

**POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE
“CAPITÁN ROBERTO FLEITES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**CARACTERIZACIÓN DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS
MAYORES DE UN GRUPO BÁSICO DE TRABAJO.**

Por:

Lic. MSc. Chavely Villavicencio Galván¹, Lic. MSc. Carlos E. Rodríguez García², Dr. MSc. Edgar F. Romero Monteagudo³, Lic. Vivian Fernández Arboláez⁴ y Lic. Mayra Fleites Machado⁵

1. Licenciada en Enfermería. Master en Salud Pública.
2. Licenciado en Psicología. Master en Ciencias de la Educación. Instructor. ISCM-VC.
3. Psicólogo clínico. Especialista en Psicología de la Salud. Master en Psicología Médica. Doctor en Pedagogía. Profesor Consultante. ISCM-VC.
4. Licenciada en Enfermería. Diplomada en Enfoque de Sistemas de Enfermería Comunitaria. Instructora. ISCM-VC.
5. Licenciada en Enfermería. Diplomada en Ginecología y Perinatología.

Resumen

La investigación se orientó a caracterizar las redes de apoyo social en adultos mayores pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo # 3 del policlínico “Capitán Roberto Fleites”, en la ciudad de Santa Clara. Se realizó un estudio con diseño descriptivo, y la muestra quedó constituida por 305 ancianos, escogidos mediante un muestreo estratificado bietápico, que constituyen el 13,14 % de la población del grupo Básico de Trabajo. Se aplicó una entrevista estructurada a diferentes fuentes: ancianos, miembros de la red, médicos y enfermeros de la familia, triangulando la información obtenida. Los datos fueron almacenados en un fichero mediante el programa computacional SPSS versión 9.0. Se aplicó la prueba de Chi cuadrado para comparar los porcentajes correspondientes a las diferentes categorías de una variable. Las redes de apoyo social se caracterizaron por tener una baja diversidad en la composición, y se centró en los hijos el cuidado de los ancianos, con una funcionabilidad deficiente y una conducta de apoyo que no satisface las necesidades específicas de los adultos mayores, por lo que el grado de efectividad de las redes de apoyo social es insuficiente.

Descriptores DeCs:

ANCIANO
ANCIANO DE 80 AÑOS Y MÁS
APOYO SOCIAL
GERIATRIA.

Subject headings:

AGED
AGED, 80 AND OVER
SOCIAL SUPPORT
GERIATRICS.

Introducción

El aumento del número de personas mayores de 60 años en nuestra sociedad evidencia la importancia de este trabajo. A partir de la década de los 60, el sistema de salud cubano ha garantizado la atención gratuita a la población y beneficia al anciano como componente de la

sociedad. En 1984 con el surgimiento de la Medicina General Integral y la introducción del programa de atención a la familia, la asistencia al anciano ha mejorado notablemente, por lo que en 1996 se elaboró un nuevo programa para el adulto mayor que abarca todos los niveles de atención y la participación de tres pilares fundamentales: La estructura sociopolítica local, el sistema de salud, seguridad y sistema social, las personas de edad y sus organizaciones, que actualmente se encuentran dentro de los cuatro programas priorizados por el Ministerio de Salud Pública¹. La elevación del porcentaje de este grupo, denominado por algunos de la "tercera edad", requiere un enfoque y una atención multidisciplinaria en sus diversos aspectos: biológicos, psicológicos y sociales.

En nuestra área de salud, del total de la población a la que se le brindan servicios médicos, el 15,3 % corresponde a las personas mayores de 60 años y más, que cuenta con el asesoramiento del equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG) el cual garantiza la atención integral al anciano frágil y al estado de los factores de riesgo; esto deriva grandes beneficios a los adultos mayores de 60 años y más, pues los factores de riesgo son características innatas o adquiridas del individuo, que se asocian con la probabilidad aumentada de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición². Es importante identificar a tiempo un factor de riesgo, lo cual presupone actuar sobre él, neutralizándolo o al menos minimizándolo, y frenar su intervención negativa. Desde el punto de vista psicosocial, es importante identificar los factores de riesgo, ya que aparecen inevitablemente. Beng (1983) refiere que la soledad y la poca o ninguna realización de actividades aparecen relacionadas con una mala salud psicológica, desesperanza, deterioro de la autoestima entre otros, los cuales repercuten sobre la salud en su conjunto. La baja estimulación y el aislamiento actúan como estresores psicofisiológicos para muchos ancianos³. Por tanto, existe necesidad de estudiar las redes de apoyo social, que se consideran como susceptibles de aumentar o disminuir la resistencia personal al estrés.

Diversos estudios realizados por Zunzunegui y García en España han mostrado que los ancianos que poseen un adecuado soporte social (familiar, amigos, instituciones de apoyo), son más resistentes al estrés y cuentan con un importante modulador de éste, para enfrentar de manera exitosa los problemas y conflictos de la vida cotidiana⁴.

Aun cuando reconocemos los grandes esfuerzos que se realizan en nuestro país: círculos de abuelos, labor asistencial del médico y enfermero de la familia del equipo multidisciplinario de atención gerontológica (EMAG), que logran efectos no controlados, no encontramos antecedentes de referencias de trabajos ni estudios previos sobre las redes de apoyo social del anciano.

Por ello, nos propusimos caracterizar las redes de apoyo social en adultos mayores, determinar el grado de integración social, analizar la funcionabilidad y determinar el grado de efectividad de éstas.

Métodos

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud con diseño descriptivo, en el período comprendido entre el 1º de abril al 30 de noviembre del 2001, en el Policlínico "Capitán Roberto Fleites" de Santa Clara. Para realizar el muestreo se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

1. Adultos mayores de 60 años que aceptan participan de forma voluntaria en la investigación.
2. Estado físico y mental que le permita responder a la exigencia del estudio.

Criterios de exclusión

1. Solicitud de abandonar la investigación.
2. Aparición de trastornos psíquicos o enfermedades agudas.
3. Mudanzas.

La población estuvo constituida por 2 321 ancianos que pertenecen al Grupo Básico de Trabajo (GBT) # 3, de los cuales se escogió una muestra de 305, que representan el 13,14 % del universo del GBT. Para la selección definitiva de la muestra se utilizó un muestreo estratificado bietápico; las unidades de la primera etapa estuvieron constituidas por 13 consultorios médicos de la familia (CMF), y posteriormente se seleccionaron aleatoriamente las unidades de análisis (25 ancianos), con probabilidad proporcional al tamaño de conglomerado. La probabilidad de inclusión de cada anciano de la población en la muestra fue 0,08.

Para evaluar los índices de la variable referida anteriormente, se utilizó una entrevista estructurada que posee tres variantes confeccionadas y validadas por D. Pérez Luján.

Variante A: Entrevista estructurada dirigida a los adultos mayores que componen la muestra (tabla 1).

Variante B: Entrevista estructurada dirigida a los miembros de las redes, denominados por los adultos mayores en la variante A (tabla 2).

Variante C: Entrevista estructurada dirigida a los enfermeros y médicos de los consultorios, a los cuales pertenecen los adultos mayores seleccionados como muestra (tabla 3).

Se trianguló la información recogiendo y analizando los datos desde distintos ángulos, a fin de contrastarlos e interpretarlos, para lo cual fueron utilizadas diferentes fuentes: ancianos, miembros de la red denominados por los ancianos, médicos y enfermeros pertenecientes al CMF de los ancianos muestreados.

Los datos recolectados en esta investigación fueron almacenados en un fichero mediante el programa SPSS (versión 9.0). Mediante dicho software se realizó el procesamiento estadístico de la información. La presentación y resumen de la misma por medio de tablas y gráficos reflejan las frecuencias absolutas y los por cientos. Además, se aplicó la prueba de Chi cuadrado para comparar los por cientos correspondientes a las diferentes categorías de una variable, como resultado de lo cual se muestran los valores correspondientes al estadígrafo (χ^2), así como la significación (p) asociada al mismo. De acuerdo con el valor de p, las diferencias se clasifican en: muy significativas (si p es menor que 0,01); significativa (si p es mayor que 0,01 y menor que 0,05) y no significativa (si p es mayor que 0,05).

Resultados

La tabla 1 muestra la diversidad de relaciones que integran la red, donde prevaleció el nivel bajo (62,0 %). En la composición de la red, los hijos ocuparon el primer lugar, con un 39,3 % (tabla 2). La funcionabilidad se expresa de forma regular en un 38,7 % y mala en un 31,8 % (tabla 3). Entre las situaciones que destacan la relación de las ayudas con las necesidades especiales de los ancianos (tabla 4) aparecen, en primer lugar, la existencia de actos de apoyo ante las necesidades emocionales (87,2 %), seguidas por necesidades físicas (45,9 %). Existió un predominio de las redes de apoyo social de efectividad media (41,6 %)(tabla 5); asimismo, es destacable un número importante de casos en que éstas son inefectivas o no existen, lo que representó un 31,2 %.

Tabla 1 Distribución de los ancianos según la diversidad de las relaciones que integran la red.

Diversidad de las relaciones	No.	%
Gran diversidad	116	38,0
Poca diversidad	189	62,0
TOTAL	305	100,0

Fuente: Entrevistas $\chi^2 = 17,46$ p = 0,0000

Tabla 2 Composición de la red de apoyo de los ancianos.

Composición de los miembros de la red	No.	%
Hijos	55	39,3
Hermanos	40	28,6
Vecinos	22	15,7
Amigos	17	12,1
Otros	6	4,3
TOTAL	140	100,0

Fuente: Entrevistas $\chi^2 = 17,46$ $p = 0,0000$

Tabla 3 Distribución de los ancianos según la funcionabilidad de las redes de apoyo social.

Funcionabilidad	No.	%
Buena	90	29,5
Regular	118	38,7
Mala	97	31,8
TOTAL	305	100,0

Fuente: Entrevistas $\chi^2 = 51,23$ $p = 0,0000$

Tabla 4 Distribución de los ancianos con apoyo que presentan satisfacción en las necesidades especiales.

Satisfacción en las necesidades especiales	No.	%
Necesidades emocionales	190	87,2
Necesidades físicas	100	45,9
Necesidades monetarias	85	39,0
Necesidades de contacto con el medio	81	37,2

Fuente: Entrevistas

Tabla 5 Distribución de los ancianos según el grado de efectividad de las redes de apoyo social.

Efectividad de las redes	No.	%
Gran efectividad	35	11,5
Efectiva	48	15,7
Efectividad media	127	41,6
Inefectiva o inexistencia de la red	95	31,2
TOTAL	305	100,0

Fuente: Entrevistas $\chi^2 = 30,48$ $p = 0,0000$

Discusión

Respecto a la diversidad y composición de la red, nuestros resultados coinciden con los de estudios realizados por Kaplan y colaboradores, quienes destacan el aumento del riesgo de morir en aquellos que tienen pocas personas a quien dar y de quien recibir apoyo⁵. Referente a las necesidades emocionales presentes en los grupos que pertenecen a esta etapa evolutiva, Quintero y Trujillo han convenido en destacar la ausencia de confidentes y de familia, así como el hecho de vivir solos como factores de riesgo inevitables en esta edad⁶, que por lo tanto, en nuestra opinión, deben ser especialmente observados en relación con las necesidades de contacto con el medio; otros autores³ han observado que la soledad y la poca o ninguna realización de actividades, así

como la baja estimulación y el aislamiento, actúan como estresores psicofisiológicos para muchos ancianos³, a lo que puede agregarse que Quintero y Trujillo reconocen la pérdida de validismo, la pérdida de roles y el aislamiento social, como factores de riesgo⁶. En cuanto a las necesidades monetarias, citan como factores de riesgo: pobre poder adquisitivo e inadaptación a la jubilación. Al discutir las necesidades de contacto con el medio, se tuvo en cuenta lo referido por Beng sobre la soledad y la poca o ninguna realización de actividades, así como la forma en que actúan la baja estimulación y el aislamiento como estresores psicofisiológicos para muchos ancianos³. En relación con la efectividad de las redes de apoyo sociales, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por otros estudios realizados donde se plantea que las mismas favorecen los niveles de salud, incrementan el bienestar emocional y físico de los individuos⁷, y que el apoyo social hace que el anciano se sienta atendido y valorado como persona^{8,9}; por tanto, estos resultados deben marcar pautas para futuras investigaciones, considerando la importancia de modificar esta realidad por medio de intervenciones.

Summary

Investigation was focused on characterizing social help networks in old people that belong to Basic Working Group number 3 of polyclinic "Capitán Roberto Fleites" in Santa Clara city. A descriptive study was carried out and the sample was composed by 305 old patients selected by a two-stage stratified sampling that represent a 13,14 per cent of the population of the Basic Working Group. A structured interview was applied to different sources: the elderly, members of the network, doctors and nurses of the family. Information gathered was triangled. Data were collected in a file using computer program SPSS version 9. Chi-squared test was applied to compare percentages corresponding to the different categories of a variable. Social help networks were characterized by a low diversity in composition and care to the elderly was focused on children. Functionability was deficient and help behaviour did not satisfy the specific needs of the elderly. So, the effectiveness of social help networks is not sufficient.

Referencias bibliográficas

1. García Martínez JM. Envejecimiento como novedad. Rev Rol Enferm 1999;22(5):353-5.
2. Organización Panamericana de la Salud. Conceptos para ejecutores de programas de salud. Washington: OPS; 1995.
3. Roca Perara MA. Apoyo social: su significación para la salud humana. En: Apoyo social en la vejez. La Habana: "Félix Varela"; 1999. p. 133-5.
4. Prieto Ramos O. Gerontología y geriatría. La Habana: Científico Técnica; 1999.
5. Roca Perara MA. Apoyo social: su significación para la salud humana. En: Conceptualización del apoyo social. La Habana: "Félix Varela"; 1999. p. 28-32.
6. Quintero Danavy G, Trujillo Gras O. Aspectos sociales del envejecimiento. En: Temas de gerontología. La Habana: Científico-Técnica; 1999. p. 32-7.
7. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud. Situación actual y nuevos desafíos. Rev Saude Publica 1997;31(4):425-35.
8. Vega García E. El anciano como paciente: evaluación social. En: Temas de gerontología. La Habana: Científico Técnica; 1999. p. 118-24.
9. Asón Vivanco A. Apoyo social. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y salud. La Habana: ECIMED; 2001. p. 80 -2.