

Redes de apoyo y salud social del anciano en la atención primaria

Triana Monteagudo, Massiel¹

Díaz Díaz, Madalys²

Triana Monteagudo, Massiel¹

¹ Policlínico Universitario Marta Abreu/Trabajo Social, Villa Clara, Cuba, marilemt@edu.vcl.sld.cu

² Policlínico Universitario Marta Abreu /Médico General Integral, Villa Clara, Cuba, madalysdd@infoed.sld.cu

Resumen: Teniendo en cuenta los problemas prácticos que hoy existen a la hora de medir la salud social de los ancianos y la falta de estudios precedentes sobre redes de apoyo social en esta población, decidimos realizar un estudio descriptivo retrospectivo para evaluar la salud social de los ancianos frágiles en el Grupo Básico N°. 2 del Policlínico Universitario “Marta Abreu” atendidos en el Departamento de Trabajo Social durante el año 2016, con el objetivo de caracterizar las redes, determinar el índice de influencia familiar en las redes, medir las alteraciones micro y macro sociales derivadas de la red y su relación con el índice de influencia familiar, además nos propusimos realizar el diagnóstico sociofamiliar de la red de apoyo. Utilizamos métodos teóricos, empíricos y el método clínico. Los resultados muestran que las redes de apoyo social de tamaño normal predominaron. El índice de influencia familiar fue significativamente alto y se relaciona con las alteraciones macro y micro sociales que se evidenciaron, como la sobreprotección y el aislamiento afectivo. La mayoría de los diagnósticos socio familiares es normal aunque con un alto índice de dependencia y aislamiento. Se concluye que la familia es un elemento básico en la estructura social y está vigente en nuestra formación socio-económica sin mantenerse estática, pero mantiene leyes internas en su funcionamiento que no pueden sustituirse. Aunque el apoyo familiar, la aceptación y la participación fueron evidentes; el maltrato es un elemento oculto por descubrir.

Palabras clave: salud, ancianos, redes de apoyo social, influencia familiar

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos decenios ha existido un aumento progresivo de la población geriátrica, entre otras causas por los grandes avances de la salud mundial, no hay dudas de que esta demanda establece un verdadero reto para el Estado y el Ministerio de Salud Pública, pues el objetivo que se persigue con el anciano, no sólo es incrementar en él la expectativa de vida, sino también conservarlo lo más sano, autónomo e independiente posible. ⁽¹⁾

Una consecuencia del envejecimiento es la problemática de la incorporación social, no sólo desde el punto de vista humanitario, sino también económico y el grado de salud física, mental y social a la que arriba una población determinada.

Participar en sociedad significa en términos de salud, mantener condiciones favorables en los niveles físico y psicológico.

El término salud social, ha tenido múltiples connotaciones, debido entre otros factores a la gran diferencia entre los distintos medios sociales. La salud social, que de una u otra forma ha tenido que ver, a la par o separadamente, con el ajuste y el apoyo social.

Este último se obtiene a través de la red de apoyo social, la cual describe los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos a partir de ciertos criterios como parentesco, amistad y relaciones. ^(2 y 3)

Para que exista una conducta social sana es necesario una influencia sociocultural adecuada y la satisfacción de los estados de necesidad según la pirámide de las necesidades humanas que incluyen: las necesidades fisiológicas o de supervivencia, las de seguridad y protección, las de amor y pertenencia, las de autoestima y las de auto superación y autorrealización; poseer una red de apoyo adecuada puede satisfacer estas demandas. ⁽⁴⁾

A la hora de medir la salud social deben ser evaluados aquellos factores macro y micro sociales, que se asocian con un incremento de las susceptibilidades para que el anciano desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera. ⁽⁵⁾

La red de apoyo social ayuda a las personas a organizar los recursos para enfrentar el estrés y proporciona ayuda instrumental (ayuda doméstica, cuidados), ayuda emocional (sentirse querido, intimidad, confianza) e informacional (información, consejos) al adulto mayor. ⁽²⁾

Situación Problemática

Teniendo en cuenta los problemas prácticos que hoy existen a la hora de medir la salud social de los ancianos y que la misma se ha venido realizando de una manera muy subjetiva, lo que dificulta el establecimiento de un criterio diagnóstico homogéneo y además por la falta de estudios precedentes sobre redes de apoyo social en este sector de la población. Nos decidimos a realizar un estudio para evaluar la salud social de los ancianos frágiles.

Objetivo general:

- Caracterizar las redes de apoyo social en un grupo de ancianos frágiles

Objetivos Específicos:

- Determinar el índice de influencia familiar en las redes
- Medir las alteraciones micro y macro sociales derivadas de la red y su relación con el índice de influencia familiar.

- Realizar el diagnóstico sociofamiliar de la red de apoyo.

II. MÉTODO

El estudio es descriptivo retrospectivo, el cual se efectuó durante el transcurso del año 2016, con todos los ancianos frágiles (235) del GBT N° 2 atendidos por el Departamento Trabajo Social del Policlínico “Marta Abreu”.

Al evaluar la salud social debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

1.-Red de apoyo social: Su análisis incluye:

a)-Características estructurales:

--**Tamaño:** Número de miembros que componen la red social del anciano, se categoriza en:

- **Nulo:** 2 miembros o menos.
- **Mínima:** Entre 3 y 5 miembros.
- **Moderada:** Entre 6 y 8 miembros.
- **Normal:** Más de 8 miembros.

--**Composición:** Variable derivada del grado de parentesco de los componentes de la red, se categoriza en:

- **Familiar:** Cuando el 50% o más de los miembros son familiares.
- **Mixta:** Cuando el 50% o más de los miembros de la red está compuesta por vecinos, amistades, compañeros y otros parentescos.

b)-Características interrelacionales:

--**Frecuencia de los contactos:** Veces en que el anciano, durante un período de tiempo determinado, establece contactos con los miembros de su red. Se categoriza en:

- 1-Contactos diarios
- 2-Contactos de 2 a 3 veces por semana
- 3-Contactos semanales
- 4-Contactos mensuales
- 5-Contactos de 2 a 3 veces al año o menos

También se categoriza como:

- **Alta:** Incluidos en los ítem 1 y 2
- **Media:** Incluidos en los ítem 3 y 4
- **Baja:** Incluido en el ítem 5

--**Proximidad geográfica o cercanía:** Distancia a la que viven los miembros de la red con relación al anciano. Se categoriza en:

- 1-Misma casa
- 2-Misma vecindad
- 3-Misma ciudad
- 4-Misma provincia
- 5-Mismo país

6-Otro país

También se categoriza como:

- **Próxima:** Incluidos en los ítem 1 y 2
- **Media:** Incluidos en los ítem 3 y 4
- **Lejana:** Incluidos en los ítem 5 y 6

c)- **Índice de influencia familiar:** Parámetro derivado del cociente: Número de familiares integrantes de la red dividido por el tamaño de la misma, los valores más cercanos a 1 serán los indicadores de una alta influencia familiar.

Se categoriza como:

- **Alto:** Valores de 0.75 o más
- **Medio:** Valores entre 0.74 y 0.26
- **Bajo:** Valores de 0.25 o menos

2.-Aspectos micro y macrosociales: Se tienen en cuenta una serie de categorías que evalúan el funcionamiento familiar e incluye:

- **Apoyo:** Ayuda que reciben los familiares en caso de necesidad.
- **Aceptación:** Manera que tienen los miembros de la familia de aceptar los deseos del individuo de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en su estilo de vida.
- **Participación:** Forma en que la familia brinda lugar al anciano en la discusión y solución de problemas de interés común.
- **Sobreprotección:** Manera en que la familia brinda cuidados, en dependencia de las limitaciones funcionales que presenta el individuo.
- **Referencias de maltrato:** Ausencia de correspondencia entre las acciones individuales y valoraciones familiares, en equilibrio emocional positivo.
- **Aislamiento afectivo:** Sentimientos y emociones negativas, vinculadas o no a causas objetivas.
- **Afectividad o relaciones afectivas:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

3.-Indicadores sociales generales o factores de riesgo psicosociales: Parámetros que de forma aislada pueden ejercer influencias negativas, considerándose factores de riesgo psicosociales y que unidos a otros aspectos pueden inducir un diagnóstico sociofamiliar.

Estos incluyen:

- Edad mayor de 75 años
- Bajo poder adquisitivo
- Viudez reciente

También se consideraron los criterios mayores y menores para arribar al diagnóstico sociofamiliar de las siguientes variables:

a)-Dependencia:

- **Criterios mayores:** Índice de influencia familiar alto y frecuencia de contactos alta.

- **Criterios menores:** Sobreprotección, no aceptación, edad mayor de 75 años y/o pobre poder adquisitivo.

b)-Soledad:

- **Criterios mayores:** Índice de influencia familiar bajo y frecuencia de contactos baja.

- **Criterios menores:** Vivir solo, aislamiento afectivo, tamaño nulo de la red y falta de apoyo familiar.

c)-Independencia:

- **Criterios mayores:** Índice de influencia familiar bajo y frecuencia de los contactos baja.

- **Criterios menores:** Tamaño mínimo o nulo de la red, aislamiento afectivo, vivir solo.

d)-Normal: Sujetos que no presentan características de dependencia, soledad, independencia y/o aislamiento.

Métodos empleados durante la investigación.

En el estudio se utilizaron métodos teóricos, empíricos y el método clínico que permitieron la obtención, el análisis y elaboración de la información resultante.

III. RESULTADOS

El 32,7% de los ancianos están en el rango de edad de 60-89 años.

En relación al tamaño de la red de apoyo, la normal predominó con un 62,1% y la composición familiar de un 61,2%, esto muestra que la red social de los ancianos frágiles estudiados, la componen más de ocho miembros entre ellos vecinos, amistades, compañeros y otros parentescos.

El 43,8% de los ancianos tienen una frecuencia alta de contactos diarios o de dos y tres veces en la semana, con los miembros de su red

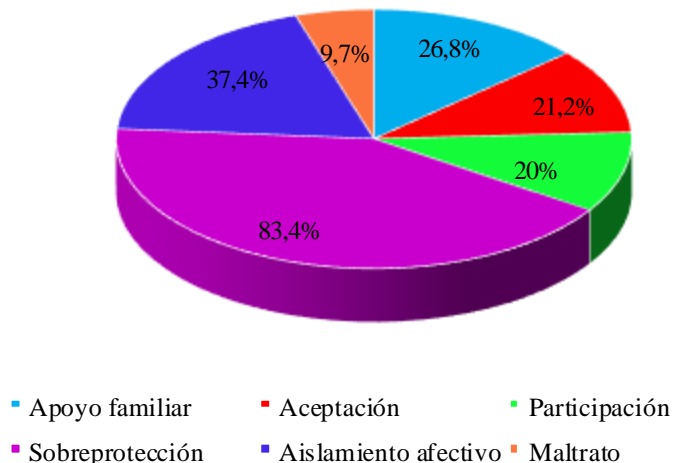
En cuanto a la ubicación geográfica el 62,5% de los ancianos se ubican en media, donde los miembros de la red viven en la misma ciudad y provincia, mientras que el 22,1% viven en la misma casa o vecindario.

Existe una influencia familiar alta para el 64,2% de los ancianos.

Los aspectos micro y macrosociales del funcionamiento familiar que más sobresalieron fueron la sobreprotección 83,4% y el aislamiento afectivo con un 37,4%. Esto evidencia que la familia brinda cuidados, en dependencia de las limitaciones funcionales que presenta el individuo y demuestra sentimientos y emociones negativas, vinculadas o no a causas objetivas.

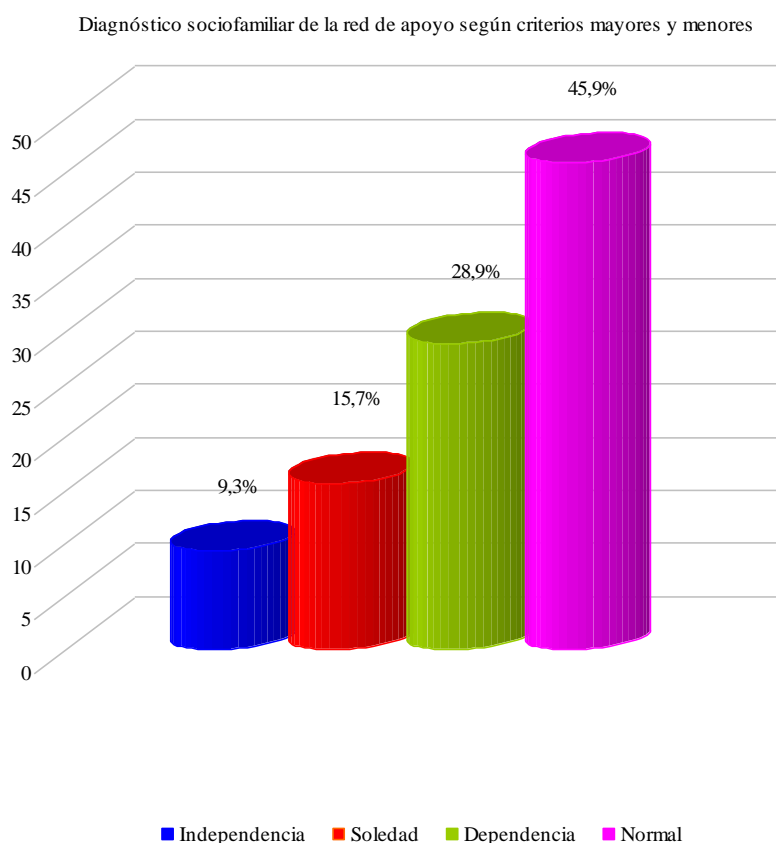
Aspectos micro y macrosociales del funcionamiento familiar

Grafico 1:



El diagnóstico sociofamiliar de la red de apoyo es normal para un 45,9%, pero con un índice de dependencia de 28,9% y de aislamiento de 15,7%.

Gráfico 2:



IV. CONCLUSIONES

Las redes de apoyo social de tamaño normal predominaron, su composición fue fundamentalmente familiar y con ubicación geográfica media de sus miembros, con los cuales el anciano mantiene una frecuencia alta de contactos independientemente del parentesco.

El índice de influencia familiar fue significativamente alto y se relaciona con la edad de manera directamente proporcional.

Se evidenciaron alteraciones macro y micro sociales que se relacionan de forma significativa con el índice de influencia familiar como la sobreprotección y el aislamiento afectivo; aunque el apoyo familiar, la aceptación y la participación fueron evidentes; el maltrato es un elemento oculto por descubrir.

La mayoría de los diagnósticos socio familiares fue de normal aunque con un alto índice de dependencia y aislamiento. Nuestros ancianos son mínimamente independientes.

La educación a las nuevas generaciones en el conocimiento de la ancianidad es elemental para el mejor desarrollo de las relaciones intergeneracionales, con un sector de la población a la que muy pronto la mayoría de nosotros ingresará próximamente y seguramente vamos a querer, que nos entiendan y nos traten bien.

REFERENCIAS

1. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero J, Menéndez Jiménez J. Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad. GEROINFO; 2006.
2. Barros, C. Aspectos Sociales del Envejecimiento. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington D.C. USA: OPS, 546. ; 2008.
3. Ramos F, Jiménez P. Salud y Envejecimiento. Madrid: UNED-FUE; 2002.
4. Rivera JM. Manual Práctico de psicogeriatría. Madrid: Grupo Aula Médica; 2010.
5. Grau Avalos J, Victoria García-Viniegras C R, Hernández Menéndez E. Calidad de Vida y Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2007.