

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN,
ADULTOS MAYORES Y POBREZA. UN ESTUDIO CUALITATIVO
DESDE EL MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE
MONTERREY, NUEVO LEÓN.**

PRESENTA

BÁRBARA LIZETH CUEVAS MUÑIZ

TESIS

**QUE PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ORIENTACION EN TRABAJO SOCIAL**

JUNIO DE 2014

Caminante, son tus huellas el camino y nada más...

RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad examinar el fenómeno social de la salud en la etapa de vejez, específicamente desde la perspectiva de las mujeres mayores; por lo tanto el objetivo general de este estudio es *comprender las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León*. Con esta finalidad se analizaron sus experiencias en el proceso salud/enfermedad/atención (modelo médico y social que surge de la antropología médica que tiene por objetivo, entre otros, disminuir la fragmentación en la atención médica) y conocer sus percepciones de salud, enfermedad y atención que influyeron, e influyen, en las prácticas de atención y cuidado de estas enfermedades; así como también identificar los factores sociales que incidieron en el desarrollo de las mismas.

El interés de comprender el fenómeno social de la salud en las mujeres de la tercera edad se originó por dos motivos. El primero fue el incremento en cantidad de mujeres mayores a nivel estatal, nacional e internacional, derivado de su mayor esperanza de vida, y el segundo por el aumento en el diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas en la etapa de vejez. Ambos fenómenos generan un nuevo escenario que se yuxtapone a la realidad de carencias (económicas, materiales y/o de recursos) experimentada por un grupo de mujeres mayores, condición que las hace más susceptibles a las inequidades en la salud.

Este nuevo escenario lleva a la reflexión sobre las percepciones de los retos en el cuidado y atención a la salud que experimentan las mujeres de la tercera edad que viven con el diagnóstico de una, o más, enfermedades crónico-degenerativas. Esta reflexión genera las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo son las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León? ¿Cuáles son los factores sociales que tienen mayor incidencia en las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León?

Con la intención de responder a estas interrogantes, y con ello alcanzar el objetivo general de esta investigación, se diseñó una investigación de enfoque cualitativo para examinar este fenómeno social. Se recurrió a la fenomenología como marco interpretativo de análisis para comprender las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención. La reconstrucción del proceso salud/enfermedad/atención se llevó a cabo empleando el modelo de los Determinantes

Sociales de la Salud, marco teórico-conceptual diseñado por la Organización Mundial de la Salud. Este modelo propone el análisis de las circunstancias materiales, psicológicas, biológicas y/o conductuales y el sistema de salud que giran alrededor del individuo y que determinan su salud, en este caso las mujeres de la tercera edad. Las técnicas para recolectar la información que se utilizaron fueron la entrevista (semi-estructurada), la observación no participante y el diario de campo. Se utilizó el programa computacional etnograph para el análisis de la información.

Entre los principales hallazgos de esta investigación se comprende que el proceso salud/enfermedad/atención, de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad, se experimenta con sentimientos de depresión y tristeza, pero con la esperanza de mejorar la salud. El estrés emocional se asocia al origen de las enfermedades crónico-degenerativas, así como las circunstancias materiales y el contexto social. La atención institucional del sistema de salud se considera importante para la atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas, pero se percibe un poco deshumanizada debido a la fragmentación en la práctica médica, la falta de medicamentos y el trato del personal.

Se detecta que la posición socioeconómica (especialmente el ingreso, la escolaridad, el estado civil y el lugar de nacimiento) juega un papel importante en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas, y que el uso de medicamentos es la principal medida para controlar las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que participaron en este estudio debido a que la condición de pobreza de capacidades limita la adquisición de alimentos para el control de la enfermedad.

En conclusión se recomienda, principalmente, continuar impulsando investigaciones que analicen la salud como un fenómeno social, empleando diversos modelos y métodos de investigación, para identificar los elementos del contexto económico, político, cultural y social que influyen en el desarrollo de las enfermedades durante la etapa de vejez para evitar las desigualdades en la salud y desigualdades sociales.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	2
1. INTRODUCCION	10
1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.1.1 Adultos mayores, pobreza, desigualdad social y exclusión social.....	12
1.1.2 Adultos mayores e inequidades en la salud.....	14
1.1.3 Adultos mayores y enfermedades crónico-degenerativas.....	15
1.1.4 Adultos mayores y fragmentación en la práctica médica.....	16
1.2 Preguntas de investigación.....	17
1.3 Objetivo general y objetivos específicos.....	18
1.4 Justificación	20
2. MARCO TEORICO	21
2.1 La pobreza.....	22
2.1.1 Pobreza: su definición y medición.....	22
2.1.2 Teorías de distribución de la pobreza.....	23
2.2 El Adulto mayor.....	24
2.2.1 Adulto mayor: Definición y clasificación.....	24
2.2.2 Teorías del envejecimiento.....	25
2.2.3 Tipos de envejecimiento.....	26
2.3 Las enfermedades crónico-degenerativas.....	27
2.3.1 Enfermedades crónico-degenerativas: Definición y tratamiento.....	28
2.3.2 Diabetes Mellitus: Definición y tratamiento.....	28
2.3.3 Hipercolesterolemia: Definición y tratamiento.....	28

2.3.4 Hipertensión arterial: Definición y tratamiento.....	29
2.3.5 Estrategias de atención y cuidado a la salud: Atención Primaria a la Salud.....	29
2.4 Los Determinantes Sociales de la Salud.....	30
2.4.1 Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.....	30
2.4.1.1 Teoría y modelos previos.....	31
2.4.1.2 Objetivo y elementos que integran el modelo.....	32
2.4.1.2.1 Contexto socio-económico y político.....	32
2.4.1.2.2 Determinantes estructurales y posición socioeconómica.....	32
2.4.1.2.3 Determinantes intermedios o factores sociales intermedios..	33
2. 5 Proceso Salud Enfermedad Atención.....	34
2.5.1 Binomio salud-enfermedad.....	34
2.5.2 Aspectos subjetivos del padecimiento en el proceso Salud/Enfermedad/Atención.....	35
2.5.3 Aproximación teórica de la subjetividad: La fenomenología.....	36
3. ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	37
3.1 El proceso inductivo y el enfoque cualitativo.....	38
3.2 La muestra de estudio: los sujetos de investigación y el sitio de investigación.....	38
3.2.1 Los sujetos de investigación: mujeres de la tercera edad.....	38
3.2.2 El Sitio de investigación: puntos de reunión de las mujeres de la tercera edad en polígonos de pobreza del Área Metropolitana de Monterrey.....	40
3.3 Las técnicas para la obtención de la información.....	40
3.3.1 Observación no participante.....	40
3.3.2 Entrevista semi-estructurada.....	41
3.3.3 Diario de campo.....	44

3.4 El trabajo de campo: sus etapas.....	45
3.4.1 Fase del contacto inicial.....	45
3.4.2 Fase de la prueba piloto.....	46
3.4.3 Fase de inmersión al campo.....	47
3.5 El tratamiento de la información y el proceso de interpretación.....	48
3.6 Validez.....	50
3.7 Limitaciones de esta investigación.....	50
4. ANALISIS DE RESULTADOS.....	51
4.1 Compartiendo experiencias y recursos: comedor comunitario en colonia Josefa Ortiz de Domínguez y centro comunitario en colonia Monte Kristal.....	52
4.1.1 Nuevo León y el Área Metropolitana de Monterrey.....	53
4.1.2 Comedor comunitario en colonia Josefa Ortiz de Domínguez.....	53
4.1.3 Centro comunitario en colonia Monte Kristal.....	55
4.2 Recorriendo el camino de la salud: Posición socio-económica de las mujeres de la tercera edad.....	56
4.2.1 Ingreso económico.....	56
4.2.2 Educación.....	56
4.2.3 Ocupación.....	58
4.2.4 Edad.....	58
4.2.5 Estado Civil.....	58
4.2.6 Religión.....	58
4.2.7 Lugar de nacimiento.....	58
4.2.8 Lugar de residencia.....	59

4.3 Caso: comprensión de las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad en pobreza urbana del Área Metropolitana de Monterrey.....	59
4.3.1 Caso señorita Ramírez: El cuidado de los padres, las bajas defensas y la pobreza económica.....	60
4.3.2. Caso Sra. Rosales: El Cuidado de los hijos, el no saber y la atención institucional.....	68
4.3.3. Caso Sra. Noriega: El Cuidado de los hijos, el estrés familiar y la pobreza económica.....	75
5. DISCUSIÓN.....	.82
6. CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	99
INDICE DE ANEXOS.....	106
ANEXO 1. Guía de entrevista.....	107
ANEXO 2. Sistema de categorización y codificación.....	111
ANEXO 3. Carta de consentimiento informado y voluntario.....	113
ANEXO 4. Figura 1 Ubicación geográfica del Estado de Nuevo León.....	114
ANEXO 5. Figura 2 Ubicación geográfica de Monterrey, Nuevo León.....	115
ANEXO 6. Figura 3 Ubicación geográfica de Juárez, Nuevo León.....	116
ANEXO 7. Figura 4 Ubicación geográfica de la colonia Josefa Ortiz de Domínguez en Monterrey, Nuevo León.....	117
ANEXO 8. Figura 5 Ubicación geográfica de la colonia Monte Kristal en Juárez, Nuevo León.....	118
ANEXO 9. Fotografía 1 Casa en colonia Josefa Ortiz de Domínguez en Monterrey, Nuevo León.....	119
ANEXO 10. Fotografía 2 Actividades en el comedor comunitario en Monterrey, Nuevo León.....	120

ANEXO 11. Fotografía 3 Calle de acceso a colonia Monte Kristal en Juárez, Nuevo León.....	121
ANEXO 12. Fotografía 4 Informante de la colonia Monte Kristal en Juárez, Nuevo León.....	122
ANEXO 13. Mujeres de la tercera edad y posición socio-económica.....	123

INDICE DE TABLAS

Tabla 3.1 Categorías del segundo elemento del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud: posición socio-económica.....	42
Tabla 3.2 Categorías del tercer elemento del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud: factores sociales intermedios.....	43

INDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Esquema de los Determinantes Sociales de la Salud.....	33
---	----

Caminante, no hay camino: se hace camino al andar.

CAPITULO 1.

INTRODUCCIÓN

La vejez es una etapa de la vida de los humanos que atrae la atención de los científicos sociales. Entre los temas que generan interés se encuentran por una parte el envejecimiento demográfico¹ y su repercusión en la población de los adultos mayores (Arcos y González, 2009; CEPAL, 2000; González y García, 2009; Ham-Chande, 2003; Holloway, 2012; Kane, Ouslander y Abrass, 2001; Tuirán, 2000) y por otra parte la cobertura de los servicios de salud (derecho universal) de las personas de la tercera edad y cuarta edad² para conservar su actividad y participación en la sociedad y de esta forma evitar las inequidades en la salud, desigualdad social y exclusión social (CEPAL, 2008; Enríquez y otros, 2009; Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003; Huenchuan y Rodríguez-Piñero, 2011; Lee, Gutiérrez y Gutiérrez, 2010).

En relación al envejecimiento de la población es posible afirmar que en la actualidad las diferentes sociedades de América Latina experimentan un proceso de cambio demográfico, que se caracteriza por el aumento en el volumen de la población, principalmente del grupo de las personas de la tercera edad y cuarta edad (CEPAL, 2000), que genera cambios en las estructuras de la sociedad. Se estima que en el año 2050 el número de adultos mayores en América Latina representará al 23.4 % de la población total (CEPAL, 2008). Este fenómeno social y demográfico no excluye a la sociedad mexicana y actualmente este país experimenta un envejecimiento moderado³, por lo que se ha proyectado que en el año 2050 la población de adultos mayores constituirá el 26.8% de la población total mexicana (CEPAL, 2009).

Por lo que respecta a la cobertura de los servicios de salud en el grupo de los adultos mayores diversos estudios han obtenido como hallazgo un incremento en el desarrollo de las

¹ A este fenómeno se le conoce como envejecimiento demográfico y se define como: “el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta de una gradual alteración de la estructura por edades” (Ham-Chande, 2003).

² Ham-Chande (2003) define la tercera edad como el período de la vida en donde un individuo se encuentra en una edad avanzada y posee una excelente funcionalidad física, biológica y social lo que proporciona cierta autonomía; en cambio en la cuarta edad el individuo tiene una edad avanzada y posee una pérdida de la funcionalidad biológica, física y social.

³ La CEPAL analiza el envejecimiento de la población de un país de acuerdo al índice de envejecimiento y tasa global de fecundidad. Con el análisis de estos datos los clasifica en países con envejecimiento incipiente, moderado, moderadamente avanzado o avanzado. En México el índice de envejecimiento está entre el 20 % y el 32% y la tasa global de fecundidad está entre 3 y 2.3 hijos por mujer definiéndose como un envejecimiento moderado (CEPAL, 2009).

enfermedades crónico-degenerativas (Secretaría de Salud, 2009). Ante este escenario el Estado enfrenta un reto para cubrir las necesidades de salud, entre otras, de una población que va envejeciendo con una característica generacional particular: la presencia de una, o más, enfermedades crónico-degenerativas. A esta problemática social se suma el hecho de que muchas de las personas en la etapa de vejez o en proceso de envejecimiento⁴, viven en condiciones de pobreza (CEPAL, 2009). Esta condición predispone a la falta de recursos económicos para el acceso al sistema de salud y/o al tratamiento y control de las enfermedades, lo que ocasiona una mayor probabilidad de socavar la salud de los adultos mayores (Castro, 2000; Ham-Chande, 2003).

⁴ Arcos y González (2009) definen el envejecimiento como: “el proceso en el que un ser humano aumenta de años (edad cronológica) y no al deterioro progresivo de los años y sus funciones (edad biológica)”.

1.1 Planteamiento del problema.

En este capítulo se describen las principales problemáticas que experimentan los adultos mayores y que condicionan su salud para generar un acercamiento al fenómeno de estudio: el fenómeno social de la salud en la vejez. La primera problemática que se analizará es la pobreza y la exclusión social que viven un alto porcentaje de adultos mayores a nivel nacional y estatal. El segundo tema describe el problema de la inequidad en la salud durante la vejez que lleva al desarrollo de enfermedades. Posteriormente se problematiza el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas que llevan a un envejecimiento patológico y finalmente se describe la problemática de la fragmentación en la práctica médica que influye en la atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas generando una desigualdad en la salud y desigualdad social.

1.1.1 Adultos mayores, pobreza, desigualdad social y exclusión social

En el año 2006 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) analizó el Índice de Desarrollo Humano (IDH)⁵ en México y reportó que más de la mitad de las Entidades Federativas tiene problemas de marginación (Moreno y Urbina, 2008). Esta condición predispone a las desigualdades sociales y a la exclusión de los diversos grupos poblacionales. Respecto a la exclusión social Ramírez y Ziccardi (2008) indican que esta condición es claramente observable en los países de América Latina provenientes de las prácticas discriminatorias en el mercado de trabajo así como en el acceso y la calidad de los bienes y servicios según el origen socioeconómico y el lugar de residencia de los actores sociales.

En el año 2010 el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó que a nivel nacional el 70.6% de los adultos mayores vivían en hogares pobres (INEGI, 2014), en tanto que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en ese mismo año indicaba que el 43% de los adultos mayores del país vivían en pobreza de moderada a extrema (INAPAM, 2013).

De acuerdo al estudio realizado en el año 2006 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Moreno y Urbina, 2008) Nuevo León no figuraba como un estado con un bajo Índice de Desarrollo Urbano lo que revelaba una estabilidad en el poder adquisitivos de los ciudadanos; sin embargo López (1998) desde la última década del siglo pasado ya indicaba una falta de empleo y una desigualdad social en el Área Metropolitana de Monterrey, a pesar de existir una mejor situación en las condiciones de vida de la población en comparación con

⁵ El Índice de Desarrollo Humano mide tres dimensiones del desarrollo humano: esperanza de vida, tasa de alfabetización de adultos y de matriculación en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria y el ingreso según la paridad del poder adquisitivo (IDH, 2011).

otros estados de la república mexicana. En el año 2008 un estudio llevado a cabo por Flores, Treviño y Valero señaló que la pobreza urbana se había incrementado en el Estado, especialmente en la población de los adultos mayores.

Es importante señalar que la pobreza toma una dimensión mayor cuando se reflexiona acerca del envejecimiento demográfico que actualmente se enfrenta en México, debido a que este fenómeno acrecentará el número de adultos mayores susceptibles a padecer desigualdad y exclusión social; esta desigualdad social es en el acceso y distribución de bienes y servicios lo que origina un empobrecimiento en esta etapa de la vida (Robles y *et al.*, 2006). Para Enríquez y *et al.* (2009) los mecanismos que generan pobreza en la vejez se relacionan a factores sociales interrelacionados presentándose en etapas tempranas de la vida, pero manifestándose en la vejez.

Estas problemáticas de desigualdad social se experimentan de diferente forma en las mujeres debido a los factores sociales a los que estuvieron expuestas en sus etapas tempranas de vida. En este aspecto se ha concluido que muchas de las mujeres que ahora son adultos mayores se dedicaron al hogar en etapas tempranas de la vida limitando su ingreso al sistema de protección social y a sistema de salud (Salgado y Wong, 2007).

Por otra parte la mayor esperanza de vida en las mujeres las predispone a sobrellevar las condiciones de pobreza por un mayor tiempo. Respecto a la mayor esperanza de vida Holloway (2012) indica una feminización del envejecimiento demográfico caracteriza por el aumento en el número de adultos mayores de sexo femenino. En México durante el año 2007 se registraba una proporción de 84 hombres mayores por cada 100 mujeres mayores (Enríquez, 2011).

La pobreza en la vejez puede llegar a generar que las mujeres mayores se dediquen a trabajos informales (como el cuidado de los nietos u otros miembros de la familia) para mantener sus condiciones de vida, sin embargo la responsabilidad que este cuidado significa en algunas mujeres puede originar estrés y depresión influyendo en el proceso de Salud/Enfermedad/Atención (Enríquez, 2011).

En relación a la pobreza y la protección social una investigación realizada por Rubio y Garfias (2010) indica que en América Latina sólo una cuarta parte de adultos mayores puede contar con seguridad social a través de una pensión o jubilación. Respecto a la protección social en México, se tiene registro que en la actualidad aproximadamente dos millones de adultos mayores siguen trabajando por su propia cuenta en el sector informal por carecer de un sistema de protección social que les otorgue una pensión y por consiguiente también carecen de acceso a la seguridad social (INAPAM, 2013). Ambas situaciones, el incremento en la demanda de servicios de salud y la ausencia de protección social, hacen que los adultos mayores sean más susceptibles a las inequidades en la salud.

1.1.2 Adultos mayores e inequidades en la salud

La condición de pobreza es una de las principales causas de las limitaciones en el acceso al sistema de salud. Esta limitación en el acceso origina una inequidad en la salud. Las inequidades en la salud son entendidas como “aquellas diferencias en el estado de salud de las personas que son evitables y por lo tanto injustas” (Álvarez, 2009:73) convirtiéndose en un tema de interés para los investigadores sociales. El motivo de este interés consiste en dos puntos; el primero es que el aumento en las desigualdades sociales (entre países, grupos y estratos sociales) expresa las condiciones de salud de la población, el segundo es que éstas tienen la misma forma que la estructura social, si se baja un peldaño en la estructura social aumenta la prevalencia de enfermedades y problemas de salud (Álvarez, 2009).

Respecto a los factores que podrían originar inequidades en la salud se registra un aumento en la demanda de los servicios de salud por el grupo de los adultos mayores debido al envejecimiento demográfico. Un estudio realizado en México por Lee, Gutiérrez y Gutiérrez (2010) reporta que en un período de 15 años (1986 al 2000) la consulta externa se multiplicó cerca de 10 veces, además indican que el 30% de las hospitalizaciones y consultas especializadas correspondieron a este sector poblacional. En otro estudio llevado a cabo por el Gobierno Federal (2010), se reporta que este grupo de edad concentra el 50% del tiempo de los servicios sanitarios de la atención primaria a la salud y el 62% del gasto farmacéutico.

Otro factor es la protección social, la falta de ella limita el acceso al sistema de salud. Una investigación realizada por Rubio y Garfias (2010) indica que en América Latina sólo una cuarta parte de adultos mayores puede contar con seguridad social (a través de una pensión o jubilación). Respecto a la protección social en México se tiene registro que en la actualidad aproximadamente dos millones de adultos mayores siguen trabajando por su propia cuenta en el sector informal por carecer de un sistema de protección social que les otorgue una pensión y por consiguiente también carecen de acceso a la seguridad social (INAPAM, 2013).

Por consiguiente las inequidades en la salud en los adultos mayores no sólo exponen una problemática de las condiciones de salud, sino también exponen una prioridad en el análisis de las estrategias gubernamentales para brindar igualdad de derechos a todos los ciudadanos, en especial a los más vulnerables como lo son los adultos mayores (SEDESOL, 2002). Sobre este tema el Estado ha diseñado diversas políticas públicas dirigidas a los adultos mayores que tienen por objetivo generar estrategias de intervención para que éstos ejerzan plenamente sus capacidades en la familia y la sociedad, a través del desarrollo de actividades que conserven y mejoren el estado físico y mental (SEDESOL, 2002). Entre estas estrategias se encuentran la Atención Primaria a la Salud para la atención y el cuidado de la salud de la población, especialmente las enfermedades crónico-degenerativas que se han incrementado en los diversos grupos poblacionales tal es el caso de la población de los adultos mayores.

1.1.3 Adultos mayores y enfermedades crónico-degenerativas

En las enfermedades crónico-degenerativas los recursos económicos y/o materiales toman un papel importante, sobre todo si los adultos mayores deben de cubrir sus propios gastos de atención y cuidado por lo que la pobreza es una causa fundamental en la limitación de la atención a los problemas de salud y al desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas, siendo los más desfavorecidos aquellos que viven en un contexto de pobreza extrema (CEPAL, 2008).

Se tiene registro que a nivel mundial durante el año 2008 fallecieron un número de 36 millones personas a consecuencia de una enfermedad crónica-degenerativa. La mitad de esta población pertenecía al género femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS, 2013). A nivel nacional un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, durante el año 2005, indicó que el grupo de la tercera edad concentró el 17.1% de los ingresos hospitalarios (el 52.6% pertenecía al género femenino) y que el 50% de los ingresos provenía de enfermedades del sistema circulatorio, sistema urinario, enfermedades cerebro-vasculares y diabetes mellitus y el otro 50% provenía de traumatismos, fracturas y envenenamientos (INEGI, 2013). Las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes en la etapa de vejez, a nivel nacional, son la osteoporosis, obesidad, diabetes, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial y enfermedad de Parkinson (Gobierno Federal, 2008).

Las tres principales causas de mortalidad a nivel nacional, en el año 2007, en el grupo de mujeres mayores fueron, en orden descendiente, las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebro-vascular y la enfermedad pulmonar obstructiva. En el caso de los adultos mayores varones las principales causas de mortalidad fueron en primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón, en segundo lugar la diabetes mellitus y en tercer lugar la enfermedad cerebro-vascular, en conjunto fueron la causa del 59.6% de las defunciones (Gobierno Federal, 2008).

A nivel estatal la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición indicó que en el año 2006 el 27.8% de los adultos mayores presentaba hipertensión arterial, mientras que el 16% de los adultos mayores presentaron diabetes mellitus del tipo 2, que en el marco teórico se describirá con mayor detalle. Se menciona que de cada 100 personas con diabetes 14 presentan daño de riñón (nefropatía), 10 daño en sistema nervioso (neuropatía), 10 pie diabético y 5 ceguera (SEDESOL, 2010).

Es importante señalar que las enfermedades crónico-degenerativas, además de ser las primeras causas de mortalidad en los adultos mayores, son el principal factor de la pérdida de funcionalidad; esta pérdida de la funcionalidad conlleva a situaciones de estrés y depresión en el adulto mayor (Gobierno Federal, 2008). Por estas y otras razones las enfermedades crónico-degenerativas se convierten en un tema de agenda para las instituciones de la sociedad.

Existen diversos argumentos para dar prioridad al cuidado y la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas. Se ha detectado que a medida que el envejecimiento demográfico avanza, el diagnóstico de este tipo de enfermedades también se incrementará ocasionando un mayor gasto de recursos económicos y materiales para el Estado y las familias que cuidan al adulto mayor (Gobierno Federal, 2010). En este aspecto Tuirán (2000) indica que la promoción de la salud y la atención preventiva, a través de diversas acciones como detección de riesgos sociales y el diseño e implementación de programas, deberán desempeñar un papel preponderante para contrarrestar el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas que afectan a las sociedades.

También es preciso mencionar que el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa significa que el adulto mayor será más susceptible a desarrollar una mayor fragilidad en esta etapa de la vida ampliando sus posibilidades de vivir una vejez patológica (Campos, 2002). Esta condición de vida hace que el tratamiento de la enfermedad se convierta en una parte importante en la vida del adulto mayor. Ante este escenario es preciso indagar respecto a las experiencias del adulto mayor respecto a su proceso salud/enfermedad/atención para detectar los elementos inmersos en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas y en el tratamiento de las mismas.

1.1.4 Adultos mayores y fragmentación en la práctica médica

El proceso salud/enfermedad/atención es una construcción individual en donde el individuo crea su propio padecimiento y también establece el tipo de ayuda a solicitar para el tratamiento de la enfermedad (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007). Este proceso es multidimensional y para su comprensión es necesario realizar un análisis de esta multidimensionalidad. Sin embargo, hasta el día de hoy todavía se procuran una gran cantidad de recursos en investigaciones de enfoques biomédicos cuyo objetivo es curar la enfermedad controlando los factores biológicos que originan la enfermedad más que analizar los factores sociales que intervienen en el desarrollo de la enfermedad (Álvarez, 2009).

Científicos sociales, principalmente de la corriente teórica de la Medicina Social Latinoamericana, mencionan que esta limitación en el análisis de los factores sociales que causan la enfermedad conduce a una fragmentación de la práctica médica, que implica un desconocimiento integral de la enfermedad, por lo que abogan por estudios que determinen estos factores sociales para la prevención de enfermedades y promoción de la salud (Paulino y Thouyaret, 2006).

Para el análisis de los factores sociales, a través del proceso salud/enfermedad/atención, es necesario “otorgar un valor al saber del paciente” y de esta forma comprender aspectos subjetivos del individuo que padece la enfermedad (Buchanan, 2012). A este tema Enríquez (2011) menciona que los aspectos subjetivos van más allá de las consecuencias materiales

derivadas de las enfermedades de los pacientes, éstos han revelado aspectos emocionales que tienen una gran influencia en el estado de salud.

Sin embargo la comprensión de estos aspectos subjetivos, especialmente en el grupo de los adultos mayores, por parte del personal de salud y/o familia con frecuencia representan una dificultad para interpretar cómo es experimentada la enfermedad en esta etapa de la vida. Esta situación limita el tratamiento y la recuperación parcial de las enfermedades que ellos padecen, en especial cuando se puede llegar a generar una imagen negativa (objetiva y distante) de los adultos mayores ante los procesos de salud/enfermedad/atención, derivada en parte a los cambios de conducta propios de la edad, que conlleva a que la familia y el personal lo consideren poco cooperativo (Enríquez, 2011). A consecuencia de esta situación se pueden llegar a tomar resoluciones en los problemas de salud sin comprender lo que el adulto mayor quiere expresar ante su propio proceso de enfermedad.

Enríquez (2011) menciona que analizar el proceso salud/enfermedad/atención, desde el significado subjetivo de envejecer, ofrecerá una aproximación más real de este grupo poblacional y evitará que se siga reproduciendo la fragmentación en la práctica médica. Para contrarrestar este efecto se propone que el personal de salud aumente su capacidad de escuchar y comprender el significado que el paciente mayor le otorga a su enfermedad.

Ante esta práctica médica el sistema de salud enfrenta grandes retos. De acuerdo a Paulino y Thouyaret (2006) los principales retos son crear espacios de diálogos entre médico-paciente, especialmente en un sistema cuya estructura no ha sido pensada para la creación de los mismos, de tal forma que en estos espacios se genere un tratamiento en conjunto, médico-paciente, de los diversos problemas de salud, el segundo es reconocer los alcances y límites de la medicina para la atención de las enfermedades evitando de este modo la fragmentación en la atención médica.

1.2 Preguntas de investigación.

El panorama descrito anteriormente indica que existe una problemática actual que es importante conocer con mayor profundidad. El envejecimiento demográfico, el incremento en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas durante la etapa de vejez, la situación de pobreza de muchos adultos mayores y las limitaciones en la capacidad de los gobiernos para atender las necesidades de este grupo poblacional lleva a la reflexión respecto a los retos que enfrentan las políticas públicas, sociales y de salud (Arcos y González, 2009; Enríquez, 2011; González y García, 2009; Ham-Chande, 2003).

Estos temas se han abordado en diversas investigaciones, algunas de ellas conceden importancia a aspectos relacionados con las políticas sociales en la vejez (Lee, Gutiérrez y Gutiérrez, 2010; OPS, 1997); otros estudios han abordado las redes sociales presentes en esta

etapa de la vida para afrontar las diferentes problemáticas sociales derivadas del proceso de envejecer (Robles y otros, 2006). Estos estudios aportan información relevante acerca de los adultos mayores e inclusive diversos estudios inciden en el hecho de que la vulnerabilidad de la salud en este grupo poblacional deriva de enfermedades adquiridas en etapas tempranas de la vida (especialmente cuando el individuo experimenta situaciones de pobreza) manifestándose en etapas posteriores de la vida (Tuirán, 2000).

No obstante, se han detectado pocos estudios en relación a las experiencias subjetivas del proceso salud/enfermedad/atención en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Estado de Nuevo León, por lo tanto el conocimiento de cuáles son las emociones, percepciones y significados otorgados al proceso salud/enfermedad/atención, por parte de las adultas mayores, aún siguen sin ser totalmente explorado.

Este es el motivo de formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo son las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León? El contexto de pobreza urbana implica una asociación de factores sociales que generan una posición socio-económica en el que se encuentra inmerso el proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres de la tercera edad por lo que es necesario generar la siguiente pregunta que auxilia a responder la pregunta principal: ¿Cuáles son los factores sociales que tienen mayor incidencia en las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León? a través de esta pregunta se detectarán los factores que inciden en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad.

Estas preguntas de investigación tienen por finalidad reconstruir el proceso salud/enfermedad/atención a través de la experiencia de la mujer mayor, por consecuencia se exploran aspectos subjetivos, como percepciones y significados, en relación a los factores sociales que configuran este proceso salud/enfermedad/atención. Esta información permitirá comprender sus actitudes y acciones en torno a este proceso y contribuir a una mejor atención por parte de los miembros de la familia, así como de las instituciones dedicadas a la salud (Castro, 2000; Enríquez, 2011; Ham-Chance, 2003).

1.3 Objetivo general y objetivos específicos.

Considerando que la información hasta ahora presentada brinda un panorama general respecto a las temáticas que aborda esta investigación es pertinente mencionar que el objetivo general de este estudio es *comprender las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey.*

Se recurre al estudio de las mujeres para comprender este tema por tres motivos. El primero es porque las mujeres son las principales encargadas del cuidado de la salud de su familia, y de ellas mismas, y por este hecho están más familiarizadas con los programas de Atención Primaria a la Salud, la información que proporcionen es de vital importancia para comprender el proceso salud/enfermedad/atención. El segundo es la propensión del desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres y su mayor esperanza de vida, ambas condiciones predisponen a las mujeres a utilizar en mayor medida los servicios del sistema de salud. El tercer motivo esta en concordancia con la feminización del envejecimiento que se registra en la actualidad a nivel estatal. Por estas razones se aborda el estudio de este proceso en las mujeres sin profundizar en temas de género.

El primer objetivo específico de esta investigación es reconstruir las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad diagnosticadas con enfermedades crónico-degenerativas que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey. Con este objetivo se busca comprender los elementos subjetivos del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad.

El segundo objetivo específico es identificar los factores sociales que tienen mayor incidencia en el proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad diagnosticadas con enfermedades crónico-degenerativas que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey. Con este objetivo se busca entender la articulación de los factores sociales inmersos en el proceso salud/enfermedad/atención en mujeres de la tercera edad. Los factores sociales intermedios son las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores de comportamiento y/o biológicos y el sistema de salud bajo la clasificación del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud que se empleará como marco conceptual que más adelante se detallará.

Para cumplir con el objetivo general de esta tesis se emplea un abordaje cualitativo con la finalidad de reconstruir el proceso salud/enfermedad/atención a través de los significados subjetivos de las mujeres de la tercera edad. Es importante recalcar que el proceso salud/enfermedad/atención es una construcción social que implica una interacción con las estructuras de la sociedad, por ello se ha estudiado a través de la teoría de las representaciones sociales o del constructivismo social, sin embargo en este trabajo de investigación se emplea el marco interpretativo de la fenomenología para lograr un primer acercamiento al proceso salud/enfermedad/atención interpretando las subjetividades en las experiencias de salud-enfermedad-atención de la mujer mayor sin profundizar en las estructuras sociales.

Se emplea el marco conceptual del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud para delimitar los factores sociales a analizar centrandolo el

análisis en los significados subjetivos de los factores sociales clasificados como intermedios, por parte de este organismo, especialmente en el aspecto de la atención y cuidado a la salud por parte del sistema de salud.

En este trabajo de investigación se ha considerado tomar como sujetos de estudio mujeres pertenecientes a la tercera edad (rango mínimo de 60 años y rango máximo de 75 años) por considerar que inician el cambio de vida hacia la etapa de vejez y todavía son autosuficientes para el auto-cuidado de la salud. Estas mujeres viven en colonias de pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey.

1.4 Justificación.

El envejecimiento demográfico y el aumento en la esperanza de vida a nivel estatal y nacional aportan a la agenda social nuevos retos para cubrir las necesidades de una población que envejece con enfermedad. Esta investigación genera un aporte teórico, metodológico y práctico en relación al fenómeno social de la salud en los adultos mayores.

Respecto al aporte teórico se espera que esta investigación contribuya al conocimiento respecto a los factores sociales intermedios que influyen en la construcción del proceso salud/enfermedad/atención en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza, especialmente desde su propia experiencia, para reducir la fragmentación médica y las inequidades en la salud en este grupo de edad.

En el aspecto metodológico se busca impulsar la utilización de estudios de carácter subjetivo empleando el marco conceptual del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, propuesto por la Organización Mundial de la Salud, para contribuir a la detección de inequidades en la salud de los adultos mayores.

Finalmente en el aspecto práctico esta investigación busca aportar conocimiento a las estrategias diseñadas en las políticas públicas, sociales y de salud en el grupo de los adultos mayores a nivel estatal, nacional e internacional.

Este estudio fue factible porque en Nuevo León existen diversos lugares en donde las mujeres de la tercera edad se reúnen para hacer actividades recreativas y también para recibir apoyos en especie como alimentos y ropa. En estos lugares ellas intercambian experiencias de las diversas situaciones que han vivido a lo largo de su vida. Esta investigación recurrió a los puntos de encuentro para conocer estas experiencias. Otro motivo que hizo factible esta investigación fue el apoyo económico, de recursos materiales y humanos brindados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Al andar se hace el camino.

CAPITULO 2.

MARCO TEÓRICO

A continuación se describen los principales conceptos que nos acercan a nuestro fenómeno de estudio: el fenómeno de la salud de los adultos mayores. En esta descripción primero se presenta la pobreza como condición que experimentan algunos adultos mayores (en el año 2008 se estimaba que 3.1 millones de adultos mayores, a nivel nacional, se encontraban en pobreza multidimensional [CONEVAL, 2010]) posteriormente se presenta la descripción de los sujetos de estudio, los adultos mayores y sus procesos de envejecimiento. El tercer elemento es la descripción de las enfermedades crónico-degenerativas como manifestación de los factores sociales inmersos en los contextos de pobreza y finalmente el proceso salud/enfermedad/atención como acercamiento a esa realidad experimentada por las mujeres de la tercera edad.

2.1 La pobreza

El concepto de pobreza se ha definido de diversas formas a través de los años. En su conceptualización influye el contexto social, político y económico de cada país. En esta sección se describe el concepto de pobreza y su medición, así como la teoría del poder que es una de las teorías que explica la distribución de la pobreza, la desigualdad social y la exclusión social. Esta teoría es la que emplea el modelo de los Determinantes de la Salud para examinar las inequidades en la salud de la población.

2.1.1 Pobreza: su definición y medición

El concepto de pobreza ha generado múltiples debates respecto a su definición y a su medición. Esta se puede definir como una situación social y económica caracterizada por una carencia marcada en la satisfacción de las necesidades básicas. Respecto a su medición el Comité Técnico para la Medición de la pobreza (CTMP) determinó que la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) sería el instrumento que calcularía la incidencia y la intensidad de la pobreza, así como la desigualdad de la distribución del ingreso entre los pobres (Cortes, Banegas y Solís, 2007).

El Comité Técnico para la Medición de la Pobreza clasifica la pobreza de los hogares en tres categorías:

El grupo de hogares que aun gastando todos sus ingresos nada más que en la adquisición de alimentos no les alcanzaría para adquirir los bienes de la canasta alimentaria.

El grupo de hogares cuyos ingresos serían insuficientes para cubrir los gastos en alimentación, salud, educación, vestido, calzado, vivienda y transporte público, aún dedicándolos nada más que a la adquisición de estos bienes.

Hogares que cuyos ingresos alcanzarían para cubrir todos los gastos propios de la vida cotidiana en un país en desarrollo medio.

De esta clasificación la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) crea su propia categorización de la pobreza y determina que el inciso I (de la definición de pobreza del CTMP) se definiría como “pobreza alimentaria”. El inciso II (de la definición de pobreza del CTMP) se conocería como “pobreza de patrimonio” y la SEDESOL crea una línea intermedia de pobreza entre el inciso I y II (de la definición de pobreza del CTMP) al que denominó “pobreza de capacidades”.

La SEDESOL define sus conceptos de pobreza (por ingresos y alimentación) de la siguiente manera:

Pobreza alimentaria: Incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta.

Pobreza de capacidades: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y en educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más para estos fines.

Pobreza de patrimonio: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como para realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar sea utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios.

2.1.2 La teoría del poder

Entre las principales teorías de la distribución de la pobreza se encuentra la teoría del poder (en la que se sustenta el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud que más adelante se detallará) que define a éste como un concepto de organización social que predispone la estratificación social de los individuos, aunque esta definición sigue siendo contradictoria (CSDH, 2007).

Existen dos formas para definir el poder:

Poder para: la capacidad transformadora del ser humano, de acuerdo a Giddens que en un sentido más amplio se define como la capacidad del actor para intervenir en una serie de eventos con el fin de alterar su curso.

Poder sobre: es la relación en la que un actor o grupo logra sus fines estratégicos mediante la determinación de la conducta de otro actor o grupo o también puede definirse como la capacidad de asegurar resultados en los que la realización de estos resultados depende del albedrío de los demás.

A partir de teorías feministas se ha enriquecido esta conceptualización del poder generando la siguiente conceptualización:

Alimentación a través de (la capacidad de influir o coaccionar)

Poder para (organizar y cambiar las jerarquías existentes)

Poder con (el poder de la acción colectiva)

Poder dentro (el poder de la conciencia individual)

Esta conceptualización del poder lleva al análisis de la distribución de los recursos materiales, económicos y humanos que llevan a estratificación y a grupos de la población con vulnerabilidad y pobreza y a la exclusión social (CSDH, 2007).

2.2 El Adulto mayor

Los adultos mayores son actores sociales que han cambiado su papel en la sociedad a través de los años. En este apartado se presenta la definición de los adultos mayores de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y también las principales teorías que explican el envejecimiento de los individuos.

2.2.1 Adulto mayor: Definición y clasificación

Existen diferentes criterios para indicar cuando una persona se convierte en un adulto mayor. La diversidad de estos criterios radica en la importancia que se le da a los aspectos biológicos, sociales y culturales inmersos en el proceso de envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud define al adulto mayor en los países en desarrollo como una persona de más de 60 años y en países desarrollados al adulto con más de 65 años. La definición de adulto mayor que brinda este organismo se sustenta en la edad cronológica⁶, pero también toma en cuenta el lugar en dónde reside el adulto mayor por considerar que las condiciones de vida definen la edad en donde se deben de iniciar la atención y el cuidado de necesidades, principalmente en etapas tempranas del proceso de envejecimiento, a través de los programas de la política pública (OMS, citado en OPS, 1997).

⁶ A partir de estos factores Stuart-Hamilton (2002) conceptualiza la “edad biológica” y la define como el estado de evolución/degeneración física del cuerpo.

La importancia de definir cuando una persona se convierte en adulto mayor radica en los cambios registrados en aspectos de salud, capacidad y autonomía, que establecen nuevas necesidades en el individuo. A este respecto un número importante de investigadores indican que, a diferencia de otros grupos poblacionales, definir las necesidades de atención y cuidado de los adultos mayores es complejo debido a que existe una amplia variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales⁷ que determinan el proceso de envejecimiento (Gutiérrez, Ruíz y Velázquez; 2008; Ham-Chande, 2003; Kane, Ouslander y Abrass, 2001; Lozano, 2000; Stuart-Hamilton, 2002).

En la actualidad existe una amplia gama de teorías que describen como ocurre el proceso de envejecimiento. A continuación se describen las teorías principales de envejecimiento que ofrece un panorama general de los diversos factores relacionados a este proceso.

2.2.2 Teorías del envejecimiento

El Instituto de Geriátría (2012) ha desarrollado una clasificación general de las teorías del envejecimiento y estas son:

Envejecimiento biológico

Envejecimiento psicológico

Envejecimiento social. Envejecimiento biológico

Las teorías del envejecimiento biológico se basan en el envejecimiento de órganos y sistemas. El proceso de envejecimiento se atribuye a la acumulación de errores del ácido desoxirribonucleico (ADN) y del ácido ribonucleico (ARN)⁸ de las células y por lo general se consideran que éstos son programados o predeterminados. Las teorías representativas de este tipo de envejecimiento son la teoría del desgaste, teoría de los radicales libres, daño del ADN, longevidad programada, factor endocrino y factor inmunológico (Instituto de Geriátría, 2012)

En estas teorías se da una importancia vital a las disminuciones de las funciones metabólicas. Con esta disminución el organismo genera a una serie de cambios biológicos y fisiológicos. Éstos cambios conducen, a su vez, a transformaciones en la composición corporal de los adultos mayores como pérdida de masa muscular (en el músculo propiamente dicho y órganos como el corazón), tejido óseo (huesos) y agua corporal que conllevan a modificar el Estado

⁷ Stuart-Hamilton (2002) lo conceptualiza como la “edad social” y son las expectativas que la sociedad tiene respecto a cómo las personas deben comportarse en este período de la vida.

⁸ El ADN y ARN son ácidos nucleares que contienen información genética usada para el desarrollo y funcionamiento de los seres vivos (Murray y otros, 2013).

Nutricio (Kaufer-Horwitz y Gárnica-Correa, 2008)⁹. Derivado al origen de estas modificaciones se consideran naturales en este grupo poblacional, sin embargo la falta de atención a estas transformaciones puede conducir a patologías diagnosticables, ocasionadas por la conducta del adulto mayor ante los cambios que experimenta, como depresión, hipertensión, entre otras.

Envejecimiento psicológico

Estas teorías ponen un énfasis en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. Estas teorías consideran que las circunstancias que enfrenta el adulto mayor deben ocurrir para un envejecimiento exitoso. Entre las teorías que destacan se encuentran la de la integridad ego vs desesperación, teoría del individualismo de Jung, desarrollo de tareas y vejez de Peck.

⁹ El Estado Nutricio se define como la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta de alimentos y las adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. La evaluación del Estado Nutricio será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar (DeHoog, 1998).

Envejecimiento social

Las teorías del envejecimiento social se sustentan en la relación del adulto mayor, a través del status, con la sociedad. Estas teorías se centran en las características de la sociedad y las condiciones de vida de los adultos mayores. Las teorías representativas de este envejecimiento son la teoría adaptativa, teoría de la modernización, teoría de la continuidad y teoría de la actividad. A este respecto el análisis del envejecimiento social explora los cambios en las conductas y actitudes de los adultos mayores para ser consideradas adecuadas en la sociedad. Estos cambios sociales permite la asignación de roles y posición en la estructura social, que van en congruencia con otros factores biológicos y físicos, como la alimentación, enfermedades, ejercicio, contaminación, condiciones de trabajo, toma excesiva de medicamentos, que se traducen en el envejecimiento integral de un individuo (Castro, 2000).

2.2.3 Tipos de envejecimiento.

Una vez descritas las principales teorías que explican el proceso de envejecimiento es necesario indicar cuáles son los tipos de envejecimiento en los individuos. Esta clasificación se toma de la desarrollada por González y Ham-Chande (2007) y sirve como una orientación para el diseño de políticas públicas que buscan cubrir las necesidades de este grupo poblacional. Esta clasificación describe cuatro tipos de envejecimientos que poseen características particulares: Envejecimiento ideal, envejecimiento activo, envejecimiento habitual y envejecimiento patológico.

Envejecimiento ideal

Son las personas que en esta etapa de la vida no han sido diagnosticados con una enfermedad crónica y desempeñan sus actividades básicas de la vida cotidiana. No presentan un deterioro cognitivo y tienen estilos de vida sanos ya que no consumen alcohol ni tabaco y realizan alguna actividad física.

Envejecimiento activo

Estas personas han sido diagnosticadas con una enfermedad crónica, pueden realizar actividades de la vida cotidiana, perciben su estado de salud como bueno y no presentan deterioro cognitivo.

Envejecimiento habitual

Las personas presentan más de una enfermedad crónica y perciben su estado de salud como regular, presentan una ligera incapacidad sin llegar a la dependencia, además de un deterioro cognitivo leve.

Envejecimiento patológico

Las personas pertenecientes a este grupo de edad perciben su salud como mala y presentan un deterioro cognitivo.

2.3 Las enfermedades crónico-degenerativas

Actualmente se registra un fenómeno denominado transición epidemiológica¹⁰ que se caracteriza por el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y una disminución en la aparición de las enfermedades transmisibles. Este fenómeno socio-epidemiológico establece la necesidad de comprender cuales son los factores relacionados al desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas con el objetivo de brindar una atención integral a los problemas de salud.

Es preciso señalar que en la presente transición demográfica las enfermedades transmisibles han dejado de ser la causa primordial de defunciones. Esta situación obedeció a los esfuerzos de organismos nacionales e internacionales (principalmente entre las décadas de los 40's y 80's del siglo pasado) que fomentaban la atención a la salud desde un modelo higienista. El objetivo de este modelo era contrarrestar las causas de la enfermedad promoviendo una visión uni-causal, desafortunadamente sólo tomaba como elemento de análisis los factores biológicos centrando las acciones en el tratamiento de la enfermedad más que en su prevención (Álvarez, 2009).

Con el tiempo diversos investigadores, especialmente de la medicina social, llegaron a la conclusión de que este accionar no era suficiente para solucionar los crecientes problemas de salud que implicaban más de un origen de la enfermedad; sin embargo, el modelo higienista había generado una alta especialización, centralización y mercantilización de la salud disminuyendo el control de la población sobre sus problemas de salud (Paulino y Thouyaret, 2006).

El aumento de este tipo de enfermedades llevó a diseñar estrategias para el cuidado de la salud a través de la Atención Primaria de Salud. A continuación se describen las características particulares de las enfermedades crónicas y al finalizar el apartado se describirá en qué consiste la Atención Primaria a la Salud.

¹⁰ Se define como los cambios en los patrones de enfermedad que causan la morbilidad y la mortalidad en la población (Kaufman-Horwitz y Gárnica-Correa, 2008).

2.3.1 Enfermedades crónico-degenerativas: Definición y tratamiento

Las enfermedades crónico-degenerativas se caracterizan por tener un origen (etiología) incierto (multifactorial), presentar largos períodos de incubación y por lo tanto largos períodos sub-clínicos (no presentar signos). Una vez que se determinan los primeros signos de enfermedad se presenta un período clínico prolongado. Estas enfermedades tienen un progresivo impacto en múltiples órganos y sistemas. El tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas es poco efectivo y no definitivo, por lo tanto su función es solo de control y no de curación total por lo que se utiliza durante la mayor parte de la vida (Instituto de Geriátrica, 2010).

En seguida se presenta una descripción de las tres enfermedades crónico-degenerativas experimentadas por las mujeres de la tercera edad que participaron en esta investigación.

2.3.2 Diabetes Mellitus: Definición y tratamiento

La diabetes es una condición que se define principalmente por el alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia) que origina complicaciones a nivel vascular (retinopatía, nefropatía y neuropatía). Esta enfermedad se asocia a la reducción en la esperanza de vida por sus complicaciones que derivan en enfermedad isquémica del corazón, accidente cerebrovascular y enfermedad vascular periférica (WHO, 2006).

Existen dos clasificaciones de la Diabetes que difieren por su origen:

Diabetes tipo 1: se diagnostica con mayor frecuencia en la etapa de niñez, adolescencia o juventud. Esta se caracteriza porque el cuerpo no produce o produce poca insulina (hormona secretada en el páncreas para introducir la glucosa circulante en la sangre a los diversos células del cuerpo) requiriéndose inyecciones diarias de esta hormona como tratamiento. La causa de este tipo de diabetes no es conocida.

Diabetes tipo 2: se diagnostica principalmente en los adultos, aunque en la actualidad algunos adolescentes y jóvenes la presentan en asociación a la obesidad que modifica la producción de insulina. El tratamiento consiste en el consumo de medicamentos que regulen el nivel de glucosa en la sangre y que estimulen la insulina del páncreas, además de un plan de alimentación y ejercicio.

2.3.3 Hipercolesterolemia: Definición y tratamiento

El colesterol es una grasa presente de forma natural en el cuerpo que desempeña funciones vitales como la formación de hormonas. Cuando el nivel de colesterol aumenta se le denomina hipercolesterolemia, hiperlipidemia o trastorno lipídico y trae consigo riesgos para el

organismo. Entre los principales riesgos es la probabilidad de padecer cardiopatía, accidente cerebro-vascular y otros problemas de salud.

Existen diversos factores que originan la hipercolesterolemia, entre las que destacan una alimentación con exceso de grasa, la falta de actividad física, la herencia genética o presentar las siguientes enfermedades:

Enfermedad renal

Síndrome ovárico poli-quístico

Embarazo y afecciones que incrementen los niveles de hormonas femeninas

Glándula tiroides hipo-activa

El principal tratamiento de la hipercolesterolemia es el consumo de medicamentos y también practicar una actividad física, una alimentación balanceada, evitar el consumo de alcohol y tabaco (WHO, 2006).

2.3.4 Hipertensión arterial: Definición y tratamiento

La hipertensión es el aumento de la presión arterial del organismo, esta enfermedad pertenece al grupo de las enfermedades cardiovasculares, lo que indica que se relaciona con problemas del corazón y de los vasos sanguíneos. El origen se deriva de la inadecuada alimentación, la falta de ejercicio, un uso excesivo de alcohol y tabaco. Se ha llegado a estimar que estos factores son los responsables del aproximadamente 80% de casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebro-vascular.

El tratamiento de la hipertensión consiste en el consumo de medicamentos y cambiar el estilo de vida disminuyendo el consumo de alcohol y tabaco, aumentando el consumo de frutas, verduras y practicar una actividad física (WHO, 2006).

2.3.5 Estrategias de atención y cuidado a la salud: Atención Primaria a la Salud

En el año 1978 la Organización Mundial de la Salud convocó a una reunión, denominada Alma-Ata, en donde se promovía el desarrollo de estrategias de salud para mejorar la calidad de vida de los individuos, entre estas estrategias surgieron los programas enfocados a la Atención Primaria de la Salud definida de la siguiente manera:

Aquella basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar....La atención primaria representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo

más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Secretaría de Salud, 2009:7).

A través de estas acciones se busca promover el cuidado y la atención de la salud para disminuir el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

2.4 Los Determinantes Sociales de la Salud

Los Determinantes Sociales de la Salud¹¹ son los factores sociales involucrados en el desarrollo y atención de las enfermedades. Estos se definen como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (CSDS, 2007). El estudio de éstos permite identificar los elementos que se relacionan con las inequidades en la salud que finalmente repercuten en las inequidades sociales en los diferentes grupos de edad (López, Escudero y Carmona, 2008).

El análisis de los Determinantes Sociales de la Salud implica utilizar diversos enfoques y perspectivas de investigación por este motivo la Organización Mundial de la Salud, en el 2004, creó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para generar estrategias que desarrollen conceptos y metodologías para el análisis de los mismos (López, Escudero y Carmona, 2008). Esta comisión desarrolló el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, sustentado en el marco de la teorización del poder social y el trabajo de Diderichsen y colaboradores, que en este momento se abordará (CSDS, 2007).

2.4.1 Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud

Este es un marco orientado a la acción. Este accionar está sustentado en tres valores centrales: equidad en salud, derechos humanos y empoderamiento. A continuación se describirán las teorías y los modelos en los que se sustenta el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

¹¹ Marco conceptual impulsado por la Organización Mundial de la Salud. En el año de 1978 la Organización Mundial de la Salud realiza la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en donde se destaca la importancia de actuar de manera conjunta los diversos sectores de la sociedad para brindar atención primaria a los problemas de salud (OMS, 2013).

2.4.1.1 Teoría y modelos previos

Las teorías que se emplean para el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud se derivan de la epidemiología social y son conocidas como teorías de la distribución de la enfermedad y son las siguientes (CSDS, 2007):

Enfoque psicosocial. Esta teoría indica que la percepción y la experiencia de la persona se asocia al estatus en las sociedades desiguales conduciendo a las personas al estrés y la mala salud.

La producción de la enfermedad/la economía política en salud. Esta aborda explícitamente los determinantes económicos y políticos de la salud y las enfermedades, por lo tanto se enfoca en la interpretación de los vínculos entre la desigualdad de ingresos y la salud, con los cuales se debe de comenzar con las causas estructurales de las desigualdades, y no sólo se centra en la percepción de que la desigualdad.

Teoría eco-social y los marcos de varios niveles relacionados. En ésta se ha tratado de integrar el razonamiento social y biológico en una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para desarrollar nuevos conocimientos sobre los determinantes de la distribución de la población, de la enfermedad y las desigualdades sociales en salud.

Las vías y los mecanismos a través de los cuales los Determinantes Sociales de la Salud influyen en la salud, se conceptualizan como modelos que dan cuenta de los factores socio-económicos de las inequidades en salud, aunque se conciben como perspectivas porque se complementan y no son precisamente excluyentes (CSDS, 2007).

Perspectiva de la selección social. Implica que la salud determina la posición socioeconómica, en lugar de que la posición socioeconómica determine la salud. La base de esta teoría es que la salud ejerce un fuerte efecto en el logro de la posición social, lo que resulta en un patrón de movilidad social a través de la cual los individuos no saludables se encuentran abajo en la escala social y los más saludables se encuentran arriba.

Perspectiva de la causalidad social. La posición social determina la salud a través de factores intermedios. Este efecto causal del estatus socioeconómico en la salud puede ser fundamentalmente indirecto mediante una serie de determinantes de salud más específicos que se distribuyen diferenciadamente entre los grupos socioeconómicos. Un factor intermedio de suma importancia en esta perspectiva es el sistema de salud.

Perspectiva del curso de vida. En este enfoque se reconoce explícitamente la importancia del tiempo y la sincronización en la comprensión de las relaciones causales entre la exposición y los resultados dentro de la vida individual a través de las generaciones y en las tendencias de las enfermedades a nivel de población. La adopción de una perspectiva del ciclo vital dirige la

atención a cómo los determinantes sociales de la salud operan en todos los niveles de desarrollo de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y la edad adulta, tanto de forma inmediata influyen en la salud y proporcionan la base para la salud o la enfermedad más tarde en la vida.

La perspectiva del curso de la vida intenta comprender cómo tales procesos temporales de todo el ciclo vital de una cohorte están relacionadas con las cohortes anteriores y posteriores, y se manifiestan en tendencias de la enfermedad, se observan en el tiempo a nivel de población (un análisis a profundidad de los determinantes estructurales por etapa de vida). Los desfases entre la exposición, iniciación de la enfermedad y el reconocimiento clínico (período de latencia) sugieren que la exposición a temprana edad están involucrados en la iniciación de los procesos de las enfermedades antes de manifestaciones clínicas. Sin embargo, el reconocimiento de las influencias de la vida temprana en las enfermedades crónicas no implica procesos deterministas que niegan la utilidad de la intervención en la vida posterior.

2.4.1.2 Objetivo y elementos que integran el modelo.

El Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud tiene por objetivo principal apoyar a la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud en la identificación de los niveles en los que se promoverá el cambio para luchar contra las inequidades en la salud a través de los programas de la política pública. Este modelo contempla tres elementos y a continuación se describen.

2.4.1.2.1 Contexto socio-económico y político.

Este es un término amplio que se refiere a la gama de factores de la sociedad que no se pueden medir directamente en el nivel individual. El "Contexto" por lo tanto, abarca un amplio conjunto de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir a la cuantificación, que ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y por lo tanto sobre las oportunidades de salud de las personas. Los temas que se investigan en este nivel de análisis se profundizan con mayor detalle en el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CSDS, 2007).

2.4.1.2.2 Determinantes estructurales y posición socioeconómica

Los determinantes estructurales son específicamente los componentes de la posición socioeconómica de las personas. Los determinantes estructurales combinadas con las principales características del contexto socioeconómico y político constituyen lo que llamamos los determinantes sociales de las desigualdades en salud (proceso social que configura su distribución). En el modelo propuesto por la Comisión los determinantes estructurales son los

que generan o refuerzan la estratificación social en la sociedad y definen la posición socioeconómica individual. Estos mecanismos configuran las oportunidades en salud en los grupos sociales basados en el poder, el prestigio y el acceso a los recursos (CSDS, 2007).

Los determinantes estructurales son:

Ingreso

Educación

Ocupación

Clase social

Género

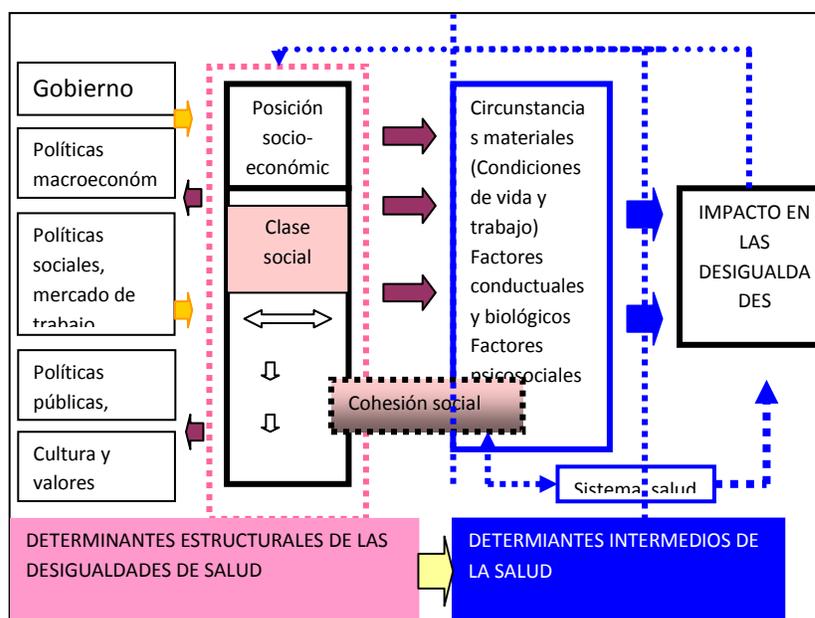
Raza/etnicidad.

2.4.1.2.3 Determinantes intermedios o factores sociales intermedios

De acuerdo a la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CSDS, 2007) los determinantes intermedios (factores sociales intermedios o determinantes sociales de la salud) influyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones-comprometidas en la salud y estos son: Circunstancias materiales, Circunstancias psicosociales, Factores de comportamiento y/o biológicos y Sistema de salud

El siguiente esquema representa los elementos de análisis de los Determinantes Sociales de la Salud:

Figura 2.1 Esquema de los Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS, 2007).

En esta investigación se empleó el Modelo de los Determinantes de la Salud no con la finalidad de hacer una intervención, sino más bien con el objetivo de realizar una exploración respecto a cómo la posición socio-económica y los factores sociales intermedios (determinantes sociales intermedios) influyen en el proceso salud/enfermedad/atención. Con este objetivo se indagará sobre los elementos de la posición socio-económica de las mujeres de la tercera edad y se examinarán los factores sociales intermedios que construyen el proceso Salud/Enfermedad/Atención, colocando mayor énfasis en las circunstancias materiales (vivienda, circunstancias laborales), circunstancias psicosociales (factores de estrés psicosocial que incluyen estresores psicosociales, circunstancias de vida estresantes), factores de comportamiento y/o biológicos (hábitos alimentarios, ejercicio, descanso, edad y género) y el sistema de salud en las mujeres mayores, sin tomar en cuenta cuestiones de género.

2.5 El Proceso Salud/Enfermedad/Atención

El concepto de proceso Salud/Enfermedad/Atención ha sido trabajado en mayor medida por Menéndez quien ha aportado conocimiento teórico y empírico de las relaciones culturales, sociales y económicas sobre el binomio salud-enfermedad. Para este investigador este proceso es un fenómeno complejo, colectivo, determinado por cada sistema social e indica que la enfermedad es la manifestación social, psicológica y orgánica de los grupos que integran la sociedad (Menéndez, 1992).

2.5.1 Binomio salud-enfermedad

El estudio de la salud, entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OPS, 1997), y la enfermedad se remonta a tiempos pasados. La antropología fue una de las primeras ciencias sociales que se enfocó en el estudio de la salud y la enfermedad incluyendo aspectos sociales y culturales. A través de estos estudios, y con el tiempo, surge la Medicina social. Ésta estudia la salud y la enfermedad como una expresión de procesos sociales en relación a factores económicos, políticos e ideológicos de la sociedad; de esta visión surge una concepción de anormalidad de la enfermedad.

Bajo esta corriente teórica la salud y la enfermedad están interrelacionadas y se describe como un continuo con diferentes niveles de equilibrio; entender esta relación es la base del desarrollo de investigaciones desde la Medicina social.

Bajo esta mirada la enfermedad tiene múltiples causas y se examina desde dos planos el objetivo y el subjetivo. El plano objetivo corresponde a un nivel biológico, esa realidad es

definida como *enfermedad*. El plano subjetivo corresponde a los síntomas y el sufrimiento de quien la padece, esa realidad es conocida como *padecimiento* (Pasarín, 2011).

2.5.2 Aspectos subjetivos del padecimiento en el proceso Salud/Enfermedad/Atención

Diversos investigadores han dado importancia al estudio de los aspectos subjetivos del proceso salud/enfermedad/atención por considerar que la salud, la enfermedad y la atención son parte de un sistema integral (Menéndez, 1992; Paulino y Thouyaret, 2006). Bajo este criterio se ha explorado la subjetividad de los sujetos que experimentan enfermedad (Pasarín, 2011).

La subjetividad se analiza desde diversas teorías del sujeto, las principales son aquellas en donde se analiza la oposición del individuo/sujeto y la del sujeto/objeto; sin embargo, hablar de sujeto no es hablar de un ente singular, sino de un individuo inmerso en determinadas abstracciones (rasgos) que decidió seleccionar por ello se habla de sujeto, ya que éste representará los rasgos particulares de los cuales se podrá generalizar (Beller, 2012). El término subjetividad se define como “el medio gracias al cual el sujeto puede ser captado como tal en su integridad vital y existencial sin observaciones objetivizantes” (Beller, 2012: 36) y se expresa a través de las narrativas que ofrecen una visión única del fenómeno de estudio¹². Los puntos de vista subjetivos incluyen interpretaciones y aproximaciones del objeto a investigar, a través de las percepciones, emociones y sentimientos, lo cual supone el estudio de las cosas en su situación natural y en términos de los significados que la gente le otorga a diversos fenómenos sociales (Tomasini, 2011).

Un ejemplo del análisis de la subjetividad de las emociones es un estudio llevado a cabo por Enríquez (2011) respecto a la relación de las emociones y la pobreza; la investigadora indica que el análisis de las emociones facilitó la revelación de las múltiples interconexiones entre la experiencia de vivir en pobreza y las condiciones macro estructurales que la sustentan y la reproducen originando desigualdades sociales. Por otra parte los estudios de las emociones detectado semejanza entre las emociones del hambre y la de los nervios debido a que ambas emociones comparten los mismos síntomas característicos como debilidad, temblor, irritabilidad, cansancio, entre otros, por lo que se indica que las emociones revelan la relación existente entre dimensiones subjetivas y objetivas valorando los aspectos fisiológicos y psicológicos, pero también su aspecto social, su construcción de pensamiento y lenguaje que es necesario interpretar (Enríquez, 2011).

En esta investigación los aspectos subjetivos de la salud, enfermedad y atención se examinarán a través del análisis de los significados subjetivos de los sentimientos y percepciones, en las experiencias, de las mujeres de la tercera edad empleando el marco de análisis de la

¹² Diversos filósofos han desarrollado teorías a partir de la subjetividad, entre ellos se encuentran el filósofo alemán Martín Heidegger y el filósofo francés Michel Foucault.

fenomenología para llegar a la comprensión del fenómeno social de la salud en la etapa de vejez.

2.5.3 Aproximación teórica de la subjetividad: La fenomenología

La fenomenología es una corriente filosófica que surge a mediados de 1890 originada por Edmund Husserl (Álvarez- Gayou, 2009). El objetivo de la fenomenología es la experiencia del participante enfocándose en su subjetividad. La pregunta que se responde cuando se emplea esta aproximación teórica es: cuál es el significado de la experiencia vivida de una persona respecto a un fenómeno y al contestar esta pregunta, se obtiene el entendimiento del fenómeno desde el punto de vista del sujeto y desde la perspectiva construida colectivamente a través del análisis del discurso¹³.

Para la fenomenología se reconoce la intencionalidad de la conciencia, lo que indica que ésta en sí misma no es nada, es siempre conciencia de algo y existe solo cuando dirige su atención a un objeto, por lo tanto se determina que idea, percepción y sentir son un conjunto que se analiza a través de la fenomenología (Vásquez, 2012).

El análisis de datos, a través de la fenomenología consiste en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura, lo que permite al investigador transformar la experiencia vivida en una expresión textual. El investigador selecciona palabras o frases que describen particularidades de la experiencia estudiada. Puede agrupar las que tienen relación o semejanza entre sí y formar grupos que revelen la subjetividad de las personas investigadas (Álvarez- Gayou, 2009).

Emplear la fenomenología implica que el investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes, también contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron), y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias) empleando entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida que se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales (Salgado, 2007).

¹³ Para mayor profundidad del tema revisar: *Ideas Relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica*, Trad. José Gaos, Fondo de Cultura Económica, México, 1949, 1993.

y al volver la vista atrás

CAPITULO 3.

ESTRATEGÍA METODOLÓGICA.

El presente capítulo tiene el propósito de describir la estrategia metodológica que se desarrolló en esta investigación con el objetivo de *comprender las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey*. La descripción de esta estrategia metodológica se realiza a través del desarrollo de diversos temas. El primero es la justificación de la selección del enfoque cualitativo para la comprensión de la salud como un fenómeno social a través de las experiencias de vida de las mujeres de la tercera edad. Posteriormente se describen la muestra de estudio, las técnicas de recolección de la información, las etapas del trabajo de campo y el tratamiento de la información. Finalmente se presentan los criterios de validez y las limitaciones de este estudio.

El análisis de la muestra de estudio está integrado por la descripción de los sujetos de investigación (mujeres de la tercera edad) y el sitio de investigación (comedor comunitario en colonia Josefa Ortiz de Domínguez en el municipio de Monterrey y centro comunitario en colonia Monte Kristal en municipio de Juárez). Las técnicas de recolección de información son la observación, la entrevista semi-estructurada y el diario de campo. Las etapas de campo son la fase de contacto inicial, fase de prueba piloto y fase de inmersión al campo. El tratamiento de la información se llevó a cabo a través de la codificación y la categorización.

3.1 El proceso inductivo y el enfoque cualitativo

Esta investigación centró su objetivo en la exploración de los significados subjetivos de las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad; por lo tanto la interpretación y la comprensión de estas experiencias necesitó un abordaje de investigación en donde la inducción y el método cualitativo constituyeran el eje central de análisis.

La definición de investigación cualitativa que se toma en esta investigación es la elaborada por Taylor y Bogdan (1984) definida como "la investigación que produce y analiza datos descriptivos, tales como las palabras escritas o dichas y el comportamiento observable de personas". Por lo tanto se considera que este enfoque de investigación incide en el sentido y la observación de un fenómeno social; además de dar una importancia particular a los sentimientos, emociones y representaciones elaboradas por los individuos en una situación determinada (Denzin, 1978).

La investigación cualitativa también brinda una flexibilidad en la constitución de los datos, en el tratamiento y en el análisis (generalmente de manera simultánea) que permite una organización circular en el desarrollo de las fases de la investigación logrando una profundidad en la interpretación y comprensión del fenómeno. Estas características de la inducción y del enfoque cualitativo serán los elementos centrales para la formulación de proposiciones con capacidad de explicación y del descubrimiento de dimensiones nuevas, específicas del fenómeno estudiado (Strauss, 1987) que en este caso es el fenómeno de la salud en las mujeres de la tercera edad.

3.2 La muestra de estudio: los sujetos de investigación y el sitio de investigación.

A continuación se describen los elementos que constituyeron la muestra de estudio de esta investigación. El primer elemento son los sujetos de investigación, en este caso las mujeres de la tercera edad, y el sitio de investigación, el comedor comunitario en colonia Josefa Ortiz de Domínguez en el municipio de Monterrey y el centro comunitario en colonia Monte Kristal en municipio de Juárez, ambos ubicados en polígonos de pobreza en Nuevo León.

3.2.1 Los sujetos de investigación: mujeres de la tercera edad.

Se buscó que las mujeres mayores (sujetos de investigación) que participaron en este estudio cubrieran tres criterios. El primero era que las mujeres pertenecieran al grupo de la tercera edad (edad cronológica mínima 60 años y máxima 75 años), el segundo es que hubieran sido diagnosticadas, por un período no mayor de veinte años, con una o más enfermedades crónico-degenerativas y el tercero es que vivieran en condiciones de pobreza de capacidades de acuerdo a la definición de SEDESOL.

Se eligieron mujeres pertenecientes a la tercera edad por considerar que se encontraban en una etapa inicial de vejez y que tenían una mayor probabilidad de experimentar un envejecimiento activo, a pesar de vivir con el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa (González y Ham-Chande, 2007). Las características del envejecimiento activo que se tomaron en cuenta para seleccionar a las mujeres de la tercera edad era que ellas refirieran un estado de salud bueno, que no experimentaran un deterioro cognitivo y que tuvieran cierta autonomía física para asistir a las consultas médicas mensuales con la finalidad de que proporcionarían información de la atención institucional. Se solicitó que las mujeres mayores tuvieran el diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa por un período menor de veinte años por considerar que un período mayor hubiera llevado al análisis del envejecimiento patológico en la vejez, que no era la finalidad de esta investigación. Finalmente se contempló el análisis de mujeres de la tercera edad en pobreza de capacidades porque a pesar de sus carencias económicas y materiales tenían recursos para comprar los alimentos de la canasta básica.

Por lo tanto los criterios de exclusión de los sujetos de investigación fueron que las mujeres de la tercera edad presentaran una incapacidad y/o que dependieran de alguien que le impidiera asistir mensualmente a la consulta médica; el no asistir a las consultas mensuales evitaría analizar la categoría de atención (del sistema de salud) del proceso salud/enfermedad/atención. Otros criterios de exclusión fueron que el diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa haya sido hace más de veinte años y que experimentaran pobreza alimentaria y pobreza de patrimonio, de acuerdo a la definición de SEDESOL.

Finalmente la selección de la muestra fue por conveniencia no probabilística determinada por la capacidad de la técnica de “bola de nieve”. Esta técnica se caracteriza porque los informantes sugieren a otros informantes con características similares a ellos. El número de mujeres mayores que participaron en esta investigación estuvo definido por las respuestas que ofrecieron, las cuáles llevaron a una saturación teórica, que se establece cuando la información proporcionada por los informantes no genera nueva información respecto al tema de estudio (López y Deslauriers 2011), en este caso de las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad.

3.2.2 El Sitio de investigación: puntos de reunión de las mujeres de la tercera edad en polígonos de pobreza del Área Metropolitana de Monterrey

Los sitios de investigación en donde se desarrolló este estudio se abordarán con mayor detalle en el capítulo 4, análisis e interpretación de resultados, no obstante en este apartado se describirá brevemente los escenarios de reunión de las mujeres mayores que viven en polígonos de pobreza del Área Metropolitana de Monterrey.

El primer escenario, en donde se tuvo acceso a través de un portero, fue un comedor comunitario particular establecido en la colonia Josefa Ortiz de Domínguez, en el municipio de Monterrey, Nuevo León. Este comedor ofrece alimentos diariamente de manera gratuita aproximadamente a diez adultos mayores pertenecientes a la colonia. Otras actividades que se desarrollan son pláticas motivacionales y manualidades y por este motivo las personas que viven en esta colonia lo reconocen como punto de reunión de los adultos mayores. La mayoría de las personas que asisten a este lugar pertenecen al género femenino.

El segundo escenario, al que se llegó por medio de un portero, fue un centro comunitario ubicado en la colonia Monte Kristal, en el municipio de Juárez, Nuevo León. Este centro comunitario pertenece a la SEDESOL y cuenta con programas sociales para los diversos grupos generacionales, incluidos los adultos mayores. Entre las actividades que realizan para

los adultos mayores se encuentran pláticas motivacionales y manualidades. La mayoría de las personas que asisten al centro comunitario son del género femenino.

3.3 Las técnicas para la obtención de la información

En esta investigación se consideraron varias técnicas de carácter cualitativo, todas ellas igualmente importantes, para obtener la información de la muestra de investigación. Las técnicas que en este caso se emplearon fueron la observación no participante, la entrevista semi-estructurada y el diario de campo que a continuación se describirán.

3.3.1 Observación no participante

La observación no participante se empleó con la finalidad de interpretar las actividades de los sujetos de investigación, porque a través de ésta se observan los modos de vida y de organización social (Laperrière, 1993). En esta investigación esta técnica de recolección de la información fue fundamental para examinar los factores sociales que construyen el proceso salud/enfermedad/atención en la mujer de la tercera edad. Los principales factores sociales, tomados del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, que se observaron fueron las circunstancias materiales (específicamente las condiciones de vida, tal como las condiciones de vivienda, los servicios públicos y los servicios básicos de la colonia, entre otras) y los factores de comportamiento en el cuidado a la salud y al tratamiento de la enfermedad (usos y costumbres de auto-cuidado).

Las condiciones de vida que se observaron en ambos sitios de investigación (el comedor comunitario y el centro comunitario) fueron las condiciones de vivienda, los servicios públicos y los servicios básicos de la colonia. Los usos y costumbres de auto-cuidado de las mujeres de la tercera edad que se observaron, y registraron, fueron el uso de medicamentos, las expresiones faciales y corporales, los movimientos corporales, así como las características físicas que reflejan la alimentación, el ejercicio y el descanso en una persona.

3.3.2 Entrevista semi-estructurada

La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Se trata de una técnica de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación a un fenómeno determinado (Duverger, 1996; Vela, 2001). Esta técnica tiene un gran potencial para permitirnos acceder a la parte mental de las personas y también a su parte vital; a través de la entrevista descubrimos la cotidianidad de las personas y las relaciones sociales que mantienen (López y Deslauriers, 2011).

En este trabajo de investigación la entrevista se diseñó tomando en cuenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos a alcanzar y el modelo de los

Determinantes Sociales de la Salud para analizar la salud desde un enfoque social; de este análisis surgió la propuesta de una entrevista semi-estructurada para incorporar los elementos anteriormente citados y también las categorías del segundo y tercer elemento del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. La entrevista semi-estructurada contempló preguntas estandarizadas, pero diseñada para aceptar respuestas con cierto grado de libertad por parte de la mujer de la tercera edad.

Un elemento importante del carácter flexible de la entrevista semi-estructurada se relaciona a la posibilidad de improvisar, cambiar preguntas, conceptos y confrontar las ideas que se tuvieron al principio de la investigación con la información que arroja el trabajo de campo. López y Deslauriers (2011) recomiendan que la rigidez es algo que se debe evitar debido a que la flexibilidad puede abrir nuevas dimensiones del tema que puede permitir la creación de nuevo conocimiento. En este sentido siempre se debe estar abierto a la posibilidad de que surjan nuevos temas vinculados con nuestro interés que no fueron previstos cuando se diseñó el proyecto de investigación. Por lo tanto no se deberá omitir la posibilidad de explorarlos y tratar de conocer el vínculo con lo que nos interesa.

Las respuestas que se obtuvieron de la entrevista semi-estructurada permitieron la comparación de la información, especialmente en la identificación de los factores sociales (posición socio-económica) que incidieron en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad, de acuerdo al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, pero también generaron nuevas preguntas, a medida que la entrevista transcurrió, con las cuales se obtuvo una visión de conjunto del fenómeno de estudio: el fenómeno social de la salud en las mujeres de la tercera edad.

A continuación, en la siguiente tabla, se describen las categorías del segundo elemento de los Determinantes Sociales de la Salud (posición socio-económica) que ayudó a reconstruir el proceso salud/enfermedad/atención de las enfermedades crónico-degenerativas, así como a identificar los determinantes sociales que inciden en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativa en las mujeres de la tercera edad que participaron en este estudio:

Tabla 3.1 Categorías del segundo elemento del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud: posición socio-económica

CATEGORIA	DESCRIPCION
Ingreso	Información respecto al ingreso en moneda y especie.
Educación	Información respecto al último grado de escolaridad concluido, especificando la formación recibida.
Ocupación	Información respecto a la actividad laboral desempeñada en la actualidad.
Clase social	Información respecto a la clase y estatus social
*Género	Información respecto al género femenino
*Edad	Información respecto a la edad cronológica en años.
*Estado civil	Información respecto al estado civil
*Religión	Información respecto a la religión practicada
*Lugar de nacimiento	Información respecto al lugar de origen
*Lugar de residencia	Información respecto al domicilio actual

Fuente: elaboración propia basada en el modelo de los Determinantes Sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSH, 2007).

*Estas categorías se encuentran en los factores de comportamiento y/o biológicos, pero para fines de esta este trabajo de investigación, para no profundizar en temas de género y genética, se colocaron como parte de la

posición socio-económica.

En la siguiente tabla se describen las categorías del tercer elemento de los Determinantes Sociales de la Salud (factores sociales intermedios) que ayudó a reconstruir el proceso salud/enfermedad/atención de las enfermedades crónico-degenerativas para comprender las experiencias de este proceso en las mujeres de la tercera edad que participaron en este estudio:

Tabla 3.2 Categorías del tercer elemento del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud: Factores sociales intermedios.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	DESCRIPCION
Circunstancias materiales	Trayectos vitales	Información respecto al itinerario y condiciones de vida
	Trayectos laborales	Información respecto al histórico del empleo y condiciones de trabajo
Circunstancias Psicosociales	Percepción de la salud	Información respecto a las percepciones y sentimientos experimentados en el proceso salud/enfermedad/atención
Factores de comportamiento biológicos y/o	Trayectos de salud	Información respecto al histórico de la salud
	Cuidados de salud individual y familiar	Información respecto a la alimentación, ejercicio y descanso
Sistema de salud	Atención Institucional	Información respecto al diagnóstico, tratamiento, costo y relación con el personal de salud

Fuente: elaboración propia basada en el modelo de los Determinantes Sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSH, 2007).

Estas categorías que se retomaron del modelo de los determinantes sociales de la salud generaron siete grandes temáticas en relación a la construcción del proceso salud/enfermedad/atención de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad. Estas temáticas son los aspectos socioeconómicos, trayectos vitales, trayectos laborales, trayectos de salud, cuidado de la salud individual y familiar, percepción de la salud y atención institucional de las cuales se crearon las preguntas de la guía de la entrevista semi-estructurada (véase en anexo no. 1 la guía completa). En la construcción de esta guía se tuvo presente que las preguntas fueran operacionalizables y factibles, que no abrieran la posibilidad de respuestas opuestas y que las respuestas fueran no evidentes.

3.3.3 Diario de campo

Para este estudio se privilegió la observación no participante y su consignación en el diario de campo. En éste se describieron aquellas actividades y hechos significativos que contribuyeron a la comprensión del fenómeno de investigación. En la elaboración del diario de campo se consideró importante la elaboración de notas teóricas, metodológicas y descriptivas.

En las notas teóricas se incluye toda la reflexión del investigador que da un sentido al discurso que ha obtenido de los informantes. En éstas notas el investigador interpreta, desarrolla nuevos conceptos, los vincula y concluye. Se trata de un esfuerzo de análisis a partir de la información. Es importante recordar que en la redacción de estas notas el investigador consignará las cuestiones que se hace, las explicaciones que da al discurso y también vinculará este discurso a lo expresado acerca del tema por diferentes autores (López y Deslauriers, 2011).

En tanto que en las notas metodológicas se refieren al desarrollo de la investigación, se describen los pasos seguidos o planificados y se da cuenta de los eventos sucedidos. Aquí se anotaron los procedimientos para la realización de la entrevista, los problemas encontrados y las modificaciones efectuadas desde el inicio hasta el fin de la investigación, así como las razones que las motivaron. Además se registraron las elecciones que tuvieron que hacerse, así como las soluciones para los problemas que se presentaron. Estas notas permitieron, además elaborar la historia de la investigación, una evaluación de la estrategia seguida que contribuirá a investigaciones subsecuentes (López y Deslauriers, 2011).

Finalmente en las notas descriptivas se colocó la información que surgió de la entrevista semi-estructurada, tanto los sentimientos, expresiones y comportamientos de las adultas mayores que se observaron, así como los sentimientos experimentados por la persona que realizó esta investigación porque ayuda al análisis de la información al retomar una situación experimentada para comprender el fenómeno de estudio (López y Deslauriers, 2011).

3.4 El trabajo de campo: sus etapas

El trabajo de campo se realizó en tres etapas. La primera fue la fase de contacto inicial, la segunda fue la fase de la prueba piloto y la tercera fue la fase de inmersión al campo. A continuación se describen cada fase.

3.4.1 Fase de contacto inicial.

Esta fase de campo tuvo como objetivo establecer el contacto inicial con las mujeres de la tercera edad en los sitios de investigación. Para cumplir con este propósito durante el mes de mayo, del año 2013, se contactó con el portero solicitando información respecto al punto de reunión de las mujeres mayores. El portero es una persona que había trabajado en un centro comunitario que enfocaba su labor en la atención de los adultos mayores. El portero proporcionó los datos (nombre y teléfono de casa) de la mujer mayor (quién padece hipertensión arterial desde hace quince años) creadora del comedor comunitario ubicado en la colonia Josefá Ortíz de Domínguez. Se estableció una cita con la informante con la finalidad de explicar el objetivo de esta investigación y un vez que aceptó la propuesta programó una reunión con las mujeres mayores que asisten al comedor comunitario para invitarlas a colaborar en este estudio.

Posteriormente, en el mes de junio, de nueva cuenta se contactó al portero para solicitar información sobre los puntos de reunión de las mujeres mayores. El portero proporcionó los datos de la directora general del centro comunitario localizado en la colonia Monte Cristal, en Juárez Nuevo León, para concertar una cita y platicar sobre esta investigación. La directora general aceptó la propuesta y autorizó una reunión con las mujeres mayores para invitarlas a participar en el estudio, así como también autorizó el uso de las instalaciones del centro comunitario como punto de reunión para llevar a cabo las entrevistas con las mujeres mayores que estuvieran interesadas en participar.

Una vez autorizados los espacios para llevar a cabo las entrevistas semi-estructuradas se realizó una reunión con las mujeres mayores en donde se mencionó que la participación era voluntaria y consistía en conceder una entrevista, de dos horas de duración como máximo, enfocada en proporcionar las experiencias de vida cuando se padece una enfermedad crónico-degenerativa. En estas reuniones se mencionaron los criterios de inclusión y exclusión. Al finalizar la reunión en el comedor comunitario de la colonia Josefa Ortíz de Domínguez siete mujeres mayores se mostraron interesadas en participar. En el caso del centro comunitario de la colonia Monte Cristal ocho mujeres mayores se registraron para la entrevista semi-estructurada.

Al finalizar estas reuniones se tomaron los nombres de las mujeres mayores interesadas en participar y se programaron fechas para realizar las entrevistas después del período vacacional,

de los meses de junio y julio, porque la mayoría de las mujeres mayores tenían programado salir de la ciudad para visitar a familiares y amigos.

En la reunión del centro comunitario Monte Cristal una de las mujeres mayores (diagnosticada con hipercolesterolemia desde hace quince años y que fue de las primeras en llegar a la colonia) ofreció su casa como punto de reunión para llevar a cabo las entrevistas en aquellas mujeres mayores que quisieran participar, pero que por algún motivo no lograran asistir al centro comunitario. Esta acción se agradeció y se tomó en cuenta.

Un hecho que destacó en las reuniones fue que en los dos escenarios se tuvo registro de una mujer mayor que quería participar en la investigación; sin embargo necesitaba la presencia de su esposo durante la entrevista e inclusive que a él también tendría que hacerse la entrevista. Ante este cuestionamiento se comentó que no había ningún inconveniente debido a que la información proporcionada por el adulto varón mayor, que padeciera una enfermedad crónico-degenerativa, brindaría otros elementos de análisis para futuras investigaciones.

3.4.2 Fase de la prueba piloto.

La fase de la prueba piloto se llevó a cabo en el mes de junio de 2013. El principal objetivo de esta fase era probar los instrumentos de recolección de la información, especialmente la guía de entrevista semi-estructurada. Con esta finalidad se realizaron dos entrevistas a dos mujeres mayores que asistían al comedor comunitario de la colonia Josefa Ortiz de Domínguez, que se registraron para participar en el proyecto de investigación en el mes de mayo de ese mismo año. En esta fase se detectaron las preguntas de la guía semi-estructurada que representaron un alto grado de dificultad para comprender y responder por parte de la mujer mayor, principalmente por los conceptos empleados. Un ejemplo de esta situación fue cuando se utilizó el término “hipercolesterolemia” para preguntar la fecha de diagnóstico, una de las mujeres indicó que esa enfermedad no la padecía y al emplear el término “colesterol alto” indicó que desde hace cinco años. También se detectaron preguntas que generaron ambigüedad al responder y se crearon algunas preguntas secundarias para profundizar en temas específicos.

Al finalizar esta fase de prueba piloto se contó con evidencia de que la guía de entrevista funciona, sólo se tuvieron que hacer ajustes a algunas palabras que indicaban tecnicismos médicos y que generaban confusión. Durante esta fase también se identificó el material necesario y las condiciones propicias (horario del día, grabadora, etc.) para llevar a cabo las entrevistas en las mujeres de la tercera edad, esta información se describirá con mayor detalle en el siguiente apartado.

3.4.3 Fase de Inmersión al campo

Una vez que se concluyó la fase de prueba piloto, y se realizaron las correcciones al instrumento, se procedió a comenzar con la fase de inmersión al campo. El objetivo de esta fase fue recolectar información respecto a las experiencias del proceso salud enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad a través de los diversos instrumentos señalados con anterioridad.

Esta fase tuvo una duración de cuatro meses (agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2013) y se obtuvieron ocho entrevistas semi-estructuradas aplicadas a seis mujeres mayores, dos mujeres de la tercera edad de la colonia Josefa Ortíz de Domínguez y cuatro mujeres de la tercera edad de la colonia Monte Cristal. En conclusión se realizaron una entrevista a cuatro mujeres mayores, dos entrevistas a la creadora del comedor comunitario de la colonia Josefa Ortíz de Domínguez y dos entrevistas a la mujer mayor que ofreció su casa como sitio de investigación en la colonia Monte Cristal (ella fue una de las fundadoras de la colonia).

En los casos en que se aplicaron dos entrevistas (una mujer mayor que fundó el comedor comunitario y la otra mujer mayor colabora a organizar la colonia Monte Kristal) la primera se aplicó al principio de la fase de inmersión al campo y la segunda al concluir esta fase. La primera entrevista aplicada tuvo la finalidad de que la mujer mayor conociera los temas abordados en esta entrevista, de esta forma ella compartiría la información de los temas a abordar con las mujeres mayores que se registraron a participar, pero que tuvieran dudas respecto a la información que proporcionarían durante la entrevista. La segunda entrevista tuvo la finalidad de profundizar en los temas de circunstancias materiales y el cuidado y atención a la salud individual, debido a que ambas mujeres tuvieron una participación activa en la organización de la colonia y actualmente dan el soporte a los puntos de encuentro de los adultos mayores que viven en la colonia; por lo tanto se espera analizar cómo esta labor comunitaria influyó en la atención y el cuidado de la salud, así como del control de la enfermedad crónico-degenerativa que padecen.

Los días programados para realizar las entrevistas se llegaba al sitio de investigación con el material necesario para recolectar la información (guía de entrevista semi-estructurada impresa, diario de campo, grabadora, cámara fotográfica, pilas alcalinas, lápiz y pluma). Las entrevistas tuvieron una duración, en promedio, de una hora veinte minutos. Se procuró que una vez terminada la entrevista con la informante se hiciera la transcripción correspondiente con la finalidad de detectar información que generará nuevas preguntas de investigación, incluirlas en la guía semi-estructurada y de esta manera profundizar en el fenómeno de estudio.

Durante las entrevistas se observaba el escenario, las actitudes de las informantes, se escribió en el diario de campo la información importante para el análisis posterior, e inclusive el diario

de campo tuvo una mayor relevancia en los casos en que una vez concluída la entrevista, y apagada la grabadora, las mujeres mayores expresaban sus experiencias respecto a los temas de atención institucional, específicamente la relación con el personal de salud. También en esta fase se tomaron fotografías de las mujeres mayores y de los lugares cercanos a los sitios de investigación.

La fase de inmersión de campo concluyó cuando la información proporcionada por las informantes, durante las entrevistas, llegó a un nivel de saturación teórica, esto fue en el mes de noviembre de 2013. El primer sitio de investigación en donde se concluyó el trabajo de campo fue el centro comunitario de la colonia Monte Cristal, durante el mes octubre, con la finalidad de respetar el calendario administrativo de este sitio de investigación. Posteriormente se concluyó el trabajo de campo en el comedor comunitario de la colonia Josefa Ortíz de Domínguez.

Posteriormente, en el mes de enero de 2014, se regresó a los sitios de investigación con la finalidad de agradecer a las mujeres mayores el apoyo brindado a esta investigación y para dejar las puertas abiertas a futuros proyectos de investigación.

3.5 El tratamiento de la información y el proceso de interpretación

Durante el trabajo de campo se recolectó la información que dio cuenta del proceso salud/enfermedad/atención de las enfermedades crónica-degenerativas en las mujeres de la tercera edad, pero como lo dice López y Deslauriers (2011) “La información por sí misma no dice nada y al mismo tiempo contiene los elementos que nos permitirán el análisis y la elaboración de respuestas a nuestra problemática”. Por lo tanto para cumplir con este objetivo fue necesario seleccionar, simplificar y transformar la información que se obtuvo en el trabajo de campo, proceso definido como la constitución de la información, a través de este proceso el investigador logra transformar los hechos en datos, preparando el análisis de la información.

López y Deslauriers (2011) indican que los pasos que incluyen la constitución de los datos son la codificación y la categorización. La codificación consiste en la fragmentación del texto. Para esto es necesario identificar las unidades de análisis al que se le asigna un código¹⁴. En este trabajo de investigación el código estuvo en concordancia con el esquema planteado por el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. Por último la categorización es el proceso en donde se elabora un sistema de categorías y sub-categorías en el que se agrupan los textos ya codificados.

¹⁴ Un código es: “un símbolo aplicado a un grupo de palabras que permite identificar, reunir y clasificar las diferentes informaciones obtenidas por entrevista, observación u otro medio” (Deslauriers, 1991, citado en López y Deslauriers, 2011).

En este trabajo de investigación el tratamiento de la información se realizó tomando las grandes categorías de la guía de la entrevista semi-estructurada, que fueron los temas de posición socio-económica, trayectos vitales, trayectos laborales, percepción de la salud, trayectos de salud, cuidados de salud individual y familiar y atención institucional, a partir de ella se elaboró un sistema de categorización y codificación de la información (Véase el anexo 2) que en el capítulo 4, Resultados, se detallan.

La interpretación de la información se llevó a cabo empleando el marco interpretativo de la fenomenología. A este respecto Husserl mencionaba que la fenomenología llegaba a su objetivo empleando la captación intuitiva (por medio del contacto con el mundo) y la integración significativa (a través de la síntesis de lo nuevo con lo viejo) (Onofre, 2011). Por lo tanto la fenomenología brindó los elementos de análisis de las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención en las mujeres de la tercera edad, a través del análisis e interpretación a través de la fenomenología se conoció el mundo de las mujeres de la tercera edad que participaron en la investigación.

Para la organización de la información se recurrió al programa computacional etnograph, diseñado para Windows en el año de 1985 con la finalidad de analizar los datos provenientes de investigaciones de carácter cualitativo, este programa ayudó a encontrar y a resaltar segmentos de interés de los datos recolectados a través del trabajo de campo, marcarlos con códigos y hacer el análisis que pudo utilizarse en el reporte final. Una de las principales ventajas de este programa es que el análisis se hace de una manera más fácil, eficiente y efectiva una vez familiarizado con este paquete computacional. Entre las funciones de este programa se encuentran elaborar archivos, la búsqueda de segmentos de información, el desarrollo de categorías y sub-categorías, elaboración de filtros, creación de memorándum, entre otras más.

Finalmente la presentación de la información se realizó en tres apartados, que en el capítulo 4 de análisis e interpretación de resultados se explicará con más detalle, en donde se describen los escenarios de investigación, la posición socioeconómica de las ocho mujeres mayores que participaron en este estudio y tres entrevistas que representan las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en la vejez. Estas entrevistas se presentan como estudios de caso (cambiando el apellido de las informantes) con la finalidad de presentar los factores sociales experimentados por las mujeres en sus diversas etapas de vida sin llegar a generar un estudio de ciclo de vida, como lo propone el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

3.6 Validez

Tres tipos de validez fueron previstos para esta investigación. La primera es la validez descriptiva que refiere a la precisión del contenido tal y como fue reportado por el investigador. La segunda es la validez interpretativa, obtenida a través de los puntos de vista de los participantes, pensamientos, intenciones y experiencias que son precisados, entendidos y reportados. La tercera, validez teórica obtenida por el grado en el que la teoría y la explicación teórica desarrollada por la investigación concuerda con los datos y es creíble y defendible (Burke, 1999).

Asimismo se usaron dos estrategias que contribuyeron a la validez cualitativa. La primera por revisión, la cual está dada por la discusión de interpretaciones y discusiones entre investigadores y otras personas que pueden o no estar involucrados en la investigación. Cada uno de ellos aportó su punto de vista, a favor o en contra, de las interpretaciones de la investigación. Y la segunda es por la auto-reflexión, en esta involucra una visión autocrítica por parte del investigador para determinar si afecta el proceso de investigación y a las conclusiones de la investigación (Burke, 1999).

3.7 Limitaciones de esta investigación

Dado el carácter cualitativo de esta investigación no se pretende hacer generalizaciones acerca del fenómeno social estudiado, ante este aspecto los resultados deben tomarse con cautela por los rasgos de la estrategia metodológica. Se puede afirmar que una aportación importante reside en la evidencia empírica que eventualmente puede contribuir a otras investigaciones sobre la misma temática.

Realizar investigación cualitativa implica tener un mayor contacto con el sujeto de investigación para llegar a un mayor grado de confiabilidad en la información. En el caso de las mujeres mayores en ocasiones para llegar a este grado de confiabilidad implica la presencia de otros miembros de la familia, hijas o esposos, que puede influir en la información proporcionada por las mujeres mayores.

se ve la senda que

CAPITULO 4.

RESULTADOS

El presente capítulo tiene la finalidad de exponer los principales hallazgos de este estudio para dar respuesta a las preguntas de investigación y alcanzar el objetivo general que es el de *comprender las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención, de enfermedades crónico-degenerativas, en mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey.* Para comprender estas experiencias se reconstruyó el proceso salud/enfermedad/atención, utilizando algunos elementos del marco conceptual del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, y de esta forma analizar los significados subjetivos de las percepciones y los sentimientos experimentados de las mujeres mayores que participaron en este estudio, principalmente al momento de ser diagnosticadas con una enfermedad crónico-degenerativa. Este capítulo está dividido en tres apartados. El primero se describe los dos escenarios en donde se llevó a cabo esta investigación. La descripción de estos espacios da cuenta del contexto económico y social en donde se encuentran inmersas las mujeres mayores, éstos elementos forman parte del proceso salud/enfermedad/atención y pueden llegar a predisponer desigualdades en la salud de los individuos.

En el segundo apartado se describe la posición socio-económica de las ocho mujeres de la tercera edad que participaron en esta investigación con la finalidad de presentar su posición social y económica actual y determinar que vivían en condiciones de pobreza de capacidades. Es importante recordar que la posición socioeconómica es el segundo elemento del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y ofrece un análisis de las condiciones de vida que experimentan los individuos, en este caso de las mujeres mayores; además de ayudar a identificar los factores sociales que influyeron en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativa, de acuerdo a este modelo de la Organización Mundial de la Salud.

El tercer apartado se presentan tres entrevistas (en donde se cambiaron los apellidos de las informantes para ocultar su identidad) que describen las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad, debido a la representatividad de la información, para comprender el fenómeno de la salud.

La finalidad de presentar esta información (obtenida en las entrevistas semi-estructuradas durante el trabajo de campo) fue con la finalidad de complementar el análisis de las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención en tres personas y de esta forma comprender el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas. Una particularidad de estas tres entrevistas es que las informantes han desarrollado una enfermedad crónica-

degenerativa secundaria lo que lleva a examinar la atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas primaria. En los siguientes casos se presenta la reconstrucción del proceso salud/enfermedad/atención empleando las categorías del tercer elemento (factores sociales intermedios) del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

4.1 Compartiendo experiencias y recursos: comedor comunitario en colonia Josefa Ortiz de Domínguez y centro comunitario en colonia Monte Kristal

Los escenarios en donde se llevó a cabo esta investigación se encuentran en dos colonias ubicadas en polígonos de pobreza del Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El primer sitio de investigación es un comedor comunitario situado en la colonia Josefa Ortiz de Domínguez del municipio de Monterrey, Nuevo León. El segundo sitio de investigación es un centro comunitario ubicado en la colonia Monte Kristal del municipio de Juárez, Nuevo León. En este apartado se describirá brevemente la localización geográfica de estos lugares.

4.1.1 Nuevo León y el Área Metropolitana de Monterrey

Nuevo León es un estado que se ubica al noreste de la República Mexicana, tiene una superficie de 64,220 Km² y tiene el 3.3% de la superficie total del país. Los límites de Nuevo León son los siguientes: al norte y al este limita con Tamaulipas; al sur y al oeste con Zacatecas y San Luis Potosí y al norte por los estados de Coahuila, Tamaulipas y Texas (estado norteamericano). Las coordenadas geográficas de sus extremos son: al norte 27° 49' y al sur 23° 11' de latitud norte. Al este 98° 26' y al oeste 101° 14' de longitud oeste (Véase anexo 5).

El estado de Nuevo León está constituido por 51 municipios y son 9 los que conforman el Área Metropolitana de Monterrey, éstos son: Monterrey, San Pedro Garza García, Santa Catarina, Guadalupe, San Nicolás de los Garza, Apodaca, General Escobedo y Juárez. La capital del estado es Monterrey, se encuentra a 73 km de Saltillo, 900 km de la Ciudad de México, 223 km de Nuevo Laredo, y 300 km del puerto de Matamoros (Gobierno de Nuevo León, 2014). Los sitios de investigación en donde se llevó a cabo este estudio fueron los municipios de Monterrey (Véase anexo 6) y Juárez (Véase anexo 7), pertenecientes al Área Metropolitana de Monterrey, en las siguientes figuras se presenta su ubicación geográfica.

4.1.2 Comedor comunitario en colonia Josefa Ortiz de Domínguez

El comedor comunitario en donde se realizó el trabajo de campo se ubica en la colonia Josefa Ortiz de Domínguez en el municipio de Monterrey, Nuevo León. Esta colonia se encuentra al norte del municipio de Monterrey, colinda con las colonias Pablo González, Ferrocarrilera, Valle del Topo Chico y Valle Morelos. Las principales avenidas que circunscriben esta

colonia son la Av. Bernardo Reyes, Av. Fidel Velásquez, Av. Raúl Rangel Frías y Av. Rodrigo Gómez (Véase anexo 8).

Esta colonia se encuentra en una zona urbana constituida, principalmente, por bodegas, almacenes, talleres mecánicos y negocios pequeños, como farmacias y tiendas de víveres. Las calles de la colonia están pavimentadas, pero presentan múltiples baches, especialmente al interior de la avenida, que es en donde se encuentra el comedor comunitario que sirve como un punto de reunión para los adultos mayores.

Las casas construidas en la colonia Josefa Ortíz de Domínguez, de aproximadamente 250m², están hechas con materiales resistentes (paredes hechas con block y/o ladrillo y cemento y pisos de cemento y azulejo) y la mayoría son de dos pisos. En estas casas se puede apreciar la falta de recursos para su mantenimiento porque la mayoría se encuentran sin pintar, si tienen escaleras exteriores éstas se ven desgastadas y algunos de los patios tienen como techo lonas y plásticos gruesos para proteger a la gente de los efectos del sol y la lluvia. Las casas de las informantes de esta colonia tienen características semejantes a las descritas en este momento y todas tienen los servicios básicos de agua y drenaje, energía eléctrica, gas natural y teléfono (Véase anexo 9).

La mayoría de la gente que vive en la colonia son adultos mayores; sin embargo las calles y banquetas no están adaptadas para ellos, se observan en el pavimento grandes manchas de aceite de automóvil y banquetas de gran altura sin rampas especiales. También se observan perros sin dueño en las calles (uno o dos por cada tres cuadras) y casas abandonadas con basura en su interior. Esta colonia cuenta con alumbrado público y servicio de recolección de basura; además de carretoneros que recolectan basura y metales. La clínica del sistema de salud público, que se encuentra a cinco cuadras de la colonia sobre la avenida principal, es la número 28, en ésta asisten las informantes que tienen seguridad social.

El comedor comunitario fue creado por una de las informantes hace aproximadamente diez años. Este comedor no cuenta con ayuda gubernamental para llevar a cabo sus actividades y actualmente atiende diariamente a un aproximado de diez adultos mayores. Los alimentos que la informante ofrece son preparados por ella misma con alimentos donados por familiares, vecinos y gente que conoce su labor. Estos alimentos (comida y cena) están destinados a adultos mayores que viven solos porque sus familiares se han ido a vivir a otro lugar, o porque los adultos mayores no cuentan con una pensión y/o jubilación que les permita cubrir todos sus gastos (alimentación, medicamentos y servicios básicos). En ocasiones la informante envía alimentos a adultos mayores que por cuestiones de discapacidad los imposibilita asistir al comedor.

Este comedor comunitario cuenta con los servicios básicos de agua potable, drenaje, luz, gas natural, además de tener piso de cemento, paredes y techos de materiales resistentes y

mobiliario básico, como mesas y sillas (capacidad para veinte personas), para el desarrollo de las actividades. En este lugar también se hacen actividades recreativas, como manualidades y pláticas motivacionales con la finalidad de integrar a los vecinos de la tercera edad y cuarta edad de la colonia Josefa Ortiz de Domínguez (Véase anexo 10).

La informante, creadora y actualmente a cargo del comedor comunitario, permitió el uso de las instalaciones para realizar las entrevistas, a las mujeres de la tercera edad que asisten a este comedor comunitario, siempre y cuando éstas no interfirieran con las actividades de este lugar. Una vez que se indicó la duración de las entrevistas (una duración máxima de dos horas) se acordó que éstas se realizarían en un horario de 9 de la mañana a 12 del mediodía (antes de la preparación de los alimentos) los días lunes, miércoles, jueves y viernes. Los martes este espacio realiza una actividad de integración de las mujeres mayores que consiste en una plática motivacional impartida por una psicóloga y el sábado y el domingo el comedor permanece cerrado.

4.1.3 Centro comunitario en colonia Monte Kristal.

El centro comunitario en donde se recolectó la información de esta investigación se ubica en la colonia Monte Kristal en el municipio de Juárez, Nuevo León. Esta colonia se encuentra al sur del municipio de Juárez, colinda con las colonias Cerro de la Silla y Arboledas de San Roque. La carretera circunscribe esta colonia es la San Roque (Véase anexo 11).

La colonia Monte Kristal tiene aproximadamente veinticinco años de haberse formado, se encuentra ubicada alrededor de varios fraccionamientos habitacionales por lo que la mayoría de la gente que vive ahí que son niños, jóvenes y adultos. Se observa la presencia perros y gallinas en las calles. Las calles principales, por donde se ingresa a la colonia y transita el transporte urbano, están pavimentadas, sin embargo la mayoría de las calles al interior de la colonia no están pavimentadas (Véase anexo 12). Existe alumbrado público en las calles por donde se accede a la colonia y también se cuenta con el servicio de recolección de basura. No hay una clínica o centro de salud cerca, la clínica más cercana es la número 68 que se encuentra a 40 minutos caminando y para llegar a ella en transporte urbano es necesario emplear dos rutas del transporte colectivo.

Las casas construidas en la colonia Monte Cristal, de aproximadamente 200m², están hechas con diversos materiales (paredes hechas con block, cemento y/o madera, techos de barroblock y lámina y pisos de cemento). En algunas casas se puede apreciar el grafiti hecho en las paredes exteriores y algunas casas tienen banquetas hechas de cemento y otras solo tienen piedras para delimitar el espacio de la banqueta. Algunas de las casas de las informantes están hechas con materiales como block y cemento y cuentan con los servicios básicos de agua y drenaje, energía eléctrica y teléfono, en cambio hay otras informantes que sus casas están hechas con techo de lámina y carecen de servicio de drenaje.

El centro comunitario de Monte Kristal depende de la secretaría de Desarrollo Social y está ubicado sobre la calle principal (Monte Kristal) en la que transita la principal ruta de transporte urbano (R 224). En este lugar los martes y jueves (en un horario de 9:00 a 12:00 horas) se realizan diversas actividades para todos los grupos poblaciones de la comunidad; en el caso de los adultos mayores estas actividades recreativas se dirigen a la integración de los adultos mayores. Las principales actividades son jugar lotería y hacer manualidades. Para motivar la participación de los adultos mayores se entregan despensas de alimentos (sopa, aceite, arroz, galletas y frijón) durante la lotería y se realiza una galería en donde se exponen los trabajos que realizan los adultos mayores en el transcurso de 8 semanas, que es la duración de un curso. En los dos últimos períodos de actividades se realizó un libro de memorias en el que se plasmó las historias de vida de los adultos mayores que asistieron constantemente al centro comunitario; se espera que este año se realice otro libro de memorias, sin embargo la decisión depende en mayor medida del presupuesto asignado por SEDESOL.

Este centro comunitario cuenta con los servicios básicos de agua potable, drenaje, luz, gas natural, baños públicos y está construido de materiales resistentes. En este lugar existe una sala de cómputo, sala de dibujo, sala de estética, cocina, gimnasio, canchas de fútbol y basquetbol y tres salones de usos múltiples, jardín central; además de equipo y mobiliario necesario para el desarrollo de actividades.

La coordinadora del centro comunitario permitió el acceso para llevar a cabo la investigación por lo que en este espacio pude contactar a las mujeres de la tercera edad (Véase anexo 13). En este centro comunitario también se observó la asistencia de varones de la tercera y cuarta edad aunque su número era menor (un varón por cada diez mujeres mayores). La mayoría de las entrevistas se realizaron en el centro comunitario por las facilidades de ubicación y de instalaciones (se permitió el uso del salón de dibujo para realizar dos entrevistas y el jardín central para realizar una entrevista). El día en que se realizaron las entrevistas fue los martes en un horario de 9:00 a 11:00 de la mañana y de 1:00 a 3:00 de la tarde para no intervenir con las actividades del centro comunitario.

4.2 Recorriendo el camino de la salud: mujeres de la tercera edad y su posición socio-económica.

De acuerdo al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud la posición socioeconómica es lo que define el lugar que ocupa un individuo en el sistema de estratificación social y que, a su vez, lo predispone a las desigualdades en la salud. Para analizar la posición socio-económica de las mujeres de la tercera edad se seleccionaron tres categorías del segundo elemento (posición socio-económica) del Modelo de los Determinantes Sociales de la salud: ingreso, educación y ocupación. Finalmente este perfil socio-economico se completó agregando la descripción de la edad, el estado civil, la religión, el lugar de nacimiento y el lugar de residencia actual de las informantes. Es importante recordar que estas últimas cinco categorías forman parte del tercer elemento (los factores sociales intermedios) del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, específicamente del comportamiento y/o biológicos, pero se colocaron como parte de la posición socioeconómica para evitar profundizar en temas de género y genética por considerar que llevaría a otro tipo de análisis.

La descripción de la posición socio-económica de cada una de las mujeres que participaron en esta investigación se presenta con mayor detalle en el Anexo 4 (mujeres de la tercera edad y posición socio-económica) en este apartado se describe de forma no personalizada esta información.

4.2.1 Ingreso económico

El ingreso económico mensual de las mujeres mayores oscila entre los \$1,500.00 y \$3,000.00 pesos. El rango mayor de ingreso (\$3,000.00 pesos) se registró en un caso en que la mujer

mayor recibía su pensión por concepto de viudez. Tres informantes tienen un ingreso económico mensual proveniente de la jubilación del esposo (monto estimado entre \$1,800.00 y \$2,500.00 pesos) quién es el que decide la distribución del dinero para la compra de alimentos y pago de servicios básicos. Una mujer mayor recibe su propia pensión mensual por concepto de jubilación (monto estimado de \$2,000.00 pesos). Finalmente tres mujeres mayores (una casada, una viuda y una divorciada) refieren “vivir al día” obteniendo en promedio un ingreso máximo de \$50.00 diarios que lo utilizan para la compra de alimentos y pago de servicios básicos. Ninguna de las ocho mujeres de la tercera edad indican pertenecer a un programa de combate a la pobreza, no obstante dos de ellas se encuentran realizando el trámite para ingresar al programa “70 y Más” de la Secretaría de Desarrollo Social.

4.2.2 Educación

El máximo nivel educativo alcanzado por dos de las mujeres de la tercera edad fue el nivel de bachillerato técnico; la primera estudió secretaria-contador y la segunda estudió cultora de belleza. Las otras seis mujeres de la tercera edad mencionaron que no concluyeron sus estudios de educación básica. De estas seis mujeres cuatro de ellas saben leer y escribir (tres de ellas indican que con dificultad) y dos de ellas no saben leer ni escribir. Diversos fueron los motivos por el que las informantes no concluyeron sus estudios de educación básica; entre éstos destacan el cambio de lugar de residencia (por la falta de trabajo de sus padres), el ayudar al cuidado de los miembros más pequeños de la familia, la necesidad de trabajar para ayudar a los gastos del hogar y el que los padres no lo consideraban necesario.

4.2.3 Ocupación

La ocupación que actualmente desempeñan todas las mujeres de la tercera edad es el hogar y ninguna de ellas lo consideran una actividad laboral. En el caso de siete informantes el motivo de dedicarse toda su vida al hogar es por haberse casado y en el caso de una informante por haber cuidado a sus padres. Es importante señalar que a pesar de que todas las informantes refieren dedicarse al hogar dos de ellas se dedican al comercio informal (una de ellas vende tamales los fines de semana desde hace tres años y otra mujer vende ropa y zapatos una vez a la semana desde hace dieciocho años), una de ellas recolecta diariamente productos de reuso (aluminio, cartón, plástico y periódico) en las calles del vecindario para su venta y otra informante corta el cabello cada vez que se lo solicitan.

La ocupación de una persona lo predispone a tener mayor acceso al sistema de salud o a tener mas probabilidades de padecer riesgos o accidentes laborales. A este respecto el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud contempla que el empleo desarrollado en el hogar tiene un valor no definido para determinar cómo influye en la salud de las mujeres; no obstante en este estudio trabajar en el hogar se vincula a la falta de recursos económicos propios para controlar las enfermedades crónico-degenerativas.

4.2.4 Edad

La edad mínima de las informantes es de 61 años y la edad máxima es de 75 años. El promedio de edad de las ocho informantes es de 68 años. A este respecto el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud no profundiza, solamente menciona que es un elemento a analizar, especialmente cuando comienza la etapa de jubilación. En esta investigación pertenecer al grupo de la tercera edad implicó que las mujeres experimentaran un cambio en la atención por parte de su familia y amigos; no obstante ninguna refirió sentirse anciana.

4.2.5 Estado Civil

Cuatro informantes son casadas con un matrimonio de mas de treinta años; dos de ellas indican que se sienten estables y felices con su pareja. Dos mujeres mayores son viudas; la primera desde hace cuatro años (su esposo falleció de una enfermedad crónica renal) y la segunda desde hace dos años (a consecuencia de la muerte natural de su marido quién era veintidos años mayor que ella). Una informante es divorciada desde hace más de dieciocho años por motivos de violencia doméstica y la última mujer mayor es soltera.

El modelo de los Determinantes Sociales de la Salud no profundiza a detalle respecto al estado civil, pero se puede vincular a las redes de apoyo que las mujeres mayores establecen para cubrir sus necesidades en salud. En el apartado 4.3, estudios de caso, se abordará con mayor detalle este tema.

4.2.6 Religión

Seis mujeres mayores practican la religión católica aunque todas mencionan que no asisten con frecuencia a las actividades que organiza la iglesia de la comunidad. Por otra parte dos mujeres mayores practican el cristianismo y ambas mencionan que todas las semanas asisten a las actividades que organiza el templo más cercano de la comunidad.

4.2.7 Lugar de nacimiento

Cinco mujeres mayores nacieron en el Estado de Nuevo León; dos de ellas en el municipio de Doctor Arroyo, una de ellas en el municipio de Iturbide, otra de ellas en el municipio de Santiago y la última informante en el municipio de Monterrey. Por otra parte dos informantes nacieron en otro Estado de la República; una de ellas en el municipio de San Luis de la Paz en Guanajuato y otra de ellas en San Fernando en Coahuila. La última informante nació en Harlingen, Texas, Estados Unidos.

4.2.8 Lugar de residencia

Cuatro informantes residen en la colonia Josefa Ortíz de Dominguez en el municipio de Monterrey, Nuevo León. El mayor período de tiempo que tiene viviendo una informante en esta colonia es de 52 años y el menor período de tiempo es de aproximadamente 40 años.

Cuatro informantes residen en la colonia Monte Cristal en el municipio de Juárez, Nuevo León. Esta colonia se encuentra ubicada alrededor de varios fraccionamientos residenciales. La mayoría de la gente que vive ahí son niños, jóvenes y adultos. Las calles principales, por donde se ingresa a la colonia y transita el transporte urbano, están pavimentadas y hay alumbrado público; sin embargo la mayoría de las calles al interior de la colonia no están pavimentadas. Se observa la presencia de perros y gallinas en las calles y existe el servicio de recolección de basura. La clínica más cercana es la número 68 y se encuentra a 40 minutos de la colonia si se camina hacia ella y para llegar en transporte urbano es necesario emplear dos rutas del transporte urbano. El mayor período de tiempo que tiene viviendo una informante en esta colonia es de 21 años y el menor período de tiempo es de aproximadamente 4 años.

4.3 Comprensión de las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad en pobreza urbana del Área Metropolitana de Monterrey

Las siguientes entrevistas describen la reconstrucción de las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey.

La reconstrucción del proceso salud/enfermedad/atención se realizó seleccionando las categorías del tercer elemento del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud: Circunstancias materiales (que de acuerdo a este modelo ofrecen tanto recursos como riesgos para la salud) se analizaron a través de los trayectos vitales y los trayectos laborales. Las circunstancias psico-sociales (que dieron cuenta de los estresores psicosociales, circunstancias vitales estresantes, apoyo social, entre otras) se analizaron a través de la percepción de salud, enfermedad, atención y cuidado, envejecimiento con enfermedad y pobreza en el envejecimiento, que condicionaron la manera de afrontar las situaciones de salud y enfermedad de las mujeres que participaron en este estudio. Los factores de comportamiento y/o biológicos se analizaron a través de los trayectos de salud y cuidados de la salud individual y familiar que incluyó el análisis la alimentación, el ejercicio y el descanso. Y finalmente el sistema de salud (que incorpora ventajas o riesgos en el cuidado de la salud) que circunscribió el análisis de la atención institucional, el diagnóstico de la enfermedad, los tratamientos y hospitalizaciones y el costo de los tratamiento.

A través de las entrevistas también se muestran los Determinantes Sociales de la Salud que incidieron en el desarrollo de la diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensión arterial, así como el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas secundarias (hipertensión arterial y diabetes Mellitus) en las mujeres de la tercera edad que participaron en este estudio.

4.3.1. Entrevista señorita Ramírez: El cuidado de los padres, las bajas defensas y la pobreza económica.

Posición Socio-económica

La señorita Ramírez nació en el año 1944 en el municipio de Monterrey, Nuevo León. Estudió cultura de belleza en la preparatoria Técnica Pablo Livas de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Después de concluir sus estudios trabajó, durante un período de nueve años, en una estética ubicada en el municipio de San Pedro Garza García, Nuevo León. Actualmente vive en una casa propia en la colonia Josefa Ortiz de Domínguez, se dedica al hogar y percibe una pensión de \$2,000.00 mensuales por concepto de jubilación. La señorita Ramírez es soltera, sin hijos, practica la religión católica y desde el año 2007 vive con el diagnóstico de diabetes mellitus (conocida coloquialmente como “azúcar”) y desde hace un año recibe tratamiento para controlar su presión arterial, sin tener un diagnóstico médico oficial.

Trayectos vitales

La señorita Ramírez fue la quinta de siete hijos. Su padre era ferrocarrilero y su madre se dedicaba al hogar. A los siete años ella se fue a vivir a Ciudad Juárez (Chihuahua) y Matamoros (Tamaulipas) en compañía de su madre y sus dos hermanos menores hasta la edad de quince años. El motivo de estos cambios de domicilio fue porque sus padres se separaban constantemente, aunque nunca se divorciaron y permanecieron juntos hasta que su padre murió. *No pos en veces nos fuimos, mi mamá nos sacó de aquí y nos fuimos a vivir a ciudad Juárez, fuimos a vivir a....pus a Matamoros, fuimos a vivir, a pos varias partes.*

¿Cuándo regresó aquí? ¡Ay! pues, le diré...durábamos allá dos, un año, dos años y nos regresábamos, durábamos aquí dos, tres años y nos volvíamos a regresar para allá, o sea, no teníamos una estabilidad en, en algún punto fijo

¿Cuál era el motivo por el que ustedes se iban a otras ciudades? Pues pro, por, por problemas de los papás.

La señorita Ramírez indica que una consecuencia de los desplazamientos y la inestabilidad familiar fue su bajo nivel educativo. *¿Usted considera que le afectó? Pos si me afectó porque, pos yo salí de quince años de la primaria, casi, casi, ¿verdad? de quince años.....si iba a cumplir casi los quince cuando....me, me desestabilizó mucho mi escuela ¿verdad? porque*

nos ponía allá y luego nos sacaban y nos vo, poníamos aquí y luego de aquí no (risa) era un show con mi madre...pobrecita

Durante el tiempo en que la informante vivió, junto con su familia, en Ciudad Juárez y Matamoros permaneció en las casas de sus familiares (las hijas mayores de la madre de la señorita Ramírez). Estas casas contaban con los servicios básicos de agua y drenaje, energía eléctrica y gas butano. A la edad de quince años, cuando sus padres se reconciliaron, la señorita Ramírez se vino a vivir, con dos de sus hermanos menores y sus padres, a la Colonia Hogares Ferrocarrileros en Monterrey. Esta casa contaba con los servicios de agua y drenaje, energía eléctrica y gas natural.

Finalmente en el año de 1970 se mudó junto con sus padres y un hermano menor a la colonia Josefa Ortiz de Domínguez en Monterrey. Cuando ellos llegaron a la colonia no había ningún servicio básico, el agua potable la obtenían a través de una pipa. Aproximadamente cinco años después tuvieron acceso al agua potable y, posteriormente, a la energía eléctrica y al gas natural debido a que los colonos se organizaron para solicitar estos servicios al municipio. El municipio cumplió con estas solicitudes y la informante menciona que se mejoraron las condiciones de vida. Durante la entrevista la informante mencionó que las decisiones de su padre influyeron en sus condiciones de vida.

¿Cuánto tiempo vivieron sin servicios de agua, luz, teléfono? Pues fijate, ah, te diré...pus es que yo el teléfono lo vine a poner yo, ya lo instale ¿verdad? ya cuando.... porque mi papá era un hombre muy machista que decía: ¡aquí nada más el dinero que yo, que yo doy aquí a la casa es para gastos y para todo! Entonces le decía yo: ¡pos deme chance de!... porque teníamos techo de, de lámina. Entonces él decía: ¡no, si no se puede, pos no, no se pone! Y le decía yo: ¡pero yo puedo papá! Usted no puede meter mano aquí mientras yo esté. Entonces había cosas que decía yo: Chihuahua, ¿verdad? y entonces yo, este, poco a poco fui metiendo también.

Por lo tanto una vez que fallece su padre, en el año 2002 a la edad de noventa y tres años a consecuencia de un cáncer, la señorita Ramírez comenzó a hacer cambios en la vivienda. Ejemplos de estos cambios fueron instalar el servicio telefónico, construir el techo y paredes de materiales resistentes (block y cemento).

Trayectos laborales.

A los diecisiete años la señorita Ramírez comenzó a trabajar en un salón de belleza ubicado en el municipio de San Pedro Garza García, Nuevo León. En ese establecimiento laboró por un período de aproximadamente nueve años. La informante indica que en este trabajo se sentía a gusto, contaba con algunas prestaciones de ley (vacaciones y seguro social) y que percibía un salario bajo; sin embargo, las propinas proporcionadas por las clientas compensaban el

esfuerzo. El salario que obtenía lo ahorraba, porque su padre no permitía que contribuyera con los gastos del hogar.

Posteriormente, una de sus hermanas mayores le regaló un equipo de belleza con la finalidad de que iniciará su propio negocio en la casa de sus papás y, de esta forma, evitar el traslado de una hora de camino hacia la estética ubicada en San Pedro (a este lugar llegaba por medio de dos rutas de transporte urbano). Desafortunadamente el negocio que instaló la señorita Ramírez en la casa de sus padres le originó una disminución en el ingreso económico:

¿Sintió un cambio, entonces, al momento de trabajar ya aquí en su casa? ...Mucho. ¿Cuál fue el primer obstáculo que usted sintió? Pos principalmente las clientas.... que no eran, pos eran de otro nivel social (ademán que indica dinero)....de todo, ps, todo, si...muy diferente. Cuando usted notó ese cambio, obviamente en los ingresos, ¿hizo algo para adquirir más ingresos? ¿Buscó otro trabajo? o ¿se mantuvo aún así? Empecé a vender ropa y empecé a, a hacer otra cosa

La señorita Ramírez tuvo que dejar la labor en la estética y de la venta de ropa cuando sus padres se enfermaron porque ella era la principal responsable de su cuidado y de apoyarlos económicamente. Después de fallecer sus padres, en el año 2005, retomó las labores en la estética y en la venta de ropa; no obstante en el año 2006 tuvo que dejar estos trabajos informales porque le detectaron cáncer de mama y el tratamiento de esta enfermedad (quimioterapias) limitaba su tiempo.

Una vez que se curó del cáncer continuó con su labor en la estética y actualmente la señorita Ramírez corta el cabello a las personas que lo solicitan, pero lo hace de manera esporádica y con dificultad debido a la pérdida de visión que ha presentado desde que le diagnosticaron diabetes mellitus en el año 2007.

En este sentido las circunstancias materiales (analizadas a través de los trayectos de vida y los trayectos laborales) que la señorita Ramírez experimentó en su etapa de niñez y juventud indican que contó con los recursos materiales y económicos para mantener sus condiciones de salud; sin embargo el papel que desempeñó como cuidadora principal de sus padres contribuyó que su salud se comprometiera al llegar a la etapa de adulta mayor.

Percepción de la salud.

El significado de salud para la señorita Ramírez se relaciona principalmente a un aspecto físico: el estar sano es estar activo; en cambio el significado de la enfermedad lo relaciona a estados emocionales manifestándose primordialmente en depresión. La depresión es un sentimiento que experimenta cuando se encuentra enferma y lo experimentó en mayor medida cuando le diagnosticaron diabetes mellitus y así lo expresa. Al momento en que el doctor le

dice: usted tiene diabetes ¿Qué fue lo que sintió? *Pos de hecho, pos no-nomás me d, dije yo: ¡ay caray! pos... todos mi familia ha muerto así... todos mis hermanos. Si me deprimí ¿verdad? pero pos dije: ¡no pos tengo que... la vida tiene que seguir!, pos ¿Qué le hago? ¿Verdad?, o sea, yo muchas veces saco de que tengo que... pos mientras Dios me deje, pos seguir adelante y seguir con la lucha de lo que venga*

Desde que le diagnosticaron diabetes mellitus estas depresiones se han presentado de forma ocasional, con una duración mínima, pero la informante lo atribuye al proceso de envejecimiento más que a la enfermedad crónico-degenerativa que padece. *No, pos hay veces, porque es normal, yo digo, hay temporadas en que si uno se siente deprimido, que le llega la depresión por.... bueno, las lágrimas las trae uno a flor de, de ojos.... cuando ve uno cosas sí, pos lógico, ¿verdad?, que tiene uno que, que acordarse de cosas.*

Los sentimientos que experimenta en estas depresiones son tristeza y melancolía sin impedirle conciliar el sueño. Otro estado emocional, que la señorita Ramírez relaciona al significado de enfermedad crónico-degenerativa, es el cambio de carácter. *Pos de hecho en veces me siento bien, en veces mal, o sea, en esta diabetes no, no tiene uno una estabilidad de decir: ¡me siento bien!, no, pos no, porque si no le duele a uno la cabeza, le duele uno los huesos, le duele uno, o sea, no, no siempre hay un... en veces se siente uno muy bien, en veces, en veces no ¿verdad?... de hecho si se altera uno con esta enfermedad también... sí, cualquier cosita y si no le gusta uno explota.*

El significado de atención y cuidado a la salud de la diabetes mellitus lo relaciona, principalmente, al conocimiento de la enfermedad y con este conocimiento seguir las indicaciones del doctor que le brinda la atención médica. *Con esta diabetes se va deteriorando los otros órganos, poco a poco, o sea, no, pos ni siente uno, ¿verdad?, pero si le van picando ahí que el hígado y que los ojos y que, o sea, que los pulmones y que todos los órganos se van poco a poco se van deteriorando.*

Usted sabe mucho de su enfermedad ¿Por qué? *Pos, porque, pos, no le digo.... por mis hermanos porque los vi todo achacosos y porque le han dicho a una ¿verdad? voy, voy veces a pláticas de la diabetes y nos dicen: es esto, aquello... y pos si, si es cierto.*

Respecto al significado de envejecer menciona que se relaciona a un estado físico, pero que éste sí afecta al proceso de salud/enfermedad haciendo que las enfermedades sean más graves en esta etapa de la vida por el proceso de deterioro del organismo. *Es que cuando uno está joven, este, por decir, si le, no se enferma uno a enfermarse como caer en cama, o sea, ya las enfermedades vienen, pos ya cuando está envejeciendo uno ¿verdad? De hecho desde los cincuenta en adelante es cuando ya vamos para abajo, que si no nos duele una cosa nos duele otra y ¿verdad? ese es el. Pero cuando esta uno joven que me duele, por decir, el estómago, o algo, una pastilla y se le quitó aquello.*

El significado de pobreza, enfocada al tratamiento de la enfermedad, se experimenta como una limitante para recuperar la salud, en este caso la falta de recursos económicos mantiene un tratamiento no personalizado para controlar la enfermedad crónico-degenerativa. *¿Ha querido tener otro tipo de tratamiento a parte del medicamento? Pos quería ir a la, a la universidad que ahí están haciendo un tratamiento, pero en veces me dijo: no, no puedo....éste, le cuesta a uno creo que siete mil pesos....siete, ¿no?, también por eso ¿verdad? pos digo: ¡ah, pos no!... es que son siete mil pesos. Luego uno tiene que estarse picando el, el estómago porque le sacan la sangre, se la preparan y luego ya se la....pero de hecho tiene que tener los triglicéridos y no sé qué otra cosa....para pod, poder, este, le den ellos ese...y ya después tienen los niveles al.... siempre y cuando también lleve..., pos me estaba diciendo una, una señora que trabaja en un taxi que ella come de todo y que le ha resultado muy bien el tratamiento*

Finalmente la informante menciona que el origen de la diabetes mellitus se relaciona a la presión emocional que experimentó cuando se le diagnosticó el cáncer de mama, una vez que fallecieron sus padres, en asociación a bajas defensas en esa etapa de su vida debido al tratamiento de quimioterapia. *Primero fue el cáncer y luego la diabetes, pero por los bajos niveles de, que traía de defensas, digo yo, porque yo pos estaba muy bien cuando me operaron y todo, dije yo: ¡pos qué bueno que no tengo nada!*

Lo que le preocupa a la señorita Ramírez cuando está enferma es estar sola, pero sabe que Dios no la dejará. *Pues el encontrarme ahora sí sola ¿verdad? pero digo: bueno. Pos yo misma me doy valor si estoy sola ps tengo que meterme bien en la cabeza de que estoy sola y que el señor es el que va a cuidar de mí, o sea, yo tengo el, la fe en que el señor no lo deja a uno solo....y que él siempre provee a uno de las cosas que necesita para poder seguir adelante, ¿verdad?*

El origen de la diabetes mellitus que padece la señorita Ramírez se vincula a la teoría del enfoque psicosocial de la distribución de la enfermedad, de acuerdo al marco de los Determinantes Sociales de la Salud, por lo tanto las circunstancias psicosociales tuvieron un papel preponderante para el desarrollo de esta enfermedad crónico-degenerativa.

Trayectos de salud.

La señorita Ramírez menciona que durante su infancia, y gracias al trabajo de su padre, siempre contó con seguro social. En esta etapa de la vida refiere nunca haberse enfermado, aunque en varias ocasiones se le diagnosticó anemia y se le tenía que transfundir sangre. El motivo de padecer anemias es que no le gustaba comer a pesar de que en su casa siempre había alimentos en la mesa. A medida que fue creciendo, y comenzó a trabajar, dejó de presentar anemia, pero continuó con una alimentación inadecuada debido a su actividad laboral en la estética.

A los sesenta y dos años, cuando tuvo tiempo para atender su salud después de haber cuidado a sus padres (su madre falleció en el año 2005 a los cien años a consecuencia de complicaciones de una fractura de cadera), se le diagnosticó cáncer de mama. *Pos sí, es que ya, ya había fallecido mi mamá, entonces dije yo: bueno yo ya voy a agarrar el, el tiempo para mí y fui, pos me detectaron ahí que tenía cáncer.*

Inmediatamente comenzó con el tratamiento de quimioterapias en el Hospital Metropolitano durante un período de ocho meses. Después de este tiempo, en el año 2007, se le practica una cirugía para extraer el cáncer (que estaba encapsulado). Posteriormente se le notifica a la informante que la cirugía fue un éxito y que ya no padece de cáncer de mamá, no obstante en este mismo lugar se le diagnostica diabetes mellitus.

Actualmente acude cada mes a la consulta médica, en la clínica veintiocho del Instituto Mexicano del Seguro Social, para controlar su enfermedad crónico-degenerativa. En este mismo lugar, desde aproximadamente seis meses, le proporcionan medicamento para controlar la hipertensión arterial aunque esta enfermedad crónico-degenerativa no está diagnosticada; en el apartado de atención institucional se abordará con mayor detalle este tema.

Cuidado de la salud familiar e individual.

La señorita Ramírez asiste sola a la consulta médica mensual, en ésta le proporcionan el medicamento para tratar la diabetes mellitus, principal estrategia de control de la enfermedad, y también indicaciones de salud por parte del doctor que la atiende. En pocas ocasiones en esta institución no le han proporcionado el medicamento que necesita. Cuando ocurre esta situación sus vecinas, que también están diagnosticadas con esta enfermedad, le ayudan a conseguir el medicamento con la finalidad de que la informante no gaste en la compra del mismo. *¿Le ha pasado que cuando llega a recoger el medicamento no lo tienen? Pos de hecho ahorita ando con eso que ya tienen tres semanas de que no encuentro... es el lactafida para el azúcar*

¿Y cómo le hace en esos casos cuando...pos hay que ir a, a comprarlos. Aunque les hace uno el ahí que, que: ¡no tomo pastillas porque no hay! Pero sí, pos tiene uno que ir veces. ¿Va a un lugar en donde está más económico o...de hecho casi nunca las compro porque hay vecinos que tienen. Como, como le digo ahí entre el grupo, pos hay muchas diabéticas: ¡ah, voy a ir a tra...! ¡no maggie yo tengo de!... ¡te paso una cajita! o ¡te paso! Y así, así se la lleva uno también. Contar con esta red de apoyo hace que la informante no genere ansiedad para seguir con su tratamiento médico a través de los medicamentos.

En cuanto al control de la enfermedad por medio de la alimentación la informante menciona que ella, por vivir sola, prepara sus propios alimentos. Estos alimentos los adquiere en negocios que se establecieron alrededor de la colonia, como carnicerías, tortillerías y

panaderías, o también en una tienda de autoservicio (transnacional) cercana a su hogar. Sin embargo la señorita Ramírez dice que a pesar de contar con el acceso a alimentos y saber que la alimentación es importante para controlar la enfermedad, ella no puede seguir la dieta prescrita por su doctor por tres motivos.

El primero es que cuando va a comprar los alimentos recomendados por el doctor la tienda de autoservicio (transnacional) cercana tiene mala calidad en los alimentos (especialmente de frutas y verduras que no están frescas), en comparación con otras tiendas de la misma cadena de autoservicio ubicadas en diferentes colonias del Área Metropolitana de Monterrey, por tal motivo tiene que esperar que alguien la acompañe para adquirir los alimentos en otra sucursal en donde ofrecen mejor calidad en los alimentos. El segundo es que recibe despensas alimenticias del gobierno y estos no contienen alimentos recomendados para controlar la diabetes mellitus. El tercero motivo es por su bajo ingreso económico que genera que la informante asista a comedores comunitarios, por lo menos cuatro veces a la semana, y en estos lugares le proporcionan platillos que no están diseñados para el control de las enfermedades crónico-degenerativas. *Si, si, si se me complica.*

¿Cuál podría ser un motivo? Pos porque no puede, n-no va uno a comprar, por ejemplo las verduras ¿verdad? y en veces va uno a las verduras y no están frescas, no están. Pos tendría uno que ir al mercado, allá a comprar cosa fresca.....va uno aquí al HEB, pos nomas lo que hay allí, pero no, pos no y luego se va uno a los DIF's a comer allá de, de a gratis (risa) pos agradece uno que le dan de comer ¿verdad?, pos no va a estar diciendo: deme pura verdurita o deme. Ahí le dan su sopa, su guisado y, y fríjol, eso es.

Finalmente el ejercicio que realiza para controlar la diabetes mellitus es la caminata, específicamente la que hace para llegar a los comedores comunitarios y para recibir su despensa de alimentos, por lo que no considera que sea necesario otro tipo de actividad.

En este aspecto los factores de comportamiento y/o biológicos (analizados a través de los trayectos de salud y el cuidado de la salud familiar) actuales se relacionan al cuidado de la diabetes mellitus. En este sentido la informante busca conocimiento acerca de su enfermedad y procura seguir las indicaciones del personal de salud, especialmente el consumo de medicamentos. Sin embargo las condiciones de pobreza de capacidades que actualmente experimenta hacen que asista a comedores comunitarios en donde no se tiene un plan de alimentación diseñado para las personas que padecen una enfermedad crónico-degenerativa lo que refuerza el uso de medicamentos para controlar la enfermedad. Contar con una red de apoyo ha sido fundamental para la señorita Ramírez para afrontar la diabetes mellitus.

Atención institucional

La señorita Ramírez indica que cuando le diagnosticaron la diabetes mellitus el trato del doctor fue amable y que él le explicó en qué consistía su enfermedad; por este motivo intenta seguir las indicaciones del médico general. Actualmente asiste a las consultas mensuales para controlar su enfermedad y menciona que el trato sigue siendo cordial. La informante también asiste pláticas educativas, que se programan en la institución, con el objetivo de aprender sobre el tratamiento y el control de su enfermedad crónico-degenerativa.

En cuanto a los aspectos que la informante considera que se deben de mejorar en la atención institucional destacan la poca tolerancia del doctor respecto al aprendizaje de los nombres de los medicamentos. *¿Qué tratamiento le recomendaron? Pos luego, luego me dieron la metarfomida y la otra, pero la metarfomida me caía mal y no me la tomaba, no más me tomaba la pastilla chiquita.....a, ¿a cómo le dicen a esa?, bueno yo le dijo la fe, la, esa chiquita y la grande porque todo se me olvida....y, este, y dice la doctora: debe de aprendérselas...pos, pos le dijo: ustedes nos tienen ahí apuntados si me dan otra es muy, muy su cuento (risa), el, si, y, este, y luego ya después... que la presión y que ¡ay no!*

El motivo que la informante refiere para no aprenderse el nombre de sus medicamentos es por la dificultad del nombre y porque son muchos los que le prescriben. Un detalle que destacó en la entrevista es que el doctor que actualmente la atiende le prescribió medicamentos para tratar la hipertensión arterial cuando todavía no está confirmada esta enfermedad en la informante. *¡Y te vas a tomar esa! Le digo: ¡oye!, ¿pero ya me vas a dar otra pastilla? Yo nada más me tomaba las del azúcar porque no me gusta tomar tampoco tanto medicamento. Dijo; ¡es que trae la presión alta! ¿Y cuánto traigo? Ciento treinta con setenta, ochenta. Le digo: pos no es muy alta. ¡De todas maneras tómatela porque también te va a afectar más la vista! Bueno, pues éntrale órale (risa.)*

Ante esta situación la informante tiene dudas si padece esta enfermedad o no, especialmente cuando en el año 2006 aumentó su presión arterial, le dieron medicamento, pero posteriormente se lo quitaron y no quisieron darle medicamento de control por no considerar que padeciera hipertensión arterial. *¿Se lo diagnostico un doctor? (la hipertensión arterial) si, el de la diecisiete, pero ya no me quisieron dar el medicamento. ¿No le quiso dar el medicamento? No. ¿Le explico el porqué? supuestamente porque me hicieron un tratamiento en la veinticinco y dijeron: no, ya usted está sana.*

A este respecto la señorita Ramírez genera desconfianza en el diagnóstico de los doctores y evita tomar el medicamento de la hipertensión arterial, por considerar que quizás sea malo para su organismo tomar tanto medicamento especialmente cuando no hay síntomas y un diagnóstico oficial, esta situación se asocia a una fragmentación en la práctica médica.

La atención institucional en este estudio de caso se presentó desde el diagnóstico de la enfermedad, por lo que no representó una desigualdad en el acceso al sistema de salud.

4.3.2. Entrevista Sra. Rosales: El Cuidado de los hijos, el no saber y la atención institucional.

Posición Socio-económica

La Sra. Rosales nació en el año 1950 en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León, en un rancho llamado “El Mirador”. Cerca de ese rancho había una escuela primaria; sin embargo, no tuvo la oportunidad de asistir a ella, porque sus padres no lo consideraban necesario, y por ese motivo no sabe leer ni escribir. A los dieciséis años contrajo matrimonio y a consecuencia cambio su domicilio a diversas colonias del Área Metropolitana de Monterrey. Actualmente vive con su esposo en una casa propia ubicada en la colonia Monte Kristal en el municipio de Juárez, Nuevo León. La Sra. Rosales se dedica principalmente al hogar y el ingreso que percibe (aproximadamente \$2,000.00 mensuales) proviene de la jubilación de su esposo y de la venta de tamales que prepara los fines de semana. Ella tuvo siete hijos, practica la religión católica y desde el año 1998 vive con el diagnóstico de hipercolesterolemia (conocido coloquialmente como “colesterol alto”).

Trayectos vitales

La informante fue la mayor de dos hijos, su padre trabajaba en el campo y su madre se dedicaba al hogar. La casa de sus padres estaba construida con paredes de adobe y techo de lámina. Esta casa no contaba con ningún servicio básico, pero no lo percibía como una desigualdad. *¿En esa casa contaban con agua? ¿Luz? ¿Con qué servicios contaban? No, pos allá con to, la que llovía y de esa tomábanos y, le digo, mmm estaba tan rica.*

La Sra. Rosales dejó su lugar de origen a los dieciséis años porque contrajo matrimonio. En ese momento cambio su lugar de residencia, por el trabajo de su esposo, y comenzó a vivir en diversas casas ubicadas en diferentes colonias del municipio de Guadalupe (Nuevo León). Las casas que ocupaban eran de renta, contaban con todos los servicios básicos y estaban construidas de materiales resistentes (block y cemento).

Posteriormente, aproximadamente hace dieciocho años, el matrimonio adquirió una casa propia en la colonia Monte Kristal (en Juárez, Nuevo León) que es en donde actualmente viven. Esta casa mide aproximadamente 200m² tiene dos pisos, patio, cochera y está construida con materiales resistentes (paredes hechas con block y cemento, techos de barblock y pisos de cemento). Algunas casas, alrededor de la casa de la informante, tienen grafiti en las paredes exteriores, las banquetas son de cemento o de tierra delimitadas con piedras.

Cuando la Sra. Rosales llegó a la colonia ésta no tenía servicios básicos y por este motivo ella y otros residentes de la colonia se organizaron y solicitaron al municipio apoyo para mejorar sus condiciones de vida, con el tiempo se cumplieron sus peticiones y este sector de la colonia tiene acceso al agua potable, energía eléctrica, transporte urbano, entre otros servicios.

Trayectos laborales

La Sra. Rosales explica que de niña participaba en las labores de la casa. Cuando se casó se dedicó al hogar hasta la edad de treinta años, cuando decidió trabajar de manera informal, limpiando casas, para contribuir al ingreso familiar. La informante menciona que durante los primeros tres meses en que comenzó a trabajar lo hacía en tres casas diferentes, pero que finalmente se quedó trabajando en una sola casa por veintisiete años.

Este trabajo informal lo alternó con el cuidado de sus siete hijos y su esposo. La informante menciona que a pesar de trabajar su prioridad siempre fue la atención y cuidado de sus hijos. *Y mi acuerdo que una vez me dijo la señora: ¡ay Petrita! ¿Pero qué horas son esas de llegar? ¡Que ya es tarde! Llegue como a las un-nueve y media. Ya le digo: no señora si, si, si está a disgusto porque llegue a, a esa hora, pues yo me voy, yo también en mi casa tengo muchas cosas que hacer. Le dije: vengo mañana que se me, que venga más temprano. Y luego ya dice: no, no, no, no, quédese. Y luego ya despues le digo: no es que yo también tengo cosas que hacer de mis hijos, oiga, que me mandan citar a la escuela, tengo que ir. Digo: no estoy nomás dedicada al puro trabajo porque también tan mis hijos, y no. Ya después me decía, no, este, le digo: ¡mire!. Ya le decía yo: mire señora pos hora me mandaron hablar de las, de la, pos, de la escuela, de la secundaria, sea le dijo: pero mejor no voy a venir porque no sé a qué horas voy.... Dice: no, no a la hora que salga, porque ya sabe aquí. Yo le hacía su quehacer.*

Las actividades que desempeñaba en este trabajo eran: lavar ropa, planchar, barrer, trapear y hacer comida. La compensación que recibía por desempeñar esta labor era un sueldo base, permisos especiales cuando los necesitará y descansar un día a la semana (domingo). La informante menciona que nunca se enfermó y que su patrona siempre estuvo al tanto de su salud; sin embargo cuando la informante desempeñaba esta labor ya había sido diagnosticada con hipercolesterolemia, pero no asistía a las consultas mensuales para no faltar al trabajo, este tema se abordará con mayor detalle en el apartado de trayectos de salud.

La Sra. Rosales dejó de trabajar a la edad de sesenta años porque no sentía la misma confianza al trabajar con la hija de su patrona, con quién comenzó a trabajar cuando ella falleció, en esa casa permaneció por tres años. El sentimiento que experimentó cuando dejó de trabajar fue de angustia, principalmente por el ingreso económico. *¿Sintió algún cambio cuando se salió de trabajar, al no tener esa actividad? Pos si porque, pss yo con mi dinero compraba lo que yo necesitaba y si, sintía que con lo que me daba mi señor como que yo no alcanzaba a comprar mis cosas (risa)....pero ya vi de que si*

Actualmente la Sra. Rosales se dedica al hogar y a la venta de tamales los fines de semana para cubrir los gastos de servicios básicos y de medicamentos para controlar sus enfermedades.

En este sentido las circunstancias materiales (analizadas a través de los trayectos de vida y los trayectos laborales) que la Sra. Rosales experimentó en su etapa de niñez indican que presentó desigualdades en la salud que se acentuaron en su etapa adulta, con el diagnóstico de la hipercolesterolemia, al desempeñar un trabajo informal para evitar que sus hijos vivieran carencias económicas.

Percepción de la salud.

El significado de salud para la Sra. Rosales es un aspecto físico. *Pos ah, estar haciendo quihacer....es lo que me, me, considero yo. ¿Hace que uno se mantenga sano? Si.*

Por otra parte, el significado de enfermedad lo relaciona a una dimensión física y emocional, manifestándose en depresión. *¿Qué siente cuando está enferma? Pos, siento mucha, como, como mucha depresión, así. ¿Por qué será que se siente deprimida cuando está enferma? Pos por estar pensando nomás de las enfermedades*

¿Qué le preocupa cuando usted está enferma? Pos que no puedo hacer mis quihaceres (risa), qui dijo es lo que mi preocupa. ¿Qué no pueda seguir haciendo sus actividades? Si

Un motivo que la Sra. Rosales indica para sentirse enferma se relaciona a la atención recibe por parte de sus hijos. *¿Qué situaciones la hacen sentir enferma? Pos ha-haga de cuenta que a veces cuando...que no vienen unos de mis hijos me siento así....y yo me siento que es cuando también (se siente enferma).*

El significado de la atención y cuidado a la salud de su enfermedad crónico-degenerativa lo relaciona a seguir las indicaciones que el doctor, que pertenece al sistema de salud privado, dar seguimiento a estas indicaciones le da tranquilidad. Al momento en que el doctor le detectó lo del colesterol alto *¿usted que sintió? No, yo tranquila.... si, no me, no me afecto nada. ¿No le afecto nada? No, nada, sea, yo le pregunté, porque bien padre que se trataba, le digo: oiga, ¿qué...por qué es el colesterol? Dice: no es por la grasa. Dice: todos lo tenemos, pero a unos se les desarrolla y a otros no....usted no se mortifique por eso que es por la grasa, no es la grasa.*

El significado de envejecer para la Sra. Rosales lo relaciona con un aspecto físico más que un aspecto emocional. *¿Me podría mencionar para usted que significa envejecer? Pos yo no me siento vieja, yo no me siento, así ya, ya...cuando cumplí los sesenta años, porque también me acuerdo de que, no me acuerdo quen me pregunto: ¡oye! ¿Y cómo ti sientes? Pos yo me siento*

bien, le digo, yo no me siento viejita. ¿A quién consideraría viejo? Pos que estaría bien.... ya un señor, ya grandes, que ya no pueden pedir, moverse.

La Sra. Rosales menciona que el proceso de envejecimiento no afecta a la percepción y el cuidado de la salud. ¿Siente que ha cambiado enfermarse a través de los años? *No. ¿Hoy se cuida más? No, ni me cuido ahora tampoco, pa´ mi es, si, si es, yo siento que es igual*

El significado de la pobreza, enfocada al tratamiento de la enfermedad, se experimenta cómo un obstáculo para recuperar la salud, en este caso considera que el tratamiento proporcionado por el sistema de salud público no controla su enfermedad. Cuando el otro doctor (del sector público) le detectó el colesterol alto ¿le comentó que tenía que ir cada mes a consultar? *Si, en sí, nos tenía en cita, pero no me da la medicina lo que era para mis enfermedades, si, ahorita ya tengo ¿qué? como unos tres meses, ya voy, voy a ir pa´ cuatro meses que no voy al seguro....yo no sintía nada de mejoría....nada, nada, por eso dijo mi señor: ¿sabes qué? mejor vamos con un particular*

Finalmente la informante desconoce el origen de su hipercolesterolemia debido que tanto el doctor de la consulta pública y el de la consulta privada no le han explicado la causa y ella tampoco lo relaciona a un momento estresante en su vida. Hace quince años cuando le detectaron el colesterol ¿usted consideraba que tenía un momento estresante en su vida? *No*

La Sra. Rosales desconoce el origen de su enfermedad, no obstante está se puede relacionar a la teoría de la producción social de la enfermedad, en donde las condiciones de trabajo y vivienda toman un papel fundamental, debido a que ella no considera que un aspecto psicosocial se encuentre relacionado al desarrollo de la hipercolesterolemia que padece. Un aspecto que es importante señalar es que la informante indica que la falta de atención de sus hijos hacia ella constituye un significado de enfermedad, este significado podría aportar un elemento de análisis al enfoque psicosocial de la distribución de la enfermedad.

Trayectos de salud

La Sra. Rosales menciona que en su niñez nunca se enfermó y que solamente en una ocasión le dieron “las fiebres” (brucelosis por consumir queso de chiva sin pasteurizar). Esta enfermedad sus padres la controlaron por medio de medicamento que les proporcionó un doctor que trabajaba en una comunidad cercana en donde vivían; a esta comunidad llegaron después de días de camino. Esta distancia hacia que las pocas enfermedades que la informante padeció las tratarán con el uso de hierbas. ¿Estaba muy retirado donde estaba el doctor a donde usted vivía? *Si....pos estaba retirado*

¿Y cómo le hacían para llevarla? *Ps, porque ya después había camiones....pero antes cuando no había, ps, ahí nos daban hierbitas. ¿Su mamá era la que le daba las hierbitas? Si*

En este punto de la entrevista la informante menciona que los alimentos que consumía en la niñez eran más nutritivos que los que consume en la ciudad, aunque en ninguno de los dos lugares se quedo sin alimentos en la mesa. *¿Qué es lo que acostumbraban comer cuando eran niños? ¡ah! pos de lo que se daba allí, que se daba chícharo, fríjol, calabacitas y todo eso...o sea, comíamos puro nutritivo (risa). ¿Nunca le faltaba alimento? No, porque mi papá nunca dejaba que nos faltará nada, y quizá, él tenía ganas de carne allá mataba una chiva, un marrano.*

Cuando se caso usted y se vino para vivir a esta zona ¿hubo un cambio en la alimentación? *Pos sí, porque aquí ya es más pu, puras químicas. ¿Batallaban para conseguir alimentos cuando usted estaba casada? No, porque mi señor siempre ha sido bien trabajador, él nunca nos tuvo, que nos tuviera con hambre, no.*

Posteriormente cuando la Sra. Rosales se vino a vivir al Área Metropolitana de Monterrey, y cuidaba de sus hijos, no recuerda haberse enfermado. Cuándo se casó ¿recuerda alguna enfermedad que haya padecido? *No, sea, que yo casi no me enfermab. ¿Qué le podía dar? ¿Una gripa? Una gripita, pero ps esa se pasaba. ¿Le pasó que usted estuviera enferma y que sus hijos también? No*

A la edad de cuarenta y ocho años la Sra. Rosales fue diagnosticada con hipercolesterolemia. ¿hace cuanto el doctor le dijo que tenía esa enfermedad? *¡Uy! de esa ya tengo muchos años como....como unos quince años, yo creo. ¿Recuerda usted cómo se sentía? Porque yo me sintía mariada. ¿Mareada? y entonces usted decidió irse a....si, a hacer unos estudios y fue cuando mi dijeron que traía colesterol y grasa en la sangre*

Actualmente la informante consulta a un doctor particular porque en los últimos meses ha presentado dolor en las manos y espera el diagnóstico de artritis, sin embargo ya recibe tratamiento para esta enfermedad. ¿Qué fue lo que el doctor le diagnosticó? *mmm, pos todavía no mi encuentra...o sea, un dotor me dijo que era artritis y, y ahorita me está dando tratamiento para lo de la artritis.*

Cuidado de la salud familiar e individual

La Sra. Rosales siempre ha asistido acompañada a las consultas médicas por su esposo y más ahora que él ya está jubilado. Ella acude a dos sistemas de salud para controlar sus enfermedades, en especial la hipercolesterolemia. El primero es el sistema público al cual tiene acceso por parte de su esposo, la clínica a la que asiste es la 68 de Juárez (Nuevo León). El segundo es el sistema privado por medio de un doctor particular. El motivo por el que la Sra. Rosales a frecuentar a este doctor particular fue por el desánimo que experimentaba cuando asistía a las consultas mensuales del sistema de salud público, esta información se detallará con mayor profundidad en el apartado de atención institucional.

La principal estrategia que la informante emplea para controlar su hipercolesterolemia, y otras enfermedades, es el uso de medicamentos. Esta recomendación la sigue al pie de la letra por considerar que el medicamento le ha ayudado a sentirse mejor, específicamente el recomendado por el doctor de la consulta privada.

En cuanto al control de la enfermedad por medio de los alimentos la informante refiere que el doctor de la consulta privada sólo le recomendó evitar harinas, carnes rojas y consumir una dieta más blanda, por lo que ella considera que sigue estas recomendaciones. Ella es quién prepara los alimentos (para su esposo y ella) e indica que los consigue fácilmente en una tienda de autoservicio nacional.

La Sra. Rosales menciona que nadie cuida de ella cuando está enferma porque no quiere preocupar a su esposo e hijos, pero que sabe que cuenta con el apoyo de su familia si se llega a enfermar. Actualmente no realiza ninguna actividad física, a pesar de que los doctores se la recomiendan, por presentar dolores en sus manos y no tiene problemas para conciliar el sueño.

Un aspecto que destacó en la entrevista respecto al cuidado de la salud fue la atención y el control de la hipercolesterolemia cuando trabajaba como empleada doméstica. En esta etapa de la vida la informante no asistía a las consultas médicas y no tomaba el medicamento para evitar que la dueña de la casa se enterara que padecía esta enfermedad y evitar faltar al trabajo. Cuando le diagnosticaron el colesterol usted seguía trabajando en, en las casas ¿verdad? *Sí, yo seguía trabajando.* Su patrona en ese momento ¿Qué le comentó? *No, porque yo no le decía y no iba...yo no iba al seguro para que no me dieran medicina. Duré muchos años con el colesterol, pero yo no tomaba nada.*

¿Y no se sentía mal al momento de estar lavando, planchando? *No, yo no me sentía mal.* ¿Su jefa no se dio cuenta de que usted tenía esa enfermedad? *No, ella, ella, este, cuando andaba así, mala de la gripa, iba y me compraba luego, luego medicina.* Entonces quiere decir que ¿nunca la vio decaída con el colesterol? *No.* Me dice que a veces no iba a consultar ¿para no faltar al trabajo? *Si, por eso*

En este aspecto los factores de comportamiento y/o biológicos (analizados a través de los trayectos de salud y el cuidado de la salud familiar) actuales se relaciona a la atención de una posible nueva enfermedad (artritis). En este sentido la informante considera que en la actualidad sigue las indicaciones para controlar su hipercolesterolemia: el consumo de medicamentos. Durante la etapa inicial de la hipercolesterolemia la informante menciona que no necesitaba tratamiento médico y prefería asistir al trabajo porque éste le generaba una estabilidad económica y emocional, por lo tanto el cuidado de la salud tuvo otro nivel de atención, sin embargo la enfermedad continuó con su proceso degenerativo. A pesar de experimentar una pobreza de capacidades la informante hace todo lo posible por asistir a la

consulta privada ya que considera que el doctor le proporciona la información y los medicamentos que necesita para controlar sus enfermedades.

Atención Institucional.

A los cuarenta y dos años la Sra. Rosales fue diagnosticada con hipercolesterolemia, en el sistema de salud público, y desde ese momento se le brindó un tratamiento médico que consistía en medicamentos (entregados de forma gratuita) y consultas mensuales de control. Con el tiempo ella prefirió utilizar los servicios de un médico particular para tratar esta enfermedad y otras que se han desarrollado. Existen diversos motivos por el que la informante prefiere una consulta médica privada, éstos se relacionan a la atención brindada por el personal médico del sistema de salud público:

El primer motivo fue la falta de información que proporciona el doctor sobre las enfermedades que diagnostica. El doctor cuando le dijo a usted que tenía colesterol ¿le explico de qué se trataba la enfermedad? *No. ¿Qué le dijo? mmm, es lo que nos dicen en el seguro: tómese esto. No nos dicen ni que, ni pa' que enfermedad, ni dada de eso.*

El segundo motivo fue el trato por parte de este personal de salud. En cuestión del trato ¿Cómo considera qué es amable? *No, como que no le ponen a, mucha atención a uno. ¿Espera mucho para que la atiendan? Si, pos hasta que nos toca la cita. ¿Siente que es mejor con el particular? Si*

El tercero fue la ubicación de las instituciones de salud y el costo que representa llegar a las mismas. *Ahorita vamos, pero porque nos tienen en control, pos tenemos que agarrar dos camiones. ¿Dos camiones? ¿Dos de ida y dos de regreso? Son cuatro camiones*

El cuarto motivo fue la asociación que el doctor establece respecto al proceso de enfermedad y al proceso de envejecimiento. *Una vez le dije a él: ¡ay fíjese que me duelen mucho!...me duelen mucho los huesos, este, ¡me duele! ¿Qué más le dije que me dolía? le digo: ¡me duele pos los pieses todo esto! (señalando el muslo). Me dijo: no, es que ya es por lo viejo. Le dije a mí esposo, le digo: ¡sí!, pero pos que no le digan nada a uno ¿verdad? tan así, que ya es por viejo.... pos ta, ya sabe uno que sí es ya por lo grande que está, porque ya te tiene que doler así cualquier cosa.... pero no para que le digan: ¡no es que ya es por lo viejo! Pos no. A este respecto la informante sugiere que se debe investigar el origen de la enfermedad y no limitarse al factor del envejecimiento.*

Actualmente la Sra. Rosales asiste con un doctor particular cada vez que le da cita. Este doctor le genera más confianza, especialmente cuando le quitó una cantidad de medicamentos (otorgados en el sistema de salud público) para tratar su enfermedad. *Y, este, no pos ya nos*

juimos y, y le lleve todas las pastillas dijo: ¡no oiga! mire está si es pa' su enfermedad, pero estás no.

Los medicamentos que el doctor particular le receta los adquiere en una farmacia especializada. El costo de estos medicamentos es solventado por la informante. Aproximadamente *¿Cuánto gasta por mes en medicamentos? Pos por, por nomás en unas que compra que son tres, tres a, el spray y dos pastillas me gasto como mil y feria.*

Los costos de los medicamentos hicieron que la Sra. Rosales comenzará con la venta de tamales los fines de semana, aunque en ocasiones recibe el apoyo económico por parte de sus hijos. Finalmente la informante menciona que solo ha estado hospitalizada cuando tuvo a sus últimos cuatro hijos y que el trato que recibió por parte del personal de salud fue el adecuado.

La Sra. Rosales tuvo acceso a la atención institucional desde el diagnóstico de la enfermedad e intentaba asistir a las consultas mensuales, sin embargo la falta de información respecto al origen de la enfermedad y el trato del personal de salud, que refieren todos los problemas de salud al proceso de envejecimiento, hizo que dejará de asistir al sistema de salud público. Esta situación se puede explicar como una ausencia de especialistas para la atención de la salud y la enfermedad en adultos mayores.

4.3.3. Estudio de caso Sra. Noriega: El Cuidado de los hijos, el estrés familiar y la pobreza económica.

Posición Socio-económica

La Sra. Noriega nació en el año 1944 en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León. Cursó hasta el tercer año de primaria (por ese motivo no sabe leer ni escribir) porque a los ocho años llegó, junto con su familia, al Área Metropolitana de Monterrey para comenzar a trabajar. Se casó a la edad de quince años y se fue a vivir a la colonia Independencia. Actualmente vive con su esposo y un hijo en una casa propia ubicada en la colonia Monte Kristal en el municipio de Juárez, Nuevo León. Actualmente se dedica al hogar y el ingreso que percibe (aproximadamente \$2,000.00 mensuales) proviene de la jubilación de su esposo. La Sra. Noriega tuvo ocho hijos, practica la religión cristiana y desde el año 1993 vive con el diagnóstico de hipertensión arterial (conocido coloquialmente como “alta presión”).

Trayectos vitales

La Sra. Noriega fue la cuarta de ocho hijos, su padre era campesino y su madre se dedicaba al hogar. La casa en donde ella vivía con su familia en Dr. Arroyo estaba construida de adobe y no tenían ningún servicio básico. El agua la adquiriría por medio de un pozo, contaban con una letrina, se alumbraban con quinqués y cocinaban con leña. *¿Contaba con los servicios básicos? No, no, allá no había nada, haya tomábamos agua de un pozo.*

El motivo por el que su familia dejó su lugar de origen fue la pobreza. La falta de trabajo para sus padres hizo que buscarán oportunidades laborales en el Área Metropolitana de Monterrey. Cuando la informante y su familia llegaron a Monterrey rentaron una casa en la colonia Independencia. Esta casa contaba con los servicios básicos de agua y drenaje y energía eléctrica. El pago de estos servicios, y de la renta de la casa, era solventado por el trabajo de los miembros mayores de la familia incluyendo a la Sra. Noriega que a la edad de ocho años comenzó a trabajar limpiando una casa.

La casa en donde trabajaba la informante se convirtió en su lugar de residencia entre los ocho y quince años porque sólo descansaba un día en la tarde. Esta vivienda estaba construida con materiales resistentes y tenía todos los servicios básicos.

A los quince años la informante contrajo matrimonio y de nueva cuenta se fue a vivir a una casa de renta en la colonia Independencia junto con su esposo. Finalmente en el año 1992 su esposo adquirió una casa propia en la colonia Monte Kristal en el municipio de Juárez (Nuevo León). Esta casa está construida con block y cemento y tiene agua, luz, pero no cuenta con drenaje ni teléfono.

Trayectos laborales.

La Sra. Noriega indica que de niña cooperaba con las labores del hogar. A la edad de ocho años, cuando se vino a vivir con su familia al Área Metropolitana de Monterrey, comenzó a trabajar en una casa para contribuir al ingreso familiar y por este motivo dejó de estudiar. *¿Cuál fue el motivo por el que usted ya no siguió con la escuela? No, porque nos venimos y me puse a tra, me pusieron a trabajar en casa, así como estaba de chiquilla.....a trabajar en casa porque, pos no teníamos dinero para la renta y, y para nada teníamos. Este trabajo lo realizaba los seis días de la semana por un período de siete años. Iba de planta, quedarme allá ocho días....nada más el domingo un ratito (permanecía en esta casa) y luego iba mi papá por mí....estaba un rato en la casa y regrésate otra vez pa' allá, prácticamente yo era de ahí, de esa casa*

¿Qué labores desempeñaba en esa casa? Me podían a lavar, así, donde alcanzaba el lavadero, me ponían algo para que alcanzará y, y ya lavaba los trastes y a trapear. El dinero que obtenía de su trabajo era entregado a su madre quién lo distribuía entre los gastos familiares. En este trabajo nunca se presentó la situación de ausencias o enfermedades de gravedad; en el caso de que la informante se enfermara su patrón era doctor y le proporcionaba la atención y los cuidados médicos. ¿Cuándo se enfermaba...No. ¿Nunca se llegó a enfermar?, ¿nunca fue a consultar con un doctor ni nada? No, ahí era un doctor con el que trabajaba, así que le dolía a uno la cabeza ahí luego, luego: ¡tómame esto!.

A la edad de quince años se casó y dejó de trabajar en las casas para dedicarse al hogar y al cuidado de los hijos, labor que continúa desempeñando hasta el día de hoy.

En este sentido las circunstancias materiales (analizadas a través de los trayectos de vida y los trayectos laborales) que la Sra. Noriega experimentó en su etapa de niñez, juventud y edad adulta indican que presentó desventajas en el cuidado de la salud, especialmente en la época en donde trabajaba en casas. Estas desventajas en la salud se acentuaron al ser diagnosticada con hipertensión arterial debido a que no contaba con recursos económicos propios (por dedicarse al hogar) para tratar su enfermedad, de acuerdo al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

Percepción de la salud.

El significado de salud para la Sra. Noriega se relaciona a un aspecto físico e inclusive menciona que la enfermedad se puede percibir como salud si se mantiene la actividad. *Pues fíjese yo no soy de esas personas que... yo conozco a varias personas que se enferman y se están... hacen cama...están acostadas, yo no fíjese, yo siéntame como me sienta yo ando haciendo que hacer... no me creen que estoy enferma (risa).*

El significado de la enfermedad lo relaciona a un aspecto emocional manifestándose con el sentimiento de tristeza. *¿Qué es lo que usted siente cuando está enferma? Pues me da mucho pesar porque...pos es muy, muy triste.*

El significado de la atención y cuidado a la salud de su enfermedad crónico-degenerativa lo relaciona a seguir las indicaciones del doctor. *¿Usted considera que el tratamiento es adecuado para sus enfermedades? Pues si ella (doctora) dice, pues yo creo que si (risa).*

El significado de envejecer para la Sra. Noriega lo relaciona con un aspecto emocional. *¿Qué significa envejecer? Pues yo me siento joven (risa), pues yo me siento joven todavía...es que uno está viejo según como se sienta yo le dijo a él (esposo) le digo: tú estás viejo según como tú te sientas ¿Verdad? si te sientes joven pos estás joven aunque estés viejo.* También indica que el proceso de envejecimiento afecta a la percepción y cuidado de la salud. *¿Siente que ha cambiado enfermarse con el paso del tiempo? Sí, porque ya no es igual, porque ya a uno todo le duele. ¿Entonces ahora ya se tendría que cuidar más? Si.*

El significado de la pobreza, enfocada al tratamiento de la enfermedad, se experimenta cómo un obstáculo para recuperar la salud, en este caso por la adquisición de medicamentos. Al momento en que ese primer doctor le diagnosticó que usted tenía alta presión *¿Qué fue lo que sintió? Púes me sentí mal porque, como me dijo que eso ya iba a ser, este, definitivo, que toda mi vida iba a estar con medicamento y como entonces no teníamos seguro lo tenía que comprar.*

Finalmente la Sra. Noriega menciona que la causa de su enfermedad se relaciona a un momento familiar estresante. *Se había llevado a mis hijos (su esposo)... se los había llevado un viernes y pasó todo el viernes y no vinieron, pasó el sábado y no vinieron, y el domingo yo me alarme y me fui a buscarlos, porque tenían que ir el do, el lunes a la escuela y me fui y llegue a la panadería y me dijeron que no había ido él (esposos), que estaban ellos solos, ahí en la panadería, este, no había ni que comieran y solos ahí había mucho desastre en la panadería y ellos solos, eran tres, los tres niños y luego me dio mucho coraje y nada más sentí que se me nubló la vista y como que me desmaye, dicen ellos, y entonces por ahí, por esa colonia vivía un doctor y fueron, le hablaron a unas vecinas y fueron a traerlo las vecinas y ya fueron y ahí ya fue que me subió la presión*

En este aspecto la teoría de la distribución de la enfermedad es psicológica, no obstante la informante menciona que padeció mala alimentación cuando se casó. *¿Usted sentía que se alimentaba bien? O ¿sentía que le faltaba de comer? Pues no muy bien, porque yo estaba acostumbrada más bien a la casa donde, donde prácticamente vivía (la casa en donde trabajaba)...y luego llegue allá, a la casa de él (esposos) y no, no me alimentaba bien. ¿No se alimentaba bien? Ya, el desayuno era un café con una tortilla.* Lo anterior indica la asociación de una teoría psicológica y la producción social de la enfermedad

Lo que le preocupa a la Sra. Noriega cuando está enferma son sus hijos. *¿Qué le preocupa cuando usted está enferma? ¿Qué me preocupa? ¡Uy! pues tantas cosas (risa). ¿Cómo cuales? Por ejemplo, aunque todos mis hijos, ya todos están casados, menos al que tengo ahí, al que tengo ahí, como quiera dijo: ¡ay no mis hijos! Dice mi hijo, uno de ellos: ¡usted que se anda apurando por nosotros!, este, ¡usted, cuídese usted! ¡Déjenos! Porque a veces les llamo la atención. ¡Usted no se preocupe por nosotros! Le dijo: si, hasta el día que me echas el último puño de tierra, entonces si dices: ¡ahora si soy libre! pero mientras yo viva lo que no me guste les tengo que llamar la atención, hasta el día en que ya me echas el último puño de tierra entonces si te sientes libre...!por mientras no!*

La Sra. Noriega considera que el origen de su hipertensión arterial se relaciona a la teoría del enfoque psicosocial de la distribución de la enfermedad, de acuerdo al marco de los Determinantes Sociales de la Salud, por considerar que en el momento del diagnóstico experimentaba un momento de estrés en su vida, por lo tanto las circunstancias psicosociales tuvieron un papel preponderante para el desarrollo de esta enfermedad.

Trayectos de salud

La Sra. Noriega indica que cuando vivía en Dr. Arroyo, durante su niñez, difícilmente se enfermaba y en caso de enfermarse lo que se utilizaba para curar las enfermedades eran las hierbas. *¿Adonde acudían cuando estaban enfermos en Doctor Arroyo? Pues es que más antes todo era con puras hierbas. ¿Con puras hierbas? Puras hierbas...!y que hiérvele esto y que*

hiérvele lo otro y qué!.... pero doctores no. ¿Nunca tuvo una urgencia? No, una enfermedad así grave, no

La Sra. Noriega recuerda que en su niñez tenía una adecuada alimentación y que nunca padeció hambre. *Pues en doctor Arroyo había mucho que comer porque teníamos, teníamos quesos, teníamos elotes, tunas, nopales, haya había mucho que agarrar... las gallinas, tenía mi mamá muchas gallinas, había huevos...bastantes que hay. ¿Quiere decir que no se malpasaba? No, allá no*

Posteriormente, cuando trabajaba en casas, menciona que tampoco se enfermó y si se llegaba a enfermar su patrón, que era doctor, le daba la atención y el cuidado médico.

A los cuarenta y tres años, aproximadamente, le diagnosticaron hipertensión arterial y a partir de ahí asiste mensualmente a la consulta médica. A consecuencia de la hipertensión arterial en el año 2010 comenzó a desarrollar glaucoma. *Y luego la otra vez me subió mucho la presión y me, me perdí la vista, y ya de ahí me quedó que glaucoma. ¿Hace cuanto? Pues ya hace como unos cuatro años y hasta la fecha sigo mala de mis ojos, mire ahorita como traigo éste que me llora mucho*

En el año 2013, a los sesenta y nueve años, le diagnosticaron Diabetes Mellitus. Cuénteme ¿Cómo fue? usted fue a consultar y ¿Porque le dijeron que tenía azúcar? *Es que cada mes me hacen analeses de sangre, me hacen análisis, como ahora, hace, tengo pronto los análi y ya me dijo que tenía, primero me dijo: es pre-diabética. Y luego ya me dijo, al otro mes me dijo: ya tiene la diabetes. Primero ya tenía tiempo que me estaban diciendo que era pre-diabética y pre-diabética, que ya tenía la diabetes.*

Cuidado de la salud familiar e individual

La Sra. Noriega actualmente asiste a la consulta mensual médica acompañada de su esposo. La clínica a la que va a consultar es la 68 en el municipio de Juárez. La principal estrategia que la informante emplea para controlar su hipertensión arterial es el uso de medicamentos recetados por el doctor que siempre le proporciona la farmacia de la clínica. El medicamento ¿se lo dan en el seguro? o ¿lo tiene que comprar por fuera? *Siempre nos dan ahí en el seguro. ¿Nunca ha habido una falla de que no tengan el medicamento? No*

En cuanto al control de la enfermedad por medio de los alimentos la informante refiere que el doctor le proporcionó una dieta que le es difícil seguir por la cuestión económica, además de la dificultad al acceso de los alimentos. ¿Le comentaron los doctores algún cambio en su manera de comer? ¿Qué alimentos le dijeron que eran más buenos? *Pues que comiera verduras y así, puras, pescado, pero pues uno no tiene dinero para eso, uno come lo que tiene*

en la casa. ¿Qué es lo que acostumbra comer? Sopa, frijoles, o sea, si, si tiene uno dinero para, una carnita así, entre semana, pus, un guisado o algo.

¿Batalla para comprar los alimentos? ¿Hay tiendas cercas? No, no, ahí se batalla mucho, para, para comprar lo que va a comer uno. ¿Cómo le hace? Pues batallamos a veces me voy sola a buscar.

La informante es quien prepara los alimentos para su esposo, su hijo y ella y también menciona que no realiza ninguna actividad física, que descansa en el transcurso del día y que no presenta problemas para dormir en la noche.

En este aspecto los factores de comportamiento y/o biológicos (analizados a través de los trayectos de salud y el cuidado de la salud familiar) actuales se relaciona al tratamiento de las dos enfermedades crónico-degenerativas que padece (hipertensión arterial y diabetes mellitus). La informante considera que sigue las indicaciones para controlar sus enfermedades porque consume los medicamentos que le recetan. La informante está consciente que estas enfermedades se tratan con alimentos y ejercicios, sin embargo debido a la pobreza de capacidades que experimenta no puede adquirir los alimentos que le recomienda el personal de salud.

Atención Institucional.

A los cuarenta y tres años la Sra. Noriega fue diagnosticada con hipertensión arterial en una consulta privada por lo que tenía que comprar el medicamento. Posteriormente logró acceder al sistema de salud público, por medio de la seguridad social de su esposo, y a partir de ese momento asiste a las consultas mensuales para controlar su enfermedad crónico-degenerativa, además de recibir el medicamento recetado.

La Sra. Noriega destaca la falta de información que proporcionan los doctores sobre las enfermedades que diagnostican (hipertensión arterial y diabetes mellitus). *¿El doctor si le ha explicado que significan sus enfermedades? lo de la alta presión ¿si le dijo qué significa? No, nunca me ha dicho nada. La doctora que le diagnostico la diabetes ¿le ha dicho....Nada...no me ha dicho nada*

También menciona que en la clínica en donde actualmente consulta hay un rápido cambio de personal (especialmente los doctores). *Pues es que lo malo en el seguro, que va usted y está un doctor, y luego va y esta otro y esta otro. A veces ni hablan con uno nada más checan la esa...la computadora... y hacen la tarjeta y: ¡aquí está! Porque ahí están viendo lo que uno toma.... a veces le dijo: ¡oiga doctora es que me duele la garganta!, me duele esto, me duele lo otro. Y ya me hizo la receta y, pero no me preguntó ¿que más me duele? ni nada.*

La Sra. Noriega ha estado hospitalizada en varias ocasiones para operar un glaucoma en sus ojos desde hace cuatro años. Esta cirugía la tiene programada cada seis meses y los gastos médicos lo cubre el seguro social de su esposo.

La Sra. Noriega tuvo acceso a la atención institucional tiempo después de que se le diagnosticara la enfermedad, por lo que en ese tiempo presentó una desigualdad en la salud debido a que tenía que comprar su medicamento y asistir a la consulta privada para controlar su enfermedad. Con el tiempo tuvo acceso al sistema de salud público y comenzó a asistir mensualmente a la consulta médica. En este caso la Sra. Noriega indica que el personal de salud no explica el origen de la enfermedad, ni da recomendaciones en el uso de los medicamentos que lo considera importante para el control de las enfermedades.

nunca se ha de volver a pisar.

CAPITULO 5

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se examinan los resultados de esta investigación a la luz de estudios previos que han abordado las temáticas de la salud, la enfermedad y la atención de adultos mayores. En el análisis se confrontan las experiencias y perspectiva de las mujeres mayores con *enfermedades crónico-degenerativas* y los factores sociales que incidieron en el desarrollo de las mismas. Para el logro de la indagación se utilizó el Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud.

La experiencia del proceso salud/enfermedad/atención.

El significado de la salud para las mujeres de la tercera edad fue relacionado principalmente con el estado físico; para ellas, el estar sano es estar activo. Por lo que refiere al significado de la enfermedad fue relacionado con estados emocionales vinculados con la depresión y la tristeza. Los significados que las mujeres mayores proporcionaron a la salud y enfermedad se relacionan con lo que indican Pasarín (2011) y Menéndez (1992) respecto a que la enfermedad tiene múltiples causas y se relacionan a aspectos emocionales. A este último tema Enríquez (2009) y Bortoni (2014) mencionan la gran influencia de los estados emocionales con la asociación del desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas.

Un aspecto que destaca en los estados emocionales es la atención que los hijos brindan al proceso salud-enfermedad-atención. A este respecto Robles y *et al.* (2006) manifiestan que las redes de apoyo formadas alrededor del adulto mayor proporciona bienestar social; esta situación también es corroborada por Basabe (2004), Cartwright (2007) y Schachter y *et al.* (2007), quienes expresan que a través del apoyo social se intercambia información, influencia social, recursos sociales, autoestima, expresión de afecto, desarrollo personal, cuidados médicos, facilita las conductas saludables y los cuidados familiares para el bienestar integral del individuo.

A partir de estos resultados y las adquisiciones teóricas, es posible asumir que el apoyo familiar es un elemento importante para el mantenimiento de la salud tanto física como emocional. En concordancia con lo que precede, es posible afirmar que culturalmente el apoyo de las familias mexicanas a los adultos mayores es en muchos casos frecuente; los resultados de investigaciones (Enríquez, 2009; Robles y *et al.*, 2006), demuestran que una gran parte de los ancianos vive o tiene una relación estrecha con los hijos. En esta investigación se detectó que existen diferencias significativas en el proceso salud-enfermedad-atención cuando se cuenta con el apoyo familiar debido a que seis de las ocho mujeres de la tercera edad presentaron una mayor estabilidad económica y emocional de los padecimientos por su cercanía a los hijos, en comparación con aquellas mujeres de la tercera edad que no tenían este apoyo por ser soltera o porque los hijos no estaban cerca de ella.

El apoyo que reciben estas mujeres mayores de sus hijos varía de acuerdo a las posibilidades económicas de los hijos. En unos casos éstos realizan llamadas telefónicas semanales para

preguntar cómo se encuentra la informante hasta proporcionar ayuda económica para la adquisición de medicamentos o, en casos de escasez económica por parte de los hijos, ayuda para la adquisición de alimentos. Este apoyo social no es experimentado por dos mujeres mayores por lo que repercute en su nivel de estrés porque siempre está presente la búsqueda de medicamentos o alimentos para controlar la enfermedad, aunque en ninguno de los dos casos ha afectado al grado de desarrollar insomnio. Lo que se puede deducir a partir de este estudio es que el proceso salud-enfermedad-atención es un proceso integral en donde la objetividad y subjetividad es influenciada por las redes de apoyo social, especialmente la familia, que giran en torno a las mujeres de la tercera edad.

El significado de atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas se relacionó a seguir las indicaciones del doctor para controlar su enfermedad, principalmente la ingesta de medicamentos. En este aspecto el Gobierno Federal (2010) ha registrado un aumento en el consumo de medicamentos en la población de adultos mayores derivada de las enfermedades crónico-degenerativas que coincide con la incidencia en el tratamiento de las mujeres mayores que participaron en este estudio; sin embargo un aspecto que destacó en esta investigación fue que las mujeres seguían con mayor precisión estas indicaciones en relación al conocimiento sobre su enfermedad y sus propias percepciones.

A este respecto Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) mencionan que el tratamiento de la enfermedad se relaciona con la construcción del padecimiento, por ello se deduce que el conocimiento de la enfermedad, y de su tratamiento, es fundamental para su control. En este sentido cinco mujeres mayores indicaron consumir los medicamentos proporcionados por el sistema de salud para controlar su enfermedad diagnosticada. Tres de ellas no lo consumen por considerar que éste no afecta en el desarrollo de la enfermedad debido a que el doctor no informó acerca del origen de la enfermedad, aunado a no presentar una mejoría con el medicamento proporcionado por el sistema de salud.

Otro dato que destacó fue que de las cinco mujeres mayores que consumían el medicamento para el control de su enfermedad crónico-degenerativa, tres de ellas recibían medicamento para el control de una enfermedad crónico-degenerativa secundaria (con o sin diagnóstico), por lo tanto se indagó respecto al consumo de medicamentos para el control de estas enfermedades secundarias y se detectó que dos de ellas evitaban consumir el medicamento para controlar la enfermedad secundaria, debido a la falta de información respecto a las consecuencias de consumir tanto medicamento y el origen de la enfermedad. En este sentido desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa segunda se convierte en un elemento de importancia para dar continuidad al tratamiento proporcionado por el personal de salud, así como también el conocimiento del origen de la enfermedad por lo que Buchanan (2012) menciona es importante otorgar valor a lo que dice el paciente.

Asimismo, se revela que el tratamiento integral, consumo de medicamentos, alimentación equilibrada y actividad física, se mencionan como parte del control de la enfermedad; sin embargo el personal de salud da un mayor énfasis al consumo de medicamentos de tal forma que las mujeres mayores lo perciben como el principal elemento de control minimizando la importancia de la alimentación y la actividad física (a excepción de una mujer mayor que tenía

mayor grado de escolaridad, sin embargo carece de recursos para un plan de alimentación especial).

A partir de estos resultados se concluye que en el control de la enfermedad crónico-degenerativa en la etapa de vejez predomina el consumo de medicamentos como parte de las estrategias de atención del sistema de salud. A este respecto Paulino y Thouyaret (2006) mencionan que esta limitación en la atención integral conduce a una fragmentación de la práctica médica que conlleva a la falta de conocimiento integral de la enfermedad. Con estas prácticas se disminuyen las posibilidades de desarrollar tratamientos alternos en el grupo de los adultos mayores para controlar su enfermedad.

Respecto al significado de envejecer todas las mujeres de la tercera edad mencionaron que se relaciona a un estado físico y que sólo afecta al estado emocional de forma negativa: si uno se siente viejo, se está viejo. Ante estos hallazgos se deduce que las informantes de la tercera edad no consideran que el envejecimiento afecte su manera de ser, ni sus conductas, por lo que se establece un análisis contrario a lo que indica Castro (2000) respecto a que el envejecimiento genera cambios en las conductas y actitudes de los adultos mayores. También se establece una similitud a los hallazgos encontrados por Enríquez y *et al.* (2009) y Robles y *et al.* (2009) respecto a que el envejecer se relaciona a un estado emocional y a las relaciones sociales inmersas alrededor de las mujeres mayores que participaron en este estudio.

En cuanto a la relación del envejecimiento y el proceso salud/enfermedad/atención dos mujeres de la tercera edad mencionaron que éste no influye en el desarrollo y control de las enfermedades y seis mujeres mayores mencionaron que la influencia del proceso de envejecimiento se relaciona a mayores atenciones y cuidados de las enfermedades crónico-degenerativas a medida que se envejece, ocasionadas por el proceso de deterioro del organismo que se vincula a la teoría del envejecimiento biológico mencionada por el Instituto de Geriátrica (2012).

El significado de pobreza enfocada al tratamiento de la enfermedad se experimenta como una limitante para recuperar la salud en siete de las ocho mujeres mayores. En este sentido las mujeres mayores asisten a clínicas del sistema de salud público que tienden a relacionar con un servicio de salud no personalizado para controlar su enfermedad crónico-degenerativa. En este aspecto se confirma lo que menciona Castro (2000) acerca de los desafíos que enfrentan los grupos poblacionales con carencias económicas, materiales y humanas para satisfacer sus necesidades básicas de salud. Por otra se detecta que siete mujeres tienen mayores dificultades para conseguir un tratamiento personalizado de su enfermedad crónico-degenerativa, que ellas consideran necesario, debido a la falta de una pensión o jubilación a consecuencia de la falta de empleo formal durante su vida productiva laboral haciéndolas más susceptibles a inequidades en la salud como lo menciona Salgado y Wong (2007).

Finalmente seis informantes mencionaron que el origen de su enfermedad se relaciona con la presión emocional que experimentaron en algún momento de su vida. A este respecto Bortoni (2014), menciona que las emociones se relacionan con la manera de interpretar lo que sucede alrededor del individuo y que se traduce, de forma negativa, a signos y síntomas de enfermedades o síndromes en el organismo debido a un acontecimiento estresante. Este estrés

se relaciona al aumento en el torrente sanguíneo de hormonas que generan un impacto en los órganos y sistemas corporales desencadenando sobrepeso, obesidad y/o aumentos en la frecuencia cardíaca o respiratoria afectando el estado de salud.

Bajo este enfoque el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSH, 2009) vincula el origen de la enfermedad en la teoría del enfoque psicosocial de la distribución de la enfermedad. Desde esta teoría la percepción y la experiencia de la persona conducen al estrés y la mala salud. En este estudio se concluye que en seis de las ocho mujeres mayores las circunstancias psicosociales tuvieron un papel preponderante para el desarrollo de esta enfermedad crónico-degenerativa. En los otros dos casos las mujeres mayores refieren que los aspectos económicos influyeron en el desarrollo de su enfermedad crónico-degenerativa como lo indica este modelo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (CDSH, 2009).

La posición socio-económica

El análisis de la posición socio-económica de las mujeres de la tercera edad se realiza seleccionando tres elementos conceptuales de la posición socio-económica del Modelo de los Determinantes Sociales de la salud: ingreso, educación y ocupación.

Para completar el perfil socioeconómico de las informantes se agrega el análisis del estado civil y lugar de residencia actual (el lugar de origen se analizará en los trayectos vitales inmersos en las circunstancias materiales de los factores sociales intermedios). Es importante recordar que estos elementos forman parte de los factores sociales intermedios de comportamiento y/o biológicos de este modelo teórico-conceptual, pero se colocan como parte de la posición socioeconómica para no profundizar en temas de género y genética que llevaría a otro tipo de análisis.

Ingreso económico

Respecto al ingreso económico la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009) indica que éste es el que tiene mayor influencia en la adquisición de recursos para mantener la salud, debido a que por medio de éste se adquieren mejores servicios de salud, alimentos y cuidados personales. Cuando la Comisión hace este análisis en el grupo de las mujeres llega a la conclusión que la falta de ingresos económicos propios limita el acceso al sistema de salud provocando un mayor desarrollo de enfermedades. En este estudio se comprobó que la falta de ingresos económicos propios no fue un obstáculo para que las mujeres mayores accedieran al sistema de salud debido a que su ingreso se originó de la seguridad social proporcionada por esposos, padres y/o hijos; sin embargo todas las informantes mencionan que la falta de ingresos propios representa una dificultad para controlar su enfermedad crónico-degenerativa, especialmente para acceder a una mejor calidad de atención.

Por otra parte Salgado y Wong (2007) indican que esta falta de ingresos propios, desarrollado a lo largo de la vida por los roles de género asignados, puede llevar a una inseguridad económica, especialmente cuando se padece una enfermedad. En este sentido todas las mujeres mayores mencionaron sentir esta inseguridad económica en la actualidad y limitaciones para la adquisición de atención especializada para tratar su enfermedad crónico-degenerativa, sólo en un caso la informante acude al sistema de salud privado, pero recibe el apoyo económico de sus hijos. A este respecto se puede indicar que las mujeres mayores entrevistadas presentan una pobreza de capacidades representando a la pobreza de capacidades experimentada en el Estado como lo indican Flores, Treviño y Valero (2008).

Finalmente se puede concluir que el ingreso económico influye en el cuidado y atención a la salud de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad porque la falta de un ingreso económico limita el acceso a tratamientos especializados.

Educación

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009) indica que las personas que alcanzan un mayor nivel educativo son más receptivos a las recomendaciones del sistema de salud para prevenir y controlar las enfermedades y de acuerdo a esta información la Comisión

Económica para América Latina y el Caribe (2010), señala que el grado de educación de los adultos mayores incide en su acceso a los diversos recursos materiales, humanos y económicos.

En esta investigación se registra que las dos mujeres mayores que concluyeron sus estudios de educación básica, alcanzando un nivel de educación técnico, refieren tener un mayor control de la enfermedad crónico-degenerativa (derivada de los resultados de las pruebas de análisis sanguíneos que el personal de salud realiza como control de la enfermedad) en comparación con las mujeres mayores que no concluyeron sus estudios de educación básica. Sin embargo, las mujeres mayores que no concluyeron sus estudios de primaria mencionan que siguen las recomendaciones del personal de salud para controlar su enfermedad crónico-degenerativa, pero reconocen que en ocasiones no comprenden algunas indicaciones por parte del personal de salud.

Con este hallazgo se puede concluir que el grado de escolaridad es un factor que determina el cuidado y control de la enfermedad crónico-degenerativa como lo indican los estudios anteriormente mencionados, pero también influye el ingreso económico, como lo señalan Salgado y Wong (2007) y Villezca y Martínez (2008), que se relaciona al acceso a una mejor calidad de servicios de salud, alimentación y cuidados personales.

Ocupación

A este respecto la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009) indica que la ocupación que desempeña una persona lo predispone a tener mayor acceso al sistema de salud para atender y cuidar sus enfermedades, pero también a tener mayores probabilidades de padecer riesgos o accidentes laborales. Respecto al análisis de la ocupación desarrollada por las mujeres la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud maneja escasa información acerca de las actividades desarrolladas en el hogar, por lo tanto existe un grado de dificultad para determinar cómo estas actividades influyen en la salud de las mujeres.

No obstante si se analizan las dos posibilidades que la Comisión ofrece respecto a la ocupación se deduce que desempeñar una labor en el hogar se vincula a un factor de riesgo para el acceso al sistema de salud y a una falta de recursos económicos propios. Sin embargo en el presente estudio siete mujeres mayores se dedicaron al hogar en su vida productiva laboral, pero no presentaron limitaciones para acceder al sistema de salud debido a que éste fue proporcionado por su pareja eliminando este factor de riesgo.

Por otra parte en sólo tres casos las mujeres mayores mencionaron que dedicarse al hogar limitó un ahorro en esta etapa de la vida para cubrir sus necesidades de salud, aspecto que no fue mencionado por las mujeres mayores que actualmente reciben una pensión o jubilación, esta situación finalmente repercute en el control y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas como lo manifiesta Salgado y Wong (2007).

Por último se puede afirmar que la ocupación desempeñada por las mujeres mayores influye en el proceso de salud/enfermedad/atención debido a que las siete mujeres mayores que se dedican al hogar, específicamente aquellas que se dedican al cuidado de los hijos y nietos,

presentan menos estrés y ansiedad para el control de su enfermedad, esta situación confirma lo señalado por Sousa y *et al.* (1998) respecto a que la labor realizada por el adulto mayor influye en su estado anímico.

Estado Civil

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009) no profundiza a detalle respecto al estado civil y su influencia las inequidades en la salud, pero en este estudio el estado civil se vincula a las redes de apoyo social que se establecen alrededor de las mujeres mayores para cubrir sus necesidades básicas de acuerdo a lo que mencionan Bronfman (2001) y Aranda y Pando (2009), entre estas necesidades destacan el cuidado y la atención a la salud.

En este tema Durán y *et al.* (2007) indican que la interacción con otros se convierte en un factor protector en el desarrollo de enfermedades debido a que la persona aumenta su capacidad cognitiva, su calidad de vida, su autonomía trayendo como resultado una mayor independencia y auto-concepto del adulto mayor.

Por su parte Guzmán, Huechuan y Montes de Oca (2003) indican que las redes se forman de forma diferente dependiendo del género y estado civil de la persona impactando en los elementos de densidad, cohesión social, entre otros. En esta investigación se registró que cuatro mujeres mayores son casadas, dos son viudas, una divorciada y una soltera. En el caso de las mujeres mayores casadas se detecta que la pareja es un apoyo emocional y para el acceso al sistema de salud para controlar la enfermedad crónico-degenerativa; sin embargo, se determina que el apoyo económico, humano y material que las mujeres mayores reciben proviene principalmente de las hijas o sobrinas ya que son ellas las encargadas de acompañar a la mujer mayor a las consultas mensuales en caso de ser necesario o cuando se presente una urgencia médica.

Un hallazgo relevante en este estudio fue que la mujer mayor soltera cuenta con una red de apoyo social que traspasa el aspecto familiar porque su red incluye a amigos, vecinos, gente que asiste a los diversos comedores comunitarios que ella visita, así como párrocos y familiares cercanos de sus amigos. Este hallazgo confirma lo señalado por Duran y *et al.* (2007) respecto a que los adultos mayores solteros tienden a generar una mayor y mejor integración social.

Finalmente se concluye que el estado civil interviene en el proceso salud/enfermedad/atención debido a la construcción de la red de apoyo social creada alrededor del adulto mayor. Esta red de apoyo contribuye en la atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas y a tener mayores posibilidades de enfrentar los problemas de salud en la etapa de vejez.

Lugar de residencia

A este respecto la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009) indica que se deben examinar las condiciones de vivienda y la exposición de riesgos ambientales, entre otros, para determinar los factores sociales que generarían desigualdades en la salud. A este respecto Hernández-Romieu y *et al.* (2011) menciona que las condiciones de vida, inmersas en el lugar de residencia, influyen en el tratamiento de la enfermedad.

En esta investigación se registró que las cuatro mujeres de la tercera edad que viven en colonia Monte Kristal, del municipio de Juárez, Nuevo León, tienen dificultad para asistir cada mes a la clínica del seguro social para controlar su enfermedad debido a la distancia de esta institución, pero también por el gasto que se genera al emplear cuatro transportes urbanos, a esta situación se suma la dificultad en el acceso y compra de alimentos para controlar la enfermedad por la distancia que existe entre los hogares y las tiendas de auto-servicio. En cuanto a las condiciones de vida la colonia cuenta con los servicios básicos, pero falta drenaje en la casa de dos informantes considerándose un factor de riesgo para la salud.

Por otra parte las cuatro mujeres mayores que viven en la colonia Josefa Ortíz de Domínguez presentan una dificultad en el acceso y compra de alimentos para el control de la enfermedad derivada a la baja calidad de los alimentos y a la falta de variedad de los mismos. Tres informantes mencionan que estas características de los alimentos se atribuyen a la zona geográfica en donde se ubica la tienda de auto-servicio debido a que en otros lugares, esta misma tienda de autoservicio, tiene una mayor calidad de alimentos.

Ambas situaciones, la dificultad para asistir a la clínica del seguro social derivada de la distancia y la baja calidad de los alimentos por la zona geográfica, implica una desigualdad en la salud como lo señala Álvarez (2009) que en este estudio se relaciona a un factor de riesgo para el control y tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. Finalmente la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010) señala la importancia de analizar las necesidades de la población de adultos mayores de acuerdo a sus características urbano-rurales porque influye en los problemas de salud y en el proceso de envejecimiento.

Los factores sociales intermedios

En este apartado se describirán los factores sociales intermedios, del Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, que se seleccionaron para comprender las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad. Las experiencias que se analizan son las circunstancias materiales, los factores de comportamiento y/o biológico y el sistema de salud.

Circunstancias materiales.

De acuerdo al Modelo de los Determinantes sociales de la salud las circunstancias materiales ofrecen tanto recursos como riesgos para la salud (CDSH, 2009). Las circunstancias materiales de las mujeres de la tercera edad se analizarán en este estudio a través de los trayectos vitales y los trayectos laborales.

Trayectos vitales

Respecto al lugar de nacimiento la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009) propone el análisis del curso de vida para examinar las condiciones de vida en las diversas etapas de crecimiento y desarrollo del individuo y que influyen en el desarrollo de enfermedades. En este análisis, se detecta que siete de las mujeres mayores se trasladaron,

junto con su familia al Área Metropolitana de Monterrey cuando eran niñas o jóvenes, buscando una mejor calidad de vida.

El motivo por el que dos informantes dejaron su lugar de origen fue la pobreza. La falta de trabajo en comunidades rurales hizo que los padres de las informantes buscarán oportunidades laborales en el Área Metropolitana de Monterrey, siendo éste un factor que influyó en que dejaran la escuela cuando eran niñas y comenzarán a trabajar de manera informal limpiando casas llevando a una inequidad en el acceso a la salud desde temprana edad (por la falta de una seguridad social y a los factores de riesgos laborales desde temprana edad) como lo señala (Álvarez, 2009).

En el caso de una informante el motivo de su movilidad fue la falta de acceso al servicio de salud especializado para atender su enfermedad crónico-degenerativa debido a que en su lugar de origen no contaban con una clínica de salud con especialidad. Por otra parte cuatro informantes cambiaron su lugar de origen debido a las oportunidades de trabajo que el Área Metropolitana de Monterrey ofrecía a sus esposos.

A manera de conclusión se deduce que existieron factores del contexto socio-económico que influyeron en el cambio de residencia del lugar de origen de las mujeres de la tercera edad, principalmente la pobreza rural y la falta de empleo en el campo, que finalmente repercutieron en otros factores sociales tal es el caso de la escolaridad y el acceso al sistema de salud. Respecto a la relación entre pobreza y escolaridad Salgado y Wong (2007) mencionan que enfrentar mayores carencias económicas influye en el acceso al sistema educativo, especialmente en las mujeres. En esta investigación se detectó que las mujeres mayores que no experimentaron un cambio de residencia en su etapa de niñez (debido a la pobreza rural), o que sus padres contaban con un trabajo en el sector formal, concluyeron sus estudios a nivel técnico. Por otra parte el cambio de residencia, de zona rural a urbana, generó mayores oportunidades para acceder al sistema de salud en las seis mujeres mayores a este respecto los hallazgos coinciden con lo detectado por Álvarez (2009) en relación al área geográfica y su influencia en la atención y cuidado de la enfermedad crónico-degenerativa.

Trayectos laborales.

A este respecto Salgado y Wong (2007) indican una mayor vulnerabilidad en las mujeres por la falta de oportunidades para acceder a trabajos del sector formal, por dedicarse a cuidar a padres o atender el hogar. En este estudio seis de las ocho mujeres mayores entrevistadas no concluyeron sus estudios de educación básica. Las otras dos mujeres concluyeron sus estudios técnicos y tuvieron la oportunidad de ingresar a un trabajo formal. Ambas mujeres trabajaron durante un tiempo, sin embargo una de ellas se casó y a los seis meses dejó el trabajo para dedicarse al hogar. La otra mujer mayor abandonó su trabajo después de aproximadamente diez años para cuidar a sus padres enfermos por un período de treinta años, en este tiempo estableció su propio negocio que atendía de forma irregular.

Por otra parte dos de las seis informantes restantes se dedicaron a limpiar casas durante su niñez, actividad que dejaron al momento de casarse durante su juventud (entre los 15 y 19 años). Actualmente ambas se dedican al hogar, pero una de ellas recolecta artículos

desechables para su venta. Dos mujeres mayores, de las cuatro que quedan, mencionan que durante su niñez no trabajaron, solo contribuían con las labores del hogar, pero comenzaron a trabajar de forma informal después de que se casaron para contribuir con los gastos del hogar. Una de ellas se dedicó a la venta de ropa y zapatos en mercados rodantes. La otra informante comenzó a limpiar casas cuando tenía aproximadamente 30 años hasta hace tres años, cuando tenía 60 años, porque falleció la dueña de la casa, actualmente ella vende tamales los fines de semana. Ambas mujeres mayores no consideran que el trabajo informal desempeñado en su vida productiva fuera más importante que atender a su familia por lo que consideraban la posibilidad de abandonarlo si limitaba sus funciones en el hogar.

A manera de conclusión se infiere que las mujeres mayores indican dedicarse al hogar, sin embargo todas desempeñan actividades del comercio no formal, desde etapas tempranas de la vida, para generar ingresos económicos que contribuyan a los gastos del hogar. Estas actividades se suman a las realizadas en el hogar que coincidió con lo señalado por Enríquez y *et al.* (2009) y Robles y *et al.* (2006) debido a que las labores desempeñadas por las mujeres mayores en el hogar fueron el cuidado de los hijos, nietos u otros miembros de la familia. Finalmente todas las actividades realizadas por las mujeres mayores, labores en el hogar o del comercio informal, influyen en la percepción de la salud y enfermedad como lo indica Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) debido a que ninguna de las informantes mayores presentaba signos y síntomas de enfermedad hasta que fueron diagnosticadas.

Factores de comportamiento y/o biológico

En esta categoría el Modelo de los Determinantes de la Salud incluyen los trayectos de salud y cuidados de la salud individual y familiar (CDSH, 2009).

Trayectos de salud.

Todas las mujeres mayores mencionan que padecieron enfermedades en la etapa de niñez que atendían a través del uso de hierbas curativas proporcionadas por la mamá. Una particularidad detectada es que las mujeres que formaron una familia mencionan que las enfermedades que padecieron mientras cuidaban a sus hijos no eran tan graves. Ante este hecho Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) mencionan que el padecimiento se construye de acuerdo a las necesidades de actividad de una persona, en este caso si las mujeres mayores cuidaban de una familia es posible que los signos y síntomas de las enfermedades se vieran disminuidos por una necesidad de atender a la familia como se señaló con anterioridad.

Por otra parte en la actualidad registros oficiales indican la evolución de la transición epidemiológica caracterizada por el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas en los diversos grupos poblacionales (Gobierno Federal, 2008; Gobierno de Nuevo León, 2014; INEGI, 2013; INEGI, 2014; SEDESOL, 2010). Por su parte Shamah-Levy y otros (2008) mencionan que los problemas más comunes en personas mayores de 60 años son hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus tipo dos, hipercolesterolemia y algunas enfermedades renales. En este estudio todas las mujeres mayores han sido diagnosticadas con una enfermedad crónico-degenerativa (destacando en el diagnóstico la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus) y también tres de ellas han desarrollado una

enfermedad crónico-degenerativa secundaria tal es el caso de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

De esta información se puede concluir la relación existente la percepción del padecimiento y las actividades desempeñadas por las mujeres en las diversas etapas de la vida, pero especialmente al momento de cuidar a los hijos, estos hallazgos están en concordancia con lo que refiere Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) y Basabe (2004). También se detectó la evolución de la transición epidemiológica, principalmente el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas secundarias como lo indican los estudios desarrollados por el Instituto de Geriatria (2010).

Cuidado de la salud familiar e individual.

En primera instancia el sistema de salud público ofrece la atención primaria a la salud para prevenir el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas en la población; sin embargo en caso de haber desarrollado la enfermedad éste brinda consultas mensuales para el control de las enfermedades crónico-degenerativas (Secretaría de Salud, 2009). A este respecto las ocho mujeres de la tercera edad refieren asistir a las consultas mensuales de forma independiente por no considerar necesario el apoyo de familiares, pero tienen la certeza que en caso de una urgencia éstos las apoyarán. En la consulta mensual el doctor prescribe medicamentos para el control de la enfermedad, que es el tratamiento principal, así como recomendaciones de alimentación y actividad física. Los medicamentos son entregados en la farmacia de la clínica. En caso que en este lugar no cuenten con el medicamento las informantes recurren a redes de apoyo, primordialmente la familia, para adquirirlo, ya sea por medio de compra o intercambio. A este aspecto Robles y *et al.* (2009) y Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) señalan la importancia de las redes de apoyo social para el cuidado de la salud.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad crónico-degenerativa a través de la alimentación todas las informantes mencionaron que consiguen con dificultad los alimentos que recomienda el doctor debido a que la distancia a las tiendas de auto-servicio o la baja calidad de los mismos, en asociación con la escases de recursos económicos, hacen que ellas consuman lo que sus familiares, amigos, vecinos, y otras redes de apoyo, les ofrecen y también consumen lo que su ingreso económico les permite comprar. Con este hallazgo se confirma lo encontrado por Shamah-Levy y *et al.* (2008) en relación a la dificultad en la adquisición de alimentos por parte del adulto mayor y también señala que el 40% de los adultos mayores reciben ayuda alimentaria, pero la recibida de los programas de apoyo social no están focalizados para cubrir las necesidades alimentarias de la población mayor, por lo que indica que estos programas deben de garantizar la satisfacción de los requerimientos nutricionales.

Por otra parte Vera (2011) clasifica la auto-atención en la alimentación en tres tipos. La primera es en donde la madre prepara la comida para toda la familia, sobre todo en casos de padecimientos; el segundo otra persona, que no es la madre, prepara los alimentos (como la hija o suegra) y finalmente la tercera se relaciona a la preparación de alimentos por redes parentales o vecinales. En este estudio se detectó que cinco mujeres preparan la comida para toda la familia teniendo un mayor control sobre la alimentación en los padecimientos, en dos casos otra persona es responsable de la alimentación de la mujer mayor y finalmente en un

caso la mujer mayor consume alimentos procedente de redes parenterales o vecinales teniendo un intervención mínimo de los alimentos que influyen en el control de las enfermedades crónico-degenerativas.

En cuanto a la actividad física, recomendado como control de la enfermedad crónico-degenerativa, las mujeres mayores la relacionaron con las actividades de la vida diaria en todas las mujeres de la tercera edad disminuyendo la prioridad para realizar ejercicio, este hallazgo confirma lo estudiado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010) porque indica que con los años la mayoría de las personas de edad avanzada reduce sus niveles de actividad física asociándose con un peor estado de salud auto-percibido. Finalmente el tiempo de descanso es importante para las mujeres mayores, ninguna de ellas menciona que tenga problemas de insomnio o exista alguna situación que les impida conciliar el sueño.

Finalmente se concluye que la principal estrategia de control de la enfermedad por parte de las informantes mayores es el consumo de medicamentos, en cuanto el control de la enfermedad a través de la alimentación se presentan dificultades, pero que contar con una red de apoyo hace que las informantes no generen ansiedad para continuar con su tratamiento médico (adquisición de medicamentos y alimentos). De esta información se deduce que las redes de apoyo son indispensables para el control de la enfermedad en esta etapa de la vida como lo señalan Enríquez y *et al.* (2009), Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) y Robles y *et al.* (2006).

Sistema de salud

De acuerdo a la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (2009) el acceso al sistema de salud incorpora ventajas o riesgos en el cuidado de la salud. De este modelo se analizará la atención institucional.

Atención institucional

El análisis de la atención institucional incluye información respecto al diagnóstico, tratamiento y costo de la enfermedad en relación al trato por parte del personal de salud.

En el tema de la relación con el personal de salud cinco informantes mencionaron que cuando se les diagnosticó su enfermedad crónico-degenerativa el médico general fue amable en su trato, pero que no les explicó en qué consistía su enfermedad. En estos casos el médico general se limitó a dar el diagnóstico de la enfermedad y a prescribir medicamentos que las informantes indican como los adecuados para controlar su enfermedad actual y por lo tanto siguen las indicaciones del personal de salud. Por el contrario tres de las mujeres mayores señalan que el personal de salud no fue amable al ser diagnosticada con la enfermedad y en las visitas mensuales de control por lo que desconfía de los medicamentos proporcionados por el médico general. Una de estas mujeres mayores optó por consultar a un médico del sistema de salud privado para controlar su enfermedad.

En este sentido el trato del personal del sistema de salud influye en el control de la enfermedad como lo señalan Paulino y Thouyaret (2006); estos autores mencionan que la relación médico-

paciente positiva es un elemento de importancia para disminuir la fragmentación en la práctica médica.

En cuanto al costo de la enfermedad las mujeres de la tercera edad mencionan que no se preocupan por adquirirlos porque la farmacia de la clínica a donde asisten los proporciona de manera gratuita, pero en caso de no conseguirlos en ese lugar los adquieren a través de sus redes de apoyo. En este sentido existe una comprensión por parte de las mujeres ante la falta de medicamentos del sistema de salud porque consideran que la clínica atiende a una cantidad importante de pacientes todos los días, además de que el encargado de la farmacia les explica la situación.

Finalmente las informantes mencionan los aspectos que consideran que se deben de mejorar en la atención institucional del sistema de salud público. El primero es evitar la prescripción de medicamentos para el control de una segunda enfermedad crónico-degenerativa sin el diagnóstico de la misma. Esta situación se presentó en dos mujeres de la tercera edad. Ante este escenario las informantes evitan consumir los medicamentos recetados porque consideran que éstos no deberían ser preventivos de las enfermedades crónico-degenerativas secundarias, sino que deberían de ser curativos.

Posteriormente una de las informantes, que prefiere el uso del sistema de salud privado, señala los motivos para evitar la asistencia a la clínica de salud asignada para el control de la enfermedad. El primer motivo fue la falta de información acerca de la enfermedad crónico-degenerativa que padece, el médico solamente proporcionó la receta de medicamentos. El segundo motivo se relaciona al trato del personal de salud durante las consultas mensuales debido a que no la atendían a tiempo y en ocasiones con un tono de voz elevado. El tercero motivo es la ubicación de la institución de salud asignada para el control de la enfermedad, la distancia implicaba un alto costo para la informante. El último motivo es la asociación que el doctor estableció respecto al proceso de enfermedad y al proceso de envejecimiento; a este respecto la informante sugiere que se debe investigar el origen de la enfermedad y no limitarse al factor de envejecimiento como causante de las enfermedades.

La información proporcionada por las mujeres de la tercera edad, respecto a la atención por parte del personal de salud, indica una necesidad de especialistas para la atención de la salud y la enfermedad de los adultos mayores en el sistema de salud público como lo señalan Doubova y *et al.* (2013), Enríquez y *et al.* (2009) y Lee, Gutiérrez y Gutiérrez (2010). Ante esta necesidad es importante mejorar la atención médica en el grupo de los adultos mayores ya que de acuerdo a Shamah-Levy y *et al.* (2008) y Hernández-Romieu y *et al.* (2011) la calidad en la atención médica es importante para el control de las enfermedades crónico-degenerativas.

Caminante no hay camino sino estelas en la mar.

CAPITULO 6

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió conocer las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que viven en pobreza urbana en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León; además de examinar cuáles son los factores sociales que tienen mayor incidencia en este proceso. En este sentido es importante destacar que los casos aquí mostrados no pretenden hacer generalizaciones acerca del desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad; sin embargo a través del análisis del contexto experimentado por estas ocho mujeres de la tercera edad se profundizó a cerca de esta problemática actual que ofrece elementos de evidencia empírica para futuras investigaciones. A continuación se presentan las principales conclusiones de esta investigación.

La experiencia del proceso salud/enfermedad/atención

Las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad se relacionan con una interacción entre factores sociales, económicos, culturales y emocionales construidos desde edades tempranas de la vida. Los principales sentimientos manifestados se asocian a depresión y tristeza por padecer la enfermedad crónico-degenerativa; sin embargo las informantes mencionan que existe la esperanza de mejorar su estado de salud. Las redes sociales construidas alrededor de la mujer mayor es un apoyo económico y emocional que influye en la atención y el cuidado de la salud. Las principales redes sociales de las informantes están constituidas por la familia y los vecinos. Las hijas son las principales cuidadoras de las mujeres de la tercera edad aunque en esta etapa de la vida las mujeres continúan con autonomía para la toma de decisiones acerca de su problema de salud.

Para las mujeres de la tercera edad el proceso de envejecimiento se relaciona a un aspecto emocional influenciado por la cultura, aunque se detectó que el aspecto físico toma relevancia cuando se vive con una enfermedad crónico-degenerativa debido a las limitaciones de la recuperación de la salud. Por lo tanto el proceso de envejecimiento es un factor que influye en el proceso salud/enfermedad/atención, especialmente en el cuidado y la atención de los problemas de salud en la mayoría de los casos estudiados.

Finalmente la pobreza de capacidades experimentada por las mujeres de la tercera edad se percibe como un factor que limita el control de las enfermedades crónico-degenerativas derivado de la falta de acceso a un tratamiento personalizado para el control de la enfermedad.

Es importante destacar que esta condición de pobreza es experimentada desde edades tempranas, esta situación influye en el acceso al sistema de salud y a los ingresos económicos que las mujeres mayores tienen en la actualidad para enfrentar los problemas de salud, este escenario está configurado por el contexto político, económico y social experimentado por las informantes. Ante estos hallazgos es prioritario el análisis de la interacción de los factores multidimensionales inmersos en los contextos de pobreza que intervienen en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres mayores.

La posición socio-económica

Las limitaciones en el ingreso económico, el nivel de educación (predominado por la falta de escolaridad a nivel básico), el estado civil (que en todos los casos influyó en la falta de un trabajo formal en la vida productiva laboral) y el lugar de nacimiento en zonas rurales del Área Metropolitana de Monterrey fueron los principales factores de la posición socioeconómica que jugaron un papel importante en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad que participaron en esta investigación. Estos elementos generaron una exposición diferencial (falta de acceso al sistema de salud desde etapas tempranas de la vida, limitaciones en laborar en un trabajo formal que permitiera el acceso a la seguridad social y a un ingreso propio, entre otros,) a los factores de riesgo (alimentación no equilibrada, falta de actividad física, limitaciones en el acceso al sistema de salud) que finalmente comprometieron su estado de salud.

Los factores sociales intermedios

Las circunstancias materiales, principalmente la pobreza de capacidades que las mujeres de la tercera edad experimentan, origina limitantes en el acceso a tratamientos especializados, tal es el caso de estudios de química sanguínea especializados, para controlar sus enfermedades crónico-degenerativas. La principal estrategia recomendada para el control de éstas enfermedades, por parte del sistema de salud público, es el consumo de medicamentos y en menor el consumir un plan de alimentación equilibrado y una actividad física. En este sentido la pobreza de capacidades experimentada por las informantes limita el seguimiento del plan de alimentación recomendado debido a la falta de acceso a alimentos de calidad derivado a un ingreso económico limitado y a la falta de distribución de alimentos de calidad por residir en una zona de pobreza urbana. Ante esta situación se genera un menor control de las enfermedades crónico-degenerativas en la etapa de vejez que genera estrés y ansiedad al adulto mayor y gastos económicos a familiares del adulto mayor y al sistema de salud.

Existieron factores del comportamiento y/o biológicos que promovieron el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, tal es el caso del estrés emocional por las condiciones de vida y la sobre carga de trabajo desde etapas tempranas de la vida experimentadas por las mujeres mayores de este estudio. La principal preocupación de las mujeres mayores fue el

cuidado y atención de los hijos que disminuía la percepción de enfermedad, pero que exacerba el estrés en las informantes. Por otra parte el apoyo de las redes sociales genera una estabilidad emocional para continuar el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. Estas condiciones llevan a la reflexión acerca de la importancia de analizar los factores psicosociales inmersos en el proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres mayores para examinar el fenómeno de la salud desde una perspectiva integral y contribuir con el conocimiento de la salud y enfermedad en etapa de vejez.

Finalmente la atención institucional del sistema de salud público y privado sigue siendo un elemento de soporte en el cuidado y atención de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres de la tercera edad, principalmente a través de las recomendaciones del uso de medicamentos, dieta equilibrada y actividad física; sin embargo la fragmentación en la atención médica (escasa información acerca del padecimiento y diagnósticos no precisos en las mujeres de la tercera edad), la falta de medicamentos por parte de la institución del sistema de salud, que es considerado el principal tratamiento de control limitando la importancia a una alimentación equilibrada y actividad física por considerar que son factores de riesgo de comportamiento y dependen exclusivamente del paciente, el trato del personal de esta institución influyen en el control y atención de las enfermedades crónico-degenerativas de las mujeres debido a los conocimientos que comparten con las mujeres de la tercera edad que participaron en este estudio.

A manera de conclusión en este estudio se confirma que las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativa son experimentadas con sentimientos de tristeza y ansiedad por las ocho mujeres de la tercera edad; sin embargo estos sentimientos están influenciados por las carencias (económicas, materiales y de recursos) y la falta de conocimiento para el control de la enfermedad crónico-degenerativa. En este sentido la posición socio-económica, el nivel de educación, el estado civil y el lugar de nacimiento, son los factores sociales que juegan un papel importante para la construcción del proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres que participaron en esta investigación.

Recomendaciones para investigaciones futuras

Continuar impulsando investigaciones que analicen la salud como un fenómeno social, empleando diversos modelos y métodos de investigación, con la finalidad de profundizar en los elementos del contexto económico, político, cultural y social que influyen en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas durante la etapa de vejez para evitar las desigualdades en la salud y desigualdades sociales.

Extender y promover investigaciones que examinen la percepción del individuo que experimenta enfermedad con la finalidad de identificar y comprender la influencia de los

factores de riesgo multidimensionales en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas.

Analizar el proceso salud/enfermedad/atención de enfermedades crónico-degenerativas en los adultos mayores explorando con mayor profundidad el papel de la familia en el cuidado y atención de la salud del adulto mayor con la propósito de conocer los factores sociales asociados al desarrollo y control de estas enfermedades.

Mantener y seguir insistiendo en programas de atención al adulto mayor, principalmente los dirigidos al apoyo de las necesidades básicas de alimentación y salud, con el objetivo de identificar si éstos toman en cuenta las características biológicas y del estado de salud de los usuarios, especialmente aquellos que presentan una enfermedad crónico-degenerativa, para conservar la calidad de vida en la etapa de vejez.

Desarrollar investigaciones que analicen el papel del Estado y de los medios de comunicación en las estrategias de control de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente en la alimentación y la actividad física, de los adultos mayores con la finalidad de contribuir conocimientos a las políticas públicas y sociales.

*Proverbios y cantares
(Campos de Castilla) XXXIX
de Antonio Machado*

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, L. S (2009). *Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo*. Revista Gerencia Política Salud, Bogotá (Colombia): 8 (17), junio-diciembre de 2009.
- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamento y metodología*. México: Ed. Paidós Mexicana, S. A.
- Aranda, B. y M. Pando (2009). *Redes sociales de apoyo y salud mental en el adulto mayor y en la jubilación: su evaluación*. En: Gómez, Z. (Coord.) *El adulto mayor. Mirada desde la salud pública*. México: Ed. Universidad de Guadalajara
- Arcos, P. y J. F. González (2009). *Determinantes de la longevidad humana* En: González, J.F., P. Arcos y L. García *Geriatría*. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana editores, S.A de C.V.
- Basabe, N. (2004). *Salud, factores psicosociales y cultura*. En: Páez, D. y otros. (Eds.) *Psicología social, cultura y educación*. España: Ed. Pearson Educación, S.A.
- Bortoni, M. (2014). *Relación entre enfermedad y emoción*. [en línea]. http://www.nutricionavanzada.com.mx/emocional_relacion.php (Página consultada el 13 de junio de 2014).
- Beller, W. (2012). *Teorías en tensión. Sujeto y subjetividad*. Reencuentro, num. 65, diciembre, 2012, pp. 30-37. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Distrito Federal México.
- Bronfman, M. (2001). *Cómo se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. México, Lugar Editorial, S.A de C.V.
- Buchanan, L. (2012). *No quiero que me curen, quiero que me entiendan*?. Cuidados paliativos y determinantes sociales de la Salud. Margen No. 67-diciembre, 2012.
- Burke R. (1999). *Examining the Validity Structure of qualitative Research*. In Milinki, Andrea K., *Cases in Qualitative Research*. Los Angeles, Pycszak Publishing

- Campos, R. (2002) *Salud y calidad de vida en las personas mayores* [en línea]. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587> (Página consultada el 1 de agosto de 2013).
- Cartwright, D. (2007). Naturaleza de la cohesión de grupo. En: Cartwright, D. y A. Zander (Eds.) *Dinámica de grupos. Investigación y teoría*. México: Ed. Trillas.
- Castro, R. (2000). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México: Ed. UNAM.
- CEPAL (2000). The phenomenon of ageing and the situation of older persons in the Caribbean [en línea]. <http://www.cepal.org> (Página consultada el 18 de agosto de 2013).
- _____ (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*, [en línea]. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/33075/lcl2864-P.pdf> (Página consultada el 15 de octubre de 2011).
- _____ (2009). *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores socio demográficos para América latina y el Caribe*, [en línea]. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/35915/L2987.pdf> (Página consultada el 28 de noviembre de 2012).
- _____ (2010). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Chile: Ed. CEPAL
- Commission on Social Determinants of health (2007). A conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. Ginebra: Ed. OMS
- CONEVAL (2010). *Día del Adulto Mayor. 28 de Agosto*. México: Ed. CONEVAL.
- Cortes, F., I. Banegas y P. Solís (2007). *Pobres con oportunidades: México 2002-2005*. Estudios Sociológicos, Vol. XXV, No.73, pp. 3-40.
- DeHoog, S. (1998). Evaluación inicial del estado nutricional En: Mahan, L.K. y S. Escott-Stump. *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. México: Ed. Mc Graw Interamericana S.A de C.V.
- Durán y otros (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Colombia: Ed. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
- Duverger, M. (1996). “Métodos de las ciencias sociales”. España: Ed. Ariel, S. A.
- Enríquez, R. (2011). Subjetividades, emociones sociales y exclusión social urbana en Adultos Mayores en la zona metropolitana de Guadalajara En: Patiño, M., D. Martínez y E.

- Valencia (Coord.) *La necesaria reconfiguración de la Política Social de México*. México: Ed. Universidad de Guadalajara.
- Enríquez, R. y otros (2009). Género, envejecimiento, redes de apoyo social y vulnerabilidad en México En: Gendreau, M. (Coord.) *Los rostros de la pobreza. El debate. Tomo IV*. México: Ed. Universidad Iberoamericana Puebla.
- Flores D., L. Treviño y J. Valero (2008). Pobreza Extrema en Nuevo León. En: Consejo de Desarrollo Social de Nuevo León. *Desarrollo social en Nuevo León: Reflexiones en torno a la pobreza, la desigualdad, migración, bienestar, consumo y grupos vulnerables*. Nuevo León, México: Ed. Consejo de Desarrollo Social de Nuevo León.
- Gobierno de Nuevo León. *Índex*, [en línea]. http://www.nl.gob.mx/?P=nl_municipios (Página consultada el 3 de marzo, 2014).
- Gobierno Federal (2008). *Género y salud en Cifras*. Vol. 6 No. 2, mayo-agosto 2008.
- Gobierno Federal (2010). Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. Evidencias y recomendaciones. Catalogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS-558-12, [en línea]. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html (Página consultada el 15 de abril de 2012).
- González, J. F. y L. García (2009). Demografía del envejecimiento En: González, J.F., P. Arcos y L. García. *Geriatría*. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana editores, S.A de C.V.
- González, C. y R. Ham-Chande (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento 4 de 2007.
- Gutiérrez, R., L. Ruíz y C. Velázquez (2008). Nutrición del anciano En: Casanueva, E., M. Kaufer-Horwitz, A. B. Pérez-Lizaur. Y P. Arroyo. *Nutriología Médica*. México: Ed. Médica Panamericana.
- Guzmán, J. M, S. Huenchuan y V. Montes de Oca (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Chile.
- Ham-Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Ed. El Colegio de México, A. C.
- Hernández-Romieu, A. y otros (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*. 55(1).34-39.

- Holloway, (2012). *Dying old in the 21st century. A neglected issue for social work*. UK: Ed. SAGE.
- Huenchuan, S y L. Rodríguez-Piñero (2011). *Ageing and the protection of human rights: current situation and outlook*. Chile: Ed. CEPAL.
- INAPAM. *Nuevo León*, [en línea]. http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Nuevo_Leon. (Página consultada el 10 de marzo, 2013).
- Informe sobre el Desarrollo Humano (2011). *Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos*. E.U: Publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- INEGI (2012). *Anuario estadístico Nuevo León*. México: Ed. INEGI.
- _____ (2013). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Ed. INEGI.
- _____ (2014). *Índex*, [en línea]. <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2> (Página consultada el 8 de febrero, 2014).
- Instituto de Geriátría. (2010). Grupo de trabajo: Manejo de enfermedades crónicas y sus complicaciones En: *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontecnología en México*. México. Ed. Gobierno Federal.
- _____ (2012). *Teorías del Envejecimiento*. México: Ed. Instituto de Geriátría.
- Kane, R. L., J. G. Ouslander y I. B Abrass (2001). El paciente geriátrico: demografía y epidemiología En: Kane, R. L. *Geriatria Clínica*. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, S. A de C. V.
- Kaufers-Horwitz M. y M. Gárnica-Correa (2008). La nutrición en México: pasado, presente y perspectiva En: Casanueva, E., M. y otros. *Nutriología Médica*. México: Ed. Médica Panamericana.
- Laperrière (1993). La observación directa. En: Benóit G. *Recherche sociale, Sainte-Foy, Press de l'Universite du Québec*, pp. 251-272.
- Lee, G., L. Gutiérrez y J. H. Gutiérrez (2010). *Políticas de salud para los adultos mayores: retos y prioridades*, [en línea]. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/35.pdf> (Página consultada el 18 de octubre de 2011).

- López, R. (1998). Los recursos económicos de unidades domesticas urbanas pobres en Monterrey N.L., México: acciones de los pobres frente a crisis económicas recurrentes. En *Estrategias de sobrevivencia de familias pobres en la región fronteriza de México y Estados Unidos*. México: UANL y The University of Texas at Austin.
- López, R. y J. Deslauriers (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social. *Margen* no. 61- junio de 2011.
- López, O., J. Escudero y L. Carmona (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud ALAMES en Medicina Social. Vol. 3, número 4, noviembre 2008.
- Lozano, A. (2000). *Introducción a la geriatría*. México: Ed. Méndez Editores, S. A de C. V.
- Menéndez, E. (1992). Modelo Hegemónico, Modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos, R. *La antropología médica en México*. México: Ed. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Moreno, A. y J. Urbina (2008). *Impactos sociales del Cambio Climático en México*. México: Ed. Instituto Nacional de Ecología y Programa de las Naciones Unidas y Desarrollo.
- Murray R. y otros (2013). *Bioquímica de Harper*. EU: Ed. Mc Graw Hill.
- Onofre, D. (2011). Entendiendo el significado de la experiencia vivida de los adolescentes con síndrome metabólico, un estudio en el Área metropolitana de Monterrey. México: UANL (tesis) 134 páginas.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Determinantes sociales de la salud*, [en línea]. <http://www.who.int>. (Página consultada el 22 de septiembre de 2011).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997). *Problemas y programas del adulto mayor*. EU: Ed. OPS.
- Pasarín, L. (2011). Proceso salud-enfermedad-atención de niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de de Arturo Seguí, provincia de Buenos Aires. Buenos Aires, Ed. Universidad Nacional de Lanús.
- Paulino y Thouyaret (2006). Abordajes de los procesos de salud-enfermedad-atención: una reflexión desde las ciencias sociales. GU-4 (50-51). Buenos Aires.
- Ramírez, P. y A. Ziccardi (2008). Pobreza Urbana, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI. México: Ed. UNAM.

- Robles, L. y otros (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: COLEF.
- Rubio, G. y F. Garfias (2010). *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*. Chile: Ed. CEPAL.
- Sacchi, M., M. Hausberger, M. y A. Pereyra (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva, Buenos Aires*, 3 (3): 271-283, Septiembre-Diciembre, 2007.
- Salgado, A (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Salgado, N. y R. Wong (2007). *Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez*. *Salud Pública de México*. Volumen 49, suplemento 4 de 2007.
- Schachter, S. y otros (2007). Un estudio experimental de la cohesión y la productividad. En: Cartwright, D. y A. Zander (Eds.) *Dinámica de grupos. Investigación y teoría*. México: Ed. Trillas.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2002). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. México: Ed. SEDESOL.
- _____. (2010). *Salud. Programa Sectorial. Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015*. Nuevo, León SEDESOL.
- Secretaría de Salud (2009). *Unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de Salud. Evaluación 2008*. México: Ed. Secretaría de Salud.
- Shamah-Levy y otros (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*. Vol. 50, no. 5, septiembre-octubre de 2008.
- Sousa, B. y otros (1998). Estado anímico del adulto mayor según el lugar donde realiza sus actividades. *Revista Cubana de Enfermería*. 14(3):161-173.
- Stuart-Hamilton (2002). *Psicología del envejecimiento*. España: Ed. Morata.
- Taylor y Bogdan (1984). *Introducción a los métodos cualitativos*. México: Ed. Paidós.
- Tomasini, M. (2011). Perspectiva del actor y perspectiva del investigador: un análisis a partir de una investigación sobre violencia entre jóvenes en escuelas medias. En: *Coloquios de*

investigación cualitativa. Subjetividades y procesos sociales. Coord. Rodigou, M., Paulín, H., Universidad Nacional de Córdoba, 2011

- Tuirán, R. (2000). *Desafíos del envejecimiento demográfico en México.* México: Ed. CNDH.
- Vásquez, A. (2012). Sartre: Teoría fenomenológica de las emociones, existencialismo y conciencia posicional del mundo. *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 36 (2012.4)
- Vela, F (2001). Los procedimientos básicos de recolección como técnica y método En: Tarres (Coord). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social.* México: Ed. FLACSO.
- Vera (2011). Alimentación en la adversidad: entender los comportamientos alimentarios desde una perspectiva socioeducativa. *Margen no. 60-* marzo de 2011.
- Villezca, P e I. Martínez (2008). Familias y tipos de hogar en Nuevo León. ciclo de vida, incidencia de la pobreza, enfoque de género. En: Consejo de Desarrollo Social de Nuevo León. *Desarrollo social en Nuevo León: Reflexiones en torno a la pobreza, la desigualdad, migración, bienestar, consumo y grupos vulnerables.* Nuevo León, México: Ed. Consejo de Desarrollo Social de Nuevo León.
- World Health Organization (2006): Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia/Report of a who/IDF consultation. Switzerland, Ed. WHO.

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de entrevista

En esta guía se incluyen grandes categorías que deberán cubrirse durante el proceso de entrevista. Las preguntas incluidas se presentan con la finalidad de ilustrar el posible contenido de cada categoría; no obstante, el carácter flexible de esta técnica permite cambiar su orden y al mismo tiempo, incluir nuevas preguntas que no fueron previstas originalmente.

1.- ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

¿Cuántos años tiene?

¿Hasta qué año estudio?

¿A qué se dedica?

¿Cuánto dinero gana al mes?

¿Cuál es su estado civil?

¿Practica una religión?

¿En dónde nació?

¿En donde vive actualmente?

2.- TRAYECTOS VITALES

¿Cuánto tiempo vivió en el lugar en donde nació?

¿Cuántas personas vivían en esa casa?

¿Contaban con los servicios básicos?

¿Cómo es su casa actualmente?

¿Cuenta con los servicios básicos?

¿Con quién vive?

¿Hasta qué año estudio? ¿Por qué?

3.- TRAYECTOS LABORALES

¿Desde cuándo trabaja?

¿En qué trabajaba?

¿Cuántos trabajos ha realizado desde que empezó a trabajar?

¿Cuáles eran los tipos de trabajos?

4.- PERCEPCIÓN DE LA SALUD

¿Cómo se ha sentido de ánimo en los últimos días?

¿Qué significa enfermarse?

¿Qué significa estar sano?

¿Cómo considera su enfermedad?

¿Qué le preocupa cuando está enfermo?

¿Qué situaciones lo hacen sentir enfermo?

¿Sabe que significa su enfermedad?

¿Qué experimentó cuando le diagnosticaron su enfermedad?

¿Pasaba un momento estresante en su vida cuando le diagnosticaron la enfermedad?

¿Cómo le ha llegado a afectar su enfermedad en su vida familiar?

¿Cómo le ha llegado a afectar su enfermedad en su vida laboral?

¿Cómo le ha llegado a afectar su enfermedad en lo económico?

¿Considera que tiene carencias económicas o materiales?

¿Qué necesitaría para mantenerse estable?

¿Cómo la atiende el especialista en salud?

¿Considera que le dieron información clara de cómo seguir el tratamiento médico?

¿Qué experimenta cada vez que va a consultar?

¿Qué significa envejecer?

¿Qué significa envejecer con carencias? (en caso de que se identifique así)

¿Cómo ha cambiado el significado de enfermarse a través de los años?

5.- TRAYECTOS DE SALUD

¿Cómo fue su salud durante la niñez?

¿A donde acudía cuando se enfermaba durante la niñez?

¿Cómo era su alimentación durante su niñez?

¿Tenía seguro médico cuando trabajaba?

¿A donde acudía cuando se enfermaba durante el trabajo?

6.- CUIDADO DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

¿Quién lo acompaña a las consultas médicas?

¿Quién lo cuida en esta enfermedad?

¿Quién prepara sus alimentos?

¿Qué alimentos acostumbra comer?

¿Para quién se preparan los alimentos en su casa?

¿Ha cambiado su alimentación por su enfermedad?

¿En donde compra sus alimentos?

¿De su ingreso económico cuanto destina a la compra de alimentos?

¿Ha notado algún cambio en su alimentación por el medicamento?

¿Continúa con la toma de medicamento?

¿Hace ejercicio o practica alguna actividad recreativa?

¿Cuántas horas duerme?

¿Cuántas horas al día descansa?

7.- ATENCIÓN INSTITUCIONAL

¿En qué año le diagnosticaron su enfermedad?

¿Quién le diagnostico la enfermedad?

¿En donde le hicieron ese diagnostico?

¿Qué tratamiento sigue para tratar la enfermedad?

¿Sigue este tratamiento?

¿Cuánto cuesta ese tratamiento?

¿Quién paga?

¿Se auto-medica para tratar su enfermedad?

¿Existen dificultades en el acceso a esta atención médica? (Físicas o de transporte)

¿Ha buscado tener tratamientos alternos para tratar su enfermedad?

¿Ha estado hospitalizado?

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Ingreso, educación, ocupación, edad, estado civil, religión, lugar de nacimiento, lugar de residencia

TRAYECTOS VITALES

Itinerarios de vida, condiciones de vida, Educación

TRAYECTOS LABORALES

Histórico del empleo, condiciones de trabajo

PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Estado de ánimo, significado de enfermedad, Significado de salud, situaciones de enfermedad, enfermedad y familia, enfermedad y trabajo, significado de envejecer, significado de pobreza.

TRAYECTOS DE SALUD

Histórico de la salud

CUIDADO DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Alimentación, ejercicio y descanso

ATENCIÓN INSTITUCIONAL

Diagnóstico, tratamientos y hospitalización, costos

ANEXO 2

Sistema de categorización y codificación

Siete grandes temáticas fueron incluidas en éste sistema: aspectos socioeconómicos, trayectos vitales, trayectos laborales, trayectos de salud, cuidado de la salud, alimentación, ejercicio y descanso, percepción de la salud.

MODELO			
DETERMINANTES SOCIALES	CATEGORIAS	DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
Posición socioeconómica	1. aspectos socioeconómicos	Información respecto a los elementos que integran la posición socioeconómica	1.1 Ingreso
			1.2 Educación
			1.3 Ocupación
			1.4 Edad
			1.5 Estado civil
			1.6 Religión
			1.7 lugar de nacimiento
			1.8 lugar de residencia
Circunstancias materiales	2. trayectos vitales	Información respecto al itinerario y condiciones de vida	2.1 Itinerarios de vida
			2.2 Condiciones de vida
			2.3 Educación
3. trayectos laborales	3. trayectos laborales	Información respecto al histórico del empleo y condiciones de trabajo	3.1 Histórico del empleo
			3.2 Condiciones de trabajo
4. trayectos de salud	4. trayectos de salud	Información respecto al cuidado de la salud, alimentación, ejercicio y descanso, percepción de la salud	4.1 Estado de ánimo
			4.2 Significado de enfermedad
			4.3 Significado de salud

Circunstancias psicosociales	4. percepción de la salud	Información respecto a las percepciones y sentimientos experimentados en el proceso salud/ enfermedad/atención	4.4 Situaciones de enfermedad
			4.5 Enfermedad y familia 4.6 Enfermedad y trabajo 4.7 Significado de envejecer 4.8 Significado de pobreza
Factores de comportamiento y/o biológicos	5. trayectos de salud	Información respecto al histórico de la salud	5.1 Histórico de la salud
			6.1 Alimentación 6.2 Ejercicio y 6.3 Descanso
Sistema de salud	6. Cuidados de salud Individual y Familiar	Cuidados de salud individual y familiar	7.1 Diagnóstico 7.2 Tratamientos y hospitalización 7.3 Costos
			7. Atención Institucional

ANEXO 3

Carta de consentimiento informado y voluntario

Monterrey, Nuevo León a _____ de _____ de _____

No. de participante: _____

Por medio de la presente me permito comentar que actualmente estoy realizando un proyecto de investigación titulado: “Proceso Salud/Enfermedad/Atención, adultos mayores y pobreza. Un estudio cualitativo desde el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud en el área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León”. Para llevar a cabo este proyecto es preciso realizar algunas entrevistas, por lo cual me gustaría contar con su participación.

En caso de que desee participar en esta entrevista es necesaria su autorización por escrito. Cabe destacar que la información que nos proporcione será confidencial y no será contada a nadie. En caso de tener alguna duda a lo largo de proyecto esta se responderá en su momento.

¿Acepta participar?: _____

Firma de consentimiento: _____

Est. Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social

Lic. Nut. Bárbara Lizeth Cuevas Muñiz

Posgrado de la Facultad de Trabajo social

Universidad Autónoma de Nuevo León

ANEXO 4

Mujeres de la tercera edad y posición socio-económica

APELLIDO	EDAD	EDUCACION	OCUPACION	INGRESO MENSUAL	ESTADO CIVIL	RELIGION	LUGAR DE NACIMIENTO	LUGAR DE RESIDENCIA
Ramírez	69 años	Preparatoria Técnica	Hogar	\$2,000.00	Soltera	Católica	Monterrey, Nuevo León	Josefa Ortiz Domínguez
González	71 años	N/E	Hogar	Vive al día	Divorciada	Católica	San Luis de la Paz, Guanajuato	Josefa Ortiz Domínguez
Ruiz	66 años	Preparatoria Técnica	Hogar	\$3,000.00	Viuda	Católica	Santiago, Nuevo León	Josefa Ortiz Domínguez
Estrada	75 años	N/E	Hogar	\$2,500.00	Casada	Católica	Harlingen, Texas	Josefa Ortiz Domínguez
Rosales	63 años	N/E	Hogar	\$1,800.00	Casada	Católica	Dr. Arroyo, Nuevo León	Monte Kristal
Zúñiga	61 años	N/E	Hogar	Vive al día	Casada	Cristiana	Iturbide, Nuevo León	Monte Kristal
Noriega	69 años	N/E	Hogar	\$1,800.00	Casada	Cristiana	Dr. Arroyo, Nuevo León	Monte Kristal
Hernández	71 años	N/E	Hogar	Vive al día	Viuda	Católica	San Fernando, Coahuila	Monte Kristal

ANEXO 6

Figura 2 Ubicación geográfica de Monterrey, Nuevo León.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2014).

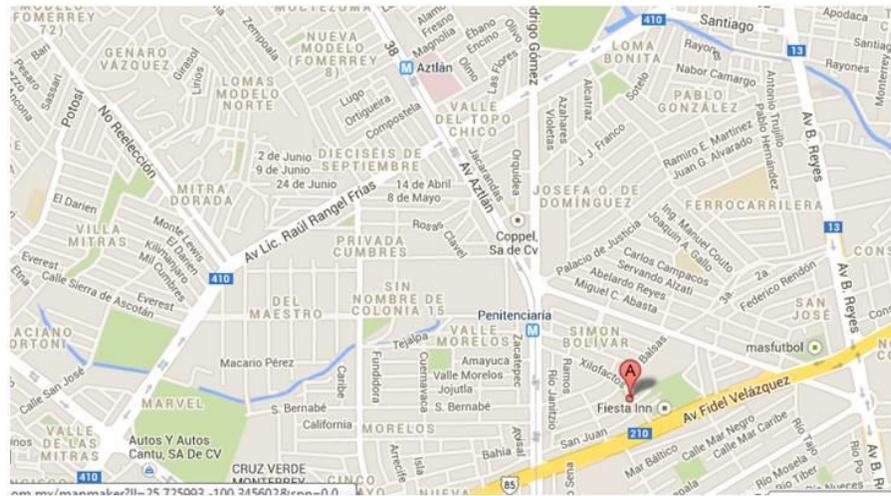
ANEXO 7

Figura 3 Ubicación geográfica de Juárez, Nuevo León.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2014).

ANEXO 8

Figura 4 Ubicación geográfica de la colonia Josefa Ortiz de Domínguez en Monterrey, Nuevo León.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2014).

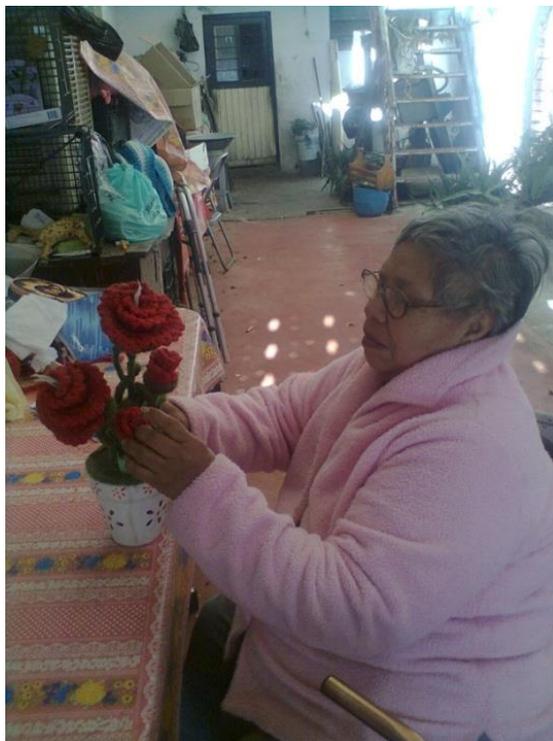
ANEXO 9

Fotografía 1 Casa en colonia Josefa Ortiz de Domínguez en Monterrey, Nuevo León.

Fuente: Fotografía tomada por investigador en mayo de 2013.

ANEXO 10

Fotografía 2 Actividades en el comedor comunitario en Monterrey, Nuevo León.



Fuente: Fotografía tomada por investigador en mayo de 2013.

ANEXO 12

Fotografía 3 Calle de acceso a colonia Monte Kristal en Juárez, Nuevo León.

Fuente: Fotografía tomada por investigador en noviembre de 2013

ANEXO 13

Fotografía 4 Informante de la colonia Monte Kristal en Juárez, Nuevo León.

Fuente: Fotografía tomada por investigador en noviembre de 2013