporte.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en seguimiento de dieta**

El apoyo en el seguimiento de la dieta como son las recomendaciones, el establecimiento de dietas, el preocuparse constantemente por su cumplimiento son

algunas de las acciones que lo componen. En este caso es el seguro popular quien se encarga de otorgar el apoyo, siendo el nutriólogo y el médico general las personas clave en ello. Sin embargo, cabe mencionar que este apoyo no es regular ya que no ocurre en cada consulta sino unas cuantas veces al año.

➤ **Apoyo en información**

Las instancias a las cuales acude Andrés desarrollan varios programas en sus instalaciones, se supone que realizan campañas para avisar a la población objetivo de las nuevas campañas y apoyos que son generados por los diferentes niveles de gobierno. Pueden incluirse apoyos alimenticios, económicos, acciones preventivas en salud, campañas sanitarias, etc.; Andrés no recuerda que exista suficiente información emanada de su red formal, es decir, son pocos los avisos que les dan acerca de estos nuevos apoyos. El DIF que es la entidad que presenta generación continua de algún tipo de apoyo o campaña realiza avisos en la sesión del grupo de autoayuda.

Sobre consejos de cómo cuidarse y seguir el tratamiento participan CEAPS y DIF el primero influyendo directamente en el tratamiento y el segundo en los consejos para una “vida saludable”. En ninguna de las dos aparecen consejos de medicinas o tratamientos alternativos.

➤ **Apoyo en actividad física**

La actividad física que se realiza en los grupos de autoayuda debiera estar enfocada en mejorar aspectos como: resistencia, fortalecimiento, equilibrio y flexibilidad. Es por ello que al incorporarse a un régimen de actividad debe valorarse la condición física individual por medio de pruebas de resistencia, composición corporal, fuerza y resistencia muscular, flexibilidad y coordinación. Así como tener en cuenta las enfermedades preexistentes sobre todo aquellas como enfermedad cardiovascular severa, EPOC, diabetes *mellitus* no controlada, trastornos convulsivos y limitaciones motoras.

El apoyo en actividad física se otorga por parte de los grupos de autoayuda en el caso de Andrés por el grupo del DIF, ahí es donde realiza actividad física durante la sesión y se dan consejos para realizar ejercicios en casa. Aunque como ya se ha mencionado tampoco aquí se hace hincapié en qué tipo de ejercicios puede y son recomendables realizar para Andrés debido a la falta de movilidad de su pierna. En teoría el médico general también debiera otorgar este apoyo pero durante la consulta no se realiza referencias importantes sobre la realización de ejercicios.

➤ **Apoyo en actividad recreativa**

Este apoyo se refiere a actividades lúdicas, aprendizaje de nuevos oficios, convivencia y socialización, este tipo de actividades se realizan en los grupos de autoayuda; el apoyo se recibe a través de las encargadas e instructoras del grupo del DIF, que incluyen al encargado de actividad física y al de talleres recreativos.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

En el CEAPS se realiza la consulta y existe un laboratorio donde se realizan las pruebas indicadas para el control de la diabetes. Hasta el momento Andrés no ha tenido problemas para acceder a la consulta y a los exámenes, tampoco ha tenido que pagar por ellos, aunque esto ha sido únicamente dentro de los servicios gratuitos que otorga el

CAUSES, en el caso de estudios que no estén cubiertos Andrés ha debido pagarlos o bien trasladarse a otra unidad de salud para realizarlos.

➤ **Apoyo psicológico**

La atención psicológica debiera ser parte de la atención a los adultos mayores debido a las situaciones de vulnerabilidad que viven. Es necesario un especialista que tenga la formación para acompañarlos y facilitarles el apego al tratamiento y apoyarlos en caso de tener síntomas de depresión. En la clínica local no se cuenta con esta especialidad ni siquiera en el grupo de autoayuda a pesar de que está indicado en su manual de organización. En el caso del DIF si se cuenta con un área de psicología que interactúa con el grupo dando pláticas y talleres para promocionar sus consultas y dar algunos consejos de cómo sobrellevar problemas generales de los adultos mayores. Andrés ha escuchado las pláticas pero nunca se ha acercado porque piensa que “ni caso me van a hacer” además de no considerar que pueda ayudarlo en algo acercarse al psicólogo.

Cabe mencionar que Andrés expresa síntomas de tristeza y enojo debido a su situación familiar de abandono y sus problemas de movilidad, en su expediente constan dos evaluaciones de Escala de depresión geriátrica en las cuales se indica la presencia de depresión sin que se haya realizado por parte del médico alguna acción al respecto.

➤ **Apoyo jurídico**

Los adultos mayores son personas vulnerables que pueden sufrir de varios tipos de violencia: psicológica, física, abuso económico, abandono y maltratos, existe la obligación del personal que los atiende de reportar a las autoridades la sospecha de alguna de estas acciones sobre el adulto mayor. El personal de salud de la clínica no realiza indagaciones al respecto de los tipos de abuso que no son físicos. En varias ocasiones Andrés fue cuestionado de por qué nadie lo va con él a la cita familiar y al contestar qué nadie quiere acompañarlo el personal se limita a decirle que eso “está muy mal porque le puede pasar algo, dígales que lo acompañen”; pero no existe otra serie de acciones que se realicen.

El DIF cuenta con un departamento jurídico que se presenta en el grupo de autoayuda para explicar que es la violencia, cómo prevenirla y cómo el adulto mayor puede ser auxiliado en caso de sufrirla. Pero como ya se mencionó anteriormente Andrés no obtuvo apoyo de dicha área cuando lo solicitó:

Porque un día estaba ahí pensando, porque estoy sufriendo aquí maltrato, ¿cómo se llama? violencia familiar, y no tengo porque puesto que yo no doy motivo. Fui allá y le dije al licenciado, le dije así y así, ah porque le dije “ahí tengo yo mis papeles donde ellos se comprometieron a darme 100 pesos semanales y ya nadie me da”. Y dice “si quiere la otra semana nos vemos en la presidencia y ahí vemos todo eso”. Le dije me parece perfecto licenciado, yo lo espero a las tres de la tarde, ahí estuve hasta las cinco y nunca llego; entonces ya mejor ya ahora que llega a decir yo ya ni le hago caso, porque de nada sirve, ni ayuda a uno (Andrés).

No hay apoyo jurídico en la red formal de Andrés, y aunque existe personal que puede otorgarlo a él no se le ha brindado cuando lo ha solicitado.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Los tipos de apoyo de la red formal incluyen diez dimensiones que incluyen el tratamiento del diabético y la sociabilización (ver tabla 91).

Tabla 91. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Andrés

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en seguimiento de dieta	22 %	5
Apoyo en información	50 %	12
Apoyo en actividad física	12 %	12
Apoyo en actividad recreativa	22 %	12
Apoyo en control de tratamiento	50 %	12
Apoyo psicológico	0 %	-----
Apoyo jurídico	0 %	-----
Apoyo económico	12 %	-----
Apoyo en gastos médicos	12 %	12
Apoyo alimenticio	0 %	-----

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Como puede apreciarse los apoyos que Andrés recibe por parte de la red formal son escasos, cubriendo apenas aspectos críticos para su supervivencia como son el factor económico, gastos médicos, control de tratamiento, actividades recreativas y acceso a la información.

Andrés pertenece a tres programas gubernamentales que son sumamente específicos en los tipos de apoyos que otorgan y no son capaces de cubrir las necesidades que él tiene. La mayoría de los miembros de la red apoyan en otorgar información y en el control del tratamiento de la diabetes. Además estos apoyos tienen limitaciones que ya se han descrito en cuando a lo acotado de su actuar y la forma en que interactúan el personal que implementa los programas.

Las otras dimensiones de apoyo no son cubiertas por la red formal y al parecer tampoco por la red informal, lo que ocasiona que sea él quien trate de solucionar sus necesidades de la mejor manera posible dejando otras de lado (como ejemplo está el factor psicológico que no tiene ningún tipo de atención).

6.2.6 La red formal de Daniela

Daniela es beneficiaria del programa Oportunidades, Desarrollo social “gente grande”, Seguro popular y asiste al grupo de autoayuda del CEAPS. Se enteró de cada uno de los programas por sus hijas, en el caso del seguro y el grupo por su cuñada quién ya era beneficiaria. Lleva varios años con todos los programas, asistiendo a las pláticas de oportunidades, las sesiones del grupo y sus consultas familiares de oportunidades y el seguimiento mensual por padecer diabetes.

➤ **La dinámica de los programas**

Es la segunda persona de las entrevistadas que pertenece a más programas gubernamentales, así obtiene apoyo en el ámbito económico, alimenticio y de salud. Sus familiares siempre le avisan si existe algo nuevo que pueda ayudarla, varios de ellos hacen trabajos con partidos políticos y la enteran de reuniones donde se reparta algún beneficio como despensas, cobijas o algún otro apoyo. Debido a esto es una de las personas que está enterada de que apoyos existen, cómo registrarse y a dónde acudir.

➤ **Relación con el Seguro Popular**

Daniela acude al Seguro Popular ya que no tiene otra manera de atenderse, aunque ella prefiere asistir con el sector privado pero debido a los altos costos se ha mantenido acudiendo a la clínica local. El servicio recibido le parece bueno, no considera que los tiempos de espera sean demasiado largos, la atención del médico le parece adecuada al igual que del demás personal de salud. Su único problema es el abastecimiento de medicamentos y los problemas que tiene para tener un control adecuado sobre la diabetes.

Acerca de la atención del médico ella piensa que tienen poco tiempo para revisarlos, a veces solamente le dan su receta y no puede platicar sobre sus dudas o molestias. El trato con las enfermeras es bueno, sobre todo porque tiene una persona conocida, ella siempre la atiende y busca ayudarla si tiene problemas.

Una de ellas la conozco, siempre se porta bien y nos atiende muy bien, es bien amable y su carácter pues es bueno, su carácter le ayuda mucho porque hasta se siente en confianza y tranquila con ella (Daniela).

Cada vez que acude a su inyección busca que sea ella quien la atienda porque no “la lastima ni le deja marcas”, todas la tratan bien pero con ella ha desarrollado una relación cercana. Con otras personas de la clínica no ha tenido quejas o inconvenientes hasta ahora, los policías, el personal de caja y farmacia siempre se ha portado respetuoso y paciente con ella.

Sobre el lenguaje del médico le parecen claras sus instrucciones y recomendaciones, además dice tener la confianza de preguntar en caso de tener dudas. Pero en pocas ocasiones le preguntan cómo se siente y si tiene algo más que decir o querer compartir, por lo que piensa que deberían tener más tiempo para escucharla pero también entiende que “tienen muchos pacientes y por eso no pueden hacerlo”.

En ningún momento le preguntaron o discutieron cerca del tratamiento, sobre todo con la insulina tardaron varios meses en convencerla de usarla y aún ahora no está segura de querer continuar con ella. No sabe de la existencia de otras opciones de tratamiento para diabéticos; ha escuchado de tratamientos alternativos pero no los ha buscado por miedo ya que el médico le ha recalado que pueden ser dañinos para su salud.

Al preguntarle cómo le gustaría llevar su tratamiento menciona que le gustaría entender mejor cómo y qué debe comer, encontrar la forma de estabilizarse ya que en los últimos años ha estado muy grave. También le gustaría reducir la insulina, pero no sabe si esto es posible hacerlo o no. Todas las dudas que tiene y los deseos de cómo llevar el

tratamiento no han sido expresados con su médico ya que éste no le ha pregunta y ella tiene “pena” de hablarlo porque piensa que “les quita el tiempo”.

A pesar de que en el discurso Daniela dice recibir un buen trato del médico también piensa que podría ser mejor la atención, nuevamente se hace mención del tiempo que pasa en consulta, de lo rápido que habla el médico como si no tuviera tiempo suficiente para atender todas su dudas y preocupaciones.

Nada más nos da nuestra consulta, nuestro medicamento y nos recomienda que nos cuidemos nada más, porque yo creo que tienen muchos pacientes porque luego así que se tardan preguntando o que uno tenga tiempo para hablar pues no (Daniela).

Recuerda también como algunos médicos que la han atendido suelen “regañarla” porque no lleva el tratamiento como se lo indican, esto ha pasado en más ocasiones en los últimos años debido a que su estado de salud se ha fragilizado.

Bueno luego me ha explicado que dice, “es que uno les dice y les dice que cuiden su alimentación, que no tomen refresco, que no tomen café, que no coman mucha grasa”, dice “porque eso les perjudica a ustedes, pero no hacen caso” y pues qué les puede decir uno, pos ya me quedo callada porque tienen la razón y lo dicen por mi bien (Daniela).

A pesar de que ella menciona que las llamadas de atención son por su bienestar esto le incomoda, porque le da la sensación de ya no poder opinar o hablar durante la consulta porque ha sido previamente desacreditada como una persona que “no quiere” cuidarse. Esto provoca que las últimas consultas hayan sido pesadas para ella, y que a veces no quiera ir asistir.

El horario de las citas de Daniela fueron escogidas por el personal de salud de acuerdo a la demanda de atención y los médicos disponibles.

Antes nos lo daban a las seis de la mañana, nada más que se tenía que ir uno tempranito, pero así digo me atienden rápido y ya me queda todo el día, pero luego me dijo una doctora que le parece si la cambio conmigo y este se lo doy a las doce, y dice “a mí me parece que como ustedes tienen azúcar es mejor a las 12” y digo pues así está bien (Daniela).

Por ahora no ha tenido ningún problema para acudir a sus citas ni tampoco sus acompañantes porque la llevan y luego recogen a los niños en la escuela. En lo referente a la insulina le fue asignado el horario por la mañana, teniendo problemas ya que nadie la puede acompañar porque es a la misma hora de entrada que los niños a la escuela.

La información preventiva que le otorgan ha aumentado a raíz de sus complicaciones, los médicos se toman más tiempo para hablar con ella porque su diabetes está descontrolada. Sin embargo, ella menciona que antes no le hablan al respecto, ahora están al pendiente de ello. También a partir de sus recientes hospitalizaciones el número de citas ha aumentado para verificar que se encuentre bien, también se ha acortado el tiempo entre análisis bioquímicos para verificar que sus niveles de glucosa estén en control.

Daniela nunca ha sido consultada por el personal médico sobre cómo la atienden en la consulta, en la clínica o sobre su tratamiento. Piensa que sería bueno poder comentar como se siente. Sabe de la existencia de un buzón de quejas pero nunca lo ha usado porque no ha tenido problemas y tampoco cree que funcione. Acerca de las quejas que ella pudiera tener hasta ahora todas son relativas al poco tiempo en la consulta y la falta de consejos que puedan ayudarla a entender cómo cuidarse. Además cuando su padre falleció lo atendieron en la clínica y no les otorgaron el acta de defunción así que tuvieron que pagar por ella a un médico particular para que la realizara.

➤ **Relación con el programa oportunidades**

La atención que recibe del médico de Oportunidades se limita a una consulta cada seis meses para que le firmen su carnet y tenga derecho a seguir recibiendo su apoyo. En la consulta lo único que realizan es la toma de signos vitales, verificación de peso y niveles de glucosa, y algunas recomendaciones generales sobre su salud.

➤ **Relación con el grupo de autoayuda CEAPS**

La dinámica del grupo es promover que las personas se hagan responsables de su salud, que tengan herramientas para poder autoatenderse y compartir su experiencia con otras personas con los mismos padecimientos. A Daniela le agrada acudir por los ejercicios, la convivencia y el trato que la nutrióloga tiene con ellos.

Pues es buena onda la doctora si se lleva bien con todos nosotros y hasta ahorita no hemos tenido ningún problema con ella... [...] su modo de tratarnos, o sea su carácter yo siento que eso es lo que nos ayuda mucho, porque luego se pone a platicar con nosotros, y es muy amable y nos tiene paciencia. Más que nada es la paciencia (Daniela).

Al igual que el grupo del DIF existen guías de cómo realizar las sesiones: explicar los objetivos antes de la sesión, claridad en instrucciones, observación personalizada y el cierre con retroalimentación. Esto tampoco ocurre en las sesiones del grupo CEAPS, se realizan 45 minutos de ejercicio con instrucciones claras y precisas pero no se atiende de forma personalizada a cada asistente. Tampoco se realizan rutinas específicas según sus necesidades particulares, el desenvolvimiento de las personas se ve afectado porque no es un grupo específico para adultos mayores sino para diabéticos, hipertensos y obesos lo que hace que existan varias edades conviviendo. Esto en principio es positivo porque permite la convivencia intergeneracional, pero al plasmarse en la actividad física significa que los adultos mayores no siempre pueden seguir el ritmo de actividades de las personas jóvenes. Y al no haber variaciones en los ejercicios asignados resulta que ellos no realizan los ejercicios como debe ser limitando el aprovechamiento de las actividades.

Daniela menciona que parte de su motivación para asistir es que la nutrióloga tiene una actitud positiva con ellos, los alienta, les da consejos y les ayuda a no sentirse mal por su padecimiento. La mayor parte de las sesiones son usadas para realizar actividad física, pero también existen algunas donde se dan pláticas de autocuidado o talleres para cocinar; éste tipo de actividades son las que más disfruta Daniela. Acerca de la oportunidad de opinar sobre la organización de las sesiones ella dice que no existen mecanismos u ocasiones en que esto les sea alentado o permitido. La nutrióloga menciona que para mantenerse acreditados deben seguir un esquema ya establecido por el sector salud sin que puedan hacer cambios. Así que por ello no busca involucrar a las personas en la organización de la sesión, pero sí alienta que ellos traten de llevar mejor

su tratamiento. No existen mecanismos de consulta para conocer las necesidades y opiniones de los asistentes. Algunas veces se pregunta si están de acuerdo en participar en actividades con otros grupos, cambiar horarios o realizar nuevas tareas como las recientes incorporaciones de cocinar alimentos.

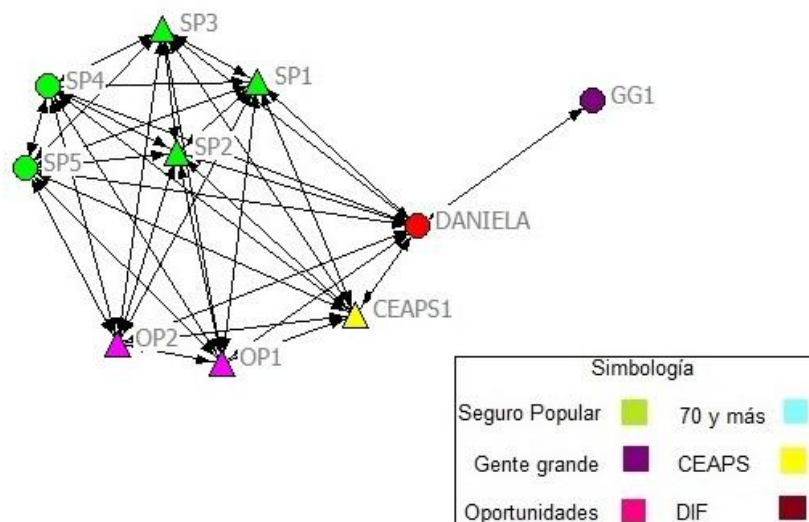
➤ **Relación con el programa “Gente grande”**

El apoyo de este programa es la entrega de una despensa en el local asignado, hasta ahora no ha tenido ningún problema para recibir el apoyo o irlo a recoger. Cuando es la fecha para ir por él su hija la acompaña para poder cargar las cajas de despensa.

➤ **Las características de la red**

La red de apoyo formal de Daniela es de nueve miembros que involucran a cuatro instituciones: Seguro popular, CEAPS, Oportunidades-SEDESOL, Gente grande-Gobierno del Estado de México. La figura 75 muestra la red formal, los distintos programas gubernamentales y los grupos de autoayuda se muestran con colores diferentes, las personas que los ejecutan aparecen con el símbolo del círculo en el caso de mujeres y el símbolo del triángulo para los hombres.

Figura 75. La red formal de Daniela



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los componentes de la red de Daniela son los siguientes:

Tabla 92. Miembros de la red de Daniela

Total: 9
-Seguro Popular: incluye al médico general, nutriólogo y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de farmacia y de caja.
-CEAPS: grupo autoayuda: incluye a la nutrióloga encargada del grupo
-Oportunidades: incluye al médico y enfermera encargados de evaluar su asistencia a consulta
-Gente grande: involucra al encargado de entregar el apoyo en despensas.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Seguro popular:

- SP1: médico general asignado para realizar consulta mensual.
- SP2: enfermera asignada al médico en turno para asistir durante la consulta.
- SP3: nutrióloga a quien son referidos los pacientes diabéticos.
- SP4: personal de farmacia.
- SP5: personal de caja.
- CEAPS grupo de autoayuda:
- CEAPS1: encargada de las sesiones.

Oportunidades:

- OP1: médico familiar.
- OP2: enfermera asistente del médico familiar.
- Gente grande:
- GG1: incluye al administrador que entrega físicamente el apoyo.

Daniela pertenece a un número mayor de programas relacionados con la salud que con otros ámbitos, es por eso que las personas que tratan con ella están capacitadas para brindarle apoyo específico por su padecimiento. Los otros programas sólo se enfocan a cubrir una necesidad particular y no necesitan tener capacitación para tratar con una persona diabética.

➤ **Los tipos de apoyo en la red formal**

Los tipos de apoyo que fluyen en la red de Daniela abarcan la mayoría de las dimensiones analizadas, a excepción de la psicológica y la jurídica (ver tabla 93):

Tabla 93. Tipos de apoyo de la red formal Daniela

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo económico	1 de 9	Anual
	Apoyo en gastos médicos	2 de 9	Mensual
	Apoyo alimenticio	1 de 9	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	2 de 9	Mensual
	Apoyo en información	2 de 9	Mensual
	Apoyo en actividad física	1 de 9	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	1 de 9	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	3 de 9	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 9	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 9	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

Recibe apoyo por parte del programa Oportunidades cada dos meses, a cambio de asistir a sus pláticas y a consulta médica.

➤ **Apoyo alimenticio**

El programa Gente grande le permite obtener despensa con alimentos de la canasta básica.

➤ **Apoyo en gastos médicos**

El programa de Seguro popular cubre los gastos de tratamiento de la diabetes y otros incluidos en el CAUSES, además su participación en el grupo del CEAPS le permite tener adicionalmente exámenes bioquímicos con mayor frecuencia.

Apoyos no materiales:

➤ **Apoyo en seguimiento de dieta**

Es recibido como parte del tratamiento médico del seguro popular y también por el nutriólogo encargado del grupo de autoayuda. Este último miembro de la red es quien invierte más tiempo en hablarle de su dieta y otorgarle recomendaciones al respecto.

➤ **Apoyo en información**

La única instancia donde Daniela llega a recibir información sobre actividades o programas nuevos que puedan servirle es en el grupo de autoayuda, o por los anuncios que aparecen en las instalaciones de la clínica. La información sobre esos tópicos es más bien otorgada por la red informal. En cuanto a consejos de cuidado y tratamiento los recibe del médico y del encargado del grupo, en el caso del primero son dados de forma rutinaria como parte de su prescripción. Mientras que el encargado del grupo toma más tiempo y busca varias formas de explicarle cómo cuidarse de mejor manera. En el caso de Oportunidades existen pláticas que tratan este tipo de temas, pero ella ya no acude desde hace meses por su estado de gravedad.

➤ **Apoyo en actividad física**

La actividad física la desarrolla al interior del grupo de autoayuda, es el único programa y espacio donde se le promociona.

➤ **Apoyo en actividad recreativa**

Además de realizar actividad física en el grupo también se llevan a cabo convivencias o talleres de cocina, aunque esto se realiza esporádicamente es un programa que brinda recreación para Daniela aunque sea de manera acotada.

➤ **Apoyo en control de tratamiento**

El personal de salud del Seguro Popular y la encargada del grupo de autoayuda son quienes se encargan de seguir el tratamiento y su eficacia por medio de consulta médica, suministro de medicamentos y exámenes bioquímicos. Aquí no se considera al programa Oportunidades ya que éste no realiza seguimiento sobre la diabetes ya que únicamente recolecta indicadores generales de estado de salud pero no realiza ninguna acción al respecto.

➤ **Apoyo psicológico**

Debido a que en el CEAPS no se cuenta con especialista en psicología no recibe ningún tipo de apoyo psicológico por ninguna de las redes a las que pertenece. Hay que señalar que debido a la reciente muerte de su padre y su estado frágil de salud sería altamente recomendable que junto con su tratamiento tuviera asesoría psicológica, pero no ha sido referida a ninguna institución donde le pudieran apoyar. Ella menciona que eso le ayudaría ya que al inicio de su tratamiento un médico del hospital regional le ayudaba dándole pláticas y enviándola al psicólogo pero una vez que dejó de atenderla ningún otro médico le dio continuidad.

➤ **Apoyo jurídico**

Daniela no conoce sobre el apoyo jurídico que se puede otorgar a los adultos mayores en caso de necesitarlo, ni sobre sus derechos como persona o como paciente. Hasta el momento no ha pensado en acudir a alguna asesoría legal porque no la “necesita” y tampoco sabe si acudir le sería útil para algo.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

Los apoyos que recibe Daniela involucran varios aspectos como el alimentario, económico, informativo y de control de tratamiento. En este sentido se encuentra cubierta por varios programas cuya problemática es no coordinarse entre sí para magnificar el impacto de sus apoyos (ver tabla 94).

Tabla 94. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Daniela

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en seguimiento de dieta	22 %	5
Apoyo en información	22 %	12
Apoyo en actividad física	11 %	12
Apoyo en actividad recreativa	11 %	12
Apoyo en control de tratamiento	33 %	12
Apoyo psicológico	0 %	-----
Apoyo jurídico	0 %	-----
Apoyo económico	11 %	-----
Apoyo en gastos médicos	22%	12
Apoyo alimenticio	11%	-----

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los cuatro programas gubernamentales a los que pertenece le permiten tener recursos propios para vivir, por ejemplo la despensa y el dinero le ayudan a cooperar con el gasto familiar. La atención médica del seguro y del grupo le permite acceder a un tratamiento para la diabetes, sin embargo no parecen del todo eficaces ya que es una de las personas con mayor descontrol de la misma. Los programas presentes no abarcan a la persona como ser integral, olvidan el aspecto emocional, psicológico, familiar y cultural; siendo estas dimensiones las que no se abordan y podrían ayudar a mejorar su salud si tuvieran algún tipo de atención. La mayor parte de los tipos de apoyo se encuentran cubiertos por lo menos con un miembro de la red, dejando fuera el aspecto psicológico y jurídico que dan cuenta del contexto personal y familiar en el que se encuentra Daniela. Aparentemente es una persona “bien atendida” por las redes formales, pero paradójicamente su estado de salud es de los peores comparado con las otras personas entrevistadas. Esto denota que a pesar de encontrarse en una red de apoyo esto por sí sólo no es garantía de tener mejores condiciones de vida.

6.2.7 La red formal de Esther

Esther es beneficiaria del programa Oportunidades y Seguro popular, además de pertenecer al grupo de autoayuda del CEAPS; lleva más de cinco años en los programas y en el grupo alrededor de tres. Primero ingreso a Oportunidades y ahí la incluyeron en el

seguro popular; además del médico familiar que lleva las consultas familiares cada seis meses se le refirió con un médico de cabecera para llevar el control de la diabetes. El médico fue quien le recomendó acudir al grupo de autoayuda, refiriéndola con la nutrióloga encargada para que ella le explicara el funcionamiento del grupo.

➤ **La dinámica de los programas**

Sus hijos le recomendaron afiliarse a Oportunidades y Seguro popular para obtener ayuda económica y consultas medicas gratuitas, debido a que no contaba con ningún tipo de asistencia social y su diabetes era atendida por un médico particular que veía en pocas ocasiones por el costo que le representaba. Además de sus hijos, su esposo y sus nueras le avisan de la existencia de programas o ayudas que puedan interesarle, así que tiene una red de información que le permite estar al tanto de las novedades. Ella ha iniciado hace meses el trámite para obtener el apoyo alimenticio del programa estatal Gente grande, hasta ahora no ha salido su nombre publicado en listas, por lo que está a la espera de ser aceptada. Ha contado con el apoyo de programas temporales de apoyo alimenticio que son organizados por el gobierno estatal, y que son difundidos por el DIF, pero debido a que se basan en la existencia de presupuesto no son duraderos.

➤ **Relación con el seguro popular**

Esther tiene relación con el médico general del Seguro Popular y con el médico familiar de Oportunidades, le parece que el trato de ambos es bueno. Las situaciones que le molestan o le gustaría cambiar son los tiempos de espera y la duración de la consulta ya que no puede exponer todas sus dudas sobre el tratamiento y su salud. Al igual que otras personas percibe que el médico parece tener prisa por terminar la consulta ya que sus preguntas no son a profundidad para conocer cómo se siente con su salud y con el tratamiento. A su parecer la finalidad de la consulta es la prescripción de los medicamentos. Las enfermeras generan la percepción de que maltratan a las personas y que no cumplen adecuadamente con su trabajo. Esther ha podido observar que una de las enfermeras es “regañona” con los pacientes, al contrario de los médicos que tienen mejor trato con sus pacientes.

Pues hay una enfermera que es medio canijita pues es malhumorada luego. Ya hay señoras grandes que van con su rebozo, su suéter y luego adentro se lo están quitando, luego una vez le grito a una señora “¡ay señora!” y salió así bien enojada gritando “váyanse quitando sus suéteres porque me hacen perder mucho tiempo”. Y si nosotras si le dijimos a la doctora, y ya le dijo al director y ya le llamaron la atención, pero sí era muy malhumorada la enfermera (Esther).

Además de esos inconvenientes, le gustaría tener más tiempo durante la consulta médica y que pudieran explicarle mejor su padecimiento y las maneras más adecuadas de controlarse. La información que obtiene de las consultas siempre le genera dudas pero no encuentra la manera de preguntárselas al médico. En el diálogo médico-paciente Esther considera que debe mejorar algunos aspectos como la paciencia para explicar lo que intentan transmitir. Suelen dar las indicaciones rápido y no siempre les entiende o se le olvidan porque no se las repiten o explican a profundidad. Las instrucciones que recibe le parecen claras y concisas sobre todo en lo referente a la toma de medicamento, sin embargo, en lo que se refiere a las explicaciones sobre que es la diabetes y cómo llevar una dieta balanceada le produce la sensación de no comprenderlas.

El consenso en el tratamiento es un derecho de todo paciente que pocas veces es tomado en cuenta por el médico, se asume que el paciente “debe” aceptar el tratamiento recomendado por el médico ya que este con su preparación puede “decidir” lo mejor para él. La actuación del médico en la consulta no incluye la explicación de los efectos secundarios de los medicamentos, las implicaciones de su mala administración o la resolución de sus dudas. No existe una participación en la elección del tratamiento ni la construcción de un plan de atención que permita atender en la medida de lo posible las expectativas de la persona. Esto incluye no solo el medicamento sino otras áreas del tratamiento como la dieta y la actividad física que tampoco se discuten ni se construyen estrategias comunes para llevar a cabo dichos cambios.

Un factor que revela la falta de detenimiento en las explicaciones de las implicaciones y la utilidad de los tratamientos es el uso de la insulina. Existe de facto una negación por parte de los pacientes a usarla debido a las representaciones negativas asociadas a ello. Además el personal médico no toma el tiempo necesario para explicar los impactos positivos en la salud con su uso, ni la forma en que se utiliza, ni los tipos de insulina ni la duración de uso del fármaco, ni las implicaciones de su uso.

Durante la estancia de campo se observó cómo Esther aceptó incorporar la insulina en su tratamiento; meses atrás se le había recomendado hacerlo pero ella no quería por temor. Durante la consulta se planteó nuevamente la necesidad de utilizar insulina puesto que los hipoglucemiantes ya no eran efectivos en su control. Tras explicar que la incorporación le permitiría equilibrar la glucosa y disminuir la cantidad de medicamentos prescritos Esther accedió a usarla. Se le dijo que se aplicaría en una dosis por las tardes, que podía llevársela a su casa y ser aplicada por un familiar al cual se le debería capacitar para hacerlo, o bien podía dejarla a resguardo de la clínica.

Esther no tenía claro por qué la insulina podía ayudarla, ni si era mejor que los medicamentos que ya tomaba, seguía teniendo dudas sobre los posibles daños a su salud. Tampoco tenía claro el tiempo que debía usarla pues mencionó que seguramente sólo iba a usar “una o dos botellitas” mientras se le “bajaba el azúcar” y luego podía tomar de nuevo sus pastillas. Es decir, ella no contaba con todos los elementos sobre el uso de la insulina como para poder tomar una decisión informada al respecto de su tratamiento.

Este tipo de situación donde la persona se incorpora en un esquema de tratamiento que no comprende totalmente lleva a la generación de representaciones erróneas con respecto a la insulina. La poca disposición y el tiempo limitado que los médicos usan para hablar al respecto es uno de los elementos que influye en el rechazo al uso de insulina. El tipo de comportamientos arriba descritos donde el médico no explica adecuadamente los tratamientos que el paciente puede elegir provoca que la confianza entre médico y paciente sea endeble. Esto a su vez provoca el surgimiento de desacuerdos entre ambos afectándose la salud del paciente. La rapidez con que el médico se dirige al paciente durante la consulta también hace que no se establezca una relación que persiga los mismos objetivos, ya que el objetivo del médico es dar atención a problemas específicos sin importar el factor subjetivo del “bienestar” del adulto mayor. Esther comenta que en algunas ocasiones no platica sobre sus molestias con el médico, precisamente por la falta de tiempo y confianza que le permita expresarse libremente.

Tengo como unos cuatro meses de que mi dedo luego lo siento dormido y me dan

piquetes, en la noche me dan como piquetes. No le he dicho al médico porque no me pregunta y a mí se me olvida decirle cuando estoy ahí (Esther).

El médico tampoco tiene un acercamiento a los sentimientos de Esther con respecto a su estado de salud, sus preocupaciones, molestias y dudas. La dimensión psicológica está completamente fuera del tratamiento, por lo que no existen elementos para trabajar contra las barreras que pueda tener el paciente para adecuarse y entender cómo vivir con su padecimiento. La charla durante la consulta médica no es minuciosa en las explicaciones, los momentos de la consulta se remiten a dos aspectos: la confirmación del estado de salud, control de la enfermedad y la prescripción del tratamiento. Esto deja poco espacio para dar información preventiva explicada pacientemente para que Esther pueda comprenderla y expresar sus dudas.

Pues casi no dicen de eso porque namás voy a consulta y me da rápido mi consulta y ya me dice, o sea no nos platica. La doctora rápido me dan mi consulta me hacen mis recetas y ya (Esther).

Además de la falta de tiempo para las recomendaciones tampoco existen mecanismos para consultar la opinión de los pacientes, ni por parte del médico ni de alguien más del personal de la clínica. Esther no ha escuchado información sobre cómo podría realizar una queja o sugerencia y si esto es tomado en cuenta por las autoridades. Conoce la existencia de un buzón de quejas pero nunca lo ha utilizado porque considera que los inconvenientes de la atención son menores.

➤ **Relación con el médico de Oportunidades**

La relación con el médico de Oportunidades es muy parecida a la del médico general, sólo que sus funciones son acotadas y su trato para con sus pacientes es escueto y sin trascendencia para su salud.

El médico de oportunidades no da ni plática ni consulta, porque las que nos dan pláticas son las enfermeras y en la consulta nos toma los signos vitales, nos pesa, nos mide y eso es todo. Porque si anduviera uno enferma ella no da medicina, dice “deben de venir a consulta con otro doctor, yo no les puedo dar medicamento”. Ella namás a eso se dedica a peso y talla, y ya lo va anotando en su expediente (Esther).

Esther coincide con otros beneficiarios entrevistados en la opinión de que la consulta sólo es para obtener la “firma” del carnet; ya que sólo se realiza la consulta para justificar que sí se sigue el control de asistencia y mantener el apoyo económico.

➤ **La relación con el grupo de autoayuda del CEAPS**

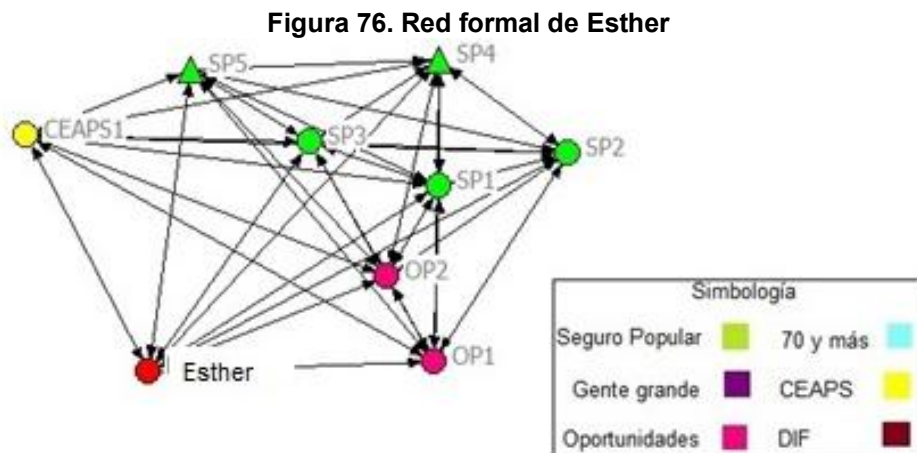
Esther pertenece al grupo del CEAPS, desde hace tres años acudió al grupo por recomendación de su médico y tras una asesoría de dieta con la nutrióloga. Sobre el funcionamiento del grupo le agradan los tiempos que se dedican a realizar ejercicio y a talleres de cocina. Sobre todo le gusta el ambiente que la coordinadora genera, ya que en las sesiones se siente alegre y le gusta convivir con sus compañeras. El trato de la nutrióloga es un factor decisivo para que ella haya decidido quedarse en el grupo, ya que le parece que es el personal de salud que más paciencia tiene y que se toma más tiempo para platicar con ella y explicarle como atenderse.

Ella considera que el espacio donde realizan los ejercicios no es el idóneo pero es mejor a estar en la calle como antes. Le gustaría que existieran sillas y un lugar más grande porque a veces no pueden realizar adecuadamente las rutinas por falta de espacio. También considera que los ejercicios que se realizan son fáciles de hacer y se siente con mejor vigor físico a partir de su incorporación, reconociendo que también existen varios movimientos que no puede realizar. Entre las actividades que más le agradan son los ejercicios con música porque así puede bailar, actividad que en muy pocas ocasiones pudo hacer en su vida.

Durante las sesiones del grupo también se dedica algunas veces al año una sesión para platicar sobre cómo cuidarse para prevenir complicaciones. A ella le gusta porque tiene más tiempo para plantear sus dudas y escuchar las de sus compañeras. De esta manera siente que ha aprendido un poco más sobre su padecimiento y como controlarlo, aunque no siempre pueda llevar a la práctica lo aprendido. Esther dice que no toman en cuenta su opinión para las actividades del grupo, ya que es la nutrióloga quien decide que hacer y cómo, sin embargo esto no le molesta pues piensa que ella es quien “sabe lo que se debe de hacer”. Y hasta ahora no ha tenido quejas de la forma en que se realizan las actividades así que le parece que está bien que las cosas se hagan así.

➤ **Las características de la red**

La red formal de Esther es de ocho miembros que involucran a tres instituciones: Seguro Popular, Oportunidades y el grupo de autoayuda del CEAPS. En la figura 76 se muestra la red formal, los distintos programas gubernamentales y los grupos de autoayuda se muestran con colores diferentes, las personas que los ejecutan aparecen con el símbolo del círculo en el caso de mujeres y el símbolo del triángulo para los hombres.



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los miembros de la red aparecen en la siguiente tabla 95:

Tabla 95. Componentes de la red formal Esther

Total: 8
-Seguro Popular: incluye al médico general, nutriólogo y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de farmacia y de caja.
-CEAPS: grupo autoayuda: incluye a la nutrióloga encargada del grupo
-Oportunidades: incluye al médico familiar y a la enfermera que la atienden.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Seguro popular:

SP1: médico general asignado para realizar consulta mensual.

SP2: enfermera asignada al médico en turno para asistir durante la consulta.

SP3: nutrióloga a quien son referidos los pacientes diabéticos.

SP4: personal de farmacia.

SP5: personal de caja.

Oportunidades:

OP1: médico familiar.

OP2: enfermera en turno apoyando al médico.

CEAPS grupo de autoayuda:

CEAPS: encargada de coordinar el grupo.

La ubicación geográfica de los miembros de la red formal es en Atlautla, ningún apoyo se otorga fuera de la localidad, ella no tiene que desplazarse a menos que sea referida a los hospitales de la zona. La red formal de Esther gira en torno a la atención médica por lo que todos sus miembros son personal médico y no existe ningún problema de capacitación para atenderla. A excepción de los programas donde se otorgan apoyos económicos o alimenticios donde no es necesario contar con algún tipo de capacitación.

➤ **Los tipos de apoyo en la red formal**

Los tipos de apoyo que fluyen en la red de Esther son los siguientes (ver tabla 96):

Tabla 96. Tipos de apoyo y miembros involucrados en la red formal Esther

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo económico	1 de 8	Anual
	Apoyo en gastos médicos	1 de 8	Mensual
	Apoyo alimenticio	0 de 8	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	2 de 8	Mensual
	Apoyo en información	3 de 8	Mensual
	Apoyo en actividad física	2 de 8	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	1 de 8	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	2 de 8	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 8	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 8	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales:

➤ **Apoyo económico**

El apoyo económico está cubierto por el programa Oportunidades.

- **Apoyo alimenticio**
No pertenece a ningún programa que otorgue apoyo alimenticio ya que no ha iniciado trámite para alguno.
- **Apoyo en gastos médicos**
Los gastos médicos están cubiertos por el Seguro popular y algunas pruebas bioquímicas por el grupo de autoayuda. Esther realiza gastos médicos cuando no hay medicamento disponible o decide acudir a un médico privado.

Apoyos no materiales:

- **Apoyo en seguimiento de dieta**
El seguimiento de la dieta se hace por medio de las recomendaciones del encargado del grupo, quien dedica tiempo una vez al mes para hablar de ello y profundizar con los integrantes sobre el tema. El médico general también realiza recomendaciones aunque sea de manera superficial y sin tiempo suficiente durante la consulta.
- **Apoyo en información**
La información sobre programas que pueden beneficiar al adulto mayor, recomendaciones sobre formas de cuidado y para sobrellevar el tratamiento es otorgada durante la consulta médica y el grupo de autoayuda, en menor grado por las pláticas de Oportunidades. En las tres instancias se hace referencia aunque no sea constante a este tipo de información; en ninguna de estas emergen consejos de medicinas o tratamientos alternativos.
- **Apoyo en actividad física**
El apoyo para promover el ejercicio se realiza en pláticas de oportunidades y del grupo, la práctica se realiza durante las sesiones dos veces a la semana. Sin que exista algún otro programa en la localidad que lo fomente.
- **Apoyo en actividad recreativa**
Las actividades lúdicas y de recreación son impulsadas durante las sesiones del grupo del CEAPS; Esther no participa en el grupo del DIF porque no tiene tiempo para acudir y le parece suficiente ir sólo a un grupo porque tiene múltiples actividades que realizar en su casa. A ella le motiva ir al grupo porque es una forma de distraerse, convivir con otras personas y cuidar de su salud, el DIF no llama su atención porque “solo hacen ejercicio o manualidades” y para eso es suficiente con el grupo al que ya asiste.
- **Apoyo en control de tratamiento**
Corresponde al Seguro Popular realizar la tarea de seguimiento del tratamiento y colaborar en el control de la diabetes, para ello se establece la consulta médica mensual y los análisis bioquímicos semestrales. Además por pertenecer al grupo de autoayuda también recibe ahí apoyo para verificar que el tratamiento adoptado esté provocando mejoras en la salud de Esther.
- **Apoyo psicológico**
No acude a alguna instancia de apoyo psicológico porque los programas de salud a los que pertenece no ofrecen este servicio. Ella no ha considerado necesario acudir con este especialista porque piensa que no lo necesita porque es “para las personas que

tienen problemas mentales”; el personal médico tampoco le ha hablado de los beneficios que podría obtener de tener asesorías psicológicas para sobrellevar su padecimiento.

➤ **Apoyo jurídico**

Tampoco tiene acceso por medio de los programas a asesoría y orientación jurídica para saber cómo defender y exigir sus derechos. Hasta el momento no ha pensado en acudir a algún lugar por asesoría o ayuda, ya que no le ha sido necesario por no haber sufrido algún problema que lo amerite. Además de que tampoco sabe a dónde podría acudir en caso de que lo necesitara.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes de la red formal**

Los programas a los que pertenece Esther cubren distintas necesidades y el número de actores participando difiere de acuerdo con los tipos de apoyos otorgados. La frecuencia también varía según la lógica de cada programa (ver tabla 97).

Tabla 97. Miembros de la red por tipos de apoyo y frecuencia red formal Esther

Tipos de recursos	% de actores de la red involucrados	Frecuencia anual*
Apoyo en seguimiento de dieta	25 %	6
Apoyo en información	37 %	12
Apoyo en actividad física	25%	12
Apoyo en actividad recreativa	12 %	12
Apoyo en control de tratamiento	25%	12
Apoyo psicológico	0 %	-----
Apoyo jurídico	0 %	-----
Apoyo económico	12%	6
Apoyo en gastos médicos	12%	12
Apoyo alimenticio	12%	6

*Número de veces aproximado en que los integrantes de la red otorgan ese tipo de apoyo.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Los apoyos de la red formal de Esther abarcan aspectos como la alimentación, la salud y la economía de manera superficial. Las dimensiones donde los programas no generan ninguna atención son igual que para los otros entrevistados: la parte psicológica y la de protección de derechos. Los aspectos recreativos y de actividad física también tienen muy baja participación, los programas no se diseñan para cubrir dichas necesidades, son apenas paliativos que pretenden mejorar la situación básica material de las personas.

Como se observa en la frecuencia de apoyos a lo largo del año el más frecuente es la información expresada como los consejos de atención pero el acceso a esta información no implica necesariamente que la persona tenga mejor capacitación para mejorar su autocuidado. Asimismo los apoyos en control de tratamiento, dieta y ejercicio aparentemente son los puntos fuertes del apoyo de la red formal, sin embargo comparándolo con el estado de salud de Esther y los cambios que ella ha realizado en su autoatención no se observan mejoras significativas que impacten en su salud.

Esther pertenece a tres programas que duplican apoyos, lo cual muestra que no se trata de afrontar el problema de las personas integralmente sino de manera fragmentaria sin reflexionar sobre si esto ayuda o no a mejorar sus condiciones de vida. Los tres programas se enfocan al cuidado de la salud por medio del cumplimiento de cuotas de

consulta, haciendo que la protección a la salud no se vea reflejada en el verdadero estado de salud de Esther, ya que ella continúa con niveles altos de glucosa y otros problemas asociados al mal control de la diabetes.

6.2.8 La red formal de Rodrigo

Rodrigo no pertenece a ningún programa gubernamental de apoyo por su condición de adulto mayor o que cubra sus necesidades de salud. Esto se debe a que no cuenta con su acta de nacimiento. Hasta el momento no ha hecho nada para arreglarlo a pesar de que su familia lo ha presionado, sin embargo al no colaborar él para ello lo han dejado pasar. En el momento de la investigación sus hijos se encontraban tratando nuevamente de convencerlo para que realizara su trámite de acta de nacimiento con la finalidad de arreglar el traspaso de las propiedades de Rodrigo para sus hijos.

➤ La dinámica de los programas

A pesar de la existencia de programas que puedan ayudarle en algún ámbito Rodrigo no considera que necesite de ellos ya que sus hijos lo apoyan en todo, ellos cubren sus necesidades económicas y alimentarias. Incluso le parece bueno no “necesitar ayuda de otros” porque con su familia es suficiente. Para cubrir sus problemas de salud acude a la clínica local como población abierta atendida por la Secretaría de salud; también acude con médicos alternativos y privados para acompañar su tratamiento.

➤ La relación con la clínica local

Rodrigo considera que la atención del personal de salud en la clínica es buena, incluyendo a los médicos, enfermeras, policías y personal administrativo. Sin embargo, no cree que ellos realmente le “ayuden” con sus padecimientos, por un lado el problema de sus piernas no ha sido resuelto¹⁰⁶ y la diabetes no tiene “cura” así que no considera efectivo el tratamiento que le dan en la clínica y siempre está en busca de otras formas de atenderse.

De la consulta médica considera que existe poco tiempo para escucharlo y revisarlo su mayor queja es que no se siente aliviado de la gonartrosis, debido a que únicamente le recetan calmantes. Lo acompañan sus hijas a consulta turnándose cada mes, son ellas las que escuchan y tratan con el médico, ya que Rodrigo dice que no les entiende a lo que dicen y siempre se queda con dudas o se le olvidan las instrucciones. Debido a esto el médico se dirige a sus hijas y ellas son las que llevan el control durante la cita médica. Ellas mencionan que el médico tiene buena disposición para tratar a su padre, tiene paciencia y les explica las dudas, pero su padre es “terco” y por eso “ya no lo dejan” que él trate con el médico.

Sobre el consenso del tratamiento las figuras que participan son las hijas quienes aceptan los medicamentos que el médico receta. Rodrigo normalmente siempre pide medicina para aliviar el dolor, el problema con esto es que este tipo de medicamento a veces escasea y ellos deben comprarlo en otro lugar.

¹⁰⁶ Rodrigo padece de gonartrosis en ambas piernas fue diagnosticado pero no ha sido tratado en la clínica o en otra instancia de salud de manera continua.

Rodrigo no le tiene confianza a ningún médico, particular o de gobierno porque le “recetan muchas cosas” sin que él sienta alivio. Es por ello que piensa que le hacen perder el tiempo, le dan rodeos y no tratan de aliviarlo de sus molestias. Además asegura que durante la consulta médica nunca le hablan de cómo debe cuidarse o de las complicaciones que derivan de un mal apego al tratamiento. Sin embargo, sus hijas afirman lo contrario ya que de acuerdo con ellas el médico siempre les recuerda que su padre debe cambiar su forma de cuidarse porque existe el peligro de que desarrolle varias complicaciones.

A decir de las hijas y de Rodrigo nunca les han preguntado sobre su opiniones de la atención médica y del resto del personal, él piensa que a los médicos no les importa porque “sólo esperan su sueldo”. Él tiene muy mala impresión sobre el trabajo del personal de salud ya que como se ha mencionado no ha encontrado “cura” para sus padecimientos y al no haberla piensa que es un fracaso de los médicos. Las hijas piensan que los médicos hacen lo que pueden, que son amables y buscan que él se alivie pero es debido a su “necedad” por lo que él se queja tanto. Ellas toman la actitud de “darle por su lado” y “cuidarlo hasta que Dios quiera”.

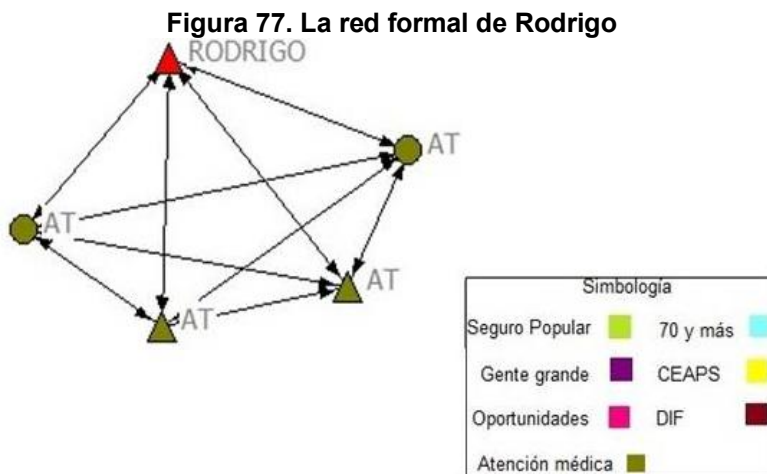
➤ **Relación con otros programas**

Rodrigo no pertenece a ninguna red formal de apoyo y se enorgullece de ello porque no tiene que “andar pidiendo”, además considera que sus hijos y su esposa son quienes deben apoyarlo y se encuentra satisfecho con que todos ellos siempre están al pendiente de sus necesidades. Esto incluye que lo llevan a conocer varios médicos y curanderos para atenderse.

Sobre los grupos de autoayuda a él no le gusta ir porque son “viejas ridículas y chismosas” las que van ahí, él sabe que hacen manualidades y no le interesa, sobre la actividad física no le llama la atención porque él no puede moverse debido al grado de gonartrosis que padece. El médico le recomendó asistir al grupo de la clínica pero él se negó ya que no consideró que pudiera realizar los ejercicios que se hacen y tampoco se sentía a gusto porque todas las personas que asisten son mujeres” y él no se iba a sentir a gusto ahí.

➤ **Las características de la red formal**

La red de apoyo formal de Rodrigo consta del personal de atención de la clínica; se tomo en cuenta la figura de un médico particular que es con quien acude de manera regular además de ir a la clínica. En la figura 77 se muestra la red formal de Rodrigo, donde se incluye únicamente los miembros de la clínica local que le prestan atención médica, aunque él no se encuentre asegurado al Seguro Popular acude ahí para sus citas médicas mensuales.



Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

La red de Rodrigo es una de las más dinámicas no por la participación en varios programas institucionales sino por la cantidad de médicos particulares y alternativos que él busca. Sin embargo, no se consideraron dentro de la red que describimos aquí ya que la mayoría son consultados dos o tres veces sin que se alcance a formar algún tipo de relación con ellos. Debido a ello es un tanto escurridizo involucrar a personajes de los cuáles nos e puede constatar la premisa básica de la red del intercambio regular. Además de que existe poca memoria sobre ellos por parte de Rodrigo y sus familiares, dificultando la reconstrucción de los actores que participan de alguna manera en su red de atención médica. Los componentes de la red son los siguientes:

Tabla 98. Componentes de la red formal de Rodrigo

Total: 4
-Atención médica: incluye al médico general y se toma en cuenta una enfermera (esto es debido a que existen varias enfermeras en la clínica pero al momento de la consulta médica únicamente se interactúa con una de ellas), el personal de caja.
Médico particular: se toma en cuenta al principal médico con quien se acude.

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

- AT1: médico general que lo atiende en la clínica.
- AT2: enfermera asistente del médico en turno.
- AT3: personal que labora en la caja donde se establece el costo de los servicios médicos.
- AT4: médico particular más visitado.

Los miembros de la red se ubican en Atlautla, a excepción del médico particular que se encuentra en el municipio de Ozumba. Además los otros recursos médicos (que no se han incluido en la red) se encuentran en otros municipios del estado o de la Ciudad de México. Ya que él acude a donde sea que le recomienden de la existencia de un “buen” médico que lo pueda ayudar. En este sentido es la persona entrevistada que tiene mayor movilidad y desplazamiento geográfico para buscar recursos de atención.

Los miembros de la red de Rodrigo son todos del área biomédica, tienen capacitación para atenderlo en cuanto a la diabetes, no así para atender sus problemas relacionados con la gotatrosis ya que no existe personal especialista que pueda atenderlo.

➤ **Los tipos de apoyo de la red formal**

En la red de apoyo formal de Rodrigo existen pocos recursos ya que él solo tiene como miembros al personal de salud de la clínica local (ver tabla 99).

Tabla 99. Tipos de apoyo de la red formal de Rodrigo

Tipo de apoyo	Tipos de recursos	Actores de la red involucrados	Periodicidad
Apoyos materiales	Apoyo económico	0 de 4	Anual
	Apoyo en gastos médicos	0 de 4	Mensual
	Apoyo alimenticio	0 de 4	Anual
Apoyos no materiales	Apoyo en seguimiento de dieta	1 de 4	Mensual
	Apoyo en información	1 de 4	Mensual
	Apoyo en actividad física	0 de 4	Semanal
	Apoyo en actividad recreativa	0 de 4	Semanal
	Apoyo en control de tratamiento	1 de 4	Mensual
	Apoyo psicológico	0 de 4	Anual
	Apoyo jurídico	0 de 4	Anual

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Apoyos materiales y no materiales:

No existen en la red de Rodrigo apoyos del tipo: actividad recreativa, psicológico, jurídico, económico, actividad física, gastos médicos y alimenticio, por parte de la red formal. Los únicos recursos con que cuenta son los relacionados con la atención médica que obtiene como usuario de los servicios de la clínica local: seguimiento de la dieta, información y control del tratamiento.

➤ **La frecuencia de apoyos y los participantes**

La red formal cuenta con muy pocos actores por lo que no es necesario realizar análisis sobre la frecuencia y los actores involucrados. El principal argumento de porque Rodrigo no se afilia a ningún programa es la falta de acta de nacimiento, sin embargo esto podría ya haber sido solucionado, ya que a pesar de que el trámite es engorroso puede realizarse en la misma localidad.

En primer lugar la negativa de Rodrigo de afiliarse al Seguro popular es porque considera que el trato en la clínica no es demasiado bueno como para afiliarse, él prefiere asistir cada mes o cada dos meses y dedicarse a buscar alternativas con médicos particulares. La preferencia del médico particular es por el corto tiempo de espera, el tiempo de consulta es mayor, por lo que se siente escuchado, los medicamentos que le receta le “hacen mejor” que los que obtiene en la clínica y el médico que lo atiende es hombre a diferencia de que en la clínica sólo atienden mujeres¹⁰⁷.

Con respecto a otros programas que podrían otorgarle apoyos en diferentes ámbitos y poder contar con un ingreso que le permita cierto grado de independencia económica y alimentaria a él no le interesa porque no lo necesita. Su esposa quien sí está registrada en varios programas comenta que según su perspectiva tiene que ver con que

¹⁰⁷ Este tipo de quejas sobre la calidad del Seguro popular han sido exhibidas por las evaluaciones del CONEVAL donde se explica el porqué hay un alto porcentaje de la población que ha decidido no afiliarse por los problemas de acceso al servicio, los largos tiempos de espera y el desabasto del medicamento.

Rodrigo no quiere sentirse como un “viejo que necesita ayuda o limosna”. Para ella el que su esposo reciba apoyo sería “aceptar” que ya no puede mantenerse por sí mismo, o que sus hijos y esposa no les “interesa” ayudarlo; el aceptar apoyos como lo hacen otras personas de su edad sería en este sentido aceptar que ha dejado de ser autosuficiente y respetado/apoyado por su familia. El no participar de estos apoyos como los demás hace que su estatus simbólico de adulto suficiente se refuerce.

6.3 La red formal y las variaciones culturales

La red formal se compone por instituciones y programas elaborados por las políticas nacionales e internacionales que delimitan las necesidades del adulto mayor que el Estado debe cubrir. Asimismo se estructuran lineamientos que permitan atender a las personas de la mejor forma posible, es decir, las políticas y programas deben ejecutarse según las características de las personas a las cuales están dirigidas.

Recientemente en el ámbito de los programas de salud se ha impulsado el uso de marcos teóricos como la interculturalidad, la visión de género, la participación comunitaria y los derechos humanos como rectores de la atención para los adultos mayores. Esto busca no solo garantizar la cobertura sino mejorar la calidad de los programas y sus ejecutantes. A pesar de las recomendaciones sobre adecuar las políticas a los contextos específicos para lograr mejoría en la salud de las personas pocas veces esto ocurre (Huenchuan, 2003). Así que otra forma de conocer cómo funcionan las redes formales es por medio de analizar cómo incluyen diferentes adecuaciones para mejorar la calidad de su atención. Para ello revisaremos la ejecución de enfoques como la interculturalidad, los derechos de los usuarios y la participación social.

6.3.1 La interculturalidad en los programas de salud

La interculturalidad es un “proceso relacional”¹⁰⁸ entre varias culturas que comparten el mismo espacio construyendo relaciones de intercambio simbólico y material. La interculturalidad existe también en el ámbito de la salud, donde se entabla un diálogo entre el personal de salud y el paciente. La relación intercultural que se forma puede ser positiva o negativa para las partes integrantes, en lo ideal se busca que se establezca una relación equilibrada donde todos los interlocutores puedan expresarse y participar de manera equitativa (Campos, 2004).

La discusión sobre la interculturalidad lleva varios años en el mundo biomédico, pero ha sido en las últimas décadas cuando los organismos internacionales han hecho eco de éstas discusiones y lo han incorporado a sus análisis de la situación indígena. En 1993 la OPS/OMS presenta la Iniciativa de salud de los pueblos indígenas como el primer documento que promueve a nivel internacional la transformación de los sistemas de salud para adecuarse a los diferentes contextos indígenas. En el año 2006 en una evaluación de la Iniciativa de salud se propuso como línea de acción integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud dentro de la estrategia de atención primaria de salud.

¹⁰⁸ Campos, R.; <http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf>

Si bien incluir la interculturalidad en salud es un propósito que se ha intentado establecer en el sistema de salud mexicano desde la época de Aguirre Beltrán (1955) fue en el sexenio anterior cuando se incluyó como un programa de acción específico cuyo objetivo principal fue promover el establecimiento de servicios de salud interculturales¹⁰⁹. Como parte del diagnóstico que se presenta en el Programa de acción específico 2007-2012 se evalúa que las instituciones de salud tienen reportes de problemas asociados a falta de sensibilidad, respeto y menosprecio por las opiniones y prácticas de las personas, interfiriendo con el apego al tratamiento, influyendo en que el éxito del mismo sea limitado. Los objetivos que este programa se planteó fueron:

- Mejorar las condiciones de salud de la población.
- Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad.
- Reducir las desigualdades en los servicios de salud con intervenciones focalizadas a comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza.
- Reducir las desigualdades regionales, de género y entre grupos sociales.
- Asegurar el respeto a los derechos humanos.
- Incorporar plenamente a los pueblos y a las comunidades indígenas al desarrollo del país.

Los objetivos planteados son generales y con poca probabilidad de medirse para evaluarse, además que en el documento se discute como intercultural la relación entre varios grupos poblacionales en los hechos se restringe a la interacción con grupos indígenas. Los principios para la “acción intercultural” fueron definidos de la siguiente manera:

- Acceso eficaz a la atención incluyendo: atención oportuna, prevención, abasto completo de equipo y medicamentos, personal con competencia técnica y cultural.
- Información: fomentar el conocimiento y ejercicio de los derechos de salud.
- Participación social: fomentar la consulta permanente en espacios regionales, municipales y locales.
- Respeto a la diversidad: combatir toda forma de discriminación en los servicios de salud.
- Derechos humanos: promover la difusión y protección de los derechos humanos.
- Equidad de género: perspectiva de equidad para el desarrollo igualitario de la población.

Para lograr este cambio de enfoque en la atención médica el mismo programa promueve la capacitación del personal de salud para que busque el desarrollo de “competencias culturales” para dirigirse a sus pacientes. Para ello es necesario entender el contexto en el que vive la población que atiende y la habilidad para atenderlos de acuerdo a sus necesidades particulares. Se busca que los profesionales de salud interculturalmente competentes puedan identificar la singularidad cultural de la población; desarrollar actitudes de respeto hacia las expectativas, expresión y prácticas; capacidad

¹⁰⁹ Además de la Secretaría de Salud otras áreas vinculantes que deben colaborar en la implementación del programa son: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto Nacional de lenguas Indígenas, Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Secretaría de Gobernación, Secretaría de Desarrollo Social y DIF.

de comunicación eficiente y asertiva; capacidad de comprender la percepción de causalidad y riesgo; y conocer los marcos filosóficos, científicos y culturales de otros modelos médicos de atención¹¹⁰. Estas competencias le permitirán interactuar con los pacientes y elaborar esquemas de tratamiento que incluyan su participación con la finalidad de mejorar su estado de salud.

Además de las variaciones culturales la propuesta de la Secretaría de Salud incorpora el género y los derechos humanos como aspectos a tomar en cuenta para las relaciones interculturales. Por lo que busca la promoción de los derechos de las personas para que puedan demandar mejores servicios de salud, utilizando el término “empoderamiento” como la capacidad para establecer una relación de igualdad y equidad con el personal de salud. Se reconoce que la persona no es un personaje pasivo de la relación médico-paciente sino que tiene la capacidad de decidir sobre todo aquello que le afecte y utilizar los recursos de atención como mejor convenga a sus expectativas¹¹¹. Para establecer relaciones interculturales positivas deben reconocerse estos derechos de las personas para tratarlas de manera equitativa. Asimismo incorporar las diferencias que la pertenencia étnica, social, económica y de género para evitar que se constituyan en barreras de acceso a los servicios de salud.

En este panorama se impulsan las “consultas informadas” como mecanismos de convivencia con la comunidad o grupos específicos para conocer sus expectativas sobre los servicios de salud; y promover su inclusión en la generación de propuestas de estrategias para su mejoría.

Sin embargo, de acuerdo al planteamiento que la Secretaría de Salud hace de la interculturalidad ésta únicamente es aplicable en contextos donde exista población indígena. Es decir, no se reconoce que dichos principios y objetivos pueden aplicarse a toda la población, debido a que las variaciones culturales también existen entre personas que comparten la misma pertenencia étnica. Existen otro tipo de diferencias como por ejemplo las socioeconómicas, generacionales y genéricas que intervienen en el proceso de atención. Estas diferencias también deben tomarse en cuenta ya que se constituyen como barreras que pueden impactar en la calidad de la atención y la obtención de los resultados deseados.

El término “intercultural” para población no indígena está desarrollándose sobre todo en contextos migratorios con las llamadas comunidades interculturales que buscan la convivencia armónica y de respeto a la diversidad sociocultural existente en sociedades con procesos migratorios. Otro tipo de interacciones que se están analizando desde esta perspectiva son las relaciones intergeneracionales. Definidas como el contacto entre varias generaciones que comparten el mismo entorno social pero presentan diferencias culturales, determinadas por el contexto sociohistórico en el que las generaciones se desarrollaron. Sin embargo, las relaciones intergeneracionales por lo general no son abordadas como una forma de interculturalidad por parte de los teóricos de la

¹¹⁰ Competencias interculturales para el personal de salud, 2007, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General adjunta de Implantación en Sistemas de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.

¹¹¹ Esquema metodológico para incorporar los derechos humanos en salud mediante el enfoque intercultural, 2003, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaría de salud.

interculturalidad en salud; y no son consideradas dentro de los programas de trabajo del personal de salud.

6.3.2 La interculturalidad en la red formal de apoyo

La localidad donde se desarrolló esta investigación no tiene componente indígena, sino mestizo, por lo que los recursos de atención médica no tienen planteado en su estructura el enfoque intercultural¹¹². Sin embargo, considerando que la interculturalidad no debiera restringirse y que sería una excelente herramienta para el tratamiento de los adultos mayores con diabetes a continuación se explorará que mecanismos interculturales existen ó no en los servicios de salud de la localidad.

De acuerdo con la normatividad de las instituciones de salud presentes en Atlautla no existe justificación para aplicar el concepto de interculturalidad en la atención a los pacientes debido a que no existe un porcentaje significativo de población indígena en el municipio. Existen cursos de capacitación para el personal del CEAPS sobre la interculturalidad pero éstos se realizan en otros municipios donde sí hay presencia indígena. Los cursos de capacitación que se otorga al personal de Atlautla son referentes al género y los derechos de los pacientes, pero sin que sean relacionados con la interculturalidad. No existen evaluaciones sobre las competencias interculturales del servicio y del personal; así como tampoco estrategias de adecuación por parte de los servicios locales. Estas condiciones aplican también para el DIF que tampoco toma en cuenta la interculturalidad por no cumplirse el criterio de población indígena.

En el modelo de unidades médicas con competencia intercultural se establece la existencia de varios componentes de la interculturalidad:

- Calidad de la atención: personal traductor o intérprete; promotores de salud locales; personal de salud capacitado en los lineamientos de trato intercultural.
- Valoración de las diferencias: conocimiento de las tradiciones locales; conocimiento de las diferentes medicinas que existen en el lugar, conocimiento de los curadores locales.
- Participación social: incorporación de la comunidad en las estrategias locales de atención, retroalimentación entre los pacientes y el personal de salud.

En el CEAPS no existe alguno de los elementos mencionados ya que no se encuentra obligado a generar competencias interculturales, sin embargo se habló con el personal de salud para conocer las ideas que tienen al respecto. El director de la clínica menciona que no existe contacto con la Dirección de medicina tradicional u otra dependencia que les otorgue capacitación intercultural. Él ha escuchado del término debido a que cursó un diplomado en el Instituto Nacional de Salud Pública ya que durante su formación como médico nunca le hablaron al respecto. La definición que él tiene de interculturalidad es:

¹¹² Existe una propuesta realizada por la Dirección de Medicina tradicional que aborda el tratamiento integral para la diabetes *mellitus*. Ahí se hace referencia a la interculturalidad como una manera de mejorar la atención de la enfermedad por medio de la incorporación de medicinas alternativas y complementarias como la homeopatía, acupuntura y la medicina ortomolecular. Se propone que esto se integre a las UNEMES como parte de las competencias culturales e integrativas de esas unidades de salud.

Se aspira al reconocimiento y revaloración de conocimientos y prácticas de salud locales -así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales- como una herramienta no sólo de aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano (CEAPS).

No considera que la interculturalidad sea necesaria para la práctica cotidiana en la clínica porque no existe población indígena; aunque si le otorga un valor positivo el conocer “un poco más” de las prácticas médicas locales para solucionar problemas que puedan originarse por los tratamientos caseros que realizan los pacientes.

El resto del personal médico había escuchado de la interculturalidad pero no tenía ideas claras sobre que es, nunca han practicado algo relacionado con ello. Esto a pesar de que algunos han laborado en zonas con población indígena, pero subrayan que ninguna de las clínicas donde laboraron implementaba dicho enfoque. Uno de los médicos pasantes mencionó que durante su formación académica tomo un curso de antropología médica donde le hablaron al respecto, pero no consideró que debiera aplicar algo de lo aprendido en la comunidad debido a que la población que atiende es “homogénea” y sin variaciones culturales de importancia como para hacer diferencias en la atención.

6.3.3 La diversidad cultural en la óptica de los programas dirigidos a los adultos mayores

En el diagnóstico situacional del año 2012 realizado por el CEAPS existe un apartado para describir la presencia de medicina tradicional, en el cual se menciona la existencia de ocho parteras empíricas: seis registradas y capacitadas por ISEM; servicios médicos empíricos; tres curanderos y dos hueseros sin registro. Existe otra gama de curanderos locales a los que no hace referencia el documento, por ejemplo existen rezanderos, hierberos, graniceros y brujos que también intervienen en la atención de distintos padecimientos. El hecho de que el diagnóstico tome en cuenta otras medicinas presentes es un reconocimiento a la diversidad que existe en el municipio. Por su parte los médicos de la clínica concuerdan en que la diversidad cultural en la población no es significativa:

Aquí no hay mucha diversidad cultural, comparado con otros lugares sí es diferente, pero aquí todos son muy parecidos, tienen las mismas costumbres. La diversidad cultural existe comparándola con los pueblitos de a lado pero en sí en esta localidad no hay. Hay diferencias económicas, por ejemplo con la gente que viene de las localidades aledañas, porque esa gente tiene que trasladarse aquí, en sus lugares no hay clínica (CEAPS).

Es un pueblo pequeño no hay tanta diversidad, tienen los mismos valores, creencias, aquí no hay grupos indígenas y en otros lugares sí, pero aquí no son grupos representativos. Los usos y costumbres son los mismos (CEAPS).

Si existe diversidad cultural porque hay personas que no saben leer, nunca han salido de la comunidad, hay oros profesionistas, de diferentes ideologías; pero no se muestra tan claro como en otros lugares donde hay indígenas y mestizos, aquí tiene más

que ver con la educación y la profesión (CEAPS).

Debido a esas opiniones sobre la población no creen que sea necesario desarrollar competencias interculturales, ya que de acuerdo con su experiencia para su práctica médica no necesitan hacer variaciones debidas a las diferencias culturales. Sin embargo, sí hacen la mención de que tienen que adaptarse a cada paciente para lograr que los comprenda. En este sentido tienen que tratar diferente a los niños, jóvenes, adultos mayores, hombres y mujeres; pero no piensan que eso tenga alguna relación con la interculturalidad sino que son adaptaciones normales de su práctica por la variación existente en la población.

En el caso del personal del DIF tampoco han recibido capacitación intercultural, pero sí en enfoque de género y derechos humanos. Para la encargada las diferencias que existen en la población no son por valores culturales sino por valores morales, esto es porque las personas adultas casi nunca salieron de la comunidad y tienen “valores morales conservadores” con respecto a los jóvenes que normalmente migran a otras ciudades o países y traen “nuevas ideas”. Estas diferencias hacen que las opiniones y formas de ver al mundo sean diferentes, por lo que cuando desarrollan programas de atención deben ser específicos para cada sector poblacional. Si bien no se reconoce el término interculturalidad si existe la idea de que las variaciones entre los grupos determinan una atención diferencial para satisfacer sus necesidades.

La diversidad cultural puede influir en que deban adecuarse las formas de atención hacia las personas, el personal de salud piensa que en el caso de poblaciones indígenas esto es evidente. Pero dado que en la localidad no existen esas condiciones no lo consideran necesario.

Si debe de tomarse en cuenta, sobre todo en lugares donde hay indígenas o migrantes, en esta clínica no ha hecho falta, yo nunca he tenido que hacerlo porque en general aquí la gente es como en los otros lugares donde he trabajado. Pero sí existen otras comunidades donde hay más indígenas y luego no hablan español, o (CEAPS).

Si influye la diversidad cultural pero no debe determinar el trato para ellos, a todos los pacientes se les debe tratar con igualdad sin distinciones (CEAPS).

No existe en el personal de salud la sensibilidad de notar las variaciones en la población, ni tampoco conocen las distintas maneras en que las personas se autoatienden y el contexto que influye en ello. Esto se ve reflejado en la imposibilidad de lograr apego al tratamiento y mejora de la salud de las personas entrevistadas, ya que es necesario acercarse con ellos para conocer algunos de los motivos que impiden su mejoría. Esto a su vez es reflejo de la formación que reciben en las instituciones médicas, ya que la estructura del modelo médico hegemónico está construida para atender la enfermedad y no a las personas en sus múltiples contextos. Como menciona Menéndez:

“(…) por una parte señalan la importancia de los procesos sociales, de las condiciones económicas, de la prevención respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención, y por otra impulsan una formación unilateralmente técnica y excluyente que contradice sus consideraciones verbales, dado que las escuelas de medicina que dirigen van a producir un profesional que no podrá enfrentar en términos profesionales lo que dichos funcionarios denuncian como objetivos prioritarios. Por lo

tanto el médico, salvo el caso de una parte de los salubristas, no tiene formación profesional respecto de los procesos socioculturales y económico/políticos que inciden en la causalidad y desarrollo de los padecimientos, por lo cual si le preocupan estos procesos sólo puede actuar a través de sus habilidades personales, pero no de su formación profesional” (Menéndez, 2009, pp. 42-43)

No existe una formación en las escuelas o en los institutos de salud que fortalezca la visión social e intercultural de los profesionales de salud, y esto se evidencia durante la práctica médica cotidiana. Por lo que la dificultad de implementar los enfoques interculturales incluyen la falta de formación profesional sobre este y además la limitación que lo “intercultural” tiene en los planes de la Secretaría de Salud como un marco válido únicamente para población indígena. Es por ello que no es de extrañarse que no pueda advertirse su uso en otros sectores de la población.

Ya que no se reconoce la existencia de diversidad cultural que influya significativamente en la atención no existe ningún tipo de capacitación para la sensibilización intercultural o conocimiento de los lineamientos de trato intercultural. De hecho la interculturalidad es vista con algo de sospecha:

La interculturalidad está muy de moda; hay cosas que si hay que tener de acuerdo con los pacientes, pero además se toman té y tienen acceso a muchas plantas. Algunas si tienen efectos y el médico tiene que respetar, generalmente el médico es cerrado y las personas se alejan por ello. Hay repercusiones de la interculturalidad por ejemplo las embarazadas recurren mucho a la partera 90-95% van con ellas, y ya se han tenido muertes por partera. A los médicos igual se les mueren las embarazadas. El ideal es que vengan aquí, pero prefieren ir allá. Todas las parteras deben de estar capacitadas, pero la comunicación es poca con ellas, existe un doctor encargado de regular todo lo que ocurre en el campo (CEAPS).

Existen representaciones contradictorias ante la perspectiva intercultural ya que se acepta la diversidad de creencias de las personas y el deber de respetarlas. Pero también se piensa que algunos aspectos de la atención no biomédica son dañinos; no existen acercamientos para entender las problemáticas de las otras medicinas, considerándolas *a priori* como algo con lo que tener cuidado y que se debe mantener bajo vigilancia para evitar daños.

6.3.4 Las instalaciones adecuadas para la diversidad

Existen varios tipos de adaptaciones en los servicios médicos que funcionan para mejorar la calidad de la atención percibida por los pacientes¹¹³. En la clínica y en el DIF no existen adecuaciones en su estructura para mejorar la calidad en la atención, además de las variaciones culturales no se tomó en cuenta para su construcción y funcionamiento cuestiones como la incapacidad motora y visual.

¹¹³ Campos recopila algunas adaptaciones que se han realizado a los espacios biomédicos para lograr la interculturalidad en México, algunos ejemplos son adaptaciones en la dieta de los hospitales, implementación de huertos medicinales, incorporación de temazcales, etc. (Campos, 2004)
<http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048358/experien.pdf>

Para las personas con discapacidad esta una rampa a la entrada, pero sí hace falta algo para el primer piso porque solo hay escaleras. También hizo falta que la sala de espera fuera más grande porque hay pocas sillas, hay momentos en el día que la gente está de pie (CEAPS).

Si es necesario la ampliación de instalaciones para colocar una rampa, más baños, que el piso no sea resbaloso, hace falta pintar y tener más sillas (DIF).

No está adecuado porque esta la rampa de acceso pero aquí ya no hay rampa para la segunda planta, en los baños no hay agarraderas. No se cuenta con los requisitos de la norma para personas con discapacidad. De hecho esta unidad fue remodelada se tuvo que trabajar sobre lo que se tenía, pero todavía se tienen que hacer adecuaciones para ser confortable y de fácil acceso para la población (CEAPS).

No son instalaciones adecuadas, hay humedad y se están descascarando las paredes, ya hay moho, no fue un medico quien diseño la infraestructura, no se cuenta ni con salas adecuadas para un parto normal y se supone que esa es la función principal de esta clínica (CEAPS).

En ambos servicios del DIF y el CEAPS aún no se puede contar con lo básico para atender problemas de atención a población con discapacidades o hacer más confortable el espacio, debido a la falta de recursos y de planeación para cubrir esas necesidades. En este sentido tampoco puede esperarse que se tomen en cuenta otros aspectos como las adecuaciones interculturales.

Acerca de las adecuaciones interculturales en la atención médica existe por parte de la Dirección de Medicina Tradicional una propuesta para fortalecer los grupos de apoyo para diabéticos incorporando la perspectiva intercultural al tratamiento incluyendo otras medicinas¹¹⁴. El documento fue preparado para tratar de implementarse en los UNEMES ya que ahí facilitaría la ejecución de estrategias que coadyuven al tratamiento del diabético. Sin embargo, esto no se desarrolló en todos los UNEMES del país; y tampoco se construyeron los UNEMES en todas las zonas geográficas donde se tenían planteados. La perspectiva no fue adoptada por la organización de Grupos de autoayuda de la Secretaría de salud, donde no se dio seguimiento para incorporarla.

6.3.5 La práctica médica y la interculturalidad

El personal de salud que labora en la clínica del CEAPS tienen representaciones sobre la existencia de otros tipos de medicinas por lo que sus pacientes llegan a contarles, por lo que ellos saben a raíz de su formación médica o por referencias de familiares o conocidos. De acuerdo con el personal de salud no conocen sobre esas “otras” medicinas, qué fundamentos y qué tipo de padecimientos atienden, únicamente conocen los nombres y algunas ideas generales sobre el tipo de tratamientos que realizan. Los más nombrados fueron la homeopatía y la acupuntura, así como los

¹¹⁴ Específicamente se propone contar en las UNEMES con grupos de autoayuda que incluyan: atención médica, trabajadores sociales, nutriólogo, profesional con formación en Qi Gong (Tai chi y Yoga), salud emocional y especialistas en acupuntura y homeopatía (Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, sin fecha de publicación)

remedios basados en hierbas o jugos que la gente platica y recomienda entre ellos.

Recuerdo lo que me mencionaron en la carrera, existen varios remedios que la gente hace para curarse, cada lugar tiene diferentes maneras de cuidarse. De medicinas alternativas esta la acupuntura y la homeopatía, hay otras, son muchas pero no las conozco (CEAPS).

Toman hierbas, tés, no sé si acudan a otras medicinas como la homeopatía, a mi no me hablan de lo que hacen, porque piensan que se les va a regañar. Hay que respetarlos pero sí advertirles que les puede causar complicaciones (CEAPS).

La falta de conocimiento sobre estas medicinas lo atribuyen a que no son tratamientos científicamente comprobados y por lo tanto no se sabe si son eficaces y qué tipo de reacciones secundarias pueden provocar. No han intentado conocer más de esas medicinas para incorporarlas a su práctica diaria porque consideran que no tienen un funcionamiento positivo que ellos puedan garantizar. Las opiniones más positivas sobre estas medicinas son que pueden usarse mientras no interfieran con el tratamiento asignado. Aunque ellos siempre recomiendan como la mejor opción no utilizarlas hasta platicarlo con ellos ya que existen “charlatanes” que no conocen de los “fundamentos médicos y pueden causar daño a las personas”.

Esta falta de aceptación porque no se tiene “conocimiento” de su efectividad reitera como la biomedicina ejerce su hegemonía al establecer la regulación de las otras prácticas, bajo el supuesto del “valor científico” de las mismas. La hegemonía de la biomedicina en el tratamiento de la diabetes es aceptada por los adultos mayores dado su eficacia pragmática. Se reconoce su utilidad para el control de las complicaciones y la mejora en casos de gravedad, siendo por ello el tratamiento principal al que se apegan¹¹⁵. Sin embargo, al mismo tiempo mantienen sus prácticas domésticas de autoatención ya que tienen sentido dentro de su contexto sociocultural. Es en este ámbito donde la biomedicina como práctica hegemónica “tolera” pero no incluye los saberes domésticos a su práctica cotidiana; manteniendo fuera de su lógica los modelos subordinados y de autoatención.

Ninguno de los médicos entrevistados ha recomendado a sus pacientes algún medicamento, terapeuta o tratamiento proveniente de las medicinas alternativas o tradicionales. Debido a sus representaciones de la ineficacia y/o iatrogenia que las otras medicinas presentan según lo aprendido durante su formación médica.

A veces me traen los frascos, sobre todo de las homeopáticas, yo no sé, entonces les digo que yo no sé las recomiendo, que si quieren las usen pero que tengan cuidado. Simplemente yo les digo que sigan el tratamiento que les doy y no lo vayan a suspender (CEAPS).

Hay varios curanderos, tienen partera y médicos particulares, no sé de que tengan

¹¹⁵ Siguiendo a García Canclini en su lectura sobre Gramsci y Bourdieu la hegemonía radica en la aceptación que de ella hacen los subordinados debido a que las “acciones hegemónicas” presentan utilidad para alcanzar varios de sus objetivos (García, 1984). En este sentido la hegemonía se mantiene no mediante una imposición sino que se consolida al ser adoptada “libremente” por sus beneficios; además de permitir acciones subalternas de aparente autogestión y resistencia.

otros curanderos, dicen que hay pero no los conozco y no sé que hagan (CEAPS).

Los médicos que trabajan en la clínica no han tenido contacto con algún curador local, ni siquiera con las parteras que son las “reconocidas” oficialmente como curanderos tradicionales. La falta de acercamiento con ellos se debe a que no “necesitan” conocer que hacen, porque cada quien tiene su ámbito de competencia. Los médicos recomiendan que no se sigan los tratamientos alternativos o tradicionales para los que no se tiene evidencia de su funcionamiento. Sin embargo, reconocen que es imposible prohibir que los pacientes hagan uso de esos recursos, así que en la práctica ignoran su existencia y toleran que sus pacientes acudan a estos tipos de medicina.

Un caso excepcional es el presentado por varios entrevistados que al inicio de su padecimiento se atendían en la antigua clínica rural (antecedente del CEAPS) quienes recuerdan a un médico que les recomendaba remedios naturales combinados con el tratamiento biomédico. Su tratamiento incluía además de los medicamentos el consumo del nopal, en licuado en ensalada o en alguna otra presentación. También les pedía que si escuchaban de otros remedios le avisaran sobre ellos “por si eran buenos” él pudiera recomendarlos a otros pacientes.

Ese fue un doctor de este... ya no está acá ese me dijo “ayúdame también tu con el nopal, aunque no te lo tomes seguido pero una que otra vez, comete el nopal sea en ensalada, crudo, este, o lo importante es de que consumas el nopal” (Rodrigo).

Era de la clínica pero ya no está. Si pero me dijo a parte del medicamento eso no te va a hacer daño una que otra vez ve consumiendo el nopal. Si dicen que es buenísimo, dicen para muchas enfermedades no tan solo para la azúcar, dice para muchas enfermedades te ayuda, pero entre más te lo puedas comer chiquito, tiernito, crudo es mejor (Daniela).

Las personas entrevistadas percibían a ese médico como alguien “abierto a escucharlos” lo cual provocaba que le tuvieran confianza para platicar con él sobre lo que se tomaban en su casa o lo que les recomendaban. Acudían a él para preguntarle si “no les hacía daño”, a lo que el médico les explicaba si podía ayudarles o si podría traerles consecuencias negativas. Después de ese médico ningún otro mostró una apertura no sólo para recomendar, sino para escuchar y dar indicaciones sin prejuizar, prohibir y regañar sobre el uso de otras alternativas.

Además de conocer que otros tipos de medicinas forman parte de la oferta de servicios médicos en Atlautla, se esperaría que los médicos conocieran las prácticas domésticas de los pacientes en cuanto al uso de tratamientos y remedios diferentes a la biomedicina. Al preguntar sobre esta cuestión se encontró que todos tienen ideas sobre lo que se consume, pero nunca han preguntado específicamente que hace cada uno de sus pacientes en su casa. El médico da indicaciones generales que regulan la práctica de remedios caseros, recomendando se limite su uso, o usarlos sin dejar los medicamentos alópatas. Pero ni los pacientes tienen la confianza de preguntar por algo en específico ni los médicos abren espacios de confianza para que ocurra esta posibilidad.

Toman té de todo tipo, en alguna medida todos los conocemos porque en las casas siempre se usan, hay remedios que toma la gente chiqueadores, que para el empacho, aire con el huevo. En algún momento todos lo hacen. Pero no he escuchado

sobre algo relacionado con la diabetes, casi todos los tés que conozco son para aliviar problemas estomacales así como la manzanilla (CEAPS).

No sé cómo se llaman sus remedios, he escuchado de la homeopatía también el licuado de nopal con apio, de hierbas son varias pero no las conozco (CEAPS).

Cuando se le pregunta al médico sobre las prácticas domésticas de atención de los pacientes, piensan en cómo se toman el medicamento, los hábitos sanitarios, los cuidados de la dieta y el ejercicio. No hablan sobre el uso de tés, hierbas y remedios como componentes de la autoatención, en sus representaciones este tipo de prácticas no son consideradas como “atención médica” sino como “costumbres” que en su mayoría pueden representar un riesgo para la salud.

6.3.6 Las adecuaciones interculturales del tratamiento

El espacio de la clínica local y del grupo de autoayuda es donde se realiza la promoción de la dieta saludable y la manera de lograrlo. Las estrategias que la nutrióloga de la clínica ha mencionado son: la explicación de los grupos de alimentos siguiendo la lógica del “Plato del bien comer” para que los asistentes puedan conocer y combinar equilibradamente sus alimentos.

De acuerdo con el propio personal de salud la dieta es uno de los factores que es más difícil cambiar por diferentes motivos como son los hábitos, tradiciones, la dependencia económica, la indecisión y el acceso económico.

Son muy pocos los pacientes que lo llevan a cabo dicen que no tienen dinero para sus propios alimentos comen lo que les da la familia, dicen que comen lo de la familia porque no pueden negarse, o comprarse o prepararse su propia comida porque la familia no los apoya (CEAPS).

Una actividad reciente que busca cambiar los “hábitos” es la preparación de alimentos durante las sesiones del grupo, todos los asistentes participan comprando los alimentos y preparándolos. Es una actividad que ha gustado, sin embargo, al preguntarles sobre qué recetas han replicado en sus casas la respuesta es que ninguna. Esto es porque ni ellos ni su familia están “acostumbrados” a comer esos alimentos, o bien no les “parece fácil conseguirlos”, y tampoco les agrada su sabor.

Pues yo si me gusta, hay veces que uno no sabe de esas comidas, lo que todavía no hemos hecho la dichosa soya, y si me gustaría saber hacerla porque igual me cuentan, dicen que esa sí es buena. La doctora hizo una vez pa’ que esta vez del convivio. Pues sí nos gusto un poquito, no se crea la primera vez que la comimos sí, pero ya al otro día como que ya no quería yo, ya me había aburrido el olor y el sabor de la soya (Esther).

La adecuación de la dieta a alimentos de la zona o que consuman con regularidad de acuerdo a las personas entrevistadas no ocurre. Las recetas realizadas y las recomendaciones están fundamentadas en alimentos que no son los de uso básico de la

población¹¹⁶. La preparación y el consumo de los alimentos dependen de varios factores económicos, sociales, culturales, simbólicos y biológicos; los cuales no son tomados en cuenta al momento de recomendar y establecer las dietas (Masana, 2012). Las acciones implementadas por la red formal de apoyo para buscar el cambio de hábitos alimenticios no toman en cuenta los aspectos socioculturales de las prácticas alimentarias de los adultos mayores. Es por ello que son asumidas como “imposiciones” que conllevan la restricción de los alimentos consumidos cotidianamente.

De la misma manera la promoción de la actividad física por la clínica local y el DIF no están diseñadas para la actividad cotidiana de los adultos mayores, no se adaptan las recomendaciones para conseguir el establecimiento del hábito de realizar ejercicio físico en casa.

6.3.7 La interculturalidad y los derechos del adulto mayor

Otro punto que forma parte de la visión intercultural es la sensibilidad para fomentar los derechos humanos y la equidad de género. De acuerdo con lo indagado no existen programas de capacitación con respecto a derechos humanos en la clínica local. Pero sí existen cursos de capacitación para el personal del DIF a los que es obligatorio acudir una vez al año. Con respecto a la equidad de género existen cursos de capacitación en el DIF y en la clínica; sobre todo con la finalidad de prevenir la violencia doméstica o la violencia de género. En la clínica se les mantiene capacitados por medio de varios cursos al año en la norma 190 de violencia familiar¹¹⁷; se aplican cuestionarios a los pacientes para detectar violencia y son referidos a unidades especiales o bien a las autoridades correspondientes.

El sector salud es un ámbito donde los derechos humanos¹¹⁸ pueden ser vulnerados entre otros motivos por la falta de medicamentos, las malas condiciones para atender a los pacientes, la carencia de instrumental, escasez de médicos y unidades de salud, y recibir trato inadecuado por parte del personal. La institución a cargo del cuidado de los derechos en salud es la CNDH y el Conamed; éste último se encarga de dar asesoría médica y legal a las quejas surgidas de la atención médica. La Conamed evalúa los casos presentados y orienta a las partes involucradas para encontrar una solución satisfactoria.

La Secretaría de salud del Estado de México cuenta con la Unidad de Control de

¹¹⁶ La adecuación de las recomendaciones dietéticas a las características locales es una acción que pocas veces efectúan los diseñadores de programas alimenticios o el personal médico. Un ejemplo común es el apoyo alimenticio que se otorga a los diferentes grupos étnicos donde no se toma en cuenta los recursos alimentarios locales, los hábitos de consumo e incluso las limitaciones fisiológicas para digerir cierto tipo de alimentos.

¹¹⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. <http://200.77.231.100/work/normas/noms/2009/046ssa22009.pdf>

¹¹⁸ Los pacientes tienen derechos: atención médica adecuada, trato digno y respetuoso, recibir información suficiente, decidir libremente sobre su atención, consentimiento informado, trato confidencial, obtención de segunda opinión, recibir atención médica de urgencia, contar con expediente clínico y ser atendido cuando surjan quejas por la atención médica recibida.

Gestión que se encarga de recibir y canalizar las peticiones, quejas y sugerencias de los usuarios del sistema de salud para encontrar una solución oportuna a las problemáticas planteadas.

Sin embargo, a pesar de la existencia de éstas instituciones y programas de atención a los derechos de los pacientes, a nivel pragmático pocas veces los pacientes ejercen su derecho a inconformarse. Principalmente por la percepción de que no es posible acceder a una satisfacción de su problema y porque el trámite a seguir para interponer quejas es engorroso. En la clínica local el buzón de sugerencias es el mecanismo de captación de quejas, pero existen pocas intervenciones en la población dirigidas a fortalecer sus capacidades para ejercer y exigir sus derechos como pacientes. Debido a esto las personas no están seguras de que deban exigir mejor atención, un tratamiento adecuado a sus expectativas y la continua retroalimentación en su relación con el personal de salud. Es por ello que las quejas expresadas en la clínica son mínimas y sólo corresponde a la violación mayor de sus derechos como la negación de la atención médica o los errores médicos. Las quejas de menor impacto como los malos tratos, la prolongada espera por consulta y el desabasto de medicamentos no son plasmadas en quejas que la población realice de manera formal. Debido a esto las inconformidades se quedan en el nivel de queja personal que no es transmitida ni siquiera al personal de salud.

Dentro del Seguro Popular existe la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que se encarga de vigilar el cumplimiento de los derechos de los afiliados. El Sistema Nacional de Atención Ciudadana (Sinac) es el encargado de establecer las reglas en la atención de peticiones, quejas y sugerencias de los afiliados, a través de tres fuentes de información: centro de atención telefónica, buzón electrónico y mecanismos particulares de cada dependencia para atender a los afiliados.

Al interior del CEAPS existe el mecanismo de Sicalidad el cual impulsa la calidad en salud evaluando la percepción de los pacientes por medio de un buzón de quejas y encuestas de percepción a los pacientes. En la clínica se cuenta con un evaluador externo que es el Colegio Médico Gustavo Baz Prada el cual acude a abrir el buzón de quejas, estableciendo mecanismos para darles seguimiento. El programa Sicalidad busca integrar la calidad percibida (valoración de los asistentes) en el trato, tiempo de espera, información, confidencialidad y confort; el aval ciudadano (participación de la sociedad civil y otras instituciones); y la satisfacción de las necesidades del personal de salud. Con ello mejorar la calidad en la atención y acercar a los pacientes con el personal médico para obtener mejoras en la manera de conducir los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

En ninguno de los programas presentados existen recursos especiales destinados a la atención de quejas y sugerencias, este rubro está fuera de la planeación económica y humana. La excepción la constituye la clínica que cuenta con el apoyo del Colegio Médico para dar seguimiento a las quejas expresadas por los asistentes. En los otros programas el mecanismo de quejas está dado verticalmente desde la planeación misma del programa, sin que exista la elaboración de recursos locales para atender las quejas. El proceso de resolución es escuchar y conciliar con el funcionario que cometió la falta. Hasta ahora el personal de los programas no menciona que existan quejas que hayan tenido que trascender a acciones más allá de la reunión de las partes involucradas.

6.4 La retroalimentación de la red formal

Una parte de la normativa de los programas de desarrollo social incluye la participación social en su desarrollo y control. En el año 2002 La Ley General de Desarrollo Social¹¹⁹ incorporó la contraloría social y participación ciudadana en los programas sociales, incluyendo conceptos como: derecho de las personas y organizaciones a intervenir en la formulación, ejecución, instrumentación, evaluación y control de éstos. La incorporación de la población busca cumplir el derecho a decidir conjuntamente con el gobierno cómo utilizar los recursos disponibles, así como vigilar y apoyar que los programas sociales se ejecuten de manera transparente y con apego a los derechos de las personas, la rendición de cuentas y la implementación de mejoras en casos de quejas.

6.4.1 La participación social en las redes formales

De acuerdo con el CONEVAL en 2012 únicamente el 36% de los programas contaban con contraloría social, asimismo la mayoría de los programas federales tienen este organismo mientras que los estatales no lo contempla para su operación. En la práctica la participación ciudadana se da por medio de los comités de contraloría social que se componen por funcionarios pertenecientes a los programas o instituciones y a población civil que decide participar. En la práctica realizan solicitudes de quejas a la Coordinación del programa, así como asociarse con organizaciones civiles para realizar el monitoreo sobre su funcionamiento. Sin embargo de acuerdo con Hevia en la práctica los beneficiarios tienen “acceso a los instrumentos de control mínimos que permitan afirmar que estas instancias logran potenciar o empoderar a los beneficiarios, ni ejercer algún tipo de control social fuerte” (Hevia, 2009, p. 8).

Las acciones enfocadas a la participación son del tipo de representación por comités, aunque en la Ley General de Desarrollo Social se menciona que la participación puede ser a nivel individual o colectivo en la práctica el único mecanismo que se alienta es dicha figura, limitando o negando la participación individual. La participación en comité tiene la ventaja de poder conjuntar las acciones individuales, facilitando el diálogo y las acciones prácticas encaminadas a evaluar y participar en los programas sociales. Existen varias limitaciones en la organización por comités como son los problemas de representatividad en su interior ya que pueden incluirse organizaciones o personas que sean afines a los intereses de autoridades locales, generando un espacio donde se busque influir en la dinámica y control de los programas. Esto se relaciona con que la mayoría de la población no está informada de las funciones de los comités y cómo participar por lo que son excluidos automáticamente. El funcionamiento de los comités depende también de la actividad de las personas involucradas y sus capacidades específicas, por lo que si no existe población con formación adecuada para influir positiva

¹¹⁹ La Ley General de Desarrollo Social otorga el marco jurídico para los derechos relacionados con el desarrollo social, incluyendo: educación, alimentación, vivienda, medio ambiente sano, trabajo, seguridad social y respeto a los derechos humanos. La ley busca regular el gasto programable dejando de ser discrecional; alentar la denuncia popular y generar la contraloría social. Asimismo la ley crea el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) normando y coordinando la evaluación de las políticas y programas que realizan las instituciones públicas. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264.pdf>

y activamente sus alcances son limitados.

Independientemente de que la participación se realice por medio de comités o de manera individual existen múltiples limitaciones a cualquiera de estas modalidades. El diseño de los programas y políticas es tal que los espacios de decisión donde pueden influir los comités son mínimos, y casi nunca están asociados a la toma de decisiones. Existe una limitada influencia en la planificación y ejecución de acciones locales que puedan solucionar las necesidades que la población misma identifica. Las autoridades y el personal implicados en los programas poseen poca capacitación para promover la participación social, incluso desconociendo los mecanismos que los programas donde participan plantean. Esta falta de capacitación del gobierno para con el personal hace que no sea implementado en niveles específicos la participación social, ni se pueda orientar a que ésta resulte en consensos favorables para lograr los objetivos del programa y de la población beneficiada.

En los programas específicos donde los objetivos aparentemente no necesitan de la participación de la población como el otorgamiento de apoyos económicos o alimenticios, hace pensar que no es necesaria la inclusión de la participación social. Esto es debido a que al ser programas que únicamente realizan una transferencia su implementación aparentemente es sencilla sin que necesite algo más allá que la distribución del recurso. En otros programas como aquellos relacionados con la salud, la participación social se menosprecia ya que se considera suficiente con otorgar la atención. Sobre todo acerca de las consultas y asesorías médicas, ya que este tipo de acciones se consideran como un espacio de dominio pleno de los profesionales de la salud donde la participación social es vista con desdén por la supuesta ignorancia en los temas de salud. Con lo anterior en las acciones cotidianas del personal médico se fortalece que la salud de la población sea ámbito exclusivo del mismo personal. Lo cual es un mensaje contradictorio ya que al mismo tiempo se promueve la responsabilidad individual en la salud, por lo que la responsabilidad se reduce a tener apego al tratamiento pero no a participar en la organización y planificación de las acciones de salud.

En este sentido los programas que se han mencionado como parte de la red formal de apoyo cuentan con un área de contraloría social como son: Seguro popular, Oportunidades, Desarrollo social “gente grande” y 70 y más. La conceptualización de participación ciudadana que se tiene en dichos programas es principalmente por medio de los ya mencionados comités:

➤ **Desarrollo social “gente grande”:**

En la operación y seguimiento del programa, se considera la participación de la sociedad civil como integrante del comité. Los beneficiarios participarán en las acciones comunitarias a las que sean convocados, contando con la participación de organización de la sociedad civil, instituciones educativas y la comunidad.

➤ **70 y más:**

Busca establecer una red social incorporando, formando y capacitando promotores, gestores y facilitadores voluntarios que participen en el programa. Las actividades de la población beneficiaria con asambleas comunitarias, reuniones, establecer coordinación entre el promotor SEDESOL y la población beneficiaria.

➤ **Oportunidades:**

La participación ciudadana es a través de la integración y operación de contralorías sociales, para contribuir a la gestión gubernamental y el manejo de los recursos públicos. Los comités son instancias de organización de los titulares del programa con vocales de educación, salud, nutrición y vigilancia.

➤ **Seguro popular:**

Propone varios mecanismos de participación como son: interacción con los promotores del seguro popular para incluir sus recomendaciones en la operación; sesiones informativas para difundir y dar seguimiento al programa; comunicación de quejas y sugerencias telefónicas. Las autoridades municipal o estatal también participan en la recepción de quejas, el médico de primer contacto podrá transmitir las quejas y sugerencias de los beneficiarios, se promueve la incorporación de alguna institución no gubernamental con prestigio local que avale los resultados obtenidos por el seguro popular.

De acuerdo con los objetivos de cómo debería desarrollarse la participación social existen múltiples actividades para aquellos que forman parte de los comités. Sin embargo, en Atlautla no existen referencias de la implementación de dichas acciones; por ejemplo en el programa 70 y más se establece la red social de promotores, gestores y facilitadores quienes realizan diferentes actividades de promoción entre la comunidad, pero esto no se ha llevado a cabo en la comunidad.

Oportunidades también contempla la participación de las vocales en los diferentes ámbitos del programa, pero de acuerdo con la información obtenida del personal médico en la práctica muy pocas vocales toman el compromiso de realizar estas acciones, por lo que la mayor carga de trabajo está en el personal de salud. Por su parte el seguro popular no cuenta en la localidad con promotores que busquen incluir a la población y sus demandas sobre su funcionamiento. Es decir, en la práctica la participación social de la población de Atlautla en los programas es muy baja. La participación se concentra en la realización de las acciones mínimas necesarias para mantenerse dentro del programa (como vocales o beneficiarios). Esto es debido a la falta de promoción de los beneficios de la participación social por parte de las autoridades locales y por la apatía de la población debido a su desconocimiento de los mecanismos de participación y sus beneficios.

6.4.2 La promoción de la participación social en la red formal de apoyo

Continuando con los mecanismos de participación social¹²⁰ en el caso de Atlautla cuando se preguntó a los representantes de los programas presentes cómo se implementaba y promovía, todos hicieron referencia a los comités integrados por vocales y trabajadores de las dependencias públicas. No existe ningún otro tipo de mecanismo

¹²⁰ La participación social según la definición de la NOM-015-SSA2-2010 es el proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

que involucre a las organizaciones locales o a personas a título personal. Tampoco existen mecanismos que incluyan la asamblea comunitaria o la reunión por grupos de interés.

Específicamente la clínica local implementa mecanismos de participación mediante el trabajo con Organizaciones no Gubernamentales, quienes realizan encuestas de opinión acerca de la calidad en la atención. Asimismo se verifican y dan seguimiento las quejas presentadas mediante el buzón colocado en la clínica. La evaluación de los resultados se hace por parte del personal de la clínica, los resultados son mostrados cada cuatrimestre en la entrada de la clínica, es un trabajo que debiera hacerse con las vocales pero de acuerdo con el personal del CEAPS “son muy renuentes y les falta mucha colaboración”, así que al no presentarse en las reuniones ellos realizan solos el trabajo.

Los adultos mayores entrevistados mencionan que nunca han sido consultados sobre las acciones que se realizan en la clínica, no se ha buscado su participación y tampoco recuerdan que haya existido alguna reunión comunitaria. De acuerdo con los implementadores de programas no se realizan mecanismos de consulta ciudadana como asambleas o reuniones ya que no están enfocados a la participación comunitaria, y no está incorporado en sus funciones. Así la participación social en la práctica en la localidad es solo por medio de las vocales del programa Oportunidades, ya que a pesar de que otros programas mencionan en su normatividad la existencia de comités de ciudadanos ó de vocales esto no ocurre.

El ajuste de los programas a la dinámica local sucede sólo en adaptación a los recursos económicos, humanos y materiales existentes, pero nunca de acuerdo a las formas de organización, características culturales, organizaciones comunitarias o necesidades expresadas por la comunidad. Debido a que se considera que los programas existentes son universales no necesitan adaptaciones. Ya que según una premisa de la política pública nacional es que sean de carácter universal para no tener que adaptar a discreción de autoridades locales las acciones necesarias para alcanzar los objetivos dispuestos. Esto que en principio intenta proteger la implementación de programas y apoyos del jineteo de autoridades locales termina arrebatando eficacia al programa, ya que sin adaptarse a las condiciones locales no se alcanzan los resultados que la población desea obtener de ellos.

El éxito de la participación social en las políticas y programas sociales depende de la capacidad del gobierno para promoverlas, capacitar al personal encargado de los programas y promover la participación de la población en ellas, así como desarrollar educación que aliente la participación social. Mientras tanto en Atlautla sigue siendo un área que desatendida, donde no se ha aprovechado el conocimiento y opiniones de los pobladores para mejorar la eficacia de los programas gubernamentales presentes.

6.4.3 La red formal de apoyo y su relación con la red comunitaria

La forma en que la población puede participar en los programas de salud es por medio de los comités, no existen más mecanismos como pudiera ser el trabajo con las organizaciones locales para contemplar las necesidades de salud que pudieran agregar al esquema de trabajo de las instituciones de salud presentes. El personal de salud tampoco

conoce si existen organizaciones locales con las que pudiera coordinarse para ampliar el alcance de sus acciones de salud.

Sobre decisiones la institución se maneja por sus propias normas y políticas de la misma, como unidad operativa llegan instrucciones directo de la Secretaría de Salud del Estado de México. La participación que puede hacer la comunidad es para ayudar a la promoción de las campañas de salud por medio de carteles, pláticas y otras actividades que ellos mismos sugieran. Pero aquí la población no es participativa, hay mucha renuencia e incluso para que las familias acudan a sus citas y pláticas de Oportunidades se puede decir que es por acciones coercitivas ya que según el programa si no acuden a las actividades se les puede dar de baja del apoyo (CEAPS).

Por su parte el DIF promueve sus actividades invitando a que la población participe en ellas y otorgue su punto de vista al respecto para adecuar las actividades a lo que la comunidad esté de acuerdo en realizar. La encargada refiere que la comunidad “no es muy participativa” por lo que es raro que acepten colaborar con ellos en la preparación de actividades. La mayoría de las personas que participan es debido a que existe alguna “obligación” impuesta para poder recibir algún tipo de apoyo. Si el apoyo está condicionado a la participación ésta es la única manera en que participan, o por lo menos esa es su valoración.

Las redes comunitarias de la localidad son principalmente la organización de comuneros, las mayordomías, la asociación de padres de familia y los grupos de oración. Ninguna de estas redes tiene contacto con los programas presentes, los encargados mencionan que las redes comunitarias no son eficaces para la implementación de los programas porque sus objetivos son limitados. Por su parte la población no considera que la organización de los programas de apoyo deba vincularse con la red comunitaria ya que sus fines son diferentes. Además de coordinarse con las redes presentes, todos los programas tienen como uno de sus objetivos generar redes de apoyo para los sectores vulnerables; pero como ya se ha expuesto ninguno ejecuta dicho objetivo.

6.5 La efectividad de las redes formales de apoyo

6.5.1 La efectividad desde la perspectiva de la red formal

Los programas gubernamentales se encuentran sometidos a evaluaciones; éstas buscan generar información para conocer cómo operan a nivel de la administración y dirección así como la utilidad hacia los beneficiarios. Con ello se busca conocer el alcance real del programa, la obtención de metas y la efectividad en el uso de sus recursos. En México la evaluación es conceptualizada como una manera de encontrar los alcances y limitaciones para en caso necesario corregir su diseño y aplicación. Las evaluaciones son de carácter interno y externo, esto último es implementado por el CONEVAL como ya se hizo referencia al inicio del presente capítulo.

De los programas abordados aquí se buscaron resultados generales de su funcionamiento en evaluaciones internas publicadas por el IFAI, encontrando únicamente referencias en el Estado de México al programa 70 y más, Oportunidades y Seguro

popular¹²¹.

➤ **70 Y más metas alcanzadas en 2013:**

De acuerdo a la meta establecida de empadronamiento para el cierre de año se reportó un incremento del 63% del padrón activo de beneficiarios. Siete estados concentraron el 50% de la meta anual: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Puebla, Oaxaca y Michoacán. Se realizaron asambleas comunitarias para elegir gestor voluntario y cumplir con la meta de incluir a la población como responsable junto con el Gobierno Federal de la atención recibida. Se realizó la entrega de apoyos y ejecución de recursos conforme a lo programado cumpliendo con el ejercicio presupuestario.

➤ **Oportunidades apoyo a adultos mayores metas alcanzadas en 2013:**

El padrón activo de beneficiarios aumentó sin alcanzar la meta establecida debido a la existencia del programa 70 y más de Sedesol. Los Talleres para el autocuidado de la salud cambiaron en frecuencia de mensual a bimestral.

➤ **Seguro popular metas alcanzadas en 2013:**

La afiliación acumulada se encontró por debajo de la meta establecida para el año. El porcentaje de afiliación para el Estado de México al cierre del año fue del 100%¹²².

Las encuestas de satisfacción del año mostraron que el 92.2% de los usuarios se sienten “muy satisfechos” o “satisfechos” con la consulta médica, el 89.5% se encuentran “muy satisfechos” o “satisfechos” con la atención del personal de salud, para el tiempo de espera de 77.8 minutos de la consulta el 53% está “muy satisfechos” o “satisfechos”, el 72.2% asegura que después de la consulta le entregaron todos y casi todos los medicamentos recetados.

De acuerdo con los resultados nacionales expuestos por los programas el avance en los objetivos del mismo es significativo, sin embargo en cuanto a satisfacción de las personas con los programas existieron pocas evaluaciones realizadas. No se encontraron evaluaciones estatales sobre el funcionamiento, sólo algunas referencias de las condiciones en algunos estados.

El grupo de autoayuda de la clínica local se encuentra acreditado por el ISEM, la

¹²¹ No se encontraron evaluaciones internas del programa Desarrollo social “gente grande” ya que a pesar de existir un link en la web de SIPOMEX éste aparece caído cuando trata de consultarse. En cuanto a evaluaciones internas de los grupos de autoayuda del DIF y del CEAPS no se logró obtener acceso a dichos datos.

¹²² Este porcentaje de afiliación queda en entredicho por la evaluación realizada por CONEVAL la cual explica que el 100% de cobertura no es preciso ya que por diseño Seguro popular no tiene una conceptualización clara de su población objetivo. Debido a esto no se sabe con certeza si se alcanza ó no la meta de afiliación total de la población; ya que la afiliación es voluntaria el Seguro popular contempla como 100% a todos aquellos que han decidió afiliarse, sin embargo esto no significa que esté afiliada el 100% de la población. Ejemplo de ello es que en el último censo realizado por INEGI el Estado de México aparezca con apenas el 60% de población que cuenta con algún tipo de cobertura sanitaria. Y debido a la falta de caracterización de los posibles beneficiarios del Seguro popular no es posible saber si esa población hace uso de atención médica privada, aún no ha sido abordada para su afiliación, o bien la población decidió no afiliarse por encontrar problemas de calidad en la atención que brinda el seguro popular. Todas estas situaciones no son tomadas en cuenta al momento de presentar los datos de afiliación total, quedando en entredicho el avance de la cobertura.

acreditación es trimestral y depende de obtener resultados generales de los participantes del grupo¹²³. De acuerdo con la encargada cada trimestre han alcanzado las metas mínimas señaladas, siendo el mayor obstáculo para acreditarse el número de asistentes el cual pasa por etapas de reducción que ponen en peligro la acreditación y por ende la obtención de recursos para hacer posible su existencia. De manera subjetiva los mayores beneficios que la encargada encuentra en la asistencia al grupo es la convivencia con otras personas con problemas similares, la activación física, el aprendizaje relativo a formas de alimentación más saludables y la concientización de asumir la responsabilidad individual por su salud.

De acuerdo con la nutrióloga la población que participa en él ha mejorado en el control de su glucosa, al igual que en el conocimiento sobre alimentación logrando identificar los grupos de alimentos y reduciendo la ingesta de hidratos de carbono. Empero el número de asistentes se ha reducido hasta ser once personas que asisten de manera constante. En su opinión el abandono se debe a situaciones específicas como guardar reposo absoluto, las actividades cotidianas como “atender esposos, el trabajo, la preparación de la comida” que les impiden asistir o bien por la existencia de desidia. Hasta ahora no se lleva a cabo en la clínica una investigación que permita conocer los avances de las personas que asisten al grupo comparados con el del resto de la población. Lo anterior permitiría evaluar qué tanto funciona el grupo en la localidad y dar luces sobre el porqué la población en general prefiere no asistir a él.

6.5.2 La efectividad desde la perspectiva de los adultos mayores

Los adultos mayores valoran que los programas gubernamentales les otorguen recursos de utilidad, aunque también mencionan que son limitados, sobre todo aquellos relacionados con los económicos y alimentarios. En el caso de las despensas alimenticias señalan que los productos que contienen son “útiles” pero existen varios que no son consumidos por ellos destacando en primer lugar la leche, este tipo de productos son “regalados” a conocidos ya que no hacen uso de ellos. En segundo lugar están alimentos que dependen del gusto individual como la soya, la avena y las salchichas por mencionar algunos. Estos alimentos son preparados y consumidos para “acompletar” sus comidas. Cuando se les pregunta al respecto mencionan que les gustaría recibir en su lugar otros tipo de alimentos sin que tengan claro cuáles serían, o bien preferirían recibir mayor cantidad de algunos como son aceite, atún y sopas, entre otros.

Por otra parte el recurso económico es uno de los apoyos mejor valorados ya que implica la posibilidad de comprar alimentos, pagar adeudos y tener algo de independencia económica. Pero al mismo tiempo es un apoyo que se considera insuficiente, todos concuerdan que si fuera la única entrada económica que tuvieran no les alcanzaría “para nada”. De igual manera si ninguno de sus familiares les ayudara económicamente o tuvieran que pagar renta por el lugar donde viven de ninguna manera les alcanzaría el dinero que ellos obtienen con sus actividades y el apoyo económico de los programas.

Los asistentes de los grupos de autoayuda refieren mejoras en su salud y sobre

¹²³ Metas de tratamiento establecidas por Secretaría de salud: disminución del 3% del peso corporal grupal o disminución de 2cm de cintura; promedio grupal de presión arterial menor de 140/90 mm Hg; promedio grupal de glucosa menor de 140 mg/dl.

todo en el estado emocional, debido a que las actividades les permiten salir de su espacio cotidiano, convivir con otras personas, distraerse y aprender “cosas nuevas”. Los familiares también apoyan que los adultos mayores acudan al grupo, ya que identifican su utilidad por realizar ejercicio, “dar la vuelta” y estar de “buen humor”.

Pues me siento bien, me apuro, me dan ánimos de salir, tengo que ir acá me apuro para ir, me siento contenta cuando voy... [...] Pues no me han dicho si voy bien o no, pero yo creo que sí (Esther).

Los beneficios percibidos por la participación en el grupo no coinciden con los que promueve el personal de salud. Mientras que ellos hablan de mejorar el apego al tratamiento, llevar control de sus niveles de glucosa, mejorar sus hábitos alimenticios y de actividad física; los adultos mayores mencionan otro tipo de beneficios como son la “distracción” de las actividades cotidianas, la convivencia, las pláticas con otras personas y el poder realizar actividades físicas. Nunca se menciona la mejora en el apego al tratamiento o en los niveles de glucosa como uno de los beneficios o de los factores que impulsan su participación. Coincidiendo únicamente la “oportunidad” de llevar a cabo actividades físicas sin que se sientan “penosos” por ello; pero sin que se cumpla el objetivo del CEAPS de “modificar los hábitos” de sedentarismo.

De acuerdo con la dinámica implementada en los grupos de autoayuda se esperaría que los motivos para asistir partieran de la idea de mejorar la salud individual, la asistencia se reforzaría por el apoyo mutuo que cada participante otorga a los demás, el fortalecimiento de las relaciones al interior sería el punto más importante para apoyar la realización de metas individuales y grupales. Sin embargo, al platicar y observar a los asistentes queda claro que varias de estas características no se cumplen. Por ejemplo, no se advierte la existencia de metas individuales o grupales interiorizadas en los asistentes, tampoco existe cohesión en el grupo que aliente relaciones de amistad y acompañamiento. No se han generado mecanismos de identificación entre los asistentes con la finalidad de que se apoyen a sí mismos y mutuamente para mejorar el apego al tratamiento y su estado de salud.

Yo creo que yo voy por los ejercicios, o porque luego se hacen manualidades, y pus me salgo de la casa y hago algo distinto a estar namás ahí sentada en mi casa (Mariana).

Pus así que haya hecho yo amistad pos no, si las encuentro en la calle y nos hablamos pero nada más. Cada quien tiene sus cosas que hacer, luego vienen y luego ya no regresan tons menos convive uno con ellas. Yo por ejemplo luego me acompaño con dos de las que van pero porque son mis vecinas y ya de por sí las veo cuando salgo de mi casa (Daniela).

Ninguno de los asistentes ha formado relaciones fuera del espacio de sesiones más allá de las que ya tenía al ingresar, tampoco saben cómo van con su tratamiento las otras personas porque durante las sesiones no se habla de los casos individuales. Debido a que la asesoría psicológica no existe en la dinámica del grupo no se aborda el aspecto cognitivo y emocional. No se trabajan los mecanismos psicoemocionales que pueden ayudar a la identificación de las personas para lograr un vínculo con objetivos comunes y la asesoría necesaria para fomentar dinámicas de grupo que fortalezcan la necesidad de mejorar la salud a nivel individual.

Capítulo 7. Síntesis y consideraciones finales

7.1 Síntesis de las redes formales de apoyo en los adultos mayores

El proceso del envejecimiento de la población es una problemática que se ha agudizado en las últimas décadas, las necesidades de este grupo etario implican cuidados enfocados a mitigar los problemas asociados con la vulnerabilidad social y la atención a la salud. En este sentido el fenómeno de la alta incidencia de la diabetes *mellitus* en los adultos mayores requiere estrategias para garantizar la atención médica y los recursos materiales para la sobrevivencia. Las políticas públicas y las investigaciones sobre el tema apuntan al uso de las redes sociales de apoyo como la mejor táctica para generar un tejido de recursos que puedan apoyar y cubrir las necesidades del adulto mayor (Dahlgren & Whitehead, 1992; Gunn, *et al.*, 2012; Gómez & Vila, 2001; Huenchuan, *et al.*, 2003; Mayberry & Osborn, 2012; OPS, 2008; OPS, 2012).

En los últimos años las instituciones de salud han impulsado la generación y fortalecimiento de las redes sociales informales, entendidas como los apoyos domésticos o comunitarios, buscando que coadyuven en la atención y cuidado del adulto mayor. Se tiene un panorama idealizado de las funciones de las redes informales como la principal fuente de apoyos y atención, por lo que son visualizadas como el factor donde trabajar para mejorar el contexto del adulto mayor. En esta línea se ha intentado identificar cómo son las estructuras de las redes, los tipos de recursos que existen en su interior y los principales actores para con ello construir estrategias para incidir en ellas y sean capaces de brindar los apoyos necesarios para el adulto mayor. Sin embargo, este enfoque no ha sido llevado a cabo con éxito en México; las instituciones que dictan las políticas para realizar intervenciones en las redes sociales no han sido capaces de adaptar los objetivos planteados a las distintas realidades de los adultos mayores. El trabajo con las redes informales no se realiza en la práctica aunque esté formulado en todos los programas de atención a adultos mayores.

Las redes formales que son constituidas por las instituciones y sus ejecutantes tienen la limitante de no lograr impulsar, generar o mantener a las redes informales, a su vez los programas que otorgan recursos a los adultos mayores lo hacen de manera fragmentaria y pragmática sin que se atiendan sus carencias de tal forma que tengan un impacto en los diferentes aspectos de su vida cotidiana. Existen limitantes tanto en la planeación de los programas para adultos mayores como en los apoyos domésticos y comunitarios. Dentro de las redes informales la red familiar es quien lleva todo el peso de la atención, incluso en las leyes de atención a adultos mayores se les identifica como uno de los actores obligados a observarla. Sin embargo, la precarización de la economía, el deterioro de las condiciones de vida, la falta de trabajo formal y recursos económicos para la vejez limitan la capacidad de los familiares de cuidar y apoyar; ya que deben racionalizar los pocos recursos que tienen entre su familia nuclear, limitando los recursos

que pueden salir para cubrir las necesidades del adulto mayor. Por su parte a partir del cambio del modelo de Estado Benefactor la seguridad social se desmanteló, por lo que las redes formales constituidas principalmente por las instituciones gubernamentales no tienen como parte de sus objetivos garantizar dicha seguridad social. No existe capacidad del Estado para generar empleo formal incluyendo pensiones universales, acceso a los servicios de salud, calidad en la atención médica y programas que permitan superar la vulnerabilidad social del adulto mayor.

De manera general las características encontradas de las redes sociales de apoyo fueron las siguientes:

- El tamaño de la red de los adultos mayores es menor de 80 miembros¹²⁴, lo cual indica la disminución de espacios de convivencia, reducción de lazos familiares y limitaciones para frecuentar a los amigos o vecinos. Como es de esperarse el número de miembros de la red informal (familiar y comunitaria) es mayor que la red formal; además existe en la primera mayor variedad de recursos que en la segunda, aunque sean más irregulares que en las formales.
- Se encontraron diferencias al interior de la red por género y distancia genealógica. Si bien no hay una diferenciación notable por el número de hombres y mujeres que integran la red personal si existen divergencias por el tipo de recursos y la frecuencia con que los otorgan. Son las mujeres quienes aportan mayor variedad de recursos y lo hacen de manera cotidiana.
- Los familiares más cercanos genealógicamente como hijos y hermanos son quienes otorgan recursos para necesidades básicas. Acerca de la residencia la mayoría de los miembros de las redes viven en el mismo municipio o estado; aquellos que viven más lejos no están a una distancia considerable. Asimismo se encontró que quienes viven fuera del Estado de México y Ciudad de México raramente visitan a su familiar, por lo que el único contacto que mantienen es telefónico o con envío de algún recurso material.
- La diferencia de género en los adultos mayores muestra que a pesar de que los hombres cuentan con redes más grandes que las mujeres los recursos que reciben de éstas son menores. El número de cuidadores, la frecuencia y la calidad del apoyo es errático, mientras que las mujeres tienen más disponibilidad de cuidadores pero no de recursos.
- La red familiar es el segmento que aporta varios recursos, siendo el principal las visitas y la información; la red formal tiene regularidad en la entrega de los recursos que aporta siendo los principales el económico, alimenticio y de atención médica. Sin embargo, los recursos que circulan en la red apenas cubren las necesidades básicas de los adultos mayores sin que tengan influencia significativa en el control de la diabetes. Aquellas personas que aparentemente contaban con

¹²⁴ Como ya se hizo mención en el documento la propuesta teórica con mayor consenso sobre la composición de una red social postula que el mínimo número de miembros de una red completa es de 200 a 290 (Molina, *et al.*, 2007); sin embargo, esta postura sólo toma en cuenta una lista nominal realizada por las personas elegidas. En comparación con el método utilizado aquí, el cual consistió en contrastar los datos de la entrevista con lo observado durante la convivencia con los informantes.

más miembros en su red familiar y/o además pertenecían a algún grupo de autoayuda no presentaron mejor control que las personas con un número reducido en su red.

- Los tipos de recursos que más abundan son los no materiales que implican atención superficial; los recursos materiales sólo circulan en un grupo reducido de parientes cercanos (hijos). Los recursos que intervienen directamente en el tratamiento de la diabetes recaen en su totalidad en el cuidador primario y en pocas ocasiones en otros miembros de la red; la capacitación sobre la atención de la persona diabética de los miembros de las redes es nula, por lo que algunos de los cuidados que realizan no presentan un beneficio directo sobre su control.

La tabla 100 presenta una síntesis de cómo son las redes sociales de apoyo de los informantes entrevistados. Las personas que cuentan con redes de mayor tamaño son Mariana, Silverio y Rodrigo; las redes informales más grandes corresponden a Rodrigo, Mariana y Silverio, las redes formales a Mariana. Las redes informales de gran tamaño se deben en el caso de Mariana al número de hijos y nietos que tiene, en menor medida a la cantidad de vecinos y amigos. El tamaño de la red de Silverio también se debe al número de hijos y nietos, pero también tiene un número importante la cantidad de amigos y vecinos con los que convive. Con Rodrigo ocurre lo mismo pero además del número de hijos, en su caso el número de amigos y vecinos es el factor de mayor peso al interior de su red informal.

El tamaño de la red formal es similar entre todos los entrevistados ya que coinciden con los programas a los que están afiliados. Es destacarse el número de miembros que Mariana tiene en su red, ello se debe a su participación en dos grupos de autoayuda explicando el número mayor de miembros en la red (durante todas las sesiones asistidas a ambos grupos es la única persona que asiste a ambos). Rodrigo es quien cuenta con el menor número de actores en su red debido a que no está afiliado en ningún programa de atención por los motivos ya señalados anteriormente.

Sobre el género todos los entrevistados presentan diferencias, aunque a nivel general están equilibrados hombres y mujeres. Mariana tiene el mayor número de mujeres en su red tanto de la familiar, comunitaria e informal. Cabe destacar que la mayoría de los ejecutantes de los programas son mujeres por lo que la red formal siempre presenta más mujeres que hombres. Quienes cuentan con más mujeres en sus redes sociales son Adriana, Esther, Daniela y Esther; aquellos que tienen más hombres son Andrés, Guadalupe y Rodrigo.

Las diferencias se deben al género de los hijos y nietos, a los amigos, pero sobre todo porque las mujeres son quienes tienden a participar otorgando apoyos a sus familiares. A pesar de que el número de hombres apoyando en las redes es significativo los recursos que otorgan no son frecuentes, ni del tipo de cuidado y de acompañamiento, sino materiales como económico o alimenticio (ver tabla 100).

Tabla 100. Composición de las redes sociales de apoyo

Informante	Tamaño de red total	Tamaño red informal	Tamaño red formal	Género %	
				Hombres	Mujeres
Andrés	49	40	9	61%	39%
Esther	69	61	8	45%	55%
Adriana	56	47	9	38%	62%
Mariana	78	66	12	44%	66%
Silverio	72	65	7	49%	51%
Daniela	67	58	9	48%	52%
Guadalupe	47	39	8	54%	46%
Rodrigo	79	75	4	53%	47%

Fuente: Análisis a partir del trabajo de campo 2011-2012

Por otra parte los modelos médicos interactúan en las redes sociales. Las redes formales que dependen de las instituciones pertenecen al Modelo Médico Hegemónico ya que reproducen los saberes de éste en los discursos programáticos y en la práctica de atención. Ello aplica no sólo a las instituciones de salud, sino a programas como 70 y más, oportunidades y el DIF; que toman como guía para sus prácticas al modelo biomédico de atención. En el caso de las redes familiares y comunitarias sus saberes se retroalimentan con los del adulto mayor y constituyen el Modelo de Autoatención. En dicho Modelo de Autoatención se encontró que el Modelo Médico Hegemónico es el más utilizado por los informantes y es el que guía el tratamiento. También se encontraron representaciones y prácticas provenientes del Modelo Alternativo Subordinado; los remedios y cuidados emanados de éste no son entendidos como medidas con eficacia para curar, sino como auxiliares para el control de la glucosa junto con los medicamentos de la biomedicina. Éstos últimos son considerados las medidas principales de control y con mejor eficacia para el tratamiento.

7.1.1 Las estructuras y dinámicas de las redes sociales de apoyo

Las redes sociales de apoyo aquí presentadas corresponden a las redes personales, es decir, construidas a partir de Ego y no sólo por las interacciones entre las personas mencionadas. Los miembros de las redes varían en función de la capacidad de sociabilización que presentan los adultos mayores entrevistados, mientras conservan sus espacios de actividades y la relación con amigos y familiares sus redes son de mayor tamaño. Pero si la actividad del adulto mayor disminuye también lo hacen sus redes, existiendo un efecto de contracción de la red, cuya vitalidad depende de las relaciones que el cuidador establece para apoyar al adulto mayor.

➤ El tamaño de la red

El tamaño de la red social de apoyo disminuye a lo largo del ciclo vital de las personas dependiendo de sus actividades sociales y económicas, por lo que existen diferentes etapas en la construcción de las redes. En el caso de los adultos mayores se observó que sus redes se reducen a familiares cercanos, amigos y vecinos de la misma localidad e instituciones gubernamentales específicas. Esto coincide con la literatura existente que explica la disminución en el tamaño de la red por la mortalidad de contemporáneos, pérdida de roles laborales y movimientos migratorios (Montes de Oca, 2005; Huenchuan & Sosa, 2002; Meléndez, *et al.* 2007). Las redes sociales con menos

miembros corresponden a 47 y el mayor a 79; no existe una variación por género de importancia sino que el número parece variar por el número de hijos y nietos. Otro factor es la presencia de hermanos y sus familias, ya que esto impacta en tener una red mayor que aquellas personas que ya no tienen este tipo de familiares y el tamaño de su red depende de las familias que sus descendientes han formado.

Sin embargo, debe mencionarse que el tamaño de la red no implica necesariamente una mejor atención o flujos de recursos. Si bien una red grande puede posibilitar mayor variación de recursos y mayor número de posibles actores, se encontró durante el análisis de las redes particulares que los recursos que impactan directamente en la atención del adulto mayor corresponden a un número limitado de miembros de la red. Por lo que la mayoría de los miembros no otorgan recursos frecuentes o significativos para la autoatención. Cabe destacar que el número de personas que comparten la misma generación es reducido, por un lado los familiares de edades similares ya han fallecido o viven en otras localidades y les es difícil mantener una relación de visitas. Así que son pocas las personas que cuentan con amigos o vecinos de la misma edad.

Con respecto a la red formal el número de miembros es similar en todos los entrevistados, ya que coinciden en los programas a los que pertenecen, siendo los más regulares Seguro Popular y algún programa de apoyo alimenticio o económico como Oportunidades o Gente grande. La variabilidad de este componente de la red ocurre de acuerdo a la dinámica del programa del que es beneficiario el adulto mayor.

➤ **Los tipos de vínculos en la red social de apoyo**

Los lazos que unen a las personas en las redes sociales se deben a varias situaciones o contextos; en su mayoría corresponden a lazos familiares, ya sean consanguíneos o por parentesco político. En esos casos los vínculos en la red familiar corresponden a afectos, reciprocidad, intercambio de favores y mantenimiento de lazos familiares. Los vínculos con las redes formales son por medio de contratos de derechos y obligaciones al ser beneficiarios de programas y por la noción de reciprocidad al ser retribuidos por su trabajo durante la juventud.

➤ **El grado de centralidad y cercanía**

En las redes sociales de apoyo de los informantes entrevistados puede observarse que sus componentes se conocen entre sí e interactúan de manera frecuente. Esto es debido a que la mayoría de sus miembros son familiares, vecinos o amigos; los miembros son cercanos pero es un número reducido los que concentran recursos y un grado de centralidad importante. En este sentido en algunas situaciones específicas el propio adulto mayor o su cuidador primario cumplen la función de unir grupos dentro de la red; es decir sin su participación en la red los grupos existentes estarían desconectados y no formarían parte de una red social. Este proceso ocurre sobre todo en el caso de la conexión de los hijos de los adultos mayores con sus tíos, primos y otros miembros de la red familiar genealógicamente más cercanos al adulto mayor que a las nuevas generaciones. El adulto mayor funciona como el intermediado/r para que exista relación y convivencia entre ambos, por lo que se infiere que al no existir esos lazos pueden perderse.

➤ **La distancia genealógica y la edad en la red social de apoyo**

En cuanto a la distancia genealógica y la edad las personas que más aparecen

como dadores de apoyo son hermanos de la misma edad o mayores, quienes otorgan apoyos de mayor calidad y frecuencia; le siguen los hijos que están presentes en todas las redes, siendo la mayoría hombres pero las mujeres son quienes otorgan los apoyos de mayor calidad, frecuencia y son en todos los casos las cuidadoras primarias. Los nietos y sobrinos que corresponden a los más alejados genealógicamente y también los más jóvenes generan recursos menos frecuentes superficiales, como las visitas, los regalos en cumpleaños. Por lo que se refiere a edad y distancia genealógica son los hermanos e hijos mayores los que otorgan la mayoría de los recursos significativos para la atención, debido sobre todo a su capacidad económica para compartir recursos materiales y no materiales

➤ **El género en las redes sociales de apoyo**

Con respecto al género existe un sesgo de entrada ya que de los ocho entrevistados cinco son mujeres, por lo que existe más información sobre ellas. La mayor diferencia en los roles genéricos y los apoyos que se brindan es la existencia en todas las redes de mujeres como las cuidadoras primarias. Ellas otorgan cuidados cotidianos, mayor variedad de recursos y organizan a otros miembros de las redes para que ayuden a su familiar. El papel de los hombres se limita a visitas, fuente de apoyo económico, así como ser quienes atienden las necesidades del adulto mayor en situaciones de emergencia.

En cuanto al género las mujeres reciben mayor apoyo de la red familiar debido al vínculo materno establecido, mientras que los hombres al tener lazos basados en otorgamiento de bienes durante su vida productiva generan vínculos afectivos deficientes por ello reciben menor cantidad y calidad de apoyos. Asimismo, se espera más apoyos de las mujeres ya que se considera que ellas poseen el rol de cuidadoras; mientras que los hombres son los que deben sostener al grupo familiar inmediato teniendo menor capacidad de otorgar recursos a miembros externos. En las redes donde los hombres son apoyo secundario de importancia es con Daniela, Adriana, Rodrigo y Mariana. En el caso Adriana y Daniela son sus hermanos quienes otorgan los recursos con mayor frecuencia, para Rodrigo y Mariana son sus hijos los que cumplen con esta labor.

Otra discrepancia asociada a los roles genéricos son los problemas sobre la atención entre parejas, en el caso de Daniela y Esther ellas atienden a sus esposos y son apoyadas por sus hijas, pero son ellas las responsables de los quehaceres domésticos relacionados con su atención. En el caso de Rodrigo a él lo atiende su esposa, aunque se la pasan discutiendo siguen juntos y ella trata de cuidarlo aunque él prefiere que sean sus hijas quienes lo hagan porque con ella no se siente “a gusto”. Andrés y Silverio están separados de sus esposas, siendo la mayor queja que ellas no les prestan atención, no se preocupan por su salud, por atenderlos y por “darles su lugar” como jefes de familia y padres de sus hijos. Ellos esperan que sus esposas sigan atendéndolos y como no es así han tomado la decisión de ignorarlas. Sus parejas mencionaron no tener “obligación” de atenderlos ya que están separados y por lo tanto su rol de cuidadoras ha sido delegado.

De acuerdo con la literatura las mujeres suelen tener más familiares apoyándolas, así como mayor apoyo psicológico puesto que es más fácil compartir con ellas conversaciones profundas e íntimas, por lo que tienen más apoyo afectivo (Montes de Oca, 2005; Robles, 2007). Esto coincide con lo observado en los informantes, aunque de manera general todos presentan carencias en los apoyos relacionados con lo afectivo y

emocional esto ocurre mayormente en los hombres. Debido a que los miembros de sus redes no generan este tipo de apoyo y para ellos es complicado solicitarlo. En el caso de las mujeres se expresa por la escucha de problemas y en el acompañamiento entre mujeres, aunque no siempre sea suficiente para dar soporte psicológico efectivo.

En cuanto a las relaciones de amistad no se encontraron diferencias importantes entre hombres y mujeres, a pesar de que la literatura (Montes de Oca, 2005; Huenchuan & Sosa, 2002; Robles, 2007) hace hincapié en que las mujeres establecen más relaciones de amistad que los hombres; en los informantes entrevistados tanto hombres como mujeres conservan pocas relaciones de amistad. En el caso de las mujeres éstas existen y se fortalecen por las actividades económicas que aún realizan como la venta en el tianguis, y en el caso de los hombres por la asistencia a eventos religiosos o festividades en general.

Las redes comunitarias de mayor importancia son la pertenencia a mayordomías o la asociación de comuneros y en este sentido no existe tampoco variación por género sino por la situación particular de cada adulto mayor. Por ejemplo, a los comuneros pertenecen aquellos que lo han heredado como Daniela, Mariana, Guadalupe y Rodrigo; y a la mayordomía las personas vinculadas directa o indirectamente por sus familiares. Las redes comunitarias no otorgan recursos materiales, pero proporcionan apoyos psicológicos al mantener al adulto mayor conectado con su comunidad y conviviendo con otras personas con intereses comunes.

Otro espacio de diferenciación por género corresponde a la percepción sobre los apoyos, los hombres hacen mención del “deber” de los hijos para con ellos, ya que ellos los ayudaron económicamente a desarrollarse y ahora deben apoyarlos porque lo “necesitan”. Por su parte las mujeres no mencionan este discurso del “deber del apoyo” sino que esperan sea por “voluntad propia” y solo si no dejan desprovistos a sus familias por apoyarlas, por lo que aparentemente justifican el no recibir apoyos. Los hombres entrevistados son los que tienen más quejas contra su familia o las instituciones por no apoyarlos suficiente, ya que se consideran abandonados. De hecho al observar las interacciones y los recursos que su red les otorga se advierte la existencia de menos recursos y menor calidad, no tienen un cuidador primario que se haga cargo regularmente de ellos, no tienen quien los acompañe a consulta médica. Lo contrario se presenta en las mujeres quienes cuentan con más variedad de recursos, más miembros otorgando apoyos, pero a su vez ellas otorgan más apoyos, recursos y actividades a favor de otros que los hombres. Por lo que en algunas ocasiones actúan como las principales fuentes de recursos para sus familias y no como las beneficiarias de los recursos familiares.

Asimismo existe diferencia en lo que se espera de hombres y mujeres, de los primeros se espera apoyos materiales y la falta de éstos se justifica porque son jefes de familia. De las mujeres se esperan apoyos no materiales como acompañamiento, escucha y cuidados específicos para el apoyo del tratamiento, y son justificadas porque dependen de que sus esposos les den permiso para ayudar a sus padres. Así como diferentes autores mencionan en los informantes entrevistados se observa que las mujeres son quienes brindan los principales recursos y son las responsables del cuidado cotidiano (Robles, 2007; Arganis, 2005; Arroyo & Ribeiro, 2009).

➤ **La distribución espacial de la red social de apoyo**

La mayoría de los miembros de las redes sociales de los informantes viven en la misma localidad o en el mismo estado; una minoría vive en otros estados de la república. Varios habitan en la Ciudad de México por lo que la distancia no es grande. Existe poca migración en los miembros de las redes de los informantes, por lo menos en los hijos, hermanos y sobrinos; aunque de acuerdo con lo observado comienza a verse un número creciente de nietos y sobrinos que migran a Estados Unidos. Pero hasta ahora la migración no ha conformado redes de apoyo transnacionales para los adultos mayores.

➤ **Los tipos de apoyos que circulan en las redes sociales**

Los principales recursos que circulan en las redes sociales son las visitas, acompañamiento cotidiano y realización de quehaceres domésticos. Le siguen el apoyo económico, alimenticio y de vestimenta; con menor frecuencia se otorgan los apoyos específicos para la atención de la diabetes como son: el acompañamiento a citas médicas, el apoyo económico para compra de medicamentos o pago de consulta privada, el seguimiento en el tratamiento. Es decir, la mayoría de los recursos que circulan implican menos compromiso de los miembros de la red con la salud de los adultos mayores. Asimismo, el apoyo en el sentido emocional cuenta con menos miembros de la red informal; y tampoco existe el apoyo psicológico en la red formal. Esto implica que el adulto mayor pueda padecer de tristeza y depresión, cambios de humor aparentemente injustificados; por ello también los familiares no tienen asesoría para cómo mejorar su relación con su familiar, comprender su padecimiento y desarrollar estrategias para apoyarlo en el tratamiento, así como la construcción de relaciones afectivas y respetuosas para ambos.

➤ **Los cuidadores dentro de la red social de apoyo**

En concordancia con la literatura sobre los cuidadores los adultos mayores entrevistados tienen como cuidador primario a las mujeres, los hombres apenas participan en otorgar apoyo económico o alimenticio pero no tienen otras variedades de apoyo o cuidados. La participación es mayormente femenina y corresponde a hijas o nietas, quienes no son apoyadas por el resto de los familiares a menos que el adulto mayor se encuentre grave u hospitalizado. Otra característica de las cuidadoras es que son madres solteras que regresaron a la casa de los padres tras fracasar con sus parejas.

No existe un patrón asociado a que las cuidadoras sean las hijas menores, sino que el patrón corresponde a las madres solteras sin importar su posición genealógica. Ellas cuidan de los padres y a cambio se les permite vivir en la misma casa con sus hijos, por lo que los adultos mayores participan de los gastos de la casa y del cuidado de los nietos. Las madres solteras trabajan para compartir los gastos de la unidad doméstica y apoyar económicamente en la manutención de sus miembros.

➤ **La capacitación para colaborar en la autoatención**

El solo hecho de contar con redes sociales no garantiza que existan los suficientes recursos o que éstos sean los adecuados para cubrir necesidades específicas. En el caso de los adultos mayores con diabetes hay que considerar que los apoyos y cuidados que otorgan los miembros de sus redes deben ir en el sentido de colaborar en el control del tratamiento, y para esto se necesitan nociones básicas de cómo debe ser el cuidado para el diabético. Para que el apoyo otorgado al adulto mayor sea realmente favorable es necesario que la familia tenga nociones básicas de qué es la diabetes y el tratamiento que

conlleva, la figura del médico es fundamental para participar en esta orientación y capacitación de los familiares para brindar un apoyo adecuado. Sin embargo, lo observado durante la investigación es que muy pocos miembros de la red familiar poseen información sobre qué es la diabetes y qué cuidados implica. Debido a ello la mayoría de los recursos que otorgan no corresponden con los cuidados recomendados, como son el tipo de alimentos, las actividades físicas, el apoyo emocional y el acompañamiento en el control del tratamiento.

En el caso de los cuidadores primarios que acompañan al adulto mayor a sus citas médicas tampoco cuentan con capacitación para los cuidados. No hay una relación entre el médico y los familiares que permita la retroalimentación sobre las recomendaciones para el adulto mayor y los cuidados preventivos para los mismos cuidadores. Ninguno de los familiares entrevistados mencionaron que tengan citas o tiempo extra con el médico para hablar al respecto; los médicos también mencionan que no han logrado el objetivo de vincular a los familiares debido a la falta de tiempo durante la consulta médica y su falta de interés para acompañarlos. Estos problemas de vinculación de los cuidadores se manifiestan en su salud, ya que a pesar de ser una población en riesgo que debería ser monitoreada, no existen seguimientos sobre ellos.

Cuando se padece diabetes los apoyos también pueden mejorar la condición de salud o empeorarla, y no sólo por su presencia o su falta sino por las formas en que se otorgan. Las redes sociales pueden tener a su interior miembros que no posean una capacitación adecuada para que su apoyo sea efectivo en términos de autocuidado acorde al tratamiento recomendado para un diabético. En este sentido existen casos como el de Rodrigo o Esther cuyos miembros de la red otorgan varios recursos de manera regular que no se ven reflejados en un mejor estado de salud a pesar de que aparentemente la preocupación de los familiares es constante así como los apoyos que otorgan cubren varios de los aspectos esenciales para la sobrevivencia y la autoatención. Otros entrevistados como Guadalupe o Adriana que tienen pocos cuidadores cotidianos de su red se encuentran también mal de salud, coincidiendo lo que mencionan varios estudios sobre que la pobreza y redes sociales no siempre implica poseer recursos para sobrevivir (Bronfman, 2001). Otro ejemplo es el caso de Silverio quien es capaz de generar por sí mismos recursos y buscar maximizar los apoyos existentes en su red para lograr sobrevivir a pesar de la indiferencia de varios de sus familiares.

En cuanto a la capacitación para la atención del adulto mayor del personal de salud y de los grupos de autoayuda, hay que mencionar que los médicos generales no reciben adiestramiento para atender a los pacientes geriátricos ni durante los años de estudio de la licenciatura ni durante la práctica médica. Por lo que las habilidades que han desarrollado son a partir de la práctica y su sentido común. Los encargados de los grupos asisten a talleres donde se aborda el trato diferencial que debe existir hacia los adultos mayores, pero tampoco cuentan con una capacitación formal en gerontología por lo que también mencionan algunas carencias al respecto.

➤ **La reciprocidad en las redes sociales de apoyo**

La reciprocidad es un mecanismo recurrente en situaciones de crisis y también como forma de mantener el vínculo social entre las personas. Esta reciprocidad iguala condiciones, pero en redes sociales donde existe desigualdad persistente o personas que están en una clara desventaja a su interior en lugar de mejorar su condición dentro de la

red refuerza la relación de dependencia y la distancia social. En los intercambios recíprocos la ayuda y el pago están demorados en tiempo y difieren en especie; el tiempo y el tipo de cosas que se dan en el intercambio permiten conocer qué capacidad tiene la persona para regresar el apoyo o bien mostrar que aquel que otorga tiene una capacidad de otorgar o poder diferente al de otros miembros de la red. En la red de apoyo el intercambio recíproco realiza una redistribución de los recursos, pero las redes presentadas en este trabajo no corresponden con este tipo de patrón. En los casos presentados el adulto mayor tiene menos probabilidades de redistribuir recursos a toda la red, ya que los recursos que él genera apenas son capaces de mantenerlo. Sin embargo, cuenta con varios tipos de recursos que le sirven para mantenerse dentro de la red, por ejemplo el apoyo económico producto de los programas gubernamentales es usado por la unidad doméstica, así como el apoyo de despensas, las actividades que ellos pueden realizar como actividades domésticas de limpieza y cocina, cuidado de menores y mandados o actividades varias para apoyar a la unidad doméstica y/o para otros miembros de las redes.

El cuidado de los adultos mayores con motivos de recibir “herencia” también se encuentra presente, pero no fue observado ya que todos los entrevistados han repartido de palabra o en papel los terrenos. Cabe destacar que quienes cuidan en su mayoría son las hijas que tienen como herencia una parte del terreno donde habita el adulto mayor. Ellas son madres solteras que fueron recibidas en casa de los padres junto con sus hijos. La reciprocidad en estos casos ocurre por el permiso de vivir en la casa del padre, compartir gastos, intercambiar apoyos y haber sido “recibidas” después de “fracasar”.

Otros familiares que no pertenecen a la unidad doméstica tienen menos intercambios directos con el adulto mayor, la reciprocidad está dada en el caso de los familiares descendientes como hijos por los afectos y sentimientos de “deuda” con los padres por ser quienes los cuidaron, por lo que es una obligación “moral” cuidarlos a ellos. En el caso de los nietos es una extensión del apoyo que los padres hacen con los abuelos, tomando esto como una referencia sobre el “deber” de ayudar a las personas mayores. En el caso de los hermanos el apoyo se brinda basado en los lazos afectivos que se formaron durante la infancia, ya sea porque el adulto mayor era quien cuidaba a los otros hermanos o porque son los hermanos menores; los lazos afectivos hacen que se mantenga la relación y se intercambien recursos. También existe la variante de que el adulto mayor haya sido quien cuidó a los padres durante los últimos años de su vida, y ahora los hermanos a modo de “agradecimiento” se mantengan al tanto de otorgar algunos apoyos como pago a ese servicio.

Las relaciones recíprocas hacen de manifiesto quienes tienen una mejor posición socioeconómica en la red cuando se ve los tipos de recursos que cada miembro realiza. Los familiares que cuentan con un empleo con remuneración constante son solicitados cuando existen “urgencias” económicas o de salud, además de ser considerados como parte de los personajes que deciden sobre cómo atender al adulto mayor y a que instancias médicas asistir, también son los que tienen mayor peso para resolver los problemas familiares que se den entre los miembros de la familia. Estos miembros de la familia por lo general son los que reciben menos recursos por parte del adulto mayor, o de otros miembros de la red; así que su apoyo es una redistribución de recursos pero también una manera de demostrar las relaciones de poder que tienen al ser los actores con mayor capacidad económica.

En cambio las cuidadoras primarias son aquellas que tienen menos recursos para sí mismas, se encuentran cotidianamente cuidando al adulto mayor, y aunque éste también realice aportaciones son ellas las que llevan la carga principal de mantener la unidad doméstica. Aquí no existe una redistribución o igualación de los recursos, al contrario es una forma de empobrecimiento de los recursos existentes sobre todo en épocas en las que el adulto mayor se encuentra inestable. Aún así el cuidador primario se beneficia de la relación en el largo plazo porque de otra forma las madres solteras tendrían que rentar un espacio donde vivir, de quien las ayude a cuidar a los hijos mientras trabajan y mantenerse económicamente, mientras que viviendo con el adulto mayor pueden apoyarse en él para lograr todas esas tareas.

Además de los recursos materiales que muchas veces escasean en la red, el apoyo moral es una relación recíproca de importancia para el adulto mayor, ya que este encuentra una valoración positiva desde su punto de vista porque le otorga estabilidad emocional, motivación y seguridad para mantener su funcionalidad social. Además de colaborar con su salud mental lo que permite buscar mejores formas de autoatención para mantener su salud. En momentos de crisis económicas el apoyo moral aumenta por encima de los apoyos materiales; pero también pueden disminuir debido a que los miembros de la red pierden capacidad económica para visitar a su familiar, o bien les causa problemas al interior de su unidad doméstica limitando el tiempo que tienen para visitarlo. Las relaciones de reciprocidad pueden generar potencialmente recursos para sobrevivir pero también la reproducción de la pobreza; esto depende de cómo se mueven los flujos de intercambio, el tiempo de retorno del apoyo y la calidad con que se devuelve. Ambos procesos el de reducción y reproducción de la pobreza pueden afectar al adulto mayor y sus cuidadores más cercanos en diferentes momentos; pudiendo ser en ciertos lapsos de beneficio y en otros de perjuicio.

➤ **La reciprocidad del adulto mayor**

La capacidad de reciprocidad se fundamenta en lo otorgado por los adultos mayores durante su etapa de padres de familia, ya que fue cuando se establecieron vínculos afectivos y económicos con su red familiar. Lo que permite que en el momento actual sean considerados dentro del grupo como un personaje a quien cuidar, con quien convivir y apoyar. En el caso de que los bienes otorgados por los adultos mayores hayan sido escasos materialmente pero sobre todo afectivamente, la red familiar los excluirá de sus apoyos o bien éstos serán de menor calidad. La red familiar se activa al momento de la emergencia, siendo diferente al cuidado cotidiano que normalmente está sobrecargado a un número menor de personas.

La situación y el rol que tenga el adulto mayor al interior de la red influye en el comportamiento de los otros miembros, esto puede ser en un sentido positivo o negativo. Es decir, si el adulto mayor sigue manteniendo independencia y capacidad de atraerse recursos (económicos, alimenticios, etc.) puede ser incluido con un trato igualitario entre los miembros de la familia y ser una fuente de apoyo. Otro aspecto no tan positivo de esa situación es cuando el adulto mayor es hecho a un lado al considerar que no necesita de recursos ya que tiene una entrada económica por ser beneficiario de un programa institucional.

Todas las personas entrevistadas tienen apoyo económico o alimenticio por algún programa institucional, a excepción de Rodrigo quien depende exclusivamente del apoyo

familiar; ya que por motivos burocráticos no cuenta con acta de nacimiento. Las personas que tienen una independencia total con respecto a sus entradas económicas y gastos personales son Guadalupe, Adriana, Andrés y Silverio; ellos generan o adquieren sus recursos por cuenta propia y cuentan con apoyo esporádico por parte de sus familiares. Los tipos de apoyo que ellos reciben de la red informal representan un parte mínima con respecto a lo que reciben de la red formal y de su propio trabajo. En el caso de Daniela, Rodrigo, Esther y Mariana pertenecen a una unidad doméstica en la que el apoyo de la red informal es mayor que el de la red formal; compartiendo entradas económicas, gastos alimenticios y domésticos.

Cabe mencionar que todos los entrevistados –con excepción de Rodrigo- en algún momento han usado sus recursos para apoyar a otros familiares, en forma de “préstamos” que la mayoría de las veces no son devueltos inmediatamente o bien son regresados en forma de otros recursos. Además de los préstamos económicos los adultos mayores continúan realizando tareas para apoyar a sus familiares. Algunas de las mencionadas por ellos y sus familiares fue el compartir los alimentos de las despensas, cuidar de los nietos, realizar mandados, apoyar en quehaceres domésticos, permitir la cohabitación de hijos y nietos en la casa, otorgar espacio en su casa para guardar objetos de los hijos o nietos, y otras tareas esporádicas.

➤ **Los problemas en las redes sociales de apoyo**

Las personas que mencionan problemas con los apoyos familiares, abandono o negligencia hacia ellos son Andrés, Silverio y Guadalupe. El caso de Andrés es el más drástico ya que en su familia existen constantes peleas y desacuerdos entre él, sus hijos y su esposa; la relación con su unidad doméstica es mala, nadie se hace cargo de ayudarlo en quehaceres domésticos, cuidado de su dieta o acompañarlo a citas médicas. Su familia menciona que él es “canijo” con ellos y por eso no se acercan a apoyarlo porque cuando lo hacen sólo hay reclamos y quejas, así que han decidido alejarse.

Silverio recibe ayudas esporádicas de sus hijos, que no son suficientes para que se sienta apoyado e integrado a la familia, únicamente una hija es quien está al pendiente de él pero no vive cerca. Debido a la separación con su esposa ellos no comparten recursos, tienen una relación de compartir espacios sin que exista convivencia positiva entre ellos. Por su parte Guadalupe no expresa quejas sobre la relación con sus hijos, pero sí menciona que no recibe apoyos materiales de ellos. Sin embargo, los excusa porque tienen sus propias familias y ella prefiere que no la apoyen para no ser una “carga”. Sus familiares dicen que sí la apoyan cuando pueden (esto también está en contradicción con lo que los hijos cercanos dicen sobre el nulo apoyo que sus hermanos tienen para con su madre, también contradice la observación hecha en campo) pero que debido a su situación económica no les es tan fácil, además de culparse mutuamente sobre quién ha apoyado más o menos a Guadalupe.

Otro punto a mencionar sobre los apoyos en red es la existencia de flujos negativos, es decir, chantajes, abuso de confianza y uso de recursos de los adultos mayores por parte de familiares. Estos problemas pocas veces son mencionados por ellos y suelen ser ocultados o justificados.

Yo le pedía yo mis papeles, dame mis escrituras porque voy a hacer mi testamento. Y de plano me dijo “no se los voy a dar hasta que me dé parte de la casa”.

Hijole pues porque, porque es así, ah porque primero ella era la que me ayudaba bueno cuando iba yo a ver al doctor ella me acompañaba y pues me lo dijo claramente “usted cree que yo voy a hacer algo por nada”, no dice “acuérdesse que yo lo anduve acompañando pa’ allá y pa’ acá es justo que me dé parte de la casa”, y yo dije bueno si te voy a dar pero por mi voluntad no por exigencia (Andrés).

Además de Andrés también Rodrigo en algún momento tuvo problemas con sus hijos porque ellos deseaban una herencia. Las personas con diabetes entrevistadas aportan diferentes recursos a sus familiares como cuidar nietos, trabajar para aportar a la economía familiar, juntar sus apoyos económicos y alimenticios con otros familiares, prestar dinero que no les es devuelto, heredar las propiedades, compartir la casa donde habitan y realizar actividades de limpieza. Este tipo de interacciones son vistas como intercambios recíprocos ya que el adulto mayor es atendido, pero también son recursos de los que él debe desprenderse para dar a los otros, incluso si él se encuentra limitado para hacerlo.

Los principales problemas de la red formal no son con los programas de apoyo material (70 y más, oportunidades, gente grande, etc.) sino con el programa de atención a la salud Seguro popular. Sobre todo en la relación médico-paciente, porque las expectativas del médico y el paciente no coinciden: ni la forma en que perciben el apego al tratamiento, los riesgos y complicaciones. Otros problemas son el tiempo de espera para ser atendidos tengan ó no cita agendada, la falta de medicamentos, el tiempo limitado durante la consulta, la falta de atención hacia sus expectativas y dudas sobre su salud y tratamiento, la falta de personal médico y de especialistas, los malos tratos de las enfermeras y la falta de consulta sobre sus opiniones y sugerencias del funcionamiento general de la clínica.

El personal de clínica también menciona diversos problemas que enfrentan para su operación:

Tenemos problemas con medicamentos, insumos, tenemos un presupuesto de 1,200 pesos al mes para 3,000 consultas al mes, se llegan a descomponer los equipos, hay que comprar jabón, papel, copias, tintas, lapiceros, material de papelería. No contamos con equipo de computo, cada quien tiene que traer su computadora. Hay muchos detalles de falta de presupuesto propio, la jurisdicción es quien lo asigna y no hay mucho margen de maniobra para trabajar. A veces terminamos pidiendo apoyo de otras instancias con insumos a la Regiduría de Salud o al DIF. No se cuenta con ambulancia, algunas veces hemos tenido que poner dinero para el taxi cuando la gente no lo puede conseguir. Hay desabasto en algunos medicamentos y se tienen que mandar a comprar. Antes era peor se ha ido resolviendo, ya es menos que antes pero seguimos trabajando con muy poco, tampoco tenemos completo el personal que se supone debe laborar aquí por ser un Centro de Atención Especializado (CEAPS).

Otros programas con problemas son el grupo de adultos mayores del DIF cuya última administración generó varias quejas entre los asistentes, como son los cobros por actividades que antes no tenían costo, la falta de labores fuera de la activación física, el descuido de los convivios que se organizaban mensualmente, la falta de una relación cordial entre las encargadas y los asistentes, la falta de retroalimentación para conocer las quejas y sugerencias.

➤ **Los alcances y limitaciones de las redes sociales de apoyo**

Otros grupos de la red informal como la red de amigos y comunitaria tiene un alcance mínimo en el cuidado y atención del adulto mayor; por un lado la disminución de actividades económicas disminuye la posibilidad de relacionarse con otros y por otro lado los problemas de salud y limitación de movimiento hacen mella en su capacidad para visitar y acudir a reuniones fuera de su casa. Los recursos que estas redes proporcionan son limitados y poco recurrentes, pero hacen que el adulto mayor se sienta una persona autónoma, independiente, reconocida por su comunidad, refuerza su autoestima al tener personas con quienes tiene una afinidad construida y no sólo quedarse en el ámbito familiar. Sin embargo, estas redes también tienen aspectos negativos, como son la circulación de saberes que pueden ser contrarios al tratamiento de la diabetes. Algunos ejemplos son los rumores que hay entre adultos mayores sobre la fatalidad de la diabetes, las consecuencias negativas de usar insulina, o el uso de algunos remedios caseros que pueden contraproducentes para su salud.

La red formal busca otorgar recursos básicos para la sobrevivencia, recursos que son específicos para resolver una necesidad puntual y que no buscan atender en su totalidad al adulto mayor ni coadyuvar para que él o su red familiar generen recursos de atención. Los apoyos de esta red permiten que el adulto mayor tenga recursos para sí mismo y para participar en su unidad doméstica, pero no son suficientes como para garantizar que sobrevivan por sí mismos. El sector salud se limita a dar atención médica, seguimiento de la enfermedad (bajo las características del Modelo Médico Hegemónico), realizar consultas para identificar el control de los niveles de glucosa y recetar los medicamentos adecuados. La red formal en el aspecto de salud no interactúa con la red familiar o comunitaria, a pesar de que en el programa de Seguro popular y Oportunidades uno de los objetivos es involucrar a ambas para mejorar la salud individual y de la localidad.

La interacción entre la red formal e informal supone la mejor atención para el adulto mayor, en teoría los programas buscan ayudar a tejer y fortalecer las redes sociales al interactuar con la población a la que benefician y con la comunidad. El sector salud considera importante la inclusión de familiares de pacientes diabéticos para mejorar su tratamiento y realizar una labor preventiva. Sin embargo, de acuerdo a lo observado ninguno de los programas implementados cumple con esos objetivos, no vinculan a los familiares de los beneficiarios, ni a las organizaciones comunitarias, o a la población en general de la localidad. Tampoco el sector salud involucra eficazmente a los familiares para que sirvan de apoyo a los adultos mayores, o para que sean incluidos en tratamiento preventivo para no desarrollar la diabetes.

Se les pide que vengan acompañados pero se rehúsan, los familiares que sí acceden venir se preocupan a veces más que los propios pacientes, saben cómo prepararles la comida, se les enseña a inyectarles la insulina. En cada cita se les recuerda de los medicamentos y de los horarios. Las pláticas se las dan las enfermeras en el pasillo mientras esperan, en la consulta yo no tengo tiempo de platicar con ellos, solamente cuando va muy descontrolado el paciente trato de tomarme más tiempo para platicar y saber que está ocurriendo. Pero en general la familia no se involucra mucho, todos dicen que tienen cosas que hacer y que no les da tiempo de acompañarlos (CEAPS).

En la red familiar es la cuidadora primaria la que participa involucrándose con los programas a los que pertenece su familiar pero sólo como acompañante. Ellas no consideran que los programas tengan dinámicas para incluirlas y generen algún beneficio o las apoyen para que puedan seguir ayudando a su familiar. De acuerdo con los miembros de la red informal los programas son buenos porque de esa manera los adultos mayores tienen una entrada económica para sus gastos, alimentos para completar su despensa y atención médica gratuita. Las quejas sobre los programas coinciden con las del adulto mayor, concentrándose en el sector salud. Hablando específicamente sobre la atención que ellos como población en riesgo de padecer diabetes no consideran que estén siendo concientizados, informados y atendidos para prevenirlo. De hecho durante la estancia una de las hijas de Esther fue diagnosticada también con diabetes. Esto refleja las limitaciones del modelo biomédico para lograr mecanismos de inclusión para la prevención así como la falta de entendimiento y de interés para no seguir los pasos de sus familiares.

Las redes que establecen los adultos mayores no son expansivas, no existe potencial para que pueda construir nuevas redes o añadir miembros, en parte por los límites de convivencia social que tiene al pertenecer a menos espacios sociales y por los límites de movilidad que le impiden moverse a otros espacios geográficos. La red del adulto mayor parece disminuir en cuanto a red comunitaria, aumentar en la red formal por la apertura de nuevos programas dirigidos especialmente a este sector. La red familiar puede disminuir o mantenerse ya que por un lado los familiares de edades mayores o similares fallecen, pero se suman los familiares de segunda generación como los nietos. Los mayores cambios en las dinámicas y extensiones de la red de apoyo tiene en el cuidador primario su principal motor. Las cuidadoras son quienes forman nuevas redes para buscar apoyo para ellas y sus familiares, trascendiendo los límites de parentesco y unidad doméstica, sumando programas gubernamentales y amistades. De esta manera la red del adulto mayor se amplía indirectamente y consigue más recursos que aunque sean compartidos con el cuidador, le benefician de manera indirecta.

7.2 Consideraciones finales

7.2.1 El análisis cualitativo de las redes sociales de apoyo

Esta investigación fue guiada por la pregunta general ¿Qué tipo de redes sociales de apoyo han elaborado los adultos mayores diabéticos; cómo es su funcionamiento en cuanto a los sujetos que involucra, y existirá alguna diferencia por género, o por algún otro factor? El eje principal es el análisis de redes sociales como un sistema de intercambios de apoyos materiales y no materiales, que implican diferentes niveles de eficacia para la atención del adulto mayor diabético. Fue así que se investigó sobre las representaciones y prácticas existentes en las redes sociales sobre la diabetes y la forma en que la persona vive su padecimiento. Posteriormente se realizó la construcción y la descripción de la red por medio de la representación gráfica, así como el análisis de parámetros generales como la centralidad, la cercanía, la homogeneidad, las distinciones por género y la reciprocidad. La distinción entre red formal e informal permitió conocer qué tipos de recursos fluyen en cada una, los actores que intervienen, sus alcances y limitantes para otorgar apoyos a los adultos mayores. Los datos obtenidos permitieron aproximarse a la organización de los recursos que están disponibles para la atención del adulto mayor.

En los últimos años ha aumentado el interés en el análisis de las redes sociales sobre todo desde los organismos internacionales que ven en éstas la capacidad de sostener a las personas y que trabajando en conjunto con las instituciones puedan desarrollarse mecanismos que alienten el desarrollo a nivel individual y de la comunidad (OPS, 2011; 2012; Heaney & Israel, 2008). Existe una vasta tradición antropológica de los estudios de las relaciones sociales que dependen de lazos consanguíneos, afinidades, económicas, políticas o de otro tipo. Se han analizado los procesos mediante los que se establecen estas relaciones y se intercambian recursos entre los miembros del grupo. El concepto de redes sociales de apoyo se basa en el estudio de dichas relaciones sociales, logrando producir una imagen sobre los recursos que fluyen entre personas e instituciones que están conectados.

La mayoría de las investigaciones que se fundamentan en el análisis de redes sociales toman como base el método sociométrico, el cual permite la recolección de los datos y la construcción del modelo de redes. En este trabajo además de utilizar técnicas sociométricas el método base fue el etnográfico, es decir, se privilegia la voz de los actores a partir de la observación participante y la conversación con ellos. Esta forma de abordar las redes sociales permitió no sólo describir las características estructurales de la red, sino las representaciones y prácticas que sus miembros tienen sobre el apoyo, las expectativas del adulto mayor y las de sus redes.

En el municipio de Atlautla el número de adultos mayores con diabetes ha aumentado en los últimos años, la mayoría de ellos son de escasos recursos económicos y la única institución de salud presente es la Secretaría de salud con el programa Seguro Popular. Las actividades económicas que permiten la sobrevivencia son las asociadas al campo y el sector terciario; los adultos mayores dependen de su trabajo agrícola, venta de productos de sus cosechas, apoyos económicos familiares y los beneficios de programas gubernamentales.

Las condiciones económicas de los adultos mayores entrevistados en su mayoría son precarias, teniendo justo lo necesario para comer, sin posibilidad de tener un excedente para otro tipo de gastos. La vulnerabilidad social que presentan les hace depender de los apoyos de las redes sociales; pero éstas también están limitadas por el contexto local y nacional. La condición de la red familiar tampoco es privilegiada, los recursos que surgen al interior de cada unidad doméstica permiten la supervivencia de sus miembros y generan poco excedente que pueda ser destinado para el adulto mayor. En este sentido la mayoría de los apoyos encontrados en las redes familiares son de tipo no material, existiendo sobrecarga en aquellos miembros que otorgan apoyos económicos. Por su parte, las redes formales están limitadas a una estructura pragmática, asistencialista y vertical que no fortalece las capacidades personales, familiares y locales para la atención del adulto mayor por los limitados tipos de apoyo que otorga.

Para el análisis de la problemática se seleccionó una muestra de ocho personas, cinco mujeres y tres hombres mayores de 60 años que padecen diabetes por lo menos desde hace cinco años. Todos beneficiarios de distintos programas gubernamentales y que reciben algún tipo de asistencia médica regular para atenderse. La investigación se centró en los apoyos formales e informales de cada una de las personas, por medio de la técnica etnográfica se construyó un modelo de red para ellos. Este devela los miembros que la componen, los tipos de recursos que fluyen en su interior y las características de su estructura. Una vez construida y expuesta la red social de apoyo se pudo entender

algunos alcances y limitaciones que presentan de manera individual y como grupo para otorgar apoyos que permitan la atención del adulto mayor diabético y su vivencia cotidiana.

Para ello se escogieron algunos factores que influyen en el funcionamiento de las redes como son las características propias de las redes, los recursos, el género, la distancia genealógica o genealogía y la reciprocidad. Cada factor fue descrito en función de las redes, así como por la representación y explicación que las personas entrevistadas le asignaron.

7.2.2 Las representaciones de la diabetes en las redes sociales de apoyo

Cuando una persona es diagnosticada con diabetes existe un impacto en su vida que puede generar procesos de cambio los cuáles pueden ser benéficos ó no para afrontar su padecer. El impacto del diagnóstico también afecta en diferente grado a su red familiar, quienes generan sus propias representaciones al respecto. Por su parte la red formal tiene representaciones y prácticas elaboradas desde el discurso biomédico y son quienes normatizan el actuar que debe seguir la persona que padece diabetes.

Los saberes, entendidos como representaciones y prácticas que circulan en las redes sociales son transformados en normas, costumbres, hábitos y creencias que pueden aligerar o enrarecer el padecer de las personas con diabetes. Por lo que la primera pregunta que surgió y dio pie a la hipótesis de trabajo se refirió a la discordancia entre el adulto mayor y sus redes sociales con respecto a la diabetes:

Hipótesis 1. Los saberes del adulto mayor sobre la diabetes están ligados a sus relaciones sociales, siendo la estabilidad en éstas lo que influye directamente en la vivencia de su padecer. Los saberes de la red formal se enfocan únicamente a mantener parámetros biomédicos, por lo que no siempre existe concordancia con del adulto mayor. Mientras que los saberes de la red informal no consideran importante el padecimiento a menos que disminuya la funcionalidad del adulto mayor.

La diferencia en las representaciones también afecta las prácticas realizadas y las expectativas del tratamiento; ya que la red formal busca cubrir los parámetros biomédicos y la red informal mantener la funcionalidad social del adulto mayor. Algunas de las contradicciones encontradas entre las redes fueron con respecto a la causa de la diabetes, siendo para la red formal de origen fisiológico y para la red informal (incluido el adulto mayor) el resultado de una experiencia emocional. El tratamiento para la red formal debe ser continuo y apegado a los estándares de cambio de dieta, ejercicio físico y toma de medicamentos. Mientras que para la red informal el factor principal es la restricción en la dieta y el seguimiento de los medicamentos, considerando a la dieta como el principal obstáculo por su dificultad de cumplimiento.

La manera de llevar el tratamiento y la efectividad del mismo representa la principal función de las redes sociales, también el mayor punto de contradicciones y desacuerdos en las representaciones y prácticas de ambos. Mientras que para la red

formal (que funciona con la lógica del Modelo Médico Hegemónico) la efectividad radica en el apego al tratamiento según los estándares establecidos; para el adulto mayor y la red informal la efectividad radica en poder conservar el funcionamiento social. Es decir, tener la capacidad de seguir realizando sus actividades cotidianas, mantener la convivencia social y sentirse “fuerte, con energía”. Al existir diferencias en la manera de llevar el tratamiento las expectativas de ambos no se cumplen, manteniendo en conflicto la relación médico-paciente-red familiar.

7.2.3 Las redes sociales de apoyo y los factores que intervienen en su funcionamiento

Las redes se constituyen para intercambiar recursos que apoyen la sobrevivencia de sus miembros; una manera de entender esos procesos se dividen en redes formales e informales. La siguiente pregunta de la investigación se enfocó a conocer las características de las redes de los adultos mayores, así como las coincidencias y las variedades que presentan. La hipótesis construida fue la siguiente:

Hipótesis 2. El adulto mayor diabético busca en la red formal respuesta puntual a su padecimiento por medio de medicamento, apoyo económico y facilidades en general para acceder a un tratamiento farmacológico. En cuanto a la red informal el apoyo es diferencial por género, lazos afectivos, nivel económico, capacidad de reciprocidad y distancia genealógica. El adulto mayor asume que debido a las relaciones de reciprocidad es de la red familiar de donde deben provenir apoyos de mejor calidad, sin embargo, las crisis socioeconómicas han reducido los recursos materiales dejando al adulto mayor en segundo término.

En este sentido se encontró que las redes sociales otorgan apoyos diferenciales si son formales o informales. Tal como fue planteado en la hipótesis las redes formales se enfocan a cubrir necesidades básicas de sobrevivencia como: aspecto económico, alimenticio y asistencia médica. Mientras que la red informal otorga apoyos no materiales como son: compañía, afectos y actividades de autoatención. Además cada uno de estos recursos es valorado de manera diferencial por los adultos mayores, quienes los jerarquizan por orden de importancia pero a su vez mencionan que son todos necesarios y no podrían sobrevivir si se desprenden de alguno de ellos.

Se pensó que las diferencias impactarían en la capacidad de las redes de otorgar apoyos significativos para la atención del adulto mayor; y que él mismo es capaz de percibir esas diferencias y elaborar expectativas de acuerdo a ellas. En este sentido se encontró la existencia de diferencias por género, distancia genealógica, capacidad de reciprocidad y tipo de red.

Originalmente se había pensado que el tamaño de la red y la distancia geográfica de los miembros serían factores que influirían en la regularidad de los intercambios y el número de éstos. Sin embargo, en ninguna de las redes se encontró que ambos factores causaran efectos considerables en los intercambios. Otro factor que no se había tomado en cuenta fue la homofilia o las características compartidas por los miembros de la red. En este aspecto se observó que el principal factor fue el género, ya que la mayoría de los

miembros de las redes formales son mujeres. Esto influye por un lado en que las mujeres se sientan mejor atendidas por el personal de salud; pero en el caso de los hombres aunque sí se consideren bien atendidos provoca que no se incorporen en los grupos de autoayuda porque quienes los dirigen y conforman son mujeres (por lo menos esto se observó en dos de los tres hombres entrevistados).

La distancia genealógica mostró que son los familiares los que constituyen los miembros más numerosos al interior de las redes; y que los más cercanos genealógicamente son quienes mantienen más intercambios y tipos de apoyo. Los hijos son los familiares que presentan dichas características, el segundo lugar lo ocupan los hermanos. Por último aquellos que ocupan más lugares en la red son los nietos pero son los más alejados genealógicamente y esto coincide con que sean los que menos intercambios y recursos otorgan al adulto mayor.

Sobre las relaciones recíprocas se encontró que éstas tienen un impacto positivo en la sensación de bienestar del adulto mayor, ya que suponen un reconocimiento a sus comportamientos y actividades del pasado. Es así que los intercambios dentro de las redes informales son influidos por la reciprocidad manifestada como el “deber” de cuidar a los mayores, los lazos consanguíneos, los lazos afectivos, cercanía geográfica y sentimental. En las redes formales los intercambios recíprocos existen como una retribución del Estado al trabajo desarrollado por los adultos mayores durante su vida productiva.

En esta investigación se observó que la reciprocidad en las redes depende de varios factores como: la confianza entre sus miembros, los afectos, la cercanía genealógica, la capacidad de devolver los favores recibidos y el recuerdo de las acciones que en el pasado el adulto mayor realizó para con los miembros de la red. La reciprocidad se hace presente en los períodos de gravedad o con las personas que sufren vulnerabilidad.

Los miembros de las redes familiares consideran que su adulto mayor vive con carencias y tiene una posición desfavorable con respecto a la vida cotidiana, por lo que la reciprocidad es una forma de colaborar con él. Se otorgan recursos por parte de los miembros de la red sabiendo que éstos no serán devueltos inmediatamente, o que quizá ya no lo sean; pero el flujo de apoyos continúa porque así se mantiene la relación social, se obtienen otro tipo de favores o satisfacciones (materiales o emocionales), se cumplen las expectativas morales de apoyar al necesitado y se satisface la norma de “regresar” lo que los adultos mayores o los padres hicieron en el pasado.

De acuerdo con las características de las estructuras de las redes es posible construir modelos de redes sociales. Encontrándose los siguientes tipos de redes:

➤ Redes con preferencia del componente formal. Este tipo de redes sociales de apoyo se caracterizan porque a pesar de tener un número significativo de familiares o amigos, la mayoría de los recursos provienen de los programas e instituciones gubernamentales. Aquí se incluyen a los adultos mayores que no encuentran apoyo en su red informal, dependen de sus esfuerzos individuales y de los beneficios de programas para sobrevivir y para la atención de la diabetes.

➤ Redes con preferencia del componente informal. En este tipo de redes sociales los

recursos fluyen de la red informal, son adultos mayores que reciben apoyos constantes y significativos de sus familiares o amigos. Estos recursos le permiten además de sobrevivir, tener mejor estabilidad emocional y varias personas que participan en su autocuidado; por lo que los recursos de las redes formales le permiten un excedente que fortalece su autonomía y su capacidad de decisión.

➤ Redes con efectividad subjetiva. Estas redes son catalogadas por los adultos mayores como “buenas” porque desde sus representaciones les reportan beneficios que refuerzan su estabilidad emocional. En estas redes el adulto mayor se siente conforme con el trato que recibe de los componentes formales e informales; sin embargo, esto no conlleva necesariamente que el control de la diabetes sea adecuado y que su estado de salud sea bueno.

➤ Redes con efectividad formal. Este tipo de redes no son descritas por el adulto mayor como precisamente “buenas o positivas”; ya que pueden coincidir con menores recursos e interacciones de la red informal. Es decir, se trata de adultos mayores que no tienen relaciones constantes y positivas con su familia, pero que presentan según los parámetros de la biomedicina un mejor control de la diabetes y del tratamiento. Por lo que el estado de salud del adulto mayor es bueno pero en cuanto a sus emociones se siente relegado por la familia.

➤ Redes en decadencia. Este tipo de redes constituye el modelo general de todas las redes aquí presentadas; se trata de la disminución de actores participantes en ellas. Lo anterior se debe a la reducción de los espacios de interacción de los adultos mayores y/o por los problemas que pueden tener de movilidad física. En la red familiar el número de miembros disminuye por la muerte de las generaciones mayores o contemporáneas; en la red comunitaria por la disminución de interacciones sociales. Por otro lado la red formal tiene un aumento por el número de programas a los que se puede pertenecer, pero éstos también son limitados.

7.2.4 La efectividad de las redes sociales de apoyo

Las redes sociales de apoyo no son homogéneas, existen diferencias que pueden condicionar su funcionamiento. Otra pregunta que guió esta investigación fue sobre la efectividad que pueden tener las redes sociales de apoyo. La hipótesis generada al respecto fue:

Hipótesis 3. La red formal otorga apoyos que incluyen aspectos técnicos; en el caso de la red informal los apoyos tienen mayor diversidad, sin embargo no siempre consideran su efectividad para el tratamiento de la diabetes. Las redes sociales de apoyo generan intercambios que son positivos o negativos; para el adulto mayor la red solo será efectiva si promueve conductas relacionadas con la atención y cuidado en su vida cotidiana. La efectividad de la red no depende de su extensión, sino de que sea capaz de cubrir las necesidades específicas del adulto mayor con diabetes.

Para la comprobación de la hipótesis no se utilizaron criterios para “evaluar¹²⁵” sino que se recurrió a la valoración subjetiva que los adultos mayores hicieron sobre sus redes, los resultados que los programas reportan y su estado de salud. Encontrando que la red formal otorga apoyos continuos pero muy básicos sólo del tipo material y de supervivencia básica. Mientras que la red informal otorga un espectro mayor de tipos de apoyos pero menos constantes. Mientras que ambos tienen una eficacia dudosa en la mejora del estado de salud del adulto mayor o de la adecuación a un tratamiento eficaz para las expectativas del adulto mayor. Esto se refleja en el descontrol que todos presentan de la diabetes, con variaciones importantes en sus niveles de glucosa, complicaciones y fases de hospitalización.

En cuanto a la atención de la diabetes la red informal no ha sido capacitada o informada para desarrollar habilidades que permitan un apoyo efectivo en el autocuidado cotidiano que necesita el adulto mayor. Por lo que aunque existan recursos éstos pueden no verse reflejados en la mejora de la salud, el apego al tratamiento o la mejora de los parámetros biomédicos que indican una diabetes controlada.

La red formal también tiene fallos en su vigilancia y control; esto es debido a su incapacidad para empatizar con el adulto mayor y generar estrategias específicas para cada paciente y su red familiar, las cuales permitan el acompañamiento en la atención a su padecer. Por su parte el componente de la red formal que involucra apoyos materiales económicos y alimenticios cumple la satisfacción de necesidades básicas pero no tiene el suficiente impacto como para solventar los gastos del adulto mayor.

Cabe recalcar que el éxito en el apego al tratamiento y el control de los niveles de glucosa no es el aspecto en el que se centran ninguna de las personas entrevistadas. Los problemas de salud en ellos aún no limitan su funcionalidad, ni han generado complicaciones graves pero de no realizarse un cambio significativo en su vida cotidiana el deterioro parece inevitable. Estos problemas impactan en las redes sociales de apoyo, sin embargo, para el adulto mayor lo importante no es sólo los apoyos económicos o de cuidado del tratamiento, sino los que impactan en su estado emocional.

El cuidador primario y algunos cuidadores secundarios son quienes otorgan más tiempo, recursos económicos, físicos y emocionales para atender al adulto mayor que tiene descontrol de su padecimiento. Al contrario aquellos adultos mayores que no disponen de un cuidador bien establecido tienen que buscar los recursos necesarios para su autoatención. En este sentido la red formal de apoyo equilibra un poco sus necesidades ya que le permite contar con recursos mínimos indispensables. En el caso de aquellos que cuentan con mayor apoyo familiar la red formal les permite participar en un sentido más igualitario con sus propios recursos dentro de la red y sentirse aún con la capacidad de decidir sobre sí mismos, sobre la forma de relacionarse y convivir participando de con recursos propios en su unidad doméstica.

La pregunta de hasta dónde la red familiar se encuentra lista y es capaz de generar recursos para atender a un adulto mayor diabético no es una labor sencilla. El papel de la red familiar se sigue redefiniendo, por un lado las nuevas políticas de “autocuidado” y de responsabilidad personal de la salud que impulsan el sector médico

¹²⁵ Una evaluación implica asignar un valor a factores determinantes y herramientas que permitan verificar el avance obtenido con respecto a un objetivo determinado.

provoca que se sobrecargue esta red. Debido a que se piensa que debe dotar de recursos y herramientas para que el adulto mayor pueda cuidarse y tener apego a su tratamiento. Por lo que tiene que proveer de recursos económicos, dieta saludable, cuidado y aseo personal, vivienda digna, respeto y autonomía, promoción de la actividad física, acompañamiento para las citas médicas y para impulsar el apego al tratamiento, apoyo emocional, etc. Es decir una serie de apoyos para los cuales no existe participación de la sociedad y del gobierno para que la familia pueda allegarse esos recursos a sí misma y compartirlos con el adulto mayor. Las redes familiares están compuestas por distintos tipos de familias nucleares, extensas, unifamiliares, que poseen sus propias dinámicas y que deben sortear la poca disponibilidad de recursos para su reproducción social. Esto dificulta que puedan extenderse a personas que están fuera de la unidad doméstica.

Las dinámicas de trabajo informal no permiten planear tiempo y recursos para compartirse, la falta de información y capacitación para comprender la diabetes, y los propios problemas emocionales no resueltos entre familiares hacen que la red familiar no siempre dé el apoyo necesario y adecuado al adulto mayor diabético. Para la red familiar no es simple incluir a la persona diabética porque debe hacer un balance entre poder generar recursos y además generar saberes que efectivamente sean benéficos para su cuidado, ya que esto último implica un cambio no sólo en la vida de la persona sino en quienes viven con él.

Los familiares también deben de modificar sus hábitos alimenticios, actividad física y autocuidado entre otros. Si esto no se realiza adecuadamente puede aislarse al adulto mayor por tratarlo diferente al resto de la familia (un ejemplo extremo fue la mención de una mujer cuya hija le “apartó” los trastes, los utensilios de limpieza y dejó de realizarle la comida que le gustaba para “cuidarla” mejor) provocando tristeza por sentirse fuera de la dinámica familiar a la que siempre perteneció. Por otro lado, existe el riesgo de no comprender como atender al diabético, la familia continúa con la forma de vida cotidiana ignorando las necesidades de cambio dieta, o de cuidado diferencial que necesita la persona. Con ello se provoca negligencia en el apego al tratamiento y a pesar que el adulto mayor se sienta bien porque su familia lo “sigue tratando igual”, termina afectándose su salud por no mejorar las prácticas de autocuidado. La trampa de la modificación de los estilos de vida como la opción que debe elegirse para mejorar la salud provoca frustración en los adultos mayores y sus familiares; además de ocultar al personal de salud las verdaderas causas de porqué existen fallas en el apego al tratamiento. La búsqueda del cambio de estilo de vida ha sido infructuosa porque no se reconoce que este concepto sólo es aplicado como “hábitos de riesgo” y no en su dimensión real que incluye el contexto y la posición de las personas en el sistema de producción. Mientras se continúe con dicho enfoque continuará la frustración del médico, los adultos mayores y los familiares al no poder hacer que ese cambio ocurra; olvidándose de que debe ser todo el contexto social, político y económico el que debe modificarse para que el adulto mayor tenga mejores herramientas para su cuidado.

Otro problema generado al hacer responsable al adulto mayor de su salud, es que la red familiar considera que el “cuidado” es responsabilidad exclusiva de él; por lo que sí no sigue las indicaciones del médico y tiene problemas de salud es por su culpa por no “querer” cuidarse y ellos no tienen obligación, ni posibilidades de actuar para ayudarlo. Esto se ve agravado porque el propio adulto mayor no posee herramientas para cambiar su vida cotidiana, además de que el contexto socioeconómico tampoco puede alterarse en su beneficio. Si el adulto mayor no logra los cambios necesarios carga con el estigma

de sentirse irresponsable por los señalamientos que el médico y los familiares hacen sobre su “falta de cuidado”.

Asimismo, existen recursos que no son otorgados por ninguna de las redes siendo el más importante el apoyo emocional. Ninguno de los entrevistados mencionó tener la suficiente confianza como para contar sus problemas emocionales, sentimientos y preocupaciones con los miembros de su red. Esta negativa a contar los problemas emocionales indica por un lado que es un área privada reservada a sí mismos, y por otro lado es un aspecto al que no se le concede importancia en las redes sociales. El apoyo psicológico en adultos mayores diabéticos se ha reportado en diferentes investigaciones como fundamental para que pueda manejar su padecimiento y lograr el apego al tratamiento para evitar complicaciones (Brown, *et al.*, 2005; Ledón, 2012; Mayberry & Osborn, 2012; OMS, 1972; Papelbaum, *et al.*, 2010).

El estrés y la depresión son factores que afectan gravemente al adulto mayor diabético, provocando que la efectividad en su autocuidado se vea vulnerada así como su capacidad para vivir con su padecer y relacionarse con las personas. El manejo que deben de hacer de su autocuidado puede provocarles culpabilidad, soledad, fatiga e ideas depresivas ante los problemas cotidianos y las molestias generadas por la diabetes.

El mayor problema es que ni las redes formales ni las informales cuentan con recursos psicológicos para apoyarlo, dejando que él solo trate de solucionarlo. Es así como varios entrevistados mencionan la presencia de irritabilidad, tristeza, llanto, cansancio y enojo, haciendo que la red informal lo perciba como un problema de “actitud” y no como un problema de salud. La red formal aún a pesar de contar con herramientas que pueden detectar la depresión y otros trastornos conductuales no tiene capacidad de hacer algo al respecto; ya que en la implementación de los programas y servicios de salud no está contemplada la atención psicológica.

Al interior de las redes también se producen problemas, las redes familiares son las que llevan la mayor parte de la carga en el apoyo por autocuidado. En ellas se reproducen conflictos que comprometen el flujo de los apoyos, algunos tienen como centro la sobrecarga de recursos que deben fluir para el adulto mayor.

Las relaciones de poder influyen en las interacciones de la red sobre todo en presencia de los conflictos; provocando que los recursos aumenten o escaseen según la situación particular en que el adulto mayor se encuentre. Si el adulto mayor está aliado con los sujetos que lo ejercen puede mantener el flujo hacia él, por el contrario se interrumpirá. El adulto mayor también puede jugar el rol de mediador entre los bandos familiares, ya que es el unificador de la red y puede buscar reconciliar, o bien alterar las relaciones al recriminar la falta de apoyo de los miembros de la red.

Los conflictos que se originan en la red formal son difíciles de solucionar por parte del adulto mayor ya que él es un actor pasivo cuyo rol es recibir los apoyos para mantener funcionando el programa. Los problemas que en esta red se originan son aceptados por el adulto mayor asumiendo que no tiene una posición que pueda incidir en sus actividades y maneras de otorgar recursos. Por su parte los ejecutantes de los programas reconocen las limitaciones de los mismos, pero únicamente en el aspecto de la falta de recursos económicos, de tiempo o de organización. En pocas ocasiones realizan un diagnóstico junto con los beneficiarios y participantes para conocer sus visiones sobre el servicio que

otorgan y qué propuestas o alternativas de mejoran podrían generar entre todos. Específicamente con el personal de salud ocurren más quejas entre el médico y el paciente, por la falta de recursos y tiempo para mejorar la atención y prevención. Sin embargo, el personal de salud no ha tomado un papel activo en mejorar sus condiciones laborales y la atención médica que puede brindar; sus quejas se quedan en una justificación de las limitaciones y no en una denuncia pública acompañada de un movimiento social que luche por mejorar las condiciones de salud. Al no ocurrir esto la visión de los pacientes es que los médicos no atienden bien y no comprenden el por qué de ello; mientras que los médicos están callados frente a las carencias que tienen en sus centros de trabajo sin expresarlas y buscar junto con la sociedad luchar por mejorar los servicios de salud.

7.2.5 Reflexiones finales, alcances y limitaciones de la investigación

La mayoría de los estudios realizados sobre las redes destacan su efectividad como una manera de subsistencia para aquellos con pocos recursos. En el ideal que se ha construido de la red social de apoyo se representa a ésta como el mecanismo eficaz para proteger a las personas y se insiste en la “generación y fortalecimiento” de redes como si con la sola presencia de éstas se resolvieran las carencias de sus miembros.

Sin embargo, durante el proceso de investigación se pudo constatar primero que las redes existen *per se* sin que los programas institucionales tengan que “generarlas”; segundo que las redes no siempre son efectivas, que tienen sus limitantes debido a los conflictos familiares, la eficacia pragmática de los programas gubernamentales asistencialistas y porque sólo son capaces de actuar en el plano personal. Es decir, no logran incidir en el contexto socioeconómico y cultural en el que las personas se desarrollan. Por lo que a pesar de la “voluntad” de ayudar mientras no mejoren las condiciones materiales de existencia de los involucrados no pueden generarse cambios significativos en su vida cotidiana.

Normalmente se asume que el apoyo social existe *per se* en el contexto de la persona o qué puede generarse¹²⁶ para explotar la capacidad de la población de apoyarse mutuamente y generar mejores condiciones de vida. El apoyo social existe en todos los grupos humanos, sin embargo, la presencia de la red social no garantiza que una persona se encuentre bien, ya que existen redes que no son capaces de cubrir las necesidades de sus miembros. En el caso aquí abordado de adultos mayores diabéticos esto es evidente, porque la presencia de las redes no se asocia directamente con la mejora en el estado de salud.

Algunas de las redes encontradas generan representaciones negativas sobre el tratamiento (como en el caso del uso de insulina), presentan abuso de recursos del adulto mayor por parte de familiares, falta de capacitación para poder influir en el tratamiento

¹²⁶ Existe una tendencia a desarrollar trabajos de intervención comunitaria desde las instituciones gubernamentales o desde ONG's que buscan fortalecer o generar redes sociales con la finalidad de hacer frente a problemas específicos de la comunidad. Algunas de estas intervenciones han sido exitosas por su capacidad de conocer la comunidad y su contexto, mientras que otras generan redes y procesos que desaparecen en cuanto se retira el equipo que las promovió (Española, 2008; Maya, *et al.*, 2007; Navarro, 2004; Robertis, 1994).

recomendado, falta de estrategias exitosas y específicas de la red formal enfocadas a la atención; así como recursos limitados para la atención médica. En varias situaciones fallan la red formal e informal, tanto por sus contradicciones estructurales como por la existencia de dimensiones asociadas al contexto y sus factores socioeconómicos donde no es posible que las redes puedan influir.

La fortaleza de esta investigación es el uso de los métodos cualitativos y de la metodología etnográfica que permite observar a profundidad cómo se constituyen las redes sociales y qué procesos viven sus miembros. De esta manera pudo describirse la composición de las redes, los recursos que otorga y entender lo disfuncional y/o negativo de algunas interacciones en las redes.

Algunos de los obstáculos encontrados durante el trabajo de campo fue la selección de las personas, si bien los criterios de los informantes se establecieron claramente la traducción de ello en encontrar a quienes estuvieran dispuestos para colaborar no fue fácil. Se enfrentó a una barrera de género ya que los hombres fueron más reacios a ser “observados y cuestionados” por una mujer; haciendo que la mayoría de los entrevistados fueran mujeres. El acercamiento a los familiares presentó otro reto al igual que conseguir el acceso a las instituciones gubernamentales. Sin embargo, fue posible involucrarse en la vida de los adultos mayores y sus familias, así como en la dinámica que las instituciones establecen con ellos.

Las limitaciones de este trabajo es que presenta apenas un panorama general de las redes sociales y su estructura, pero hace falta un nivel de profundidad mayor que conecte los procesos micros con el contexto económico, social y cultural. Las investigaciones de corte antropológico requieren otro ritmo y tiempo diferente a las de corte cuantitativo; necesitan de períodos largos en campo para poder participar de la vida cotidiana y recoger las voces de los actores. Durante el trabajo que se realizó en campo como antropólogo uno debe insertarse en la vida de las personas, adaptándose a sus ritmos, a su lenguaje verbal y corporal. No es el “informante” quien tuvo que hacer tiempo para responder las preguntas de una encuesta, es el antropólogo quien buscó las formas de involucrarse para establecer un diálogo con la persona tratando de obtener los discursos, representaciones y prácticas del mundo social donde de introduce.

La prisa de los tiempos en el mundo globalizado de producción científica discrepa con los distintos ritmos que el trabajo de campo establece; la posibilidad de que las personas compartan sus vivencias, memorias, expectativas y conflictos se inscribe en sus propios tiempos y no en la prisa del investigador. Los objetivos principales fueron cumplidos porque en el diseño de la investigación fue tomado en cuenta el período señalado para su realización. Pero cabe a reflexionar que durante la convivencia con los adultos mayores salieron a la luz temas que no fue posible incluir en este trabajo; o aspectos donde ya no se logró profundizar y que son importantes para la vivencia del padecimiento y las relaciones conflictivas al interior de las redes.

7.2.6 Propuestas de acción y propuestas de investigación

Las modificaciones que tendrían que hacerse para mejorar la situación de salud del adulto mayor deben incluir dos niveles: el cambio en las condiciones económicas y el

cambio en los contextos inmediatos. En este último puede influirse logrando que las autoridades locales y el personal que atiende a los adultos mayores se sensibilicen para generar estrategias basadas en las necesidades que ellos y sus familiares expresen. Esto incluye otorgar capacitación y educación en salud a la población en general, no sólo a los pacientes que recibe la clínica. Adecuar la promoción de la actividad física y la dieta saludable a las condiciones particulares de la población. Es decir, realizar ajustes “artesanales” de los programas y campañas de salud para que respondan a las representaciones y prácticas que existen en la comunidad.

Para que las acciones de salud tengan efecto deben coordinarse con las redes sociales presentes. No es necesario “generar” nuevas sino indagar cómo están estructuradas las redes de la localidad y cómo participa el adulto mayor en ellas. Las estrategias implementadas deben buscar la coordinación con esas redes, capacitándolas, apoyándolas y buscando empatar su lógica de acción con los objetivos de trabajo de las instituciones. El personal de salud debe buscar estrategias para salirse del rígido esquema de atención, platicando con la comunidad y con sus pacientes de qué manera podrían mejorar sus servicios. La participación social y comunitaria es el aspecto fundamental para afrontar los problemas de salud de la localidad; el personal de salud y el personal de los distintos programas gubernamentales deben alentar la participación y ser flexibles para escuchar las demandas y trabajar en consenso. El trabajo con la familia de los adultos mayores es urgente tanto para mejorar su salud como para prevenir el desarrollo de diabetes (u otras enfermedades) en los miembros de la familia.

Sobre las propuestas de investigación a futuro pueden incluir el análisis de cómo se articulan las redes sociales con el nivel macro del contexto socioeconómico, y las contradicciones que se generan en su interrelación. Así como profundizar en las representaciones sobre cómo y por qué se construyen las redes sociales de apoyo, los factores culturales que inciden en la actuación de los miembros de las redes sociales para que participen en ellas.

Otra ruta puede ser la construcción de un modelo teórico de redes sociales de apoyo exitosas en la atención, donde pueda especificarse los recursos mínimos que deben contener, los actores principales y el tipo de capacitación que necesitan. Así sería posible contar con un modelo de referencia que pudiera adaptarse al contexto, para intervenir positivamente en las redes sociales. De esta manera se podría obtener un modelo deseado de las redes formales y de los recursos que debe generar para conseguir una interacción más efectiva en la población. Una ruta más es el seguimiento de las redes en el tiempo para analizar el cambio en la composición y función de las mismas, de tal manera que se pueda percibir qué tanto ha podido incidir un programa o recurso específico en el contexto social de la persona. Generando datos para poder comparar en el tiempo la eficacia de los programas dirigidos a los adultos mayores en un lapso determinado.

Por último, cabe recalcar que las aplicaciones del análisis de redes sociales en la antropología médica son múltiples y al enriquecerlas con el método etnográfico se genera información a profundidad de las problemáticas de salud; y a partir de ello producir propuestas para mejorar la práctica médica en contextos específicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abduca, R., 2007. La reciprocidad y el don no son la misma cosa, *Cuadernos de Antropología Social*, 26, pp. 107-124.
- Abric, J., 2011. *Prácticas sociales y representaciones*, México: Coyoacán.
- Alarcón, A., Vidal, A. & Neira, J., 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales, *Revista Médica Chilena* 131, pp. 1061-1065.
- Albala, C., Lebrão M., León, E., Ham, R., Hennis, A., Palloni, A., *et al.*, 2005. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada, *Revista Panamericana de Salud Publica* 17(5/6), pp. 307-322.
- Albó, X., 2004. Interculturalidad y salud, En: G. Fernández, (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Ecuador: Abya-Yala, pp. 65-74.
- Alcalá, J. & González, R., 2008. *La dimensión ética en políticas actuales de salud en México y América Latina*, Tesis de Maestría en Medicina Social, México: UAM.
- Al-Habashneh, R. *et al.*, 2010. Diabetes and oral health: doctors' knowledge, perception and practices. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(5), pp. 976-980.
- Alvarado, C., *et al.* 2009. Cambio social y política de salud en Venezuela, *Medicina Social* 3(2), pp. 113-129.
- Aranibar, P., 2001. *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América*. Chile: CEPAL.
- Arayaumaña, S., 2002. *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*, Costa Rica: FLACSO-Cuaderno de Ciencias Sociales 127.
- Arganis, E., 2004. *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitas residentes de Iztapalapa*, D. F. Tesis de Doctorado en Antropología Social, México: ENAH.
- _____ 2005. La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa, D. F. *Cuicuilco*, 12(033), pp. 11-25.
- _____ 2006. Tener un cuerpo viejo y enfermo: la experiencia del padecer crónico en la vejez, En: A. Alonzo & F. Peña, (coords.), *Cambio social, antropología y salud*, México: CONACULTA-INAH, pp. 229-243.
- _____ 2010. Medicina natural, una alternativa en la atención a las enfermedades crónicas F., Peña & B. León (coords.), *La medicina social en México III. Entre la tradición y la emergencia*. México: EÓN, pp. 145-153.
- Arroyo, M. & Ribeiro, M., 2009. Representaciones de género en la vejez y dependencia, En: M. Ribeiro, S. Mancinas, (coords.), *Textos y contextos del envejecimiento en México. Retos para la familia y el Estado*, México: Plaza y Valdés, pp. 41-61.

Arzate, J.; Mejía, A; Montes de Oca, H. & Vela, M., 2012. *Andar despacio. Envejecimiento Demográfico en el Estado de México*, Toluca: GEM/CEMyBS.

Augé M., 1995. Biological order, social order: illness, an elemental from of event. En: M., Augé, & C., Herzlich, *The meaning of Illness*. Luxembourg: Harwood Academic Publishers, pp. 23-70.

Banton, M. (editor), 1980. *Antropología social de las sociedades complejas*. España: Alianza.

Barbado, J.; Aizpiri, J.; Cañones, P., *et al.*, 2005. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente, *Habilidades en salud mental*, pp.31-36.

Barnes, A. & Thagard, P., 1997. Empathy and analogy. *Dialogue Canadian Philosophical* 36, pp. 705-720.

Barragán, A., 1999. *Las múltiples representaciones del dolor. Representaciones y prácticas sobre el dolor crónico en un grupo de pacientes y un grupo de médicos algólogos*. Tesis de Maestría en Antropología Social, México: ENAH.

Bazo, M., 1990. *La sociedad anciana*. Madrid: Siglo XXI.

Beauvoir, S., 1983. *La vejez*. Barcelona: Edhasa.

Beck, U., 2006. *La sociedad del riesgo global*, España: Siglo XXI.

Benítez, J., 2010. Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica, *Gazeta de Antropología* 26/2, pp 1-30.

Boissevan, J., 1971. *Friends and social network. Roles, norms, and external relationships in ordinary urban families*, New York: The free press.

Bott, E., 1955. Urban families: Conjugal roles and social networks. *Human Relations* 8, pp. 345-383.

_____ 1990. *Familia y red social. Roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Madrid: Taurus-Alfaguara.

Bouchard, G., 2011. What is interculturalism?, *McGill Law LJ* 56(2), pp. 435-468.

Bourdieu, P. 1976. Le modes de domination. *Actes de la Recherche* 2(2/3), pp. 122-132.

_____ 1988. *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

_____ 1990. *Sociología y Cultura*. México: Grijalbo.

_____ 2001. *El oficio del sociólogo: presupuestos epistemológicos*, Madrid: Siglo XXI.

_____ 2007. *El sentido práctico*. Argentina: Siglo XXI.

_____ 2010. *El sentido social del gusto. Elementos para una Sociología de la cultura*, México: Siglo XXI.

Bourdin, M., 2013. El enfoque de la antropología médico-clínica en la relación de ayuda en contexto intercultural. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa* 54, pp. 61-67.

Bronfman, M., 2001. *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires: Lugar.

Brown, L., Majumdar, S., Newman, S. & Johnson, J., 2005. History of Depression Increases Risk of Type 2 Diabetes in Younger Adults. *Diabetes Care* 28(5), pp. 1063-1067.

Bruni, L. & Zagmani, S., 2007. *Economía civil. Eficiencia, equidad, felicidad pública..* Buenos Aires: Prometeo.

Burns, E., 2000. *Atlas Municipal de recursos naturales de Amecameca. Programa de Manejo de Recursos Naturales de la Sierra Nevada*. México: Consejo Social Iztaccíhuatl-Proyecto UAM-Comunidad Sierra Nevada.

Campos, R., 2004. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina, En: Fernández, J. (editor), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*, Quito: ABYA YALA, pp. 129-151.

_____. 2010. La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI, *Revista Peruana de Medicina Exp. Salud Publica*, 27(1), pp.114-122.

Campos, R. & Ruiz, A., 2004. La interculturalidad en la práctica médica del doctor Albert Schweitzer, *Gaceta Médica México* 140(6), pp. 643-652.

Campuzano, M., 1996. Grupos de autoayuda y psicoanálisis grupal, *Addictus* 12, pp. 24-30.

Caplan, G. & Kililea, M., 1976. *Support systems and mutual help multidisciplinary*, Nueva York: Grune Stratton.

Cardoso, E., 2002. *Factores que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Netzahualcóyotl*. Tesis Doctor en Antropología, México: ENAH.

Caro, E., 2003. *La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México*, Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, Chile.

Carranza, R., 1994. *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, Tesis de Maestría en Antropología Social, México: ENAH.

Carvalho, A., 2008. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. En: J, Noronha, (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, Brasil: Fiocruz, pp.141-166.

Casals, I., 1982. *Sociología de la ancianidad en España*, España: Mezquita.

Castañeda, P., 2005. Consanguíneos y afines. El conocimiento y el manejo femeninos de las redes de parentesco en la Tlaxcala rural. En: D. Robichaux, (ed.) *Familia y parentesco en México y Mesoamérica. Unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 439-459.

Castrejón, J., 2010. *Envejecimiento, condiciones de salud y redes familiares de población indígena mexicana en los albores del siglo XXI. Características a nivel nacional y estudio de caso en una comunidad náhuatl de la Sierra Norte de Puebla*, Tesis de Doctorado en Estudios de Población, México: El Colegio de México.

Castro, P., Chapman, R., Gili, S., et al. 1996. Teoría de las prácticas sociales, *Complutum Extra* 6(II), pp. 35-48.

Castro, R., Campero, L., & Hernández, B., 1997. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública* 31(4), pp. 425-435.

Cerda, A., 2001. *El proceso de autoatención en un municipio autónomo tojolabal del Estado de Chiapas*, Tesis Maestría en Antropología Social, México: ENAH.

Charry, C., 2006. ¿Nuevos o viejos debates? Las representaciones sociales y el desarrollo moderno de las Ciencias Sociales, *Revista de Estudios Sociales* 25, pp. 81-94.

Chayanov, A., 1985. *La organización de la unidad económica campesina*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Cohen, S., 1988. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 7, pp. 269-297.

Cohen, S., Brissette, I., Skoner, D. & Doyle, W. 1999. Social Integration and Health: The Case of the Common Cold. *JoSS* (3).

Comelles, J. & Martínez, A., 1993. *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. España: EUDEMA.

Commisso, L., Monami, M. & Mannucci, E., 2011. Periodontal disease and oral hygiene habits in a type 2 diabetic population. *International Journal of Dental Hygiene* 9(1), pp. 68-73.

Compean, J., Silerio, J., Castillo, R. & Parra, M., 2008. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas, *CONAMED* 13, pp.17-21.

Concha, M. & Rodríguez, C., 2010. Funcionalidad de pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria* 19(1), pp. 41-50.

Conesa, A., Diaz, O., et al., 2010. Mortalidad por diabetes *mellitus* y sus complicaciones, Ciudad de La Habana, 1990-2002, *Revista Cubana de Endocrinología* 21(1), pp. 35-50.

Contreras, J., 1993. *Antropología de la alimentación*. Madrid: EUDEMA.

- Cornwell, B.; Schumm, L.; Laumann, E. & Graber, J., 2009. Social Networks in the NSHAP Study: Rationale Measurement, and preliminary Findings. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 64 B(S1), pp. i47-i55.
- Cummings, E. & Henry, W., 1961. *El proceso de desapego*. Nueva York: Basic Books.
- Da Costa, S., Ceolim, M. & Liberalesso, A., 2011. Problemas de sueño y soporte social: estudio multicéntrico sobre Fragilidad en Ancianos Brasileños. *Latino-Am. Enfermagem* 19(4), pp. 1-8.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M., 1992. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: WHO.
- Davidson, C., Frankel, S & Smith, G., 1992. The limits of lifestyle: re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention, *Social Science Medicine* 34(6), pp. 675-685.
- De Waal, F., 2011. *La edad de la empatía. ¿Somos altruistas por naturaleza?*. España: Tusquets.
- DiGirolamo, A. & Salgado, N., 2008. Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being, *Salud Pública de México* 50(6), pp. 516-522.
- Dijk, V., 1992. *Text and Context: Explorations in the Semantics and Pragmatics of Discourse*, Londres: Longman.
- Durán, B., Rivera, B. & Franco, E., 2001. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. *Salud Pública de México*, 43(3), pp. 233-236.
- Durkheim, E., 1979. *Las reglas del método sociológico*, Buenos Aires: La Pléyade.
- Durston, J., 2000. *¿Qué es el capital social comunitario?*, Chile: CEPAL-ECLAC-ONU.
- Elder, G., 1985. *Life Course Dynamics*, Nueva York: Cornell University Press.
- Engels, F., 1946. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Buenos Aires: Futuro.
- Engler, T. & Peláez, M., 2002. *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el cono sur*. Engler, T. & Peláez, M.(editores) Washington: BID-OPS.
- Espina, A., 1996. *Manual de Antropología cultural*, Salamanca: Amarú.
- Espinosa, L. & Ysunza, A., 2010. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud, *Ciencia ergo sum* 1(8-3), pp. 283-301.
- Espinoza, E., 1999. *Atlautla. Monografía municipal*. México: Gobierno del Estado de México.
- Fabrega, H., 1971. Medical Anthropology, *Biennial Review of Anthropology* 7, pp. 167-229.

Fajardo, G. & Olivares, R., 2008. Viejismo en el ambiente cotidiano, En: Mendoza, V.; Martínez, M.; Vargas, L. (edits), *Viejismo: estereotipos de la vejez*, México: FES Zaragoza-UNAM, pp.77-100.

Fericgla, J., 2002. *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.

Fernández, P., 2005. Aprioris para una psicología de la cultura, *Athenea Digital* 7.

Figueroa, M. & Moreno, G., 2007. Rescatar la vivencia de padecer diabetes en personas de ciudad Netzahualcóyotl para contribuir a una teoría por sus protagonistas, *Estudios de Antropología Biológica* XIII, pp. 885-899.

Flaherty, J., Gaviria F. & Pathak D. 1983. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Compr Psychiatry*. 24(6):521-9.

Foa, U. & Foa, F., 1974. *Societal Structures of the Mind*. USA: Thomas.

Freeman, L., 2004. *The Development of Social Network Analysis: A Study in the Sociology of Science*. Vancouver: Empirical Press.

Frenk, J., 2003. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: FCE.

Freyermuth, G., 2003. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, étnica y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México: CIESAS-FLACSO-Porrúa.

Friedman, E., 2001. *Modernidad y vejez 1960-1999: estudio de caso de la Ciudad de México*, Tesis Maestría en Sociología, México: UNAM.

_____, 2002. *Las personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud*, España: Universidad de Murcia.

García, A., 2004. Las trayectorias del padecimiento: hombres adultos amputados y no-amputados a causa de la diabetes mellitus, *Investigación y Educación en Enfermería* 22(2), pp. 28-39.

García, J., 2006. *Los derechos y los años. Otro modo de pensar y hacer política en Latinoamérica: los adultos mayores*. México: Plaza y Valdés.

García, N., 1984. Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular. *Nueva Sociedad* 71, pp. 69-78.

García, S., et al., 2007. *Ejercicio físico para todos los mayores: "Moverse es cuidarse"*, Madrid: Dirección General de Mayores, Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía.

Gartly, J., 1982. *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS.

Giddens, A., 1995. *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona: Península.

Goffman, E., 2007. *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu.

_____ 2009 *La representación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu.

Gomes, C. & Montes de Oca, V., 2002. *Ageing in Mexico families, informal care and reciprocity*, UNRISD (preliminary draft).

Gómez, L. P. M. & Vila, J., 2001. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual* 9, pp. 5-38.

González de la Rocha, M., 1999. "La reciprocidad amenazada: un costo más de la pobreza urbana". En: Enríquez, Rocío (coord.) *Hogar, pobreza y bienestar en México*, México: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

_____ 1986. *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos de Guadalajara*. México: CIESAS.

Good, C., 2005. "Trabajando juntos como uno: Conceptos nahuas del grupo doméstico y la persona". En: Robichaux, D. (editor). *Familia y parentesco en México y Mesoamérica*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 275-294.

Gracia, E., 1997. *El Apoyo Social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Granjel, L., 1991. *Historia de la vejez. Gerontología. Gerocultura. Geriátrica*, España: Universidad de Salamanca.

Gruart, A., Delgado, C. & Aguilar, R., 2002. *Los relojes que gobiernan la vida*. México: SEP-FCE.

Guevara, I., Vélez, F. & García, J., 2011. The first demographic dividend and social protection systems in Mexico, En: ECLAC, *Population ageing, intergenerational transfers and social protection in Latin America and the Caribbean*, Chile: ECLAC-UN, pp. 93-114.

Gunn, K., Seers, K., Posner, N. & Coates, V., 2012. 'Somebody there to watch over you': the role of the family in everyday and emergency diabetes care. *Health & Social Care in the Community*, 20(6), pp. 591-598.

Guzmán, J., Huenchuan, S. & Montes de Oca, V., 2002. *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*, Chile: CEPAL Notas de Población No. 77, pp. 35-70.

Ham, R., 2003. *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México: El Colegio de la Frontera Norte-Porrúa.

Hareven, T., 2000. *Families, history and social change: life course and cross-cultural perspectives*, Colorado: Westview.

Haro, J., 2000. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero, E. & Comelles, J. (edits.) En: *Medicina y cultura estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona: Bellaterra, pp. 101-161.

- Harris, M., 2000. *Introducción a la antropología general*. España: Alianza.
- Harris, O., 1986. La Unidad Doméstica como una Unidad Natural, *Nueva Antropología* VIII(30), pp.199-222.
- Heaney, C. & Israel, B., 2008. Social networks and social support. En: Glanz, K.; Rimer, B. & Viswanath, K. (edits.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice*. USA: Jossey-Bass, pp. 189-209.
- Heisel, M., 1989. El envejecimiento en el marco de las políticas demográficas de los países en desarrollo, En: Naciones Unidas, *Ageing and the family*, Nueva York: ONU, pp. 49-63.
- Hernández, A., 2003. Informalidad organizacional y redes, *Convergencia* 32, pp. 337-358.
- Hewitt, C., 1988. *Imágenes del campo. La interpretación antropológica del México rural*, México: El Colegio de México.
- Hevia, F., 2009. Participación ciudadana y control social en Progresá Oportunidades y Bolsa Familia. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 22(2), pp. 1-20.
- Huenchuan, S., 2003. *Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales*, Chile, Ponencia presentada en el Simposio viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social, 51 Congreso Internacional de Americanistas.
- _____. 2004. *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*, Chile: CELADE-CEPAL.
- _____. (editora), 2009. *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Chile: CEPAL.
- _____. 2011. *La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos*, Chile: CELADE-División de Población de la CEPAL.
- Huenchuan, S., Guzmán, J. & Montes de Oca, V., 2003. *Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco teórico conceptual*. Chile, Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas.
- Huenchuan, S. & Sosa Z., 2002. *Calidad de vida y redes de apoyo social de personas mayores en Chile*. Chile, Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores, CEPAL.
- Hume, D., 2006. *Investigación sobre los principios de la moral*. Madrid: Alianza.
- Islas, S. & María, R., 2005. *Diabetes mellitus*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Jaimes, F., 2007. *Una mirada antropológica sobre la vejez en el asilo St. Antonius en Múnich Alemania*. Tesis de Licenciatura en Etnología, México: ENAH.
- Jenkins, D., 2005. *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*, Washington: OPS.

- Jodelet, D. 1984. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: S, Moscovici, *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas Sociales*, México: Paidós, pp. 469-494.
- Johanson, J., 2000. Formal structure and intra-organisational networks. An analysis in a combined social and health organisation in Finland. *Scandinavian Journal of Management* 16, pp. 249-267.
- Kickbusch, I. 1986. Life-styles and health, *Social Science and Medicine* 22(2), pp. 117-24.
- Kinsella, K & Phillips, D., 2005. Global aging: The challenge of success, Population Reference Bureau, *Population Bulletin* 60 (1).
- Kleinman, A., 1988. *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, USA: Harper-Collins.
- Knipperera, M., 2010. Más allá de lo indígena: Salud e interculturalidad a nivel global, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 27(1), pp. 94-101.
- Krieger, N., 2001. A glossary for social epidemiology, *Journal Epidemiology Community Health* 55, pp. 693-700.
- Lalonde, M., 1981. *A new perspective on the health of Canadians a working document*, Canada: Minister of Supply and Services.
- _____ 1993. El concepto de campo de la salud, una perspectiva canadiense, *Boletín Epidemiológico* 4.
- Lamas, M. (comp.), 1996. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México: PUEG-Porrúa.
- Lara, A., Aroch, A., et al., 2004. Grupos de ayuda mutua: estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial, *Archivos de Cardiología de México* 74 (4).
- Laurell, C., 2008. La reforma de salud en la Ciudad de México 2000-2006. *Medicina Social*, Issue 2, pp. 170-183.
- Lazcano, E., 2012. *Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012*, México: INSP.
- Le Bretón, D., 1995. *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ledón, L., 2012. Impacto psicosocial de la diabetes *mellitus*, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), pp. 76-97.
- Lee, R. & Donehowen, G., 2011. Population ageing, intergenerational transfers, and economic growth: Latin America in a global context, En: *ECLAC, Population ageing, intergenerational transfers and social protection in Latin America and the Caribbean*, Chile: ECLAC-UN, pp. 15-29.

- Lerin, S., 2004. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta, *Desacatos* 016, pp. 111-125.
- Lin, N., 2001. *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lip, C. & Rocabado, F., 2005. *Determinantes sociales de la salud en Perú. Cuadernos de promoción de la salud No. 17*, Lima: Ministerio de salud-Universidad Norbert Wiener-OPS.
- Lomnitz, L., 1983. *Como sobreviven los marginados*. México: Siglo XXI.
- López, D., 1984. *La salud desigual en México*, México: Siglo XXI.
- López, O., Escudero, J. & Dary, L., 2008. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. *Medicina Social* 3(4), pp. 323-335.
- López, O. & Peña, F., 2006. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano, *Medicina Social* 1(3), pp. 82-102.
- López, O., Rivera, J., et al. 2010. Crisis, condiciones de vida y salud en México. Nuevos retos para la política social, *Medicina Social* 5(2), pp. 165-170.
- López, J., 2010. *Diabetes y curso de vida, trayectoria de pareja en la experiencia de la diabetes en hombres y mujeres del oriente de la Ciudad de México*, Tesis de Doctorado en Antropología Física, México: ENAH.
- Malinoswki, B., 1986. *Los argonautas del Pacífico occidental*, Barcelona: Península.
- Malvido, E., & Viesca, C., 1985. La epidemia de cocoliztli de 1576, *Historias* 11, pp. 27-33.
- Masana, L., 2012. Dogma nutricional bajo paradigma biomédico: repercusiones en personas con enfermedades crónicas. En: Gracia, (ed.) *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, pp. 79-99.
- Maury, E., 2010. Ritos de comensalidad y espacialidad. Un análisis antro-po-semiótico de la alimentación.. *Gazeta de antropología*, 26(2), pp. 1-13.
- Mauss, M., 1990. *The Gift: the Form and Reason for Exchange in Archaic Societies*, Nueva York: Norton.
- Maya, I., Garcia, M. & Santolaya, F., 2007. *Estrategias de Intervención Psicosocial. Casos Prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Mayberry, L. & Osborn, C., 2012. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), pp. 1239-1245.
- McCarty, C. & Wutichn, A., 2005. Empirical Arguments for Including or Excluding Ego from Structural Analyses of Personal Networks, *Connections* 26(2), pp. 82-88.

Meléndez, J., Tomás, J., Navarro, E., 2007. Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México* 49(6), pp. 408-414.

Mendoza, L. & Caro, E., 1999. *Manual de grupos de autoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda*, México: Gobierno del Distrito Federal.

Mendoza, Z., 1994. *De lo biológico a lo popular: el proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*, Tesis de Maestría en Antropología Social, México: ENAH.

Menéndez, E., 1981. Poder, estratificación y salud. *Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México: CIESAS.

_____ 1982. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Cuadernos Médico Sociales* 21, pp. 25-42.

_____ 1984. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica, *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales* 23, pp. 71-102.

_____ 1986. Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud, *Nueva Antropología* VIII (029), pp. 49-63.

_____ 1990. Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata No 179, México.

_____ 1992. Investigación antropológica, biografía y controles artesanales, *Nueva Antropología* XIII (43), pp. 23-37.

_____ 1997. Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, XV (51) pp. 83-103.

_____ 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes, *Estudios Sociológicos* 46, pp. 37-67.

_____ 2005. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos, *Revista de Antropología Social* 33 (14), pp. 33-69.

_____ 2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.

Mercado, F., Robles, L., *et al.*, 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico, *Caud. Saude Publica* 15(1), pp. 179-186.

Miranda, A., (coord.), 2012. *Evaluación costo-efectividad del programa u005 Seguro Popular*, México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.

Mitchell, J. (editor), 1978 *Social networks in urban situations*, Manchester: University of Sidney.

Módena, M., 1990. *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México: CIESAS.

Molina, J., 2001. *El análisis de redes sociales. Una introducción*, Barcelona: Bellaterra.

_____ 2005. El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas, *Empiria* 10, pp. 71-106.

Molina, J., Fernández, R. & Llepis, J., 2008. El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. *Portularia* VIII(1), pp. X-XX.

Molina, J., Fernández, R., Llepis, J. & McCarty, C., 2007. El apoyo social desde la perspectiva de las redes personales. En: M. Zúñiga, (ed.) *Redes sociales y Salud Pública*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, pp. 73-98.

Molina, J. & Aguilar, C., 2004. Redes sociales y antropología: un estudio de caso. En: C. Larrea y F. Estrada (coords.). *Antropología en un mundo en transformación*, Barcelona: Icaria, pp.149-169.

Montes de Oca, V., 2000. Experiencia institucional y situación social de los ancianos en la ciudad de México, En: Cordera, R. & Ziccardi, A. (coords.) *Las políticas sociales en México al fin del milenio. Descentralización, diseño y gestión*, México: Coordinación de Humanidades/Facultad de Economía/IIS-UNAM /Miguel Ángel Porrúa, pp. 419-456.

_____. 2004. *Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo en el interior del hogar, Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México: UNAM.

_____. 2005. *Redes comunitarias, género y envejecimiento*, México: IIS-UNAM.

Mora, L., 2008. El sentido de la familia: una construcción con las tramas de vida de tres generaciones, *Forum: Qualitative Social Research* 9 (2).

Moragas, R., 2004. *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*, Barcelona: Herder.

Morales, F., 1994. Evaluación integral del anciano, En: *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*, Washington: OPS-Publicación científica # 546, pp. 74-77.

Morales, J., 1978. La teoría del intercambio social desde la perspectiva de Blau, *REIS* 4 (78), pp. 129-146.

Moreno, L., 2007. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica, *Salud Pública México* 49(1), pp. 63-70.

Moser, C., 1998. The assets vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies, *World Development* 26(1).

Muntaner, C., et al., 2005. "Barrio Adentro" en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos, *Medicina Social* 3(4), 306-322.

Muñoz, A., Ocampo, P. & Quiroz, J., 2007. Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. *Archivos en Medicina Familiar* 9(2), pp. 87-91.

Murdock, G., 1994. *Guía para la clasificación de los datos culturales*. México: UAM.

Navarrete, F., 2010. *Los orígenes de los pueblos indígenas del Valle de México. Los altépetl y sus historias*, México: UNAM, pp. 343-408.

Navarro, S., 2004. *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid: CCS.

Orizo, A., 1993. Bienestar, alimentación y estilo de vida, En: Miguel, A. *La sociedad española 1992-1993*, España: Alianza, pp. 223-316

Orozco, I., Arias, E. & Villa, E., 1998. La identidad colectiva del anciano. Un acercamiento a su proceso salud-enfermedad, En: Mercado F. & Robles, L. (comps.), *Investigación cualitativa en salud. Perspectiva desde el Occidente de México*, Universidad de Guadalajara, México, pp.287-307.

Ortiz, J., 1991. *Envejecimiento: ¿programa genético o desgaste?*, Tesis de Licenciatura en Antropología Física, México: ENAH.

Ortiz, M., Garrido, F., et al., 2011. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* en centros de salud, *Salud pública* 53(4), pp. S436- S444.

Osorio, R., 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: INI-INAH-CIESAS.

_____. 2009. *La cultura médica materna y la salud infantil. Un análisis de las enfermedades respiratorias desde la epidemiología sociocultural en México*, Prepared for delivery at the 2009 Congress of the Latin American Studies Association, Rio de Janeiro.

Pacileo, G., 2005. Globalización y tendencias actuales de la salud mundial, En: *Federación por la defensa de la sanidad pública, Globalización y Salud*, FADSP, Madrid, pp. 27-40.

Papelbaum, M., et al., 2010. The association between quality of life, depressive symptoms and glycemetic control in a group of type 2 diabetes patients. *Diabetes Res Clin Pract* 89(3), pp. 227-230.

Parsons, T., 1999. *El sistema social*. España: Alianza.

Peinado, A., Portero, P. & González, P., 1994. *La diabetes del adulto en la comunidad de Madrid. Percepción de los enfermos y del personal sanitario de Atención Primaria de Salud sobre el manejo de la enfermedad.*, Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud-Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Peláez, M., 2004. *Primer informe sobre el estado de envejecimiento y la salud en América Latina y el Caribe*, Chile: CEPAL.

Pérez, A., (coord.), 2003. *Rupturas y permanencias en los roles de género. Cuando las mujeres trabajan*, Argentina: Universidad Nacional del Nordeste-Centro de Estudios Sociales.

Perilla, L. & Zapata, B., 2009. Redes sociales, participación e interacción social, *Trabajo Social* 11, pp. 147-158.

Peña, Y., 2012. *El enfoque biocultural en Antropología. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad en Santiago de Anaya, Hidalgo: sistemas de atención en salud, percepción sociocultural y estrategias de supervivencia doméstica*, CONACULTA-INAH: México.

Pizarro, R., 2001. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Chile: CEPAL.

Quintero, G. & González, U., 1997. Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada, En: J., Buendía, *Gerontología y Salud: Perspectivas Actuales*, Madrid: Biblioteca Nueva.

Quirós, D. & Villalobos, A., 2007. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes mellitus Tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica, *Universidad Psychologia Bogotá* 6 (3), 679-688.

Radcliffe, A., 1972. *Estructura y función en la sociedad primitiva*, Barcelona: Península.

Ramírez, I., 2005. Turismo alternativo en los bosques de Atlautla, Estado de México. *Ra Ximha* 1(3), pp. 523-557.

Ramos, L., 1994. Family Support for the elderly in Latin America: The role of the multigenerational household, En: Naciones Unidas, *Ageing and the Family*, Nueva York, pp. 66-72.

Requena, F., 2003. *Análisis de redes sociales. Orígenes, teorías y aplicaciones*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Reygadas, L., 2008. Distinción y reciprocidad. Notas para una antropología de la equidad, *Nueva Antropología XXI* (69), pp. 9-31.

Rico, J., 2009. Utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes para la visibilización de sus prácticas: los ecuatorianos en Murcia, *Revista de Antropología Experimental* 12, pp. 169-177.

Ríos, R., 2007. Redes en Salud. Salud en Red. Desenredando la terminología. *Revista Chilena de Salud Pública* 11(1), pp. 28-37.

Rivers, W., 1975. El método genealógico de investigación antropológica. En: J. Llobera, (ed.) *La antropología como ciencia*. Barcelona: Anagrama, pp. 85-95.

Rivoir, A., 1999. Redes Sociales: ¿Instrumento metodológico o categoría sociológica? *Revista de Ciencias Sociales* (15), pp. 49 –58.

Robertis, C., 1994. *La intervención colectiva en Trabajo Social. La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires: El Ateneo.

Robichaux, D., 2005. Principios patrilineales en un sistema bilateral de parentesco: residencia, herencia y el sistema familiar mesoamericano. En: Robichaux, D. (ed.) *Familia y parentesco en México y Mesoamérica. Unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 167-272.

Robles, L., 2007. *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

_____. 2004. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención, *Cad. Saúde Pública*, 20(2):618-625.

Rodríguez, M., 1999. *Sociología de los mayores*, España: Universidad Pontificia de Salamanca.

Rodríguez, T., 2007. Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales, En: Rodríguez, T. & García, M., (coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, Universidad de Guadalajara, México, pp. 157-188.

Rofman, R. & Lucchetti, L., 2006. Sistemas de pensiones en América Latina: Conceptos y mediciones de cobertura, *Social Protection Discussion Paper*, No. 0616.

Ronzón, Z., 2003. El anciano ante la falta de asistencia social y de salud, En: Vázquez, F., *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*, CIESAS, México, pp. 59-87.

Roger, F., 2011. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales. Comunicación presentada en la 17ª Semana de Ética y Filosofía. Congreso Internacional de la Asociación Española de ética y filosofía política. Donostia-San Sebastián

Rosenblueth, I., 1984. *Roles conyugales y redes de relaciones sociales*. México: UAM.

_____. 1985. Envejecimiento, salud y enfermedad; patrones diferenciales. *Revista Nueva Antropología* VII, 51-74.

Rosemberg, F., 1982. *Regionalismo, faccionalismo y redes sociales en una ciudad pérdida en la Ciudad de México*, Tesis Licenciatura en Antropología Social, México: ENAH.

Rubio, G. & Garfias, F., 2010. *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*. Chile: División de Desarrollo Social-Naciones Unidas.

Ruiz, C., 2002. *Manual para la elaboración de políticas públicas*. Plaza y Valdés, México.

Sader, E. & Gentili, P. (comps.), 2003. *La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social*, CLACSO, Buenos Aires.

Safaei, J., 2007. Desigualdades en salud relacionadas con el ingreso global, *Medicina Social* 2(1), pp. 21-36.

Sahlins, M., 1974. *Economía de la edad de piedra*, Akal, Chicago.

Salaverry, O., 2010. Interculturalidad en salud, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 27 (1), pp. 80-93.

Salgado, N., & Wong, R., (editoras), 2006. *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, México: INSP.

San Martín, H. & Pastor, V., 1990. *Epidemiología de la vejez ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?*, España: Interamericana-McGraw-Hill.

Sánchez, L. & González, J., 2006. *Estilos de vida y participación comunitaria. La calidad de vida como finalidad*, Venezuela: VDP.

Sanzana, G., 2009. Tratamiento de la diabetes en el paciente mayor, *Revista Vern. Clínica* 20(5), pp. 635-638.

Sanz, L., 2003. Análisis de redes sociales: o como representar las estructuras sociales subyacentes. *Apuntes de ciencia y tecnología* 7, pp. 21-29.

Schepper, N., 1997. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. España: Ariel.

Schubert, M., & Borkman, T., 1994. Identifying the experiential knowledge developed within a self- help group. En T. J. Powell, *Understanding the self- help organization: frameworks and findings*, California: Sage, pp. (227- 246).

Schoijet, M., 2004. La recepción e impacto de las ideas de Malthus sobre la población. *Estudios demográficos y urbanos* 20 (3), pp. 569-604.

Schweizer, T., 1997. Embeddedness of Ethnographic Cases. A Social Networks Perspective. *Current Anthropology* 38(5), pp. 739-760.

Scott, J., 2000. *Social Network Analysis. A Handbook*. London: Sage Publication Ltd.

Sedó, P., 2010. Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica. *Anales de Gerontología* 6, pp. 99-112.

Silva, R., 1986. *Monografía Municipal Atlautla*. México: Gobierno del Estado de México.

Smith, A., 2004. *Teoría de los sentimientos morales*. México: FCE.

Soberón, G., 1987. El sistema nacional de salud, *Revista de Administración Pública*, pp. 17-25.

Sojo, A., 2004. *Vulnerabilidad social y políticas públicas*. México: CEPAL-CELADE.

Solecki, N., 1971. *Shanidar. The First Flower People*. New York: Knopf.

Soto, J., (coord.), 2012. *Meta Evaluación 2007-2012 del Programa 70 y Más. Informe Final*, México: Secretaría de Desarrollo Social.

Stella, L., 2009. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo, *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 8(17), pp. 69-79.

Sturzenegger, O., 1994. El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico. *Suplemento Antropológico* 29 (1-2), pp. 163-227.

Suárez, J., 2009. Universalidad con equidad en salud. En: OPS, *1er. Congreso Internacional sobre Medicina y Salud hacia una cobertura universal en salud*, México: OPS-Seminario de Medicina y Salud, pp. 197-218.

Tajfel, H., 1998. Categorización social, identidad social y comparación social. En: Tajfel, H., *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder, pp. 291-304.

Tamez, B. & Ribeiro, M., 2009. La solidaridad familiar hacia los adultos mayores en Monterrey, N.L. En: Ribeiro, M. & Mancinas, S. (Edits.). *Textos y contextos del envejecimiento en México: Retos para la familia y el Estado*. México: Plaza y Valdés. pp. 245-276.

Timio, M., 1980. *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*, México: Nueva imagen.

Torres, T., 2004. *Sangre y azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México*. México: Universidad de Guadalajara.

Terrero, A., 2008. *Baños de temazcal: similitudes y diferencias entre dos pueblos del Estado de México. Reformulación del uso de temazcal*, Tesis de Licenciatura en Etnohistoria, México: ENAH.

Valentín, V., 2005. *Los efectos del apoyo social en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México: UNAM.

Vargas, L., Martínez, M., et al., 2008. El viejismo a través de la historia, En: Mendoza, V., Martínez, M. & Vargas, L. (edits.), *Viejismo: estereotipos de la vejez*, México: FES Zaragoza-UNAM, pp. 34-75.

Varley, A. & Blasco, M., 2001. ¿Cosechan lo que siembran? Mujeres ancianas, vivienda y relaciones familiares en el México urbano.. En: Gomes, C. (editor) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: FLACSO-PORRÚA, pp. 301-323.

Vaux, A & Harrison, D., 1985. Support Network Characteristics Associated with Support Satisfaction and Perceived Support. *American Journal of Community Psychology* 13 (3), pp. 245-268.

Vázquez, F., 2003. *Contando nuestros días. Un estudio antropológico sobre la vejez*, México: CIESAS.

Vázquez, F., Orozco, I., et al. 2006. *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, México: El Colegio de la Frontera Norte-Plaza y Valdés.

Vega, T., De Dios, Y., 2006. Beneficios psicosociales de los grupos de apoyo: su influencia en los estilos de socialización familiar, *Intervención Psicosocial* 15 (2), pp. 233-244.

Vergara, C., 2007. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad, *Hacia la Promoción de la Salud* 12, pp. 41-50.

Waitzkin, H., 2006. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social, *Medicina Social* 1(1), pp. 5-10.

Weber, M., 1973. *Ensayos sobre metodología sociológica*, Buenos Aires: Amorrortu.

Westaway, M., Seager, J., Rheeder, P. & Van Zyl, D., 2005. The effects of social support on health, well-being and management of diabetes *mellitus*: a black South African perspective. *Ethn Health* 10 (1), pp. 73-89.

Whiting, D., Unwin, N. & Rogle, G. 2010. *Equity, social determinants and public health programs*. Switzerland: WHO, pp. 77-94.

Wikilson, R. & Marmot, M., 2003. *Social determinants of health: the solid facts*. Denamrk: WHO.

Wong, R., 1999. Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México; En: CONAPO (comp.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*, México: CONAPO.

Wong, R. & Salgado, N., (edits.), 2006. *Envejecimiento, Pobreza y Salud en Población Urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*, México: INSP.

Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R. & Lipson, D., 2001. Globalization and health: a framework of analysis and action, *Bulletin of the World Health Organization* 79 (9), pp. 875-881.

Yubero, S. & Larrouiraga, E., 1999. La imagen social del anciano, En: Y., Santiago, J., Montañés, (coords), *Envejecimiento, sociedad y salud*, España: Universidad de Castilla-La Mancha, pp. 59-81.

Yuni, J., Urbano, C. & Arce, M., 2001. Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento, Argentina: Brujas.

Declaraciones y documentos oficiales:

OMS/WHO

Psicogeriatría. Serie de Informes Técnicos, 1972. Ginebra: OMS.

Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978. URSS: OMS.

Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986. Canadá: OMS.

Life styles and Health, 1986. *Social Science and Medicine* 22 (2), pp. 117-124.

El envejecimiento y la actividad física en la vida diaria. Programa sobre Envejecimiento y Salud, 1998. Ginebra: OMS.

El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación, 1998, La Haya: OMS.

Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación, 2000. UK: OMS-WHO.

Envejecimiento activo: un marco político, 2002, *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 37, (S2): 74-105.

Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores, 2002. E.U.: OMS-Universidad de Toronto, INPEA.

Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons, 2002, Massachusetts: WHO.

62.ª Asamblea Mundial de la salud. Resoluciones, declaraciones y anexos, 2003. Ginebra: OMS.

Health promotion and healthy lifestyles. Fifty-seventh World Health Assembly A 57/11, 2004. Ginebra: WHO.

Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores. Elementos para la toma de decisiones. Una fuente autorizada de información sobre la buena nutrición y la actividad física recomendadas para los adultos mayores, 2004. Washington: OMS.

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaría. 61ª Asamblea Mundial de la Salud A61/8, 2008. OMS.

Plan de acción para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles A61/8. 61ª Asamblea Mundial de la Salud, 2008, Washington: OMS.

Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 49o Consejo directivo, 61a Sesión del Comité Regional, 2009. EUA: OPS-OMS.

Envejecimiento activo. Primer Congreso Mundial sobre el Envejecimiento saludable, 2012. Malasia: OMS.

World Bank

Averting the old age crisis. Policies to protect the old and promote growth, 1994. Washington: Oxford University Press.

ONU

Recomendación Plan Viena: Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Asamblea mundial sobre el envejecimiento, 1982. Austria: ONU.

Naciones Unidas y Envejecimiento, 2003. Chile: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la Asamblea General. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2011. Nueva York: Naciones Unidas.

OPS

La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa, 1994. Washington: OPS

Envejecimiento activo: un marco político, 2002. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital-OPS, *Revista Especializada en Geriatría y Gerontología* 37(S2), pp. 74-105.

Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción, 2004. Washington: OPS.

Gestión de redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas, 2008. Brasil: OPS.

Redes de relacionamiento estratégico de la OPS/OMS. Conceptos y lecciones aprendidas, 2011. OPS: Brasil.

Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas, 2012, Washington: OPS.

Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. Publicación Científica y Técnica No. 636, 2012. Washington: OPS.

CEPAL

Panorama Social de América Latina: 1999-2000, Chile: CEPAL.

Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas, 2002. Brasil: CEPAL-CELADE.

El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. Informe Final, 2002. Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores, Chile: CEPAL-CELADE-División de Población.

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002, Chile.

Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones, 2002, Brasil: CEPAL-ECLAC.

Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2003. Chile: CEPAL-Grupo de trabajo interinstitucional sobre el envejecimiento.

Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2003. Chile: CEPAL- Grupo de trabajo interinstitucional sobre el envejecimiento, Chile.

Población, envejecimiento y desarrollo. Trigésimo período de sesiones de la CEPAL, 2004. Puerto Rico: CEPAL.

Brasilia Declaration, Second Regional Intergovernmental Conference on Ageing in Latin America and the Caribbean: towards a society for all ages and rights-based social protection, 2007. Brasilia: CEPAL.

Carta de San José, 2012. Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, Costa Rica: CEPAL.

Contribuciones de la CEPAL para el seguimiento e implementación de la Declaración de Brasilia 2010-2012, 2012. Ecuador: CEPAL-CELADE.

Del compromiso a la acción. Tercera Guía para el examen y la evaluación de la Declaración de Brasilia en América Latina y el Caribe. Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento, 2012. Costa Rica: CEPAL-UNFPA.

Envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad. Tercera Conferencia intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2012. Chile: CEPAL-ONU.

Secretaría de Gobernación

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

Secretaría de Salud

Esquema metodológico para incorporar los derechos humanos en salud mediante el enfoque intercultural, 2003. México: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Secretaría de salud.

Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD programa de acción específico 2007-2012, 2006. México: Secretaría de salud.

Interculturalidad en Salud programa de acción específico 2007-2012, 2006. México: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural-Secretaría de salud.

Modelo Integrado de Atención a la salud (MIDAS), 2006. México: Secretaría de Salud.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, 2007. México: Secretaría de Salud.

Competencias interculturales para el personal de salud, 2007. México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General adjunta de Implantación en Sistemas de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural-Secretaría de Salud.

Interculturalidad en salud. Síntesis ejecutiva, 2008. México: Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural-Secretaría de Salud.

Servicios y unidades de Salud, culturalmente competentes, 2008. México: Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural-Secretaría de salud.

Programa de Acción Específico 2007-2012 Diabetes mellitus, 2008. México: Secretaría de Salud.

Programa de Acción Específico 2007-2012. Envejecimiento, 2008. México: Secretaría de Salud.

Boletín Epidemiológico 2009. México: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud.

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, 2010. México: Secretaría de Salud.

Boletín Epidemiológico 2010. México: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud.

Boletín de Información Estadística 2010. México: Sistema Nacional de Información en Salud.

Boletín epidemiológico 2011. Diabetes mellitus tipo 2, México: Subsecretaría de Prevención de la salud, Dirección General de Epidemiología-Secretaría de Salud.

Operación del instituto de salud por redes integradas de atención a la salud. Periodo 2012-2030, 2012. México: Coordinación de salud- Gobierno del Estado de México-Secretaría de salud-Subsecretaría de innovación y calidad-Dirección general de planeación y desarrollo en salud- Coordinación de MICROMIDAS.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales, 2013, México: Secretaría de salud.

Sistema de protección social en salud. Informe de resultados. 2013, México: Secretaría de salud-Comisión nacional de protección social en salud.

SEDESOL

Manual de Promoción y Operación de la Contraloría Social en Programas Federales, 2010. México: SEDESOL.

Guía operativa de contraloría social 70 y más, 2012. México: Dirección general de atención a grupos prioritarios-SEDESOL.

Guía Operativa para la Contraloría Social en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades – Programa de Apoyo Alimentario, 2012, México: Dirección General de Atención y Operación-Dirección de Participación Comunitaria y Contraloría Social.

Cuarto informe trimestral 2012. Programas de subsidios del ramo administrativo 20, 2013. México: Desarrollo Social-Subsecretaría de desarrollo social y humano, Dirección general de seguimiento.

Manual ciudadano/Reglas de operación 2012/Programas sociales/Estado de México, 2012. México: SEDESOL.

Modelo de Cultura Física para personas de edad avanzada, 2013. México: INAPAM-Dirección de Programas Estatales Departamento de Recreación Física y Deporte

Evaluación de diseño Programa Pensión para Adultos Mayores, 2013. México: EVALUARE-SEDESOL.

Cuarto informe trimestral 2013. Programas de subsidios del ramo administrativo 20, México: Desarrollo Social-Subsecretaría de desarrollo social y humano, Dirección general de seguimiento.

CONEVAL

Pensión para Adultos Mayores, 2013. México: Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios-CONEVAL.

Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el Seguro Popular, 2013. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud-CONEVAL.

Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, 2013. México: Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades-CONEVAL.

Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012 – 2013. Valoración de la información de desempeño presentada por el Programa 70 y más.

CONAPO

Proyecciones de la población 2010-2050, 2012. México: CONAPO.

INEGI

Censos Económicos 2009, México: INEGI.

Censo de Población y Vivienda 2010, México: INEGI.

Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2010. México: INEGI.

INAPAM

Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. Por el México que ellos merecen Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2010. México: INAPAM.

Gobierno del Estado de México

Bases de diagnóstico: población vulnerable del Estado de México. Documento técnico DDA/04/20011, 2010. México: Gobierno del Estado de México-Secretaría del Medio Ambiente.

Programa trienal de asistencia social sistema municipal DIF Atlautla 2009-2012, poder ejecutivo del estado h. Ayuntamiento constitucional de Atlautla, 2010. México: Gaceta del gobierno Estado de México, DGC NUM 001 1021.

Manual de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM, área médica, 2010. México: Secretaría de Salud-Instituto de Salud del Estado de México.

Diagnóstico de salud Atlautla de Victoria, Atlautla, Estado de México, 2013. México: Jurisdicción Sanitaria Amecameca, Coordinación Municipal Atlautla.

Federación Internacional de Diabetes

ADA Standards of Medical Care in Diabetes, 2009. *Diabetes Care* 32(1), pp. 13-61.

Plan Mundial contra la diabetes 2011-2021, 2011. Bruselas: Federación Internacional de Diabetes.

Otros:

Acciones para la inclusión: La metodología en inclusión social, buenas prácticas y talleres de participación, 2008. Madrid: Cruz Roja Española.

Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud, 2011. Washington: Rand Corporation-Centro Fox.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales España, *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social: España.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales España, *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, 2012. *Gaceta Sanitaria* 26(2), pp.182-189.

Recursos online:

2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable disease, 2009. WHO.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf?ua=1

[Último acceso: 5 abril 2013].

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). Diario Oficial 2003

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/assrosps.html>

[Último acceso: 15 octubre 2013].

Amendments to the Staff Regulations: Age of retirement in the ILO, 2013, ILO

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_221741.pdf

[Último acceso: 10 octubre 2014].

Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana

<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/index.php>

[Último acceso: 5 abril 2013].

Campos, R. *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*

<http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf>

[Último acceso: 5 abril 2013].

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html

[Último acceso: 24 agosto 2012].

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/default.htm?s=>

[Último acceso: 18 septiembre 2012].

Cultura del agua. Hacia un uso eficiente del recurso vital. Serie: Estado de México: Patrimonio de un Pueblo. Secretaría del Agua y Obra Pública, 2009

http://cuencavalledemexico.com/wp-content/uploads/2010/04/Cultura-del-Agua-OK_web-92-285.pdf

[Último acceso: 25 mayo 2013].

Decreto por el que se reforma el artículo 112 de la Ley General de Salud en materia de automedicación responsable Gaceta Parlamentaria, 2012

<http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/61/2012/feb/20120216-IV/Iniciativa-5.html>

[Último acceso: 11 enero 2013].

Diagnóstico de los aportes de diferentes modelos clínico terapéuticos para la diabetes mellitus, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta6/diagnóstico_aportes_diabetes.pdf

[Último acceso: 12 marzo 2013].

DIF-Atlautla

<http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2010/nov221.PDF>

[Último acceso: 15 febrero 2013].

Domínguez, G., Zavala, M., et al. 2008. *Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México*. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander

<http://www.medicasuis.org/anteriores/volumen23.1/doc5.pdf>

[Último acceso: 10 enero 2013].

El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación, 1979, U.S.A.: Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento.

www.bioeticayderecho.ub.es

[Último acceso: 13 marzo 2011].

El rol de los farmacéuticos en el auto-cuidado y la automedicación. Ginebra: OMS.

<http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/3.3.html#Jwhozip32e.3.3>

[Último acceso: 5 noviembre 2012].

Encuesta Nacional de Salud, 2000. México: INSP.

<http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

[Último acceso: 25 octubre 2011].

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. México: INSP.

<http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>

[Último acceso: 25 octubre 2011].

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. México: INSP.

<http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2012.pdf>

[Último acceso: 20 de abril 2013].

Estilos de vida saludables

<http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/TopicHome.asp?ID='515,516,517,518,519,520'&KW=reviewedPublicationsULS&Lang=S&Title=Estilos%20de%20vida>

[Último acceso: 29 noviembre 2012].

<http://www.consumoteca.com/bienestar-y-salud/vida-sana/estilo-de-vida>

[Último acceso: 29 noviembre 2012].

Fernández, C. & Vázquez, E., *El sueño del anciano. Atención geriátrica*, 2007. *Revista um.es*.

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/205/174&a=bi&pagenumber=1&w=100>

[Último acceso: 25 abril 2013].

Fernández, R., 2005. Redes sociales, apoyo social y salud, *Revista de recerca i investigació en antropologia* 3, pp. 1-16.

http://antropologia.uab.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf

[Último acceso: 19 febrero 2012].

Hebe, L., Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos, 2005. *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*, <http://revista.iered.org>
[Último acceso: 23 mayo 2012].

Hevia, F., Mecanismos de participación ciudadana y control social en los programas de transferencia condicionada de renta en México y Brasil. Un análisis comparado, 2009. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 22 (2).
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/22/felipehevia.pdf>
[Último acceso: 20 abril 2013].

Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
<http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
[Último acceso: 25 Octubre 2011].

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, 1993. OPS/OMS
http://www.nacionmulticultural.unam.mx/acervo/monografia/mon_005/mon_005_01.pdf
[Último acceso: 15 septiembre 2012].

Lerín, S., 2005. *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social*, I Congreso Latinoamericano de Antropología, Argentina.
http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/119.%20Interculturalidad%20y%20salud.pdf
[Último acceso: 20 febrero 2012].

Ley del Adulto Mayor del Estado de México
06 agosto de 2008 Gaceta del Gobierno del Estado de México.
<http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig138.pdf>
[Último acceso: 12 mayo 2013].

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
DOF 25-04-2012
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
[Último acceso: 12 mayo 2013].

Ley General de Salud
DOF 04-06-2014
www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf
[Último acceso: 25 Octubre 2012].

Ley General de Desarrollo Social
DOF 07-11-2013
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264.pdf>
[Último acceso: 5 noviembre 2012].

Ley del Seguro Social
DOF 02-04-2014
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>
[Último acceso: 5 noviembre 2012].

Lozares C., 1996. La teoría de redes sociales, *Papers* 48.
<http://seneca.uab.es/antropologia/jlm/ars/paperscarlos.rtf>
[Último acceso: 5 noviembre 2012].

Mendoza, F., *Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas*.
<http://cbs.xoc.uam.mx/forosalud/a02.pdf>
[Último acceso: 25 noviembre 2011].

Modelo de abordaje para la promoción de la salud, 2005. Gobierno del Perú.
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Modelo%20de%20abordaje%20de%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf>
[Último acceso: 15 octubre 2014].

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993 Para el Fomento de la Salud del Escolar
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/009ssa23.html>
[Último acceso: 5 diciembre 2012].

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
<http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/05/NOM-015-SSA2-2010.pdf>
[Último acceso: 5 diciembre 2012].

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012 Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012
[Último acceso: 5 diciembre 2012].

Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA-1998 Para la Asistencia Social Alimentaria a grupos de riesgo.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/169ssa18.html>
[Último acceso: 5 diciembre 2012].

Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA3-2012 Para la atención integral a personas con discapacidad.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012
[Último acceso: 5 diciembre 2012].

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642
[Último acceso: 5 diciembre 2012].

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012 Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012
[Último acceso: 5 diciembre 2012].

Pérez B & Daza, M., 2000 *El apoyo social*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion>
[Último acceso: 9 mayo 2012].

Programa de Desarrollo Social “gente grande” (vertiente adultos mayores de 70 años de edad y vertiente adultos mayores de 60 a 69 años de edad)
http://transparencia.edomex.gob.mx/cemybs/htm/padrones_ben/FICHAS-GENTE%20GRANDE-2013.pdf
[Último acceso: 5 abril 2013].

Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Atlautla, México, 2009 Clave geoestadística 15015.
[Último acceso: 15 marzo 2012].

Propuesta de fortalecimiento para los Grupos de apoyo a diabéticos con base en diferentes modelos clínico terapéuticos, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural
http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta3/08_8propuesta_oper.pdf
[Último acceso: 5 abril 2013].

Proyecciones de la población de México 2005-2050, CONAPO
<http://www.conapo.gob.mx>
[Último acceso: 25 enero 2012].

Review of the mandatory age of retirement in the United Nations Common System, 2009, UNWTO
http://www.ilo.org/public/english/employment/retirement/mandatory_age_of_retirement.pdf
[Último acceso: 10 octubre 2014].

Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002. Madrid
<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/mujeres.pdf>
[Último acceso: 23 mayo 2012].

Seguro Popular mecánica de operación
http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfis/reglas_operacion/6_mecanica_de_operacion.htm
[Último acceso: 25 abril 2013].

Tuirán, R., *Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México*. CONAPO
<http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/PAUVRETE/ACTES/Tuiranesp.PDF>
[Último acceso: 28 mayo 2012].

Valls, C. *et al.*, 1999. *Cada vez vivimos más, pero... ¿vivimos mejor?*, Cuadernos Mujer y Salud, 4, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC,
<http://www.Reddesalud.web.cl>
[Último acceso: 28 mayo 2012].

ANEXO A

Tabla 101. Glosario de plantas medicinales

Nombre popular	Nomenclatura científica	Uso
Toronjil (morado, rojo y blanco)	<i>Agastache mexicana</i>	Malestares estomacales: digestión, cólicos, empacho. Complementa el tratamiento contra el espanto. Problemas del corazón y palpitaciones.
Muicle	<i>Justicia spicigera shlechtendal</i>	Problemas relacionados con la sangre, como hipertensión arterial, la circulación, hacer glóbulos rojos, anemia. Para fortalecer el pulmón.
Ruda	<i>Ruta graveolens</i>	Limpias, mal de ojo. Dolor de estómago, cólicos. Alivia la bilis y los malestares por coraje.
Santa María	<i>Tanacetum parthenium</i>	Limpias, temazcal para parturientas. Problemas de menstruación y cólicos.
Romero	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Contra la gripa, dolor de huesos y dolor de cabeza.
Hierbabuena	<i>Mentha piperita</i>	Alivia problemas estomacales, digestión y cólicos.
Manzanilla	<i>Matricaria chamomilla</i>	Problemas estomacales y digestión. Afecciones en los ojos
Cedrón	<i>Aloysia citrodora</i>	Problemas digestivos.
Hierba del cáncer	<i>Cuphea aequipetala</i>	Síntomas de cáncer. Heridas, golpes, inflamación, infecciones en la piel.
Ortiga o chichicastle	<i>Urtica subincisa</i>	Problemas de la piel como escozor y salpullido.
Ámbar	<i>Oenothera pubescens ness</i>	Dolores de estómago. Molestias relacionadas con los riñones.
Cuachalalate	<i>Amphipterygium adstringens</i>	Molestias relacionadas con los riñones. Heridas en la piel.
Membrillo	<i>Cydonia oblonga</i>	Molestias relacionadas con los riñones
Wereque	<i>Maximowisda sonora</i>	Control de glucosa
Marrubio	<i>Marrubium vulgare</i>	Control de glucosa
Prodigiosa	<i>Brickellia cavanillesii DC</i>	Control de glucosa
Eucalipto	<i>Eucalyptus melliodora</i>	Resfriados, gripe, tos.
Guarumbo	<i>Cecropia peltata</i>	Control de glucosa.
Chaya	<i>Cnidoscolus chayamansa</i>	Control de glucosa.
Ajenjo	<i>Artemisia absinthium</i>	Control de glucosa.
Hierba del ángel	<i>Eupatorium petiolare</i>	Control de glucosa.
Tronadora	<i>Tecoma stans</i>	Control de glucosa.
Granada china	<i>Passiflora ligularis</i>	Control de glucosa.
Noni	<i>Morinda citrifolia</i>	Control de glucosa. Regulación de la presión arterial.
Chicalote	<i>Argemone mexicana l.</i>	Afecciones de los ojos. Sordera.
Zapote blanco	<i>Casimiroa edulis llave</i>	Control de presión arterial.
Zabila	<i>Aloe barbadensis</i>	Control de glucosa.
Tochil	No identificada	Dolor de estómago.
Malva	<i>Malva sylvestris</i>	Malestares estomacales.

Fuente: Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana

ANEXO B

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por A. F. Yanira Aguilar Acevedo, de la Universidad Nacional Autónoma de México. La meta de este estudio es conocer las redes sociales de atención de adultos mayores que padecen diabetes. Lo anterior con la finalidad de comprender cómo se conduce la atención a este sector y otorgar un diagnóstico de la situación que pueda conllevar a mejoras del mismo.

Al participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista así como acudir a su domicilio. Lo que sea conversado durante estas sesiones será grabado, de modo que el investigador pueda transcribir las ideas que usted haya expresado. De no aceptar la grabación únicamente se escribirán sus respuestas durante las sesiones. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Los resultados del estudio serán presentados a los participantes y a las autoridades locales, con la finalidad de que sean un aporte para el conocimiento de la situación de salud de adultos mayores diabéticos de la localidad.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio y de la manera en que participaré.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista que podrán ser o no grabadas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a A.F. Yanira Aguilar, al teléfono.....

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a A. F. Yanira Aguilar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

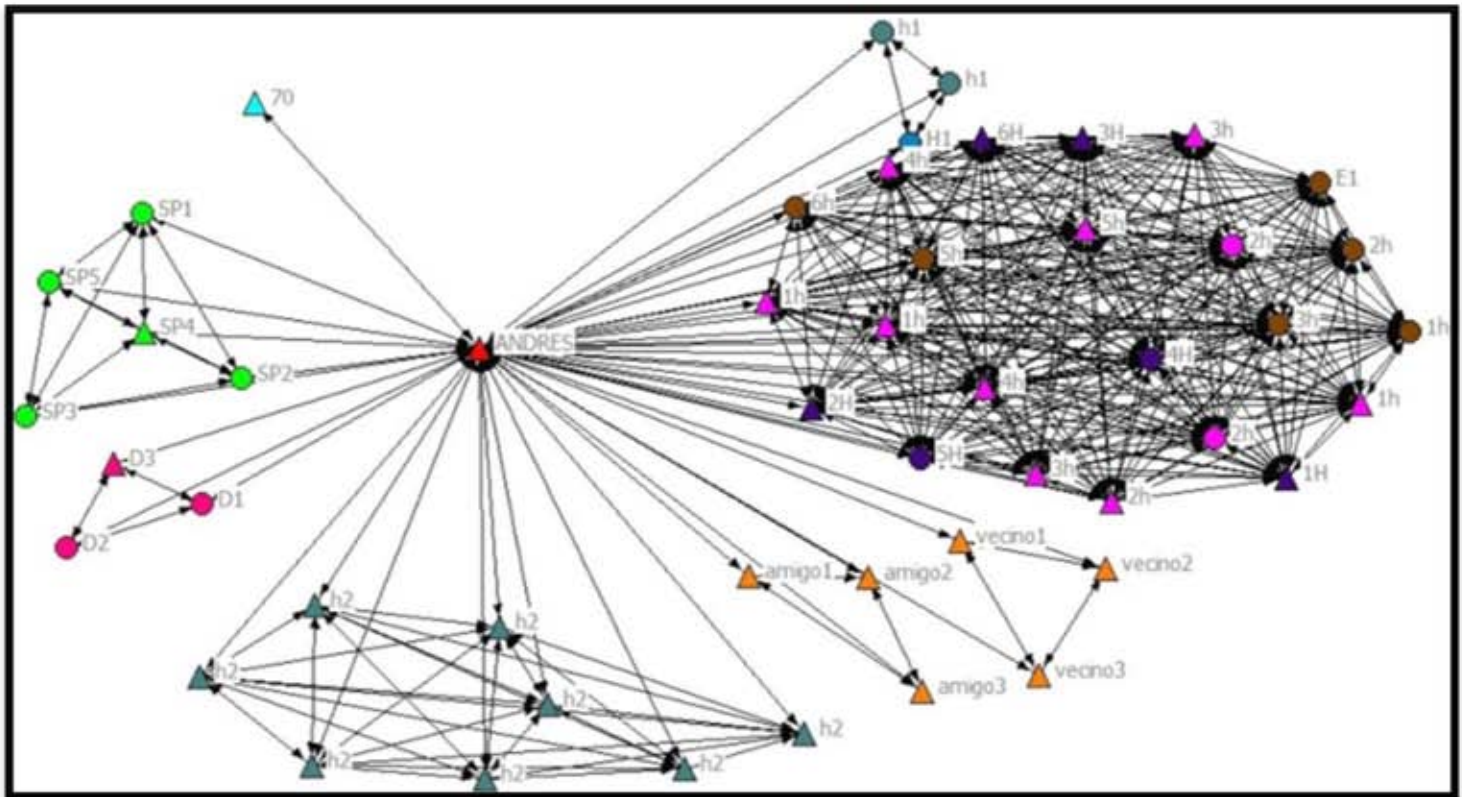
Firma del Participante

Fecha

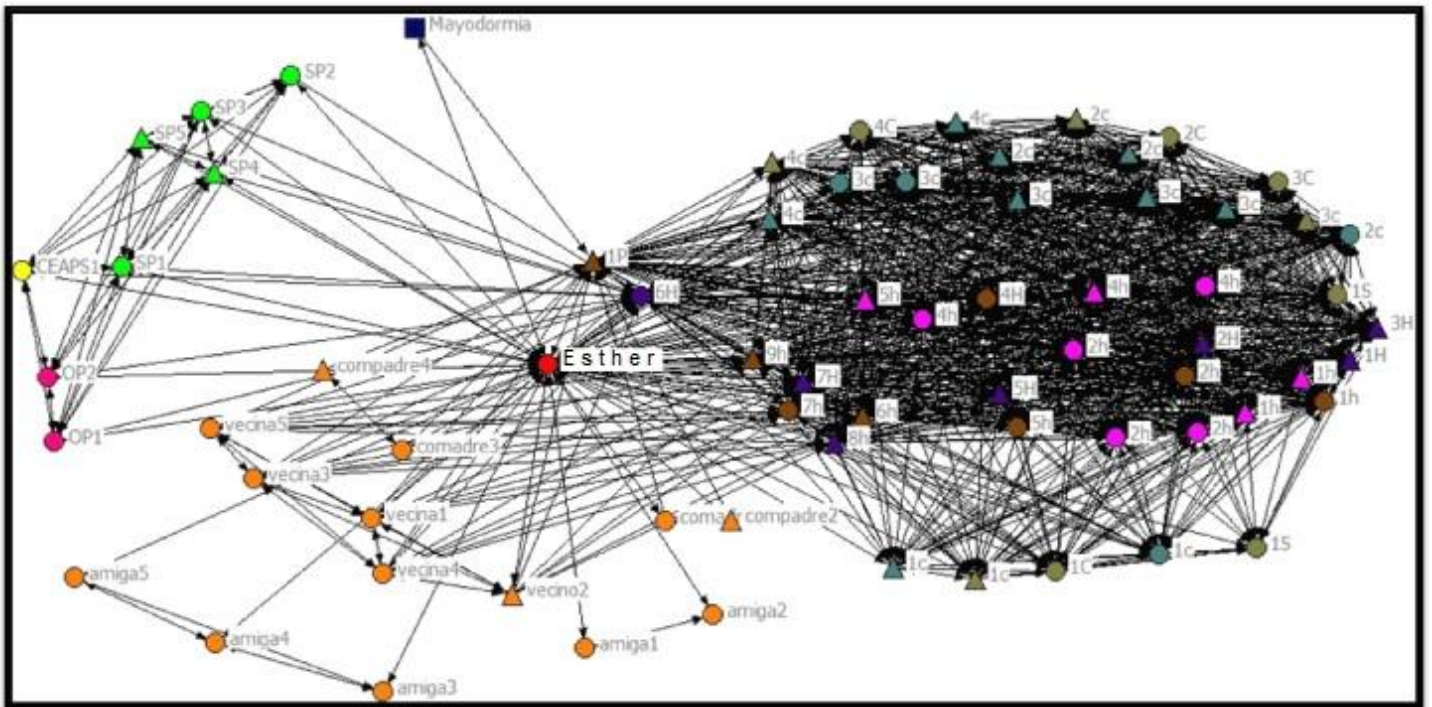
ANEXO C

Redes sociales de los informantes entrevistados

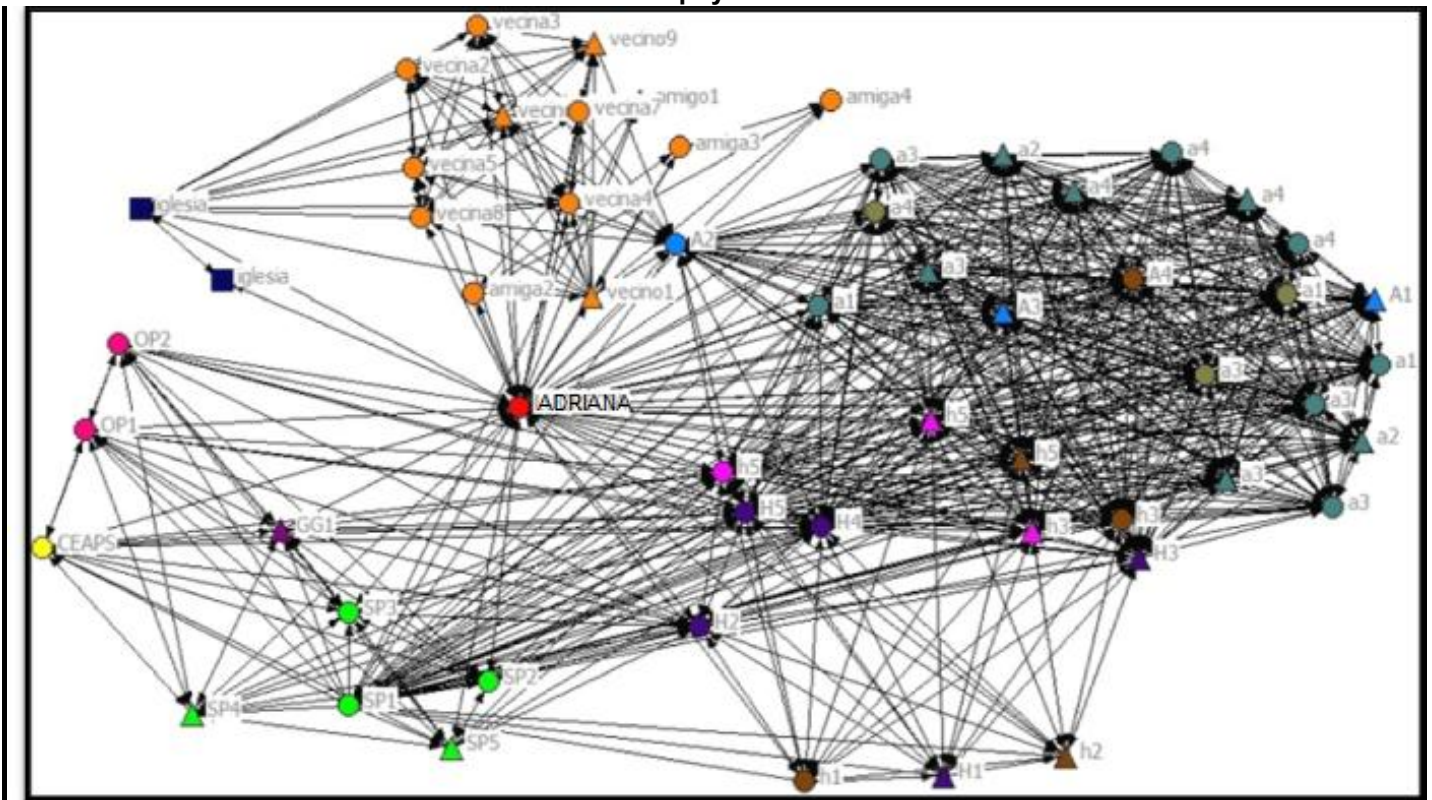
Red social de apoyo Andrés



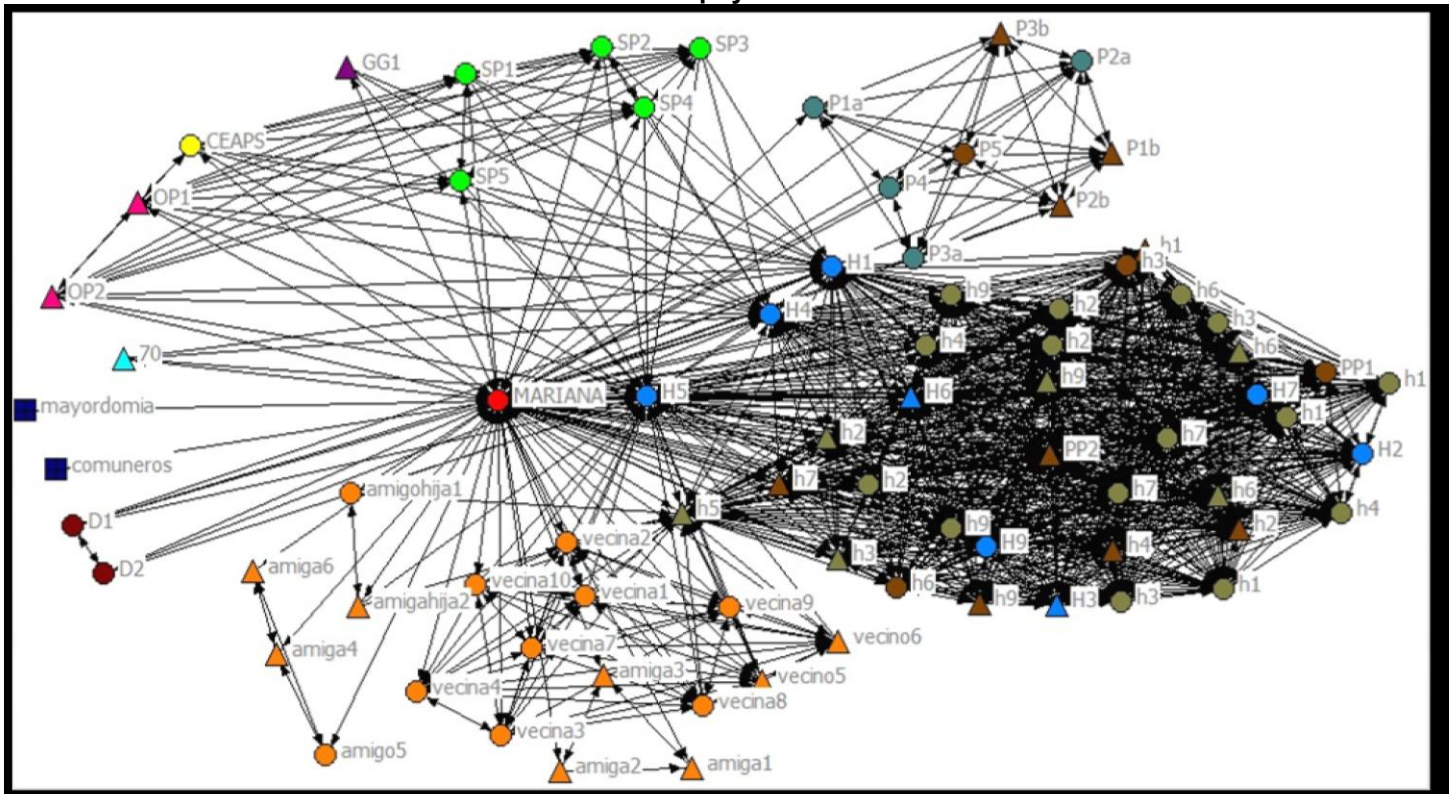
Red social de apoyo Esther



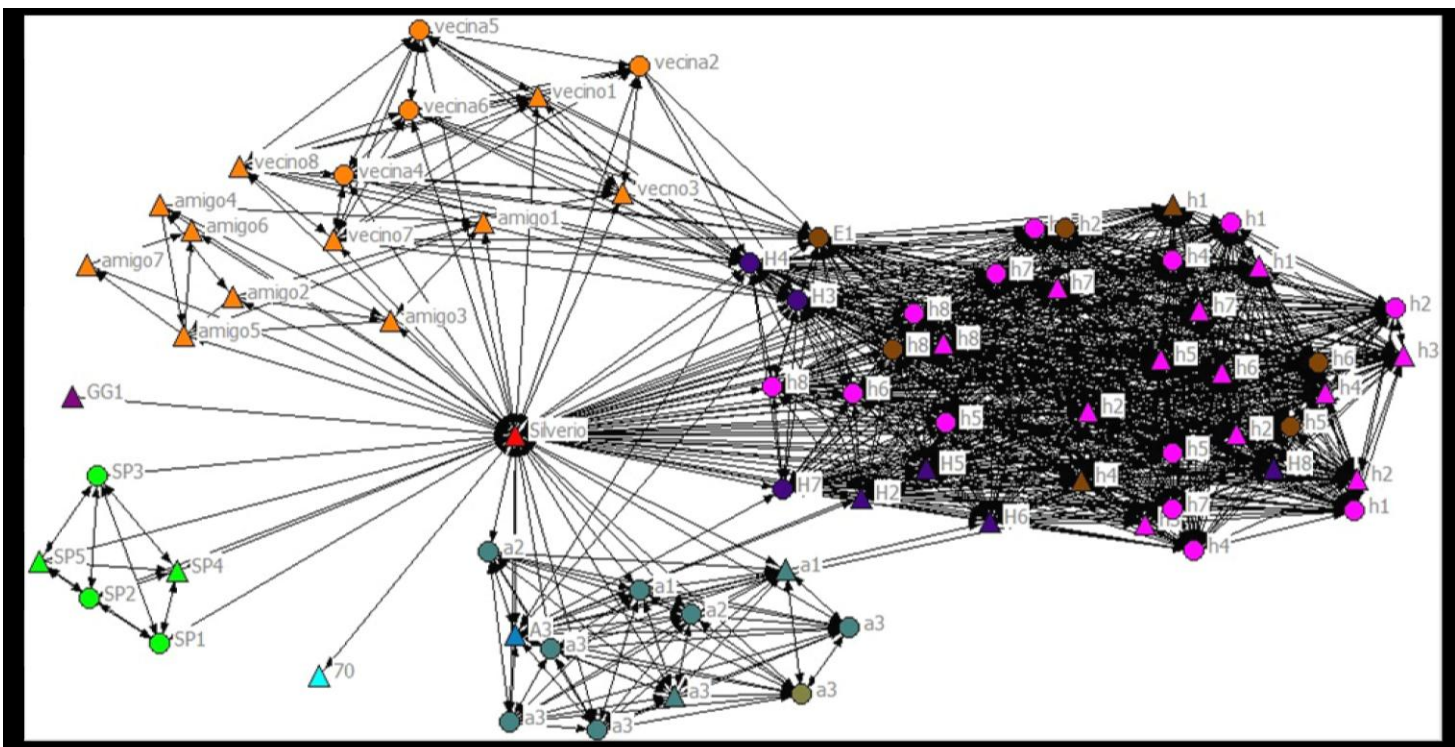
Red social de apoyo Adriana



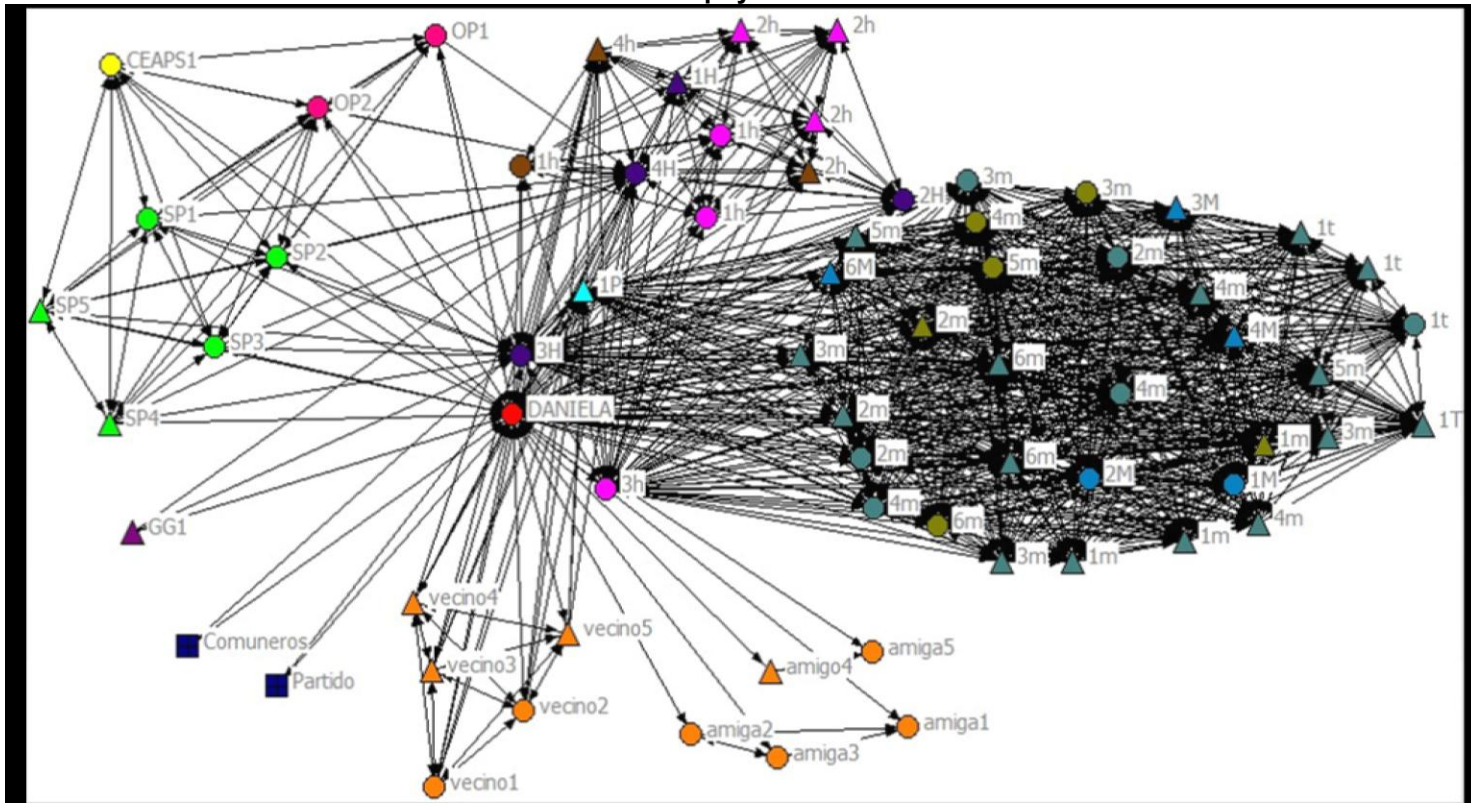
Red social de apoyo Mariana



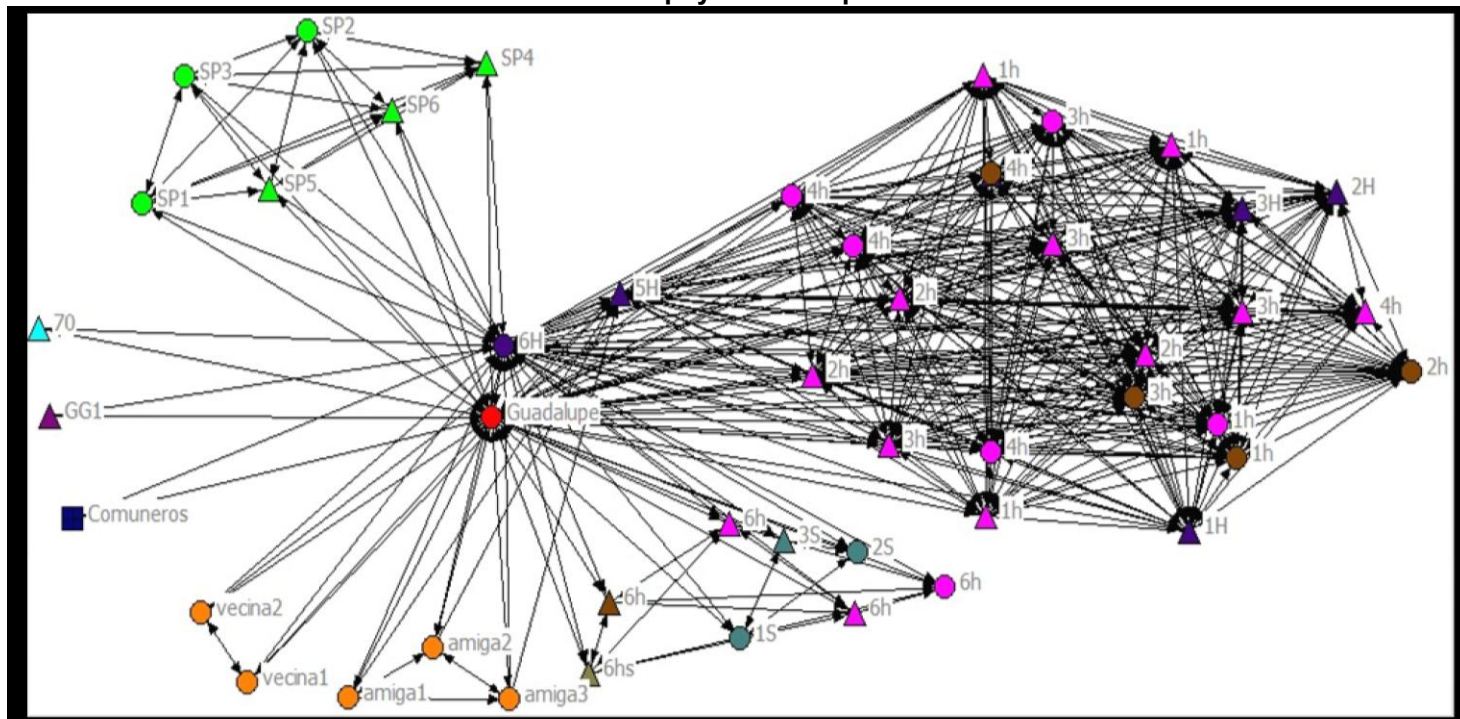
Red social de apoyo Silverio



Red social de apoyo Daniela



Red social de apoyo Guadalupe



Red social de apoyo Rodrigo

