

# Temas de interés

## Redes de apoyo en el anciano por medio del genograma y el ecomapa

### *Supporting networks for elderly by genogram and ecomap*

Navarro García Ana María,<sup>1</sup> Rodríguez García Rosalía<sup>2</sup>

El aumento en la esperanza de vida que ha ocurrido en los últimos años en México (de 1970 a 2005 la esperanza de vida se incrementó 14.5 años para la población general) y la disminución en la tasa de crecimiento (de 1950 a 1960 la tasa de crecimiento anual fue de 3.0 y de 2000 a 2005 de 1.0)<sup>1</sup> son claros ejemplos de los efectos producidos por los cambios en la morbilidad y mortalidad de la población. Actualmente las enfermedades crónicas ocupan las primeras causas de muerte y afectan principalmente a la población de más edad,<sup>2</sup> por lo que el Sistema Nacional de Salud se ve obligado a canalizar recursos para tratar enfermedades incurables, degenerativas e incapacitantes. El estilo de vida también ha cambiado; el sedentarismo, la mala alimentación, entre otros factores, han deteriorado la calidad de vida de las personas. Los síndromes geriátricos sugieren una serie de condiciones que afectan al individuo en varios aspectos, tanto físicos como de su ambiente familiar y social, con limitaciones para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida y dificultando las funciones vitales, lo que conduce al anciano a la discapacidad<sup>3</sup> y dependencia de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas.

Los cuidadores de ancianos en su mayoría son mujeres, hijas, en la quinta década de la vida, que viven en la misma casa que el anciano, por lo que dedican la mayor parte del tiempo a su cuidado; la mitad de ellas padecen enfermedades crónicas, psicológicas

o de relación social. Casi todos los cuidadores piensan que su vida ha cambiado a partir de dedicarle todos los cuidados a su familiar enfermo y que el nivel de estrés es importante.<sup>4</sup> Si se considera que la población mayor de 60 años aumentará en las próximas décadas hasta representar 17% de la población latinoamericana en el año 2050,<sup>5</sup> habrá que prever las necesidades de este grupo y los recursos con los que se debe contar.

La red social es un conjunto de contactos que dan identidad social a los individuos, apoyo de diferentes tipos e influye en la búsqueda de ayuda que hacen las personas.<sup>6</sup> La primera fuente de ayuda de los individuos generalmente es la familia, cuyas características e historia influyen en la presencia de factores protectores de la salud o de riesgo para enfermar, de igual forma determinan el uso de los recursos de la comunidad, incluyendo el sistema de salud.<sup>7</sup> La familia nuclear y los parientes realizan funciones de una *red social informal* de seguridad cuando otorgan cuidados e intercambian servicios; se basan en los valores familiares implícitos que pueden comprometer a los miembros de la familia a corresponder con ayuda semejante a la recibida; en la comunidad también existen redes sociales informales extrafamiliares, cuyo principal valor es la solidaridad, como las amistades, los vecinos, compañeros de trabajo, grupos de ayuda, etcétera; en cambio, las *redes sociales formales* de una comunidad se rigen con normas delimitadas y son de acceso restringido. Cabe mencionar que también existen *redes sociales mixtas*.<sup>8</sup>

Además de estos dos grandes grupos se hallan otras formas de clasificar a las redes sociales. Según el intercambio que presenta, una red puede ser *de primer orden o primaria*, la cual comprende las conexiones cercanas que tiene un individuo con otros; la *red de segundo orden o secundaria* se identifica por las conexiones que se establecen entre una red primaria y otra; finalmente la *red extensa* que involucra las conexiones que unen a la red secundaria con poblaciones mayores.<sup>7</sup> También el intercambio que ocurre entre los individuos que integran las redes puede clasificarse y medirse según el *tipo de intercambio, direccionalidad, extensión, frecuencia y temporalidad*.<sup>8</sup>

El apoyo que otorgan las redes sociales puede estar disponible pero su utilización dependerá de diversos factores: la persona que necesita

<sup>1</sup>Especialista en medicina familiar. Alumna del curso de gerontología en la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez", ISSSTE, Ciudad de México.

<sup>2</sup>Geriatra titular del curso de gerontología, adscrita al servicio de Geriatría del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE Ciudad de México.

**Correspondencia:** Navarro García Ana María anamanavarro@yahoo.com.mx

Aten Fam 2010;17(1): 19-21.

**Cuadro 1. Información aportada por el genograma**

Características
Sexo
Edad promedio
Estado civil
Escolaridad
Ocupación
Estado de salud
Tipo de familia
Etapas del ciclo de vida
Cuidador principal

de ayuda, su escolaridad y nivel socioeconómico, los síntomas que presente y el impacto de estos en la vida del individuo y su familia, las costumbres para resolver los problemas, la automedicación, la búsqueda de ayuda, su disponibilidad y forma de acceso, así como la presencia de medicina tradicional y de instituciones de salud públicas o privadas.<sup>6</sup>

El médico familiar usa los recursos de la familia, la comunidad y la institución a fin de solucionar de forma adecuada los problemas de salud individuales y familiares.<sup>9</sup> Para lograr esta tarea, cuenta con diversas estrategias e instrumentos, uno muy conocido es el genograma, cuya interpretación por el médico familiar puede apoyar la identificación de redes de apoyo familiares.<sup>10-18</sup> El ecomapa es

otro instrumento útil para la identificación de las redes de apoyo extrafamiliares y que, al igual que el genograma, es un instrumento cuyo uso e interpretación apoyan las actividades del equipo de salud en beneficio de los pacientes.<sup>19-20</sup>

En términos generales, en el genograma estructural se asienta información que permite a los profesionales de la salud la identificación de diversos aspectos (cuadro 1). Asimismo, la interpretación intencional de este instrumento da oportunidad de identificar las redes primarias (figura 1).

En pacientes de la tercera edad, la familia suele ser la principal fuente de apoyo. El “cuidador principal” puede identificarse mediante la entrevista y durante la elaboración del genograma. En diversos estudios se ha reportado que en ocasiones la pareja es la mayor fuente de ayuda y un factor de protección para la salud;<sup>21,22</sup> en algunos casos el paciente anciano es cuidador de alguno de sus padres lo que muestra un fenómeno reciente en el que los “viejos son cuidados por viejos”. El principal tipo de apoyo que aporta la red familiar es el emocional, seguido del material y de información; en la tercera edad el valor del apoyo emocional es equivalente o mayor que el apoyo material.

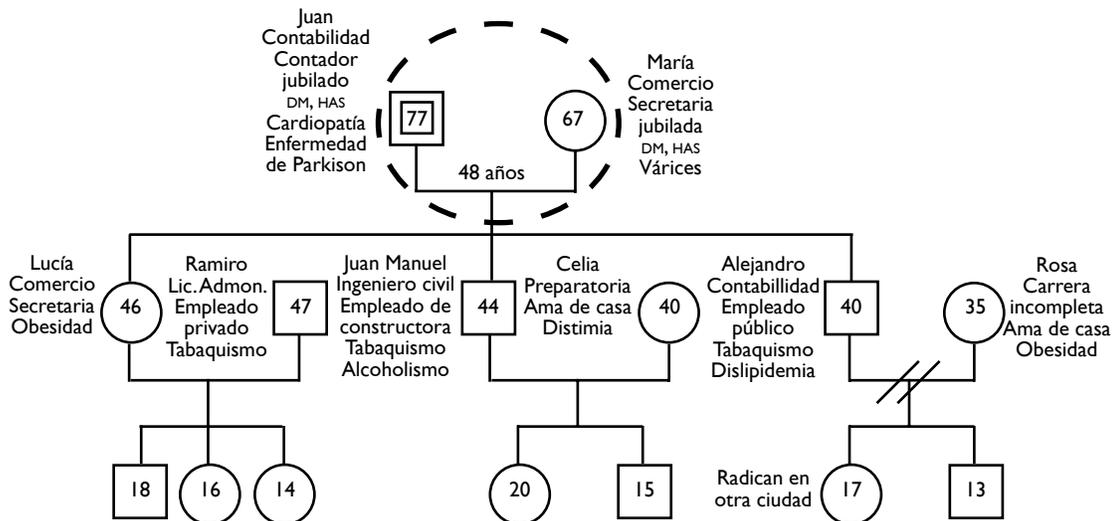
Con el uso del ecomapa es posible identificar las redes de apoyo extrafamiliares.

**Cuadro 2. Elementos que conforman las redes de apoyo**

Proveedor del apoyo	Tipo de apoyo
Pareja	Emocional
	Material
Hijos	Emocional
	Material
Nietos	Emocional
	Material
Amistades	Emocional
Vecinas	Material
	Información
Organizaciones gubernamentales	Material
	Información
Grupos comunitarios	Emocional
Servicios comunitarios	Material
Televisión	Información

En el cuadro 2 se presentan los elementos que pueden conformar las redes primarias y secundarias, así como el tipo de apoyo que otorgan. Mediante la entrevista, al realizar el genograma y el ecomapa, puede explorarse la interacción social de los elementos que integran las redes y en consecuencia, considerar su clasificación y grado de intervención en el apoyo, tanto intra como extrafamiliar. De esta manera, puede considerarse la presencia de redes de apoyo informales: vecinos y amistades; redes formales: instituciones de

**Fig 1. Genograma de un adulto mayor ficticio**



ATEN FAM 2010;17(1)

salud, grupos de ayuda y diversos servicios que otorga la comunidad, como el mercado de la colonia y los parques (figura 2).

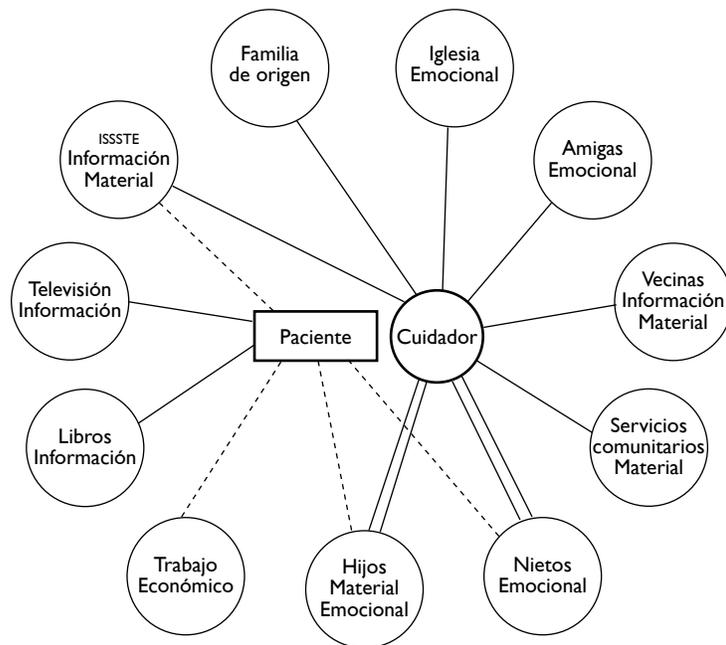
El uso del genograma facilita la identificación del tipo de apoyo que reciben los ancianos y también sus cuidadores, quienes en algunos casos tienen desgaste físico y emocional mayor que el anciano que cuidan. Resulta interesante la existencia de diferencias en las redes sociales con base en el género. Es común que las redes sociales de las mujeres sean más amplias que las de los hombres. También es de gran utilidad presentar a los pacientes sus genogramas y ecomapas, ya que en nuestra experiencia, cuando los pacientes y sus familiares los observan, suelen cambiar su apreciación acerca de sus redes de apoyo; en la mayoría de los casos reconocen que en realidad tienen más apoyo del que imaginan y, los que perciben que sus redes son pequeñas inmediatamente manifiestan su interés en ampliarlas.

Es importante que el médico familiar conozca las redes de apoyo con que cuentan sus pacientes, principalmente los de la tercera edad, ya que mientras más amplias sean éstas, los pacientes podrán satisfacer mejor sus necesidades y los cuidadores se apoyarán en otros individuos o instituciones cuando lo crean necesario, con lo que es posible prevenir el agotamiento físico y emocional.<sup>23</sup> El médico familiar puede auxiliarse del genograma<sup>24-25</sup> y del ecomapa para identificar las redes formales e informales de sus pacientes y sugerir su uso, o fortalecimiento si lo considera necesario, para así lograr las metas terapéuticas del grupo familiar.

## Referencias:

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Comunicado de prensa. 2000 Nov 7 [citado 2007 Dic 10]; 140/2000. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Página oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. [citado 2007 Nov 12]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx>
3. Cigolle C T, Langa K M, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the health and retirement study. *Ann Inter Med.* 2007;147:156-164.
4. Ras EV, Bascuñana AB, Ferrando CL, Martínez DR, Puig GP, Campo LE. Repercusiones en el

Fig.2 Ecomapa de un adulto mayor ficticio



cuidador de los enfermos crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 2006;38(7).

5. Rodríguez GR, Lázcano BG, Práctica de la Geriatría. 2ª ed. México: McGraw-Hill; 2007.
6. Infante-Castañeda C. Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública Mex* 1990;32:419-429.
7. Infante-Castañeda C. Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. *Salud Pública Mex* 1988;30:175-176.
8. Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Fernández-Ortega MA, Gómez-Clavelina FJ. Redes sociales en la atención médica familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):35-44.
9. Irigoyen-Coria A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2006.
10. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. EUA: Gedisa; 1987.
11. Rogers JC, Rohrbaugh M, McGoldrick M. Can experts predict health risk from family genogram? *Fam Med* 1992;24(3):209-215.
12. Waters I, Watson W, Wetzel W. Genograms. Practical tools for family physicians. *Can Fam Physician* 1994;40:282-287.
13. De la Revilla L, Flitas L, Prados MA. De los Rios A, Bailón ME. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria* 1998;21(4):219-224.
14. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Terán-Trillo M, Fernández-Ortega MA, Yáñez-Puig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(1):13-20.
15. Velasco ML, Julián SJF. Mapas familiares: su empleo en el diagnóstico y formación de hipótesis terapéuticas. En: Velasco ML, Julián SJF. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Editorial Manual Moderno; 2001.p.23-36.
16. Rosas-Pérez MP, González-Salinas C. Utilización de genogramas en un centro de salud de la Ciudad de México. *Arch Med Fam* 2002;4(3):99-103.
17. Navarro-García AM, Ponce-Rosas C, Trujillo-Benavides OE, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004;6(3):78-83.
18. Petra-Micu I, Espinosa-Flores RM, Esquivel-Soto J, Valle-Molina L. Análisis de la estructura familiar en un grupo de médicos internos de pregrado de la Ciudad de México. *Arch Med Fam* 2006;8(1):75-80.
19. Agostinho M. Ecomapa. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:327-330.
20. De la Revilla Q, Constan E, Ubeda P, Fernández G, Fernández R, Casado IM. El genograma y el ciclo vital de la familia. *Rev Enferm* 1998;21(241):24-30.
21. Triadó C, Villar F, coordinadores. Psicología de la vejez. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
22. Ham CR. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México: Miguel Ángel Porrúa; 2003.
23. Scott J, Tallia A, Crosson JC, Orzano AJ, Stroebel C, DiCicco-Bloom B, y cols. Social network analysis as an analytic tool for interaction patterns in primary care practices. *Ann Fam Med* 2005;3:443-448.
24. Richards WR, Burgués DE, Petersen FR, McCarthy DL. Genograms: a psychosocial assessment tool for hospice. *Hosp J* 1993;9(1):1-12.
25. Liossi C, Hatira P, Mystakidou K. The use of the genogram in palliative care. *Palliat Med* 1997;11(6):455-461.