

Redes sociales de apoyo en el cuidado y atención a personas mayores postradas

Social support networks in the care and caring of bedridden elderly people

Yanira Aguilar Acevedo*

RESUMEN

Introducción: Las redes sociales de apoyo constituyen recursos y barreras en la atención de las personas mayores, cobrando mayor importancia en quienes presentan dependencia como las personas en postración. **Objetivo:** Analizar la estructura y dinámicas de las redes sociales de apoyo en un grupo de personas mayores postradas en la Ciudad de México. **Material y métodos:** Estudio cualitativo de corte etnográfico con entrevistas a profundidad y observación participante. **Resultados:** Los principales recursos para las personas mayores provienen de las redes familiares y vecinales, mientras que las redes formales otorgan recursos regulares que permiten la atención médica y sobrevivencia económica. **Conclusiones:** Mediante el análisis cualitativo de las redes sociales de apoyo se detectaron las fortalezas en el cuidado así como los rezagos en la atención por parte de las redes familiares y formales. De esta manera se aportan elementos a la discusión sobre las áreas de oportunidad por parte de las instituciones gubernamentales, familiares y la sociedad.

Palabras clave: Redes sociales de apoyo, personas mayores, postración.

ABSTRACT

Introduction: Social support networks are resources and barriers in the care of the elderly, becoming more important in those who are dependent as bedridden elderly people. **Objective:** Analyze the structure and dynamics of social support networks in a group of bedridden elderly people in Mexico City. **Material and methods:** Qualitative ethnographic study with in-depth interviews and participant observation. **Results:** The main resources for the elderly come from the family and neighborhood networks, while the formal networks provide regular resources that allow medical attention and economic survival. **Conclusions:** Through the qualitative analysis of the social support networks, the strengths in care were found, as well as the lag in the care provided by the family and formal networks. In this way, elements are contributed to the discussion on the areas of opportunity on the part of government, family and society institutions.

Key words: Social support networks, elderly, bedridden people.

* Alumna de Doctorado en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Candidata a Doctorado en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud.

Correspondencia:

YAA, yaniraaguilar14@yahoo.com.mx

Conflicto de intereses:

La autora declara que no tiene.

Financiamiento: Beca CONACYT programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Fac Medicina. UNAM.

Citar como: Aguilar-Acevedo Y. *Redes sociales de apoyo en el cuidado y atención a personas mayores postradas*. Rev CONAMED 2018; 23(supl.1): s7-s12.

Recibido: 04/10/2018.
Aceptado: 15/10/2018.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

El análisis de redes sociales en antropología de la salud es una herramienta teórico-práctica que permite conocer los distintos factores que influyen en la atención de las personas. Las redes sociales hacen posible el establecimiento de la identidad social, apoyo emocional, material, de servicios y de información. Para Djomba y Zaletel-Kragelj (2016)¹ la red es una fuerza preventiva contra el estrés, los problemas físicos y emocionales.² Existe una distinción teórica entre apoyos sociales y redes sociales con la finalidad de diferenciar que en las interacciones sociales es probable que haya efectos negativos y positivos.³ La red social puede contener ambos aspectos, mientras que los apoyos sociales tienen un sentido preferentemente positivo.

El apoyo social se encuentra ligado al estado de salud, tanto en el ámbito pragmático de cuidado ante los síntomas como en lo simbólico y afectivo. Produce un efecto amortiguador ante los problemas de salud, otorga soporte emocional y material.⁴ En su interior ocurren relaciones e interacciones regulares, sus miembros están unidos por algún tipo de identidad común, realizan una serie de intercambios afectivos e instrumentales de forma continua y recíproca.⁵ Entendiendo como apoyos materiales: dinero, vestimenta, medicamentos, vivienda y alimentación; entre los apoyos no materiales se consideran: cuidado, consejo, afecto, compañía e información.⁶

Para su análisis las redes sociales de apoyo se dividen en formales e informales, haciendo posible distinguir las interacciones entre sociedad e instituciones. En las redes sociales formales se incluyen los tipos de servicios que presta el Estado,⁷ entendidos como programas sociales y de servicios de salud. Las redes informales incluyen a las personas que se relacionan entre sí a partir de la convivencia, valores, reglas sociales y no en un esquema institucional formal.⁸

Las personas mayores que se encuentran en postración necesitan una amplia red social de apoyo para sobrevivir, mantener sus tratamientos y su salud. La combinación de apoyos cotidianos que brindan los familiares, la participación del personal de salud y de los programas sociales constituyen su sustento, o bien las barreras para mantener su calidad de vida.

Los cuidadores informales son quienes se hacen cargo de la atención doméstica de las personas mayores,⁹ organizando los apoyos provenientes de las redes sociales para satisfacer sus necesidades.¹⁰

El objetivo del presente artículo es analizar la estructura y dinámicas de las redes sociales de apoyo de un grupo de personas mayores en situación de postración que habitan en la Ciudad de México. Se expone el caso de cinco personas mayores postradas que viven en sus domicilios atendidos por cuidadores familiares y habitan en las Alcaldías: Iztapalapa, Benito Juárez, Tlalpan y Coyoacán.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un estudio cualitativo con entrevistas a profundidad y observación participante. El tipo de muestreo aplicado fue intencional, no probabilístico, a conveniencia con criterios de selección. Los casos forman parte de una investigación original con una fase de estudio de campo de 2016 a 2017 que actualmente se realiza en el marco del programa de Doctorado en Antropología en Salud en el Postgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México. Los criterios de inclusión para los entrevistados fueron: tener más de 60 años, presentar postración, contar con un cuidador familiar y aceptar participar en la investigación.

Las redes sociales se reconstruyeron a partir de preguntas que permitieran obtener nombres de las personas con las que conviven, el tipo de relación y de recursos que se transmiten. Los apoyos fueron clasificados en económicos, información, acompañamiento a citas médicas, compra de medicamentos, horas de cuidado, consulta médica, alimentos y compañía. En el caso de los informantes que no fueron capaces de responder, las preguntas se hicieron a su cuidador primario. Los casos corresponden a cinco mujeres mayores de 60 años y sus cuidadores, tres mujeres y dos hombres.

RESULTADOS

Las personas entrevistadas fueron adultos mayores en situación de postración y sus cuidadores, con la siguiente situación de salud (ver *tabla 1*):

Tabla 1. Presentación de informantes.

Informante	Problema de movilidad	Morbilidad	Estado cognitivo	Servicio de salud
Justina	Postración de ocho años	Sin diagnóstico	Demencia sin origen definido	IMSS
Lucía	Postración de cuatro años	Hipertensión, diabetes	Demencia por Alzheimer	Ninguno/privado
Encarnación	Postración de 10 años	Diabetes, cataratas	Deterioro cognitivo moderado	Ninguno/privado
Emilia	Postración de cuatro años	Hipertensión	Demencia por EVC	Seguro popular
Margara	Postración de seis años	Sin diagnóstico	Esquizofrenia, demencia	Seguro popular

Fuente: Elaboración propia, entrevistas 2016-2017.

Todas las personas mayores presentan algún trastorno neurocognitivo, comorbilidades como hipertensión o diabetes mellitus. En el caso de Justina es cuidada en casa por su hijo, con ayuda esporádica de sus cuatro hijos y sus familias así como de una red de vecinos y amistades de su hijo. El origen de su postración es un trastorno neurocognitivo de origen desconocido, el cual inició hace 15 años con problemas de memoria hasta la pérdida completa y trastornos del habla.

Lucía es cuidada por un hermano, tiene una sola hija que no vive en el mismo país. Padece Alzheimer, hipertensión y diabetes, tiene limitación en miembros superiores e inferiores. Encarnación es cuidada por un hermano, sus hijos, sobrinos y otros hermanos, además de vecinos. Padece diabetes, cataratas y presenta deterioro cognitivo. Emilia es cuidada por su hija, la familia de ésta, amistades y vecinos. Padece hipertensión arterial, deterioro cognitivo moderado e inmovilidad en la mitad del cuerpo debido a un EVC. Margara es cuidada, padece esquizofrenia y problemas de memoria.

En todos los casos los cuidados se realizan en casa y son atendidos en instituciones de salud pública.

La dinámica de las redes sociales de apoyo

Cuando caracterizamos la red informal se detectaron tres componentes: parentesco, vecindad y amistad. Las relaciones de parentesco se refieren a todas las personas con vínculo sanguíneo o político; las de vecindad a quienes manifestaron guardar una relación directa con la persona mayor y las de amistad, las

relaciones que se forjaron y perduran al momento de la entrevista.

En la red formal se incluyeron los programas sociales así como a los ejecutantes que interactúan con ellos para el cuidado y la atención. Los programas encontrados en la población son los asociados al Programa de Pensión Alimentaria Universal en la Ciudad de México, las visitas de sus ejecutantes son conocidas como PSAM (profesionales en la atención de adultos mayores). Para la atención a la salud se encontraron los servicios del IMSS, Seguro Popular, Centro de Salud, médico de farmacia, médico particular y medicina alternativa. La cobertura de salud indica que sólo una persona mayor tiene IMSS y pensión, las otras personas son atendidas por el Seguro Popular, en dos casos no están inscritos en un servicio de salud.

La *figura 1* es la representación visual de las redes completas, se indica mediante círculos la red informal y la red formal; a esta última se le añadió el nombre del programa o institución a la que se alude. Se exponen los cinco casos, la figura de triángulo representa a la persona mayor; cada lazo representa una interacción recíproca y la conexión con otros miembros de las redes. Todos los casos se conectan con los programas de la red formal, a excepción de las variaciones entre los servicios de salud a los que asisten. Como se observa el mayor componente lo tiene el sector informal, siendo el componente familiar el que destaca por su representación. Sin embargo, en el caso de quienes no formaron una familia propia o cuyos hijos viven en otras ciudades, tienen en su atención un componente mayor de vecinos y amistades que amortiguan el trabajo de los cuidadores primarios. Dentro de las redes de

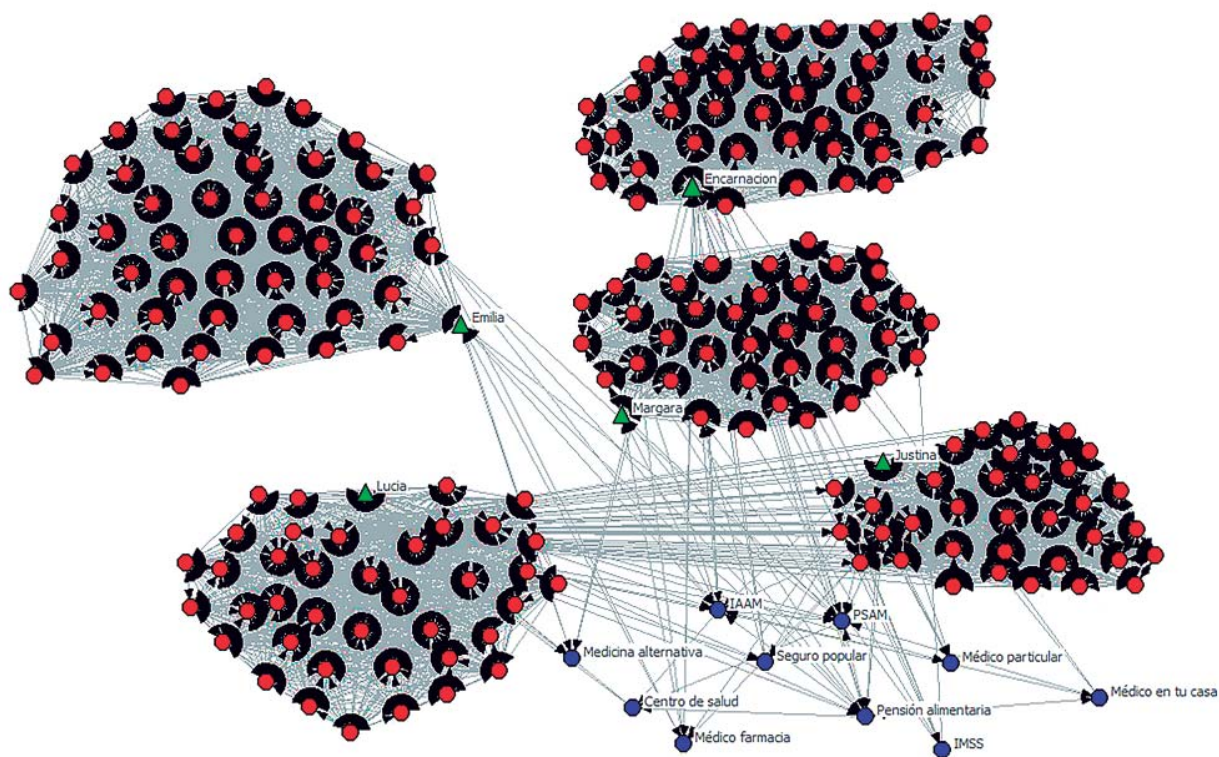
amistades y vecinos son los vecinos quienes aportan más variedad de recursos y servicios, dado que el componente de amistades tiene un número menor y su implicación en el cuidado es esporádica.

En la dinámica de las redes se observa una gran conexión y densidad entre los miembros de la red informal, ya que las personas que la componen guardan una relación entre sí; mientras que las redes formales no tienen esos grados de conexión, puesto que los programas no suelen interactuar en la atención de las personas mayores.

La densidad de las redes encontradas es de 95%, es decir, todos están conectados. Las cinco personas mayores y sus cuidadores se conectan entre sí a partir de los servicios de atención médica y gerontológica. El grado de centralidad es mayor en el uso de médicos de farmacia y médicos privados que pueden acudir al domicilio; el grado de centralidad que presentan éstos es de 40%, seguido de la atención por medio del Seguro Popular y del IMSS. La medicina alternativa expresada en la búsqueda de productos en tiendas

naturistas, tés herbolarios, compra de vitaminas y preparados que ofertan vendedores casa por casa, ocupa un lugar significativo en las redes de atención. Lo anterior evidencia que el gasto de bolsillo se centra en obtener consultas médicas domiciliarias y por ende medicamentos.

El grado de intermediación indica que toda la atención de la red formal y cuidados de la red informal pasan por el filtro del cuidador primario (grado de intermediación 9.73). Después de esto las conexiones entre las personas mayores y la red de apoyo se administran por la familia, incluyendo el componente de la red del equipo de salud. Otro actor que concentra la intermediación es el PSAM (grado de intermediación 7.67), la persona que realiza visitas domiciliarias de seguimiento de dos a tres veces al año y quién suele activar las redes de servicios al detectar anomalías en la salud o bienestar. Esta figura es central por conocer la situación de los hogares, las problemáticas y necesidades, el estado de las viviendas y las condiciones de riesgo de la comunidad donde habitan.



Fuente: Elaboración propia, entrevistas 2016-2017.

Figura 1. Redes sociales de apoyo de las personas mayores en situación de postración.

Los recursos de las redes y las problemáticas en su interior

Al interior de las redes sociales existen tensiones y personas que se autoexcluyen del cuidado. Entre las excepciones detectadas están: ser mujeres y tener familia propia, la falta de recursos económicos y la distancia geográfica. Las interacciones observadas muestran que la carga de atención y seguimiento del tratamiento médico queda a cargo del cuidador, de un pequeño grupo familiar y de vecinos que se enfocan en mantener la sobrevivencia cotidiana.

A ella yo la veo diario, también vienen unas sobrinas, o luego los vecinos, así de todos los días yo creo como unas dos o tres personas, porque saben que estamos solas. Ya cuando se enferma corro a avisar y conseguir el médico, vienen sus sobrinas, ya se mueven todos (Cuidadora).

Las tensiones entre el cuidador y otros miembros de las redes sociales se asocian a discrepancias en torno al tratamiento, alimentación, movilización y recursos económicos.

Se hacen las enojadas y ya no vienen, que si llevo a mi mamá con un doctor o con otro, que si no la llevo. Pero no es fácil llevársela, hay que buscar un taxi que quiera porque luego no todos quieren, ir desde la mañana o un día antes a hacer la cita, estar ahí esperando porque con todo siempre se tardan. Luego ella se desespera y cómo va a ser que uno la pueda calmar ahí, se pone más nerviosa. Yo prefiero traer al doctor de la vuelta, pero luego ellas se quejan porque dicen que ése no es bueno, pero no son para pagar otro más caro (Cuidador).

La atención médica es otro punto de discusión, algunos consideran que debería existir un número más frecuente de consultas; mientras que otros asumen que la condición de la persona mayor ya no requiere tratamientos médicos.

Facilitadores y barreras de la atención médica

Dentro de los facilitadores en las redes de apoyo se observó que el acceso a programas con atención

médica en casa puede facilitar la percepción de seguridad sobre el cuidado y tratamiento realizado. El programa de pensión alimentaria aporta recursos para alimentación, vestimenta y gastos médicos, además de subprogramas de atención médica y gerontológica. Además de las redes familiares que mueven recursos materiales y simbólicos, las redes de vecinos y amigos promueven respiro al cuidador, pueden amortiguar los conflictos familiares, colaboran de manera importante en las situaciones de emergencia al vivir cerca de las personas mayores.

Las barreras para las personas mayores postradas son el funcionamiento limitado o inadecuado de los programas de atención en casa debido a la falta de seguimiento de citas, al acceso a medicamentos gratuitos y a otros profesionales de salud que coadyuven a la atención así como a la falta de personal que pueda capacitar al cuidador en casa con temas específicos para los pacientes en postración. Un área descuidada es la atención a los problemas de salud mental, al ser personas mayores y con deterioro cognitivo se asume ineficacia en el tratamiento, por lo que simplemente se les deja sin atención. Tampoco se dan indicaciones sobre rutinas mínimas de estimulación cognitiva para evitar un ritmo mayor de deterioro.

Otras barreras dentro de las redes de apoyo son los tiempos de espera de los centros de salud locales, por lo que se prefiere la visita de médicos privados en casa, y la falta de medicamento gratuito y de otros servicios de salud como psicología, nutrición y rehabilitación.

CONCLUSIONES

Mediante el análisis cualitativo de las redes sociales de apoyo se observaron las fortalezas en el cuidado así como los rezagos en la atención por parte de las redes familiares y formales. Cada uno de los personajes entrevistados da pie para señalar cómo una persona mayor puede ser vulnerada a partir de su condición de salud, de la falta de acceso a seguridad social, de las limitaciones en el sector salud que permitan alentar su estimulación física, cognitiva y tratamientos centrados en las personas.

Las redes sociales de apoyo están condicionadas por la capacidad de los familiares, vecinos y amistades de colaborar en su cuidado, el cual en estos

contextos es limitado, además de que el cuidado de las personas mayores continúa regulado por normas morales y no por nociones de derecho. Dado que hay precariedad económica en los cuidadores y en los demás familiares, no existe la capacidad de buscar tratamientos médicos y psicogerítricos que permitan tener una mejor calidad de vida.

Asimismo, las redes formales de apoyo están fragmentadas, con pocos recursos económicos y humanos. El transportar a una persona en postración a consultas médicas implica gastos de recursos para conseguir transporte particular. Para ello, programas como «El médico en tu casa» son ideales; sin embargo, de los casos observados ninguno es atendido por este programa, a pesar de haberlo solicitado.

Los cuidadores mencionaron que no han accedido a otros niveles de atención médica para sus familiares por dos motivos: el económico, dado que implica consulta con especialistas que no existen en el servicio público de salud y el segundo se refiere a que el propio personal médico les ha sugerido no buscar más tratamientos por considerar que ya no es posible cambiar la condición de la persona mayor. Esto último representa una de las principales barreras para la atención, pues se instalan representaciones en las que el deterioro se considera inevitable y las personas son desprovistas del derecho a una atención integral, incluso en situaciones de demencia y limitación física. Tampoco existen mecanismos que proporcionen herramientas y habilidades a las familias para dar una atención que permita mejorar la calidad de vida. Las distintas redes de apoyo de los entrevistados nos muestran que la familia es quien lleva todo el peso de cuidar a las personas dependientes, sin que existan mecanismos de respiro y apoyo.

A lo largo de este artículo se ha expuesto un análisis del funcionamiento de las redes sociales de apoyo de las personas mayores postradas y ha evidenciado la falta de programas y cambios en la estructura que permitan hacer frente a la atención que requiere un aumento sostenido en el número de personas mayores que pueden llegar a ser dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Djomba J, Zaletel-Kragelj L. A methodological approach to the analysis of egocentric social networks in public health research: a practical example. *Slovenian Journal of Public Health*. 2016; 55 (4): 256-263.
2. Berckman L, Glass T, Brissette I, Seeman T. From social integration to health: Durkheim in the new millenium. *Social Science & Medicine*. 2000; 51: 843-857.
3. Montes de Oca V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. México: IIS-UNAM; 2005.
4. Gómez LP, Vila J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una revisión. *Psicología Conductual*. 2001; 9: 5-38.
5. Fernández P. Aprioris para una psicología de la cultura. *Athenea Digital*. 2005; [Acceso 2018-31-08] 7. Disponible en: <http://atheneadigital.net/article/view/178>
6. Cornwell B, Schumm L, Laumann E, Graber J. Social Networks in the NSHAP Study: Rationale Measurement, and preliminary Findings. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2009; 64 B (S1): i47-i55.
7. Guzmán J, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población*. 2002; 77: 35-70.
8. Hernández A. Informalidad organizacional y redes. *Convergencia*. 2003; 32: 337-358.
9. Tantchou M, Joyce M, Chipenda S, Légare F, Witteman H. Diabetes-related complications: Which research topics matter to diverse patients and caregivers? *Health Expectations*. 2018; 21: 549-559.
10. Hitomi C, Correia J, Amendola F, Martins M, Campos M. Social network of family caregivers of disabled and dependent patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48: 95.