

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN
PROFESIONALIZANTE**



Título

El proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor de la colonia Jesús Manuel Cámez Valdés (Culiacán, Sinaloa)

TESIS

Como requisito para obtener el grado de Maestro en Enfermería

PRESENTA:

L.E. Gerardo Pérez Hernández

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Omar Mancera González

CODIRECTORES DE TESIS:

Dr. Jesús Roberto Garay Núñez

Dra. Hermilia Páez Gámez

Culiacán Rosales, Sinaloa, Noviembre de 2024.



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial
Compartir Igual, 4.0 Internacional



DEDICATORIAS

Este trabajo está dedicado a mis padres, quienes con su amor incondicional y sacrificio han sido mi mayor fuente de inspiración y apoyo a lo largo de mi vida académica.

A mis amigos y seres queridos, por su ánimo y palabras de aliento que siempre me impulsaron a seguir adelante. A mis profesores y mentores, por su invaluable guía y conocimientos compartidos, los cuales han enriquecido mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por otorgarme la beca que ha sido fundamental para la realización de mis estudios de maestría.

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo de investigación. A la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa por darme la oportunidad de prepararme académicamente.

En primer lugar, agradezco profundamente a mi director de tesis, Dr. Omar Mancera González, por su orientación experta, paciencia y constante apoyo a lo largo de este proceso. Sus consejos y comentarios fueron fundamentales para dar forma y mejorar este trabajo.

Agradezco también Dra. Beatriz García Solano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Benemérita Autónoma de Puebla, por conceder la vinculación para mi pasantía, esto ayudó en mi desarrollo científico, profesional y personal durante la estancia académica.

RESUMEN

Introducción: El cambio en la pirámide poblacional en los últimos años ha generado un aumento en la población adulta mayor, en donde la dinámica demográfica ha cambiado en las últimas tres décadas del siglo XX, lo que se atribuye principalmente al marcado descenso en las tasas de fecundidad, resultando en una alteración estructural en las edades de la población. **Objetivo:** Describir el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor de la colonia Jesús Manuel Cámez Valdés (Culiacán, Sinaloa). **Metodología:** Se abordó desde el enfoque cualitativo, diseño fenomenológico, método entrevista a profundidad apoyada con una guía semiestructurada realizada a siete adultos mayores mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia hasta la saturación teórica. El análisis de los datos se realizó a través del análisis de contenido tipo temático propuesto por Souza Minayo, sustentando los criterios éticos y de rigor científico. **Resultados:** Emergieron 2 categorías centrales: 1. Naturaleza de las transiciones en el automanejo de enfermedades crónicas y 2. Determinantes sociales de la salud. Cada una de estas categorías se desglosaron en subcategorías específicas como son patrones de respuesta a las condiciones crónicas, experiencias en la atención recibida por profesionales de salud en instituciones y percepción de riesgo por edad. Así como redes sociales, comunitarias, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. **Conclusión:** Se identificó que la mayoría de los adultos mayores de la colonia estudiada, presentan condiciones crónicas de salud, como diabetes e hipertensión, que requieren de atención constante. Sin embargo, la accesibilidad limitada a los servicios médicos hace que muchos recurran a prácticas de autocuidado que, en ocasiones, resultan insuficientes debido a la práctica de los conocimientos básicos de su patología presente.

Palabras clave: Adulto mayor, proceso salud enfermedad, atención.

ABSTRACT

Introduction: The change in the population pyramid in recent years has generated an increase in the older adult population, where the demographic dynamics have changed in the last three decades of the 20th century, which is mainly attributed to the marked decrease in fertility rates, resulting in a structural alteration in the ages of the population.

Objective: To describe the health-illness-care process in the older adult population of the Jesús Manuel Cámez Valdés neighborhood (Culiacán, Sinaloa).

Methodology: It was approached from the qualitative approach, phenomenological design, in-depth interview method supported by a semi-structured guide carried out with seven older adults by means of a non-probabilistic sampling by convenience until theoretical saturation. The data analysis was carried out through the thematic content analysis proposed by Souza Minayo, based on ethical criteria and scientific rigor.

Results: Two central categories emerged: 1. Nature of the transitions in the self-management of chronic diseases and 2. Each of these categories was broken down into specific subcategories such as patterns of response to chronic conditions, experiences in the care received by health professionals in institutions and risk perception by age. As well as social and community networks, socioeconomic, cultural and environmental conditions. **Conclusion:** It was identified that most of the older adults in the colonia studied have chronic health conditions, such as diabetes and hypertension, which require constant attention. However, the limited accessibility to medical services makes many of them resort to self-care practices that, at times, are insufficient due to the practice of basic knowledge of their present pathology.

Key words: Elderly, Health-disease process, Care, Health care.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1.....	6
1.Planteamiento del Problema.....	6
1.1 Justificación.....	7
1.2 Objetivos.....	8
1.3 Estado del Arte.....	9
CAPITULO 2.....	13
2. Marco teórico.....	13
2.1 Marco conceptual.....	14
CAPITULO 3.....	17
3. Metodología.....	17
3.1. Enfoque.....	17
3.2 Método.....	18
3.3 Contexto.....	19
3.4 Temporalización.....	21
3.5 Participantes:	22
3.5.1 Características de los sujetos de estudio.....	22
3.6 Selección de participantes.....	22
3.7 Técnicas e instrumento de Recolección de la Información.....	22
3.8 Análisis de los Datos.....	23
3.9 Rigor Metodológico.....	23
3.10 Consideraciones Éticas.....	24
CAPITULO 4.....	26
4. Resultados.....	26
4.1. Categoría 1: Naturaleza de las transiciones en el automanejo de enfermedades crónicas.....	27
4.1.1. Subcategoría 1.1 Patrones de respuesta a las condiciones crónicas.....	28
4.1.2. Subcategoría 1.2 Experiencias en la atención recibida por profesionales de salud en instituciones.....	29

4.1.3 Subcategoría 1.3 Percepciones de riesgo por edad.....	31
4.2 Categoría 2: Determinantes sociales de la salud.....	32
4.2.1 Subcategoría 2.1 Redes sociales y comunitarias.....	33
4.2.2 Subcategoría 2.2 Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.....	35
CAPITULO 5.....	37
5.1. Discusión epistemológica.....	37
Conclusiones.....	42
Recomendaciones.....	46

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS:

1. Cronograma de actividades
2. Instrumento
3. Consentimiento Informado
4. Esquema de aportaciones teóricas

INTRODUCCIÓN

El cambio en la estructura demográfica en las últimas décadas del siglo XX, caracterizado por una disminución significativa en las tasas de fecundidad, ha llevado a un incremento en la población adulta mayor, lo que ha modificado la distribución por edades de la poblacional (Fernández et al., 2014).

De acuerdo con la CEPAL (2022), se proyecta que en el año 2050 los adultos mayores representarán el 25.1% de la población total en América Latina y el Caribe. En el caso de México, actualmente presenta un envejecimiento moderado, se estima que para ese mismo año la población de adultos mayores alcanzará el 26.8% del total.

La investigación del proceso salud-enfermedad-atención en este grupo poblacional adquiere cada vez más relevancia debido a su influencia en la calidad de vida y bienestar de los adultos mayores. Diversas disciplinas han abordado este tema desde enfoques multidisciplinarios, analizando los factores que inciden en la salud y el cuidado de esta población, incluyendo aspectos biológicos, socioeconómicos y culturales. Este análisis considera las enfermedades crónicas, los determinantes sociales de la salud, los modelos de atención, y las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores.

El proceso salud/enfermedad/atención se considera como una construcción individual en la que cada persona tiene su propio padecimiento y determina el tipo de ayuda necesaria para tratar la enfermedad (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007). Este proceso es multidimensional y requiere un análisis que contemple dicha multidimensionalidad. Sin embargo, hoy en día, una gran cantidad de recursos sigue destinándose a investigaciones con enfoques biomédicos, cuyo objetivo es curar la enfermedad controlando los factores biológicos que la causan, en lugar de analizar los factores sociales que intervienen en su desarrollo (Álvarez, 2009).

Enríquez (2011) sostiene que analizar el proceso salud/enfermedad/atención desde la perspectiva subjetiva del envejecimiento permitirá una comprensión más auténtica de este grupo poblacional y contribuirá a evitar la fragmentación en la práctica médica. Para mitigar este fenómeno, se sugiere que el personal de salud mejore su capacidad

de escuchar y comprender el significado que los adultos mayores atribuyen a su enfermedad. Frente a esta realidad, el sistema de salud enfrenta grandes desafíos. Según Paulino y Thouyaret (2006), afirman que los principales retos consisten en crear espacios de diálogo entre médico y paciente, especialmente en un sistema cuya estructura no ha sido diseñada para tal fin, permitiendo que ambos colaboren en el tratamiento de los problemas de salud, y en reconocer los alcances y limitaciones de la medicina en la atención de enfermedades, evitando así la fragmentación en los cuidados médicos.

En un contexto similar, se ha observado un envejecimiento acelerado en América Latina, a un ritmo cuatro veces más rápido que en las naciones desarrolladas. Esta tendencia sugiere un notable incremento en la población de edad avanzada en los próximos años. En Estados Unidos, también se prevé un rápido envejecimiento de la población, especialmente a partir de 2030, cuando se estima que alrededor del 17% de la población tendrá más de 60 años, por otra parte, el continente de América Latina y el Caribe, el proceso de envejecimiento se ha desarrollado en menos de la mitad del tiempo comparado con Europa. (Echeverría et al., 2022).

De acuerdo con los resultados del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], (2022) de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), en el segundo trimestre de 2022 se estimó que había 17,958,707 personas de 60 años y más, representando el 14% de la población total en México. De este grupo, el 56% tenía entre 60 y 69 años, el 30% entre 70 y 79 años, y el 14% tenía 80 años o más. Además, se observó que el porcentaje de hombres entre 60 y 69 años es ligeramente superior, mientras que el porcentaje de mujeres de 80 años o más es mayor.

La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2022) menciona que las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, causan la muerte de 41 millones de personas cada año, lo que representa el 74% de los fallecimientos a nivel mundial. Anualmente, 17 millones de personas fallecen por una ENT antes de alcanzar los 70 años, siendo el 86% de estas muertes prematuras en países de ingresos bajos y medianos. De todas las defunciones por ENT, el 77% se

concentran en estos países. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad por ENT, con 17,9 millones de muertes al año, seguidas por el cáncer con 9,3 millones, las enfermedades respiratorias crónicas 4,1 millones y la diabetes 2,0 millones, incluyendo las muertes por enfermedad renal asociadas a la diabetes.

A lo anterior, se suma la necesidad de contar con profesionales de enfermería especializados, con una alta capacidad de resolución, capaces de ir más allá de la práctica rutinaria y con un enfoque en el cuidado preventivo. Se destaca el rol particular del profesional de enfermería en la Atención Primaria de Salud (APS), especialmente en el primer nivel de atención. En este ámbito, el profesional puede abordar de manera eficiente, junto al equipo interprofesional, las necesidades individuales del adulto mayor y su familia, lo que contribuiría a mejorar el acceso a los servicios de salud.

Es relevante señalar que, en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas, los recursos económicos y/o materiales desempeñan un papel crucial, especialmente cuando los adultos mayores deben asumir sus propios gastos de atención y cuidado. En este contexto, la pobreza se convierte en un factor que restringe el acceso a la atención de los problemas de salud, lo que genera una problemática asociada con la inequidad en la atención sanitaria.

El presente trabajo se estructura en cinco capítulos. En el primero, se presenta el planteamiento del problema, que aborda la descripción del fenómeno de estudio, el objetivo general, los objetivos específicos haciendo uso de verbos empleados para la investigación cualitativa apoyados con la taxonomía de Bloom y el estado del arte mismo que se realizó realizando una búsqueda en bases de datos indexadas a nivel internacional, nacional y local, a través de Pubmed, Medline, Scielo, Google Académico además de repositorios de tesis, retomando los descriptores de las ciencias de la salud Decs y MeSh. La revisión de la literatura permitió identificar la necesidad de abordar el cuidado de los adultos mayores desde la perspectiva del proceso salud-enfermedad-atención. Se considera indispensable contar con competencias de liderazgo, la gestión del cuidado tanto del adulto mayor como de su familia, y la colaboración constante con otros

profesionales de la salud. Todo esto con el fin de ejecutar intervenciones holísticas que aborden tanto el padecimiento del paciente como los factores que lo rodean y lo que altere su estado de salud.

Además, se exploran diversos aspectos relacionados con el cuidado, tales como los psicológicos, fisiológicos y aquellos derivados de su entorno. Es fundamental comprender sus redes de apoyo, tanto informales como las formales a nivel comunitario y en las instituciones de salud. Esto abarca el cuidado desde el primer nivel de atención hasta el tercer nivel, proporcionado por profesionales del área de la salud.

Por otro lado, el objetivo principal del presente estudio fue describir el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor de la colonia Jesús Manuel Cámes Valdés, en Culiacán, Sinaloa.

En continuidad con el segundo capítulo, mismo que expone el marco teórico, donde se utiliza una teoría de enfermería como sustento del estudio. En particular, se describe la teoría de las transiciones de Afaf Meléis, así como los referentes conceptuales abordados en la investigación, mismos que permitirán dar un sustento científico a los discursos apoyados con los aportes de la teoría y los conceptos principales.

Posteriormente en el tercer capítulo se hace énfasis a la descripción de la metodología con enfoque cualitativo, misma que permite al investigador conocer la realidad de las voces de los participantes e interpretarla dando vida a los discursos para que aquellos que le den lectura puedan trasladarse a través de las narrativas de los participantes, método fenomenológico, mismo que se basa en las experiencias vividas desde las perspectivas de los participantes, describiendo el contexto y detallando las técnicas utilizadas como lo es la entrevista a profundidad para la obtención y el análisis de los datos, haciendo uso del contenido temático propuesto por de Souza Minayo además de incluir los criterios de rigor metodológico que den credibilidad a los discursos de los participantes y las consideraciones éticas de acuerdo a lo que marca el reglamento de

la ley general de salud en materia de investigación al abordar aspectos éticos relevantes como son el consentimiento informado, la participación voluntaria, los procedimientos, los riesgos, y beneficios de los participantes, sin olvidar la privacidad y protección de los datos con bases y principios éticos basados en la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en pro de la seguridad y para el desarrollo de la investigación.

Por lo tanto, en el cuarto capítulo se presentarán los hallazgos a través de los resultados haciendo uso de los discursos de los participantes y un aporte que va desde lo empírico hasta el científico. En el quinto capítulo es la discusión de análisis de los resultados de la investigación contrastando los discursos con la teoría y el estado de arte de acuerdo con similitudes y diferencias significativas conforme a los testimonios de los participantes, los cuales contribuirán a alcanzar el propósito del estudio.

Finalmente, se aborda las conclusiones sustentadas en los objetivos generales y específicos de acuerdo con los resultados más relevantes de la investigación. Así como también las recomendaciones mismas que están orientadas al proponer propuestas de mejora en pro a las políticas públicas en salud y la generación de las nuevas líneas de investigación.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel global, la longevidad de la población ha experimentado un aumento significativo. En la actualidad, la mayoría de las personas tiene una esperanza de vida de 60 años o más. A nivel mundial, tanto el número como la proporción de individuos mayores en la población están en aumento, y este fenómeno se atribuye a los avances tecnológicos que han contribuido a incrementar la esperanza de vida.

Para el año 2030, se espera que una de cada seis personas a nivel mundial tenga 60 años o más, lo que representaría un incremento significativo desde los 1000 millones registrados en 2020 hasta los 1400 millones estimados. Además, se proyecta que la población global de personas de 60 años o más se duplique para el año 2050, alcanzando los 2100 millones. Se anticipa que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, llegando a los 426 millones (OMS, 2022).

De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población [CONAPO], (2022) se estima que para México y sus entidades federativas entre 2016 y 2050 indicaron que para 2019 se estimaron que la esperanza de vida media de las personas nacidas en ese año alcance los 75,1 años, superando en casi nueve años la esperanza de vida de hace cuatro décadas (66,2 años). Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, casi seis años, lo que refleja la brecha de género. En 2030, la esperanza de vida promedio al nacer alcanzará los 76,7 años, 79,6 años para las mujeres y 73,8 años para los hombres.

Teniendo esto en cuenta, se puede ver que los países enfrentarán grandes desafíos en el futuro cercano a medida que aumente la demanda de atención, asistencia médica, pensiones y seguridad social. Ante esta situación, los países realizan investigaciones para comprender la situación (física, mental, emocional, social, económica y de salud) de su población adulta y predecirla en la medida de lo posible. Se necesitan urgentemente acciones, programas y políticas públicas para abordar las necesidades o déficits de esta población y promover un envejecimiento activo y saludable.

Por lo anterior surge la siguiente interrogante:

¿Cuál el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor de la colonia Jesús Manuel Cámez Valdés (Culiacán, Sinaloa) en el periodo de noviembre de 2023 a mayo del 2024?

1.1. JUSTIFICACIÓN

En consideración a la investigación sobre el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor, se destaca su relevancia en el ámbito de la salud pública y la medicina geriátrica. Esta elección se basa en la constatación de que la atención integral de este segmento poblacional es primordial en el ámbito del eje de salud debido al incremento demográfico de la longevidad y las particularidades biopsicosociales propias de esta etapa de la vida.

Uno de los principales problemas que surgen en este contexto es la prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones de salud degenerativas entre los adultos mayores. Estas enfermedades, como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la demencia, no solo afectan la calidad de vida de los individuos, sino que también generan una carga considerable para los sistemas de salud y los recursos sociales inclusive en las familias. Además, se observa una tendencia preocupante hacia la polimedicación y la multimorbilidad en este grupo de edad, lo que aumenta la complejidad del manejo clínico y la probabilidad de efectos adversos asociados a los tratamientos. Otro aspecto relevante del problema es la disparidad en el acceso a la atención médica y los servicios de salud entre los adultos mayores.

Desde un enfoque de factibilidad, se reconoce que el abordaje de esta temática es viable, dado el acceso a fuentes de información confiables y la disponibilidad de herramientas y metodologías de investigación adecuadas. Asimismo, la pertinencia de este estudio radica en la urgente necesidad de comprender los determinantes sociales

de la salud y la enfermedad en los adultos mayores, con el fin de diseñar políticas y programas de atención que aborden sus necesidades de manera efectiva.

En cuanto a la conveniencia, se subraya la importancia de este análisis en el contexto de un envejecimiento poblacional global, donde el bienestar de los adultos mayores se posiciona como un desafío prioritario para los sistemas de salud. Además, las implicaciones de este estudio son significativas, ya que su resultado podría contribuir a la mejora de la calidad de vida de este grupo etario, así como a la optimización de los recursos sanitarios.

Desde un punto de vista teórico, la investigación sobre el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor enriquece el conocimiento científico en campos como la gerontología, la epidemiología y la salud pública, al proporcionar una comprensión más profunda de los mecanismos que influyen en la salud y el bienestar en la vejez. Además, su utilidad metodológica radica en la posibilidad de aplicar enfoques interdisciplinarios que integren aspectos médicos, psicosociales y ambientales en el estudio de este fenómeno complejo.

1.2 OBJETIVOS

1.2 OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor de la colonia Jesús Manuel Cámez Valdés (Culiacán, Sinaloa).

1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconstruir las experiencias del proceso salud-enfermedad-atención de las enfermedades crónico-degenerativas por parte de la población adulta mayor de la Colonia Jesús Manuel Cámez Valdez.

Identificar los determinantes sociales que tienen mayor incidencia en la atención a la enfermedad y el cuidado de la salud de las y los adultos mayores en la zona de estudio.

Analizar la frecuencia de asistencia al primer nivel de atención para la prevención de enfermedades, en el grupo de estudio

Puntualizar cuáles son las opciones de atención de primer nivel que existen en la colonia de estudio y a las que tienen acceso las y los adultos mayores.

1.3 ESTADO DEL ARTE

Se realizó una búsqueda narrativa de la literatura publicada en las bases de datos. A partir de las palabras clave o términos alternativos se determinó que los conceptos a desarrollar son adulto mayor, enfermedad crónica; significados de salud que emergieron de los descriptores en Ciencias de la salud DeCs y MeSh. Además, se emplearon descriptores afines al fenómeno en estudio, que arrojarán más literatura útil a la investigación y asimismo se conjuntaron con operadores boléanos con el fin de reducir la información.

Esta búsqueda bibliográfica se realizó en dos periodos, el primero comprendido de agosto a diciembre de 2022 y el segundo de junio a julio de 2023. Se aplicaron filtros correspondientes a cada base de datos (10 años de antigüedad, asunto de la revista, idioma-inglés, español y portugués, tipo de la revista y tipo de publicación). Las bases de datos consultadas fueron la BVS, Pubmed Medline, Scielo, CINAHL, Scopus y Google Académico.

En cuanto a Rugeles et al. (2022), reportan un estudio de adultos mayores en México para explorar la experiencia de enfermedad de las personas con diabetes tipo 2 y su relación con los nutricionistas del primer nivel de atención. Se realizó un estudio cualitativo exploratorio con base fenomenológica y la recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas con una duración promedio de 40 minutos.

Los datos se procesaron mediante técnicas de análisis de contenido. En el estudio se realizaron, 16 entrevistas a personas con diabetes tipo 2, captadas de la población atendida en las unidades médicas del primer nivel de atención el cual el rango de edad fue de 41 y 66 años. Como resultado emergieron la categoría central “vivencia de la enfermedad”, se formularon las siguientes subcategorías: Experiencia en el momento del diagnóstico; conocimiento sobre la diabetes; día a día con diabetes y relación nutricionista/paciente.

En el estudio de Calvo (2017) describió las experiencias culturales, interpersonales y personales de los adultos mayores con enfermedades crónicas e identificó las estrategias y redes de apoyo que utilizan para gestionar su enfermedad en entornos cotidianos. Metodológicamente utilizó un enfoque cualitativo del tipo fenomenología interpretativa, y las técnicas utilizadas para la obtención de información fueron entrevistas en profundidad, entrevistas semiestructuradas y notas de campo. Un total de 10 hombres y ocho mujeres incluían adultos y personas mayores de entre 32 y 88 años. El análisis de los datos se realizó de acuerdo con los cuatro elementos del existencialismo de Van Manen: cuerpo vivo, duración de la vida, espacio de la vida y relaciones de la vida. Esto llevó a la creación de las siguientes categorías que asignan significado al cuidado humano en función de las cualidades que debe poseer comunicación, presencia, empatía, formación y entre otros. También se señalan características deshumanizantes como excesiva carga de trabajo, características personales de los profesionales.

Según Martínez y Franco (2018) informan sobre un estudio de adultos mayores de 72 años, planteando como objetivos: analizar las vivencias de adultos que viven con enfermedades crónico-degenerativas. El estudio fue cualitativo, descriptivo y realizado en el año 2018 a 9 adultos mayores del Centro de Gerontológico de Guanajuato, donde los criterios de exclusión fueron aquellos que no coincidían con el grupo etario y aquellos con enfermedad mental. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas grabadas. A partir de los resultados del análisis de datos y una mejor comprensión de esta experiencia, surgieron seis categorías: significado de vivir con la enfermedad, malestar con la enfermedad, sentimientos y emociones acerca de

la enfermedad, cambios en el estilo de vida y negación de la enfermedad. Hacer frente a la enfermedad.

En relación con el trabajo de Núñez y Ninatanta (2021) realizaron un estudio en el que se plantearon como objetivo comprender y describir la experiencia de las enfermedades crónico-degenerativas entre los adultos mayores jubilados. Este estudio utilizó un enfoque cualitativo exploratorio y descriptivo. Se realizaron entrevistas personales a 10 adultos mayores jubilados entre 55 y 88 años, de los cuales 7 eran mujeres y 3 eran hombres. Se realizaron prueba piloto iniciales en este grupo de edad con enfermedades crónico-degenerativas; este proceso permite un análisis preliminar de la información obtenida por el instrumento. Para analizar los datos se utilizó el análisis del discurso, teniendo como base teórica y metodológica las propuestas de Souza Minayo (2002). Como resultado se reportaron las siguientes cinco categorías: Reconocer la presencia de enfermedades en el cuerpo, Reacciones después de conocer la enfermedad: Dolor emocional, Emociones, Vivir con la vida que he construido es una carga, Aceptar la enfermedad y vivir con ella y finalmente la enfermedad nos hace diferentes y limitados.

En Brasil, Simões (2013) llevó a cabo una investigación con el propósito de explorar las experiencias de la enfermedad crónica grave y comprender cómo se perciben los conceptos de salud y enfermedad en una muestra brasileña. Se utilizó la metodología de estudio de caso para alcanzar los objetivos propuestos. La muestra estudiada en los estudios de caso estuvo compuesta por 10 pacientes con el perfil elegido, es decir, portadores de enfermedad crónica fatal en tratamiento, relativo a las siguientes enfermedades crónicas: SIDA, cáncer, cirrosis hepática, EPOC, Lupus Eritematoso Sistemático e Insuficiencia Renal Crónica. La edad promedio en los pacientes es de 58.3 años. El grupo fue seleccionado aleatoriamente en los hospitales, teniendo como criterio de inclusión ser mayor de 18 años; los resultados fueron las siguientes categorías: involucramiento a la enfermedad y como subcategoría se presentaron vive en función de la enfermedad, la enfermedad como parte de la vida. Otras de la categoría fue relación de salud y enfermedad y de esta misma surge las subcategorías: la enfermedad como pérdida de salud y momento saludable por momento enfermo.

Finalmente, el Evia Bertullo (2015), en su investigación analizo las experiencias en los procesos de salud-enfermedad-atención de usuarios de una policlínica de la red de Atención Primaria Metropolitana de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Uruguay. La estrategia metodológica consistió en el desarrollo de una etnografía, se realizaron dos tipos de entrevistas: entrevistas informales y entrevistas en profundidad. A partir del análisis de las entrevistas, identificaron tres grandes categorías las cuales fueron:

1. Malestares y padecimientos como parte del flujo “normal” de la vida.
2. Cuando se decide ir al médico: asistencia, sociabilidad y dificultades en el tránsito entre servicios,
3. Experiencias de enfermedad significativas: “Hay uno enfermo y sacude a toda la familia”.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

En esta sección, se presentó la Teoría de las Transiciones, considerada como una base útil para respaldar el estudio en cuestión. A continuación, se expone los conceptos y definiciones relevantes, así como la conexión del problema de investigación con dicha teoría. Posteriormente, se aborda la estructura conceptual-teórica-empírica. La teoría se centra en cinco componentes específicos, a saber: los tipos y patrones de transiciones, las características de las experiencias de transiciones, las condiciones que afectan las transiciones (facilitadores e inhibidores, indicadores de proceso y de resultado), y la aplicación de la terapéutica de enfermería.

En este contexto, una transición se define como el cambio de una etapa de la vida, condición o estado a otro. Las transiciones involucran dos aspectos: los procesos y los resultados de las interacciones complejas de personas. Puede involucrar a más de una persona y es asociado en un contexto y en una situación” (Meléis, 2010).

Los tipos y los patrones de transiciones (múltiples y complejos) son: transiciones del desarrollo del ser humano, situacionales, de salud y enfermedad, y organizacionales (Meléis, 2010).

Las características de la experiencia de transición según la propuesta de Meléis abarcan los siguientes aspectos: consciencia, compromiso, cambio y diferencia, lapso de tiempo, y puntos y eventos críticos. La consciencia está vinculada a la percepción, el conocimiento y el reconocimiento de la experiencia de transición. El nivel de consciencia se relaciona con la coherencia entre el conocimiento existente y la respuesta a situaciones específicas. La transición proporciona información sobre cómo las personas reconocen su propia experiencia de vida.

Las condiciones de las transiciones incluyen facilitadores e inhibidores, entre los que se encuentran las condiciones personales como el significado y las creencias culturales y las actitudes, el estatus socioeconómico, la preparación y el conocimiento, así como las condiciones comunitarias, que se asocian con los determinantes para el

acceso y el uso adecuado de los servicios de salud y las condiciones sociales (Meleis, 2000).

Los patrones de respuesta son indicadores de proceso de comportamiento observable y no observable durante las transiciones. Algunos ejemplos pueden ser desorientación, inquietud, irritabilidad, depresión, cambios en la autopercepción, cambios en el desempeño de roles, cambios en la autoestima, entre otros. La teoría describe la necesidad de sentirse conectado (con suerte, con un profesional de la salud o su red de apoyo), de interactuar, orientarse o sentir dónde se encuentra, y de prosperar y afrontar la situación con confianza (Meleis, 2000).

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Dentro del presente capítulo, se abordó los aspectos conceptuales en los cuales se basó la presente investigación, esto con el fin de brindar información referente de cómo se presenta la enfermedad crónica, envejecimiento saludable, atención, adulto mayor y enfermedad para la realización de este se recurrió a la revisión de varias investigaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención en el adulto mayor.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS (2022), la Enfermedad crónica: conocida también como enfermedad no transmisible (ENT), suele ser de larga duración y son de larga duración y son el resultado de una interacción entre factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Pero para Ardila (2019), la definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Presentan una etiología diversa, su evolución es difícil de prever, cuentan con varios factores de riesgo y, salvo algunas excepciones, no tienen un origen infeccioso. Las enfermedades se clasifican en agudas, que son de comienzo súbito, evolución y resolución rápida, son de corto plazo, o crónicas, de comienzo lento, de largo plazo y mantenidas en el tiempo

(Sánchez, 2019), llamadas también Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), “las que son un conjunto de patologías que se caracterizan por ser de larga evolución, de progresión lenta y , sobre todo, debido a la falta de una cura definitiva, lo que requiere tratamientos continuos, considerando que han sido la principal causa de muerte a nivel mundial” (Ramos et al., 2017).

Según la OMS (2019) el envejecimiento saludable es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Pero para Petretto et al. (2016), es uno de los modelos conceptuales dedicados a describir las situaciones de las personas que envejecen y la prevención del envejecimiento patológico, tales como el envejecimiento exitoso y el envejecimiento activo. Dado que el envejecimiento es un proceso que comienza durante el crecimiento y desarrollo y está influenciado por la calidad de vida desde etapas muy tempranas, no se puede comprender en su totalidad sin considerar la historia del acceso a derechos como la salud, la educación, la alimentación y un medio ambiente adecuado y una vida social plena. Esto nos lleva a recuperar el concepto de envejecimiento saludable, entendido como la salud física y mental, que incluye el concepto subjetivo de bienestar, el apoyo social y las redes vinculares (Das y Bhattacharyya, 2020).

Desde esta segunda perspectiva para evaluar el envejecimiento, aceptada desde hace unas tres décadas por la comunidad médica gerontológica, se considera como patrón o meta el estado óptimo de envejecimiento, comprendido como una manera de envejecer de manera más saludable que la media. (Ferrer et al., 2014).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) 2015) considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo, como el nuestro. Según los criterios de la OMS, se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías; edad avanzada es de 60 a 74 años, viejos o ancianos es de 75 a 89 años, longevos es de 90 a 99 años y centenarios son los 100 años. Pero Papalia (2012) denomina la edad de los adultos mayores como adultez tardía, la caracteriza citando y desarrollando todos aquellos aspectos que suman los

rasgos generales más comunes que enfrenta este momento de la vida del ser humano. En México, se denomina Adulto Mayor a las personas mayores de 60 años, y esta etapa abarca todas las experiencias acumuladas a lo largo de la vida, así como el cumplimiento de la mayoría de los objetivos familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica (Gobierno de México, 2017).

Enfermedad: La OMS define enfermedad como: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (OMS, 2017). Para la institución la enfermedad es una entidad muy temida universalmente por los humanos y suele lucharse contra ella, llegando incluso a posiciones radicales como los tratamientos extremos para conservar la vida, o, por el contrario, individuos que aceptan la idea de la muerte desde el momento del diagnóstico de la enfermedad. (Tenjo, 2018). Pero para Gómez (2018) La enfermedad se define por oposición al concepto de salud. Para ciertos sectores gubernamentales, la salud se define como el estado de condiciones óptimas e ideales, excluyendo la enfermedad, lo que crea una dicotomía entre estar bien o no estarlo. En contraste, otros autores argumentan que el proceso de salud-enfermedad es dinámico, variable y no necesariamente excluyente.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE

Desde una perspectiva hermenéutica, González (2013) sostiene que la investigación cualitativa examina la realidad como un proceso cultural desde una visión subjetiva, con el objetivo de comprender e interpretar las acciones humanas, las experiencias, las vivencias y las emociones, con el propósito de desarrollar maneras de vivir en el mundo cotidiano. En este contexto, es relevante reflexionar sobre la importancia de investigar desde las experiencias individuales, las cuales proporcionarán una explicación acerca de las acciones, pensamientos y objetivos.

En contraste, el análisis cualitativo, influido por pensadores como Max Weber, sigue un enfoque inductivo, utilizando la recopilación de datos para ajustar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes durante la interpretación del proceso (Hernández et al., 2014). A diferencia de la investigación cuantitativa, que se apoya en una hipótesis, la investigación cualitativa suele comenzar con una pregunta de investigación alineada con la metodología prevista. Este enfoque busca explorar la complejidad de los factores que rodean un fenómeno y la diversidad de perspectivas y significados para los involucrados (Creswell, 2003).

La investigación cualitativa reconoce que la realidad es fluida, y al interpretarla, el investigador obtendrá resultados subjetivos (Bryman, 2004). A diferencia de la investigación cuantitativa, que fundamenta sus resultados en datos numéricos, la investigación cualitativa emplea diversos tipos de datos como entrevistas, observaciones, documentos, imágenes, audios, entre otros.

Según González (2013), la investigación cualitativa tiene como objetivo construir conocimiento sobre la realidad social desde las condiciones y perspectivas particulares de quienes la experimentan. Por ende, metodológicamente implica un enfoque dialógico en las creencias, mentalidades y sentimientos, considerados elementos de

análisis en la producción y desarrollo del conocimiento sobre la realidad humana en la sociedad.

3.2 MÉTODO

El método fenomenológico de investigación surge como una respuesta al radicalismo de lo objetivable. Se basa en el análisis de las experiencias de vida relacionadas con un evento, visto desde la perspectiva del individuo. Este enfoque implica examinar los aspectos más complejos de la existencia humana, aquellos que van más allá de lo que se puede medir cuantitativamente. Según Husserl (1998), es un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo es comprender la experiencia vivida en toda su complejidad, buscando así la toma de conciencia y los significados del fenómeno en cuestión.

Para llevar a cabo una investigación desde este enfoque, es esencial entender los conceptos y principios de la fenomenología, así como el método adecuado para explorar un campo de estudio y los mecanismos para buscar significados. Comprender las experiencias a través de relatos, historias y anécdotas es crucial, ya que permite entender la naturaleza dinámica del contexto e incluso transformarlo.

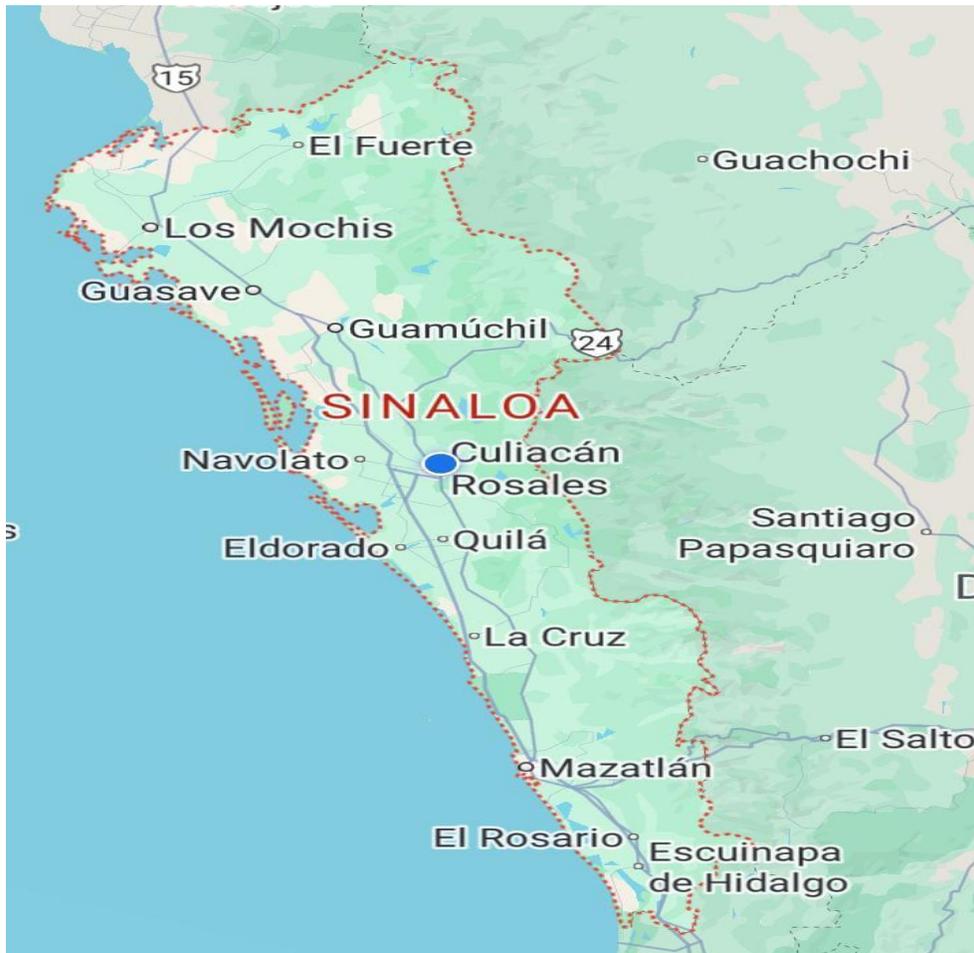
Aguirre y Jaramillo (2012) señalaron que la fenomenología es una disciplina filosófica; aunque Husserl habló poco sobre las ciencias sociales, algunos de sus discípulos establecieron importantes conexiones entre la fenomenología y diversas ciencias sociales.

En el estudio de los hechos sociales, es fundamental considerar las realidades como una dinámica de factores y actores que constituyen un todo organizado, interactivo y sistémico, cuyo análisis y comprensión requiere la captación de esa estructura dinámica interna que la define, precisando el empleo de una metodología cualitativo-estructural tal como lo señaló Martínez (1996).

3.3. CONTEXTO DEL ESTUDIO

Sinaloa es un estado que se ubica al noroeste de la República Mexicana, tiene una superficie de 622 Km² y tiene el 2.9% de la superficie total del país. El estado colinda al Norte con Sonora y Chihuahua; al Este, con Durango y Nayarit; al Sur, con Nayarit y el Océano Pacífico; al Oeste, con el Golfo de California y Sonora. Las coordenadas geográficas de sus extremos son: al norte 27°02'32", al sur 22°28'02" de latitud norte; al este 105°23'32", al oeste 109°26'52" de longitud oeste (INEGI,2022).

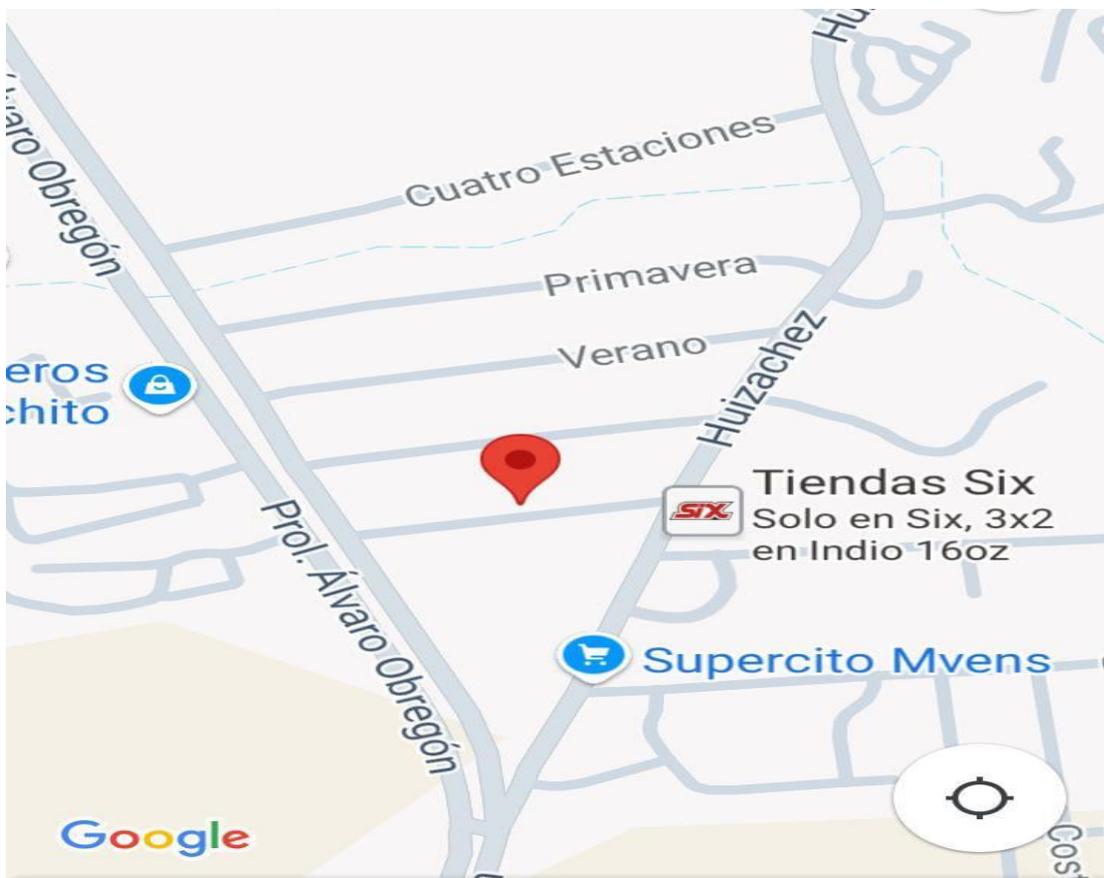
Figura 1. Ubicación geográfica del estado de Sinaloa



Fuente: Google Earth (2024).

La investigación se realizó en la colonia Jesús Manuel Cámez Valdez, localizada al sur de la ciudad de Culiacán, Sinaloa. De acuerdo con la información obtenida mediante la cédula comunitaria que aplicó la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa. En la zona se realizó la investigación el 09 de septiembre del año 2022, con el objetivo de identificar la población para la realización de la práctica comunitaria de enfermería del adulto mayor. Se localizaron 17 adultos mayores, a los cuales se aplicó la guía de observación de campo y se obtuvo la siguiente información. Por lo que aquí le presento el croquis de la colonia donde se llevó a cabo esta investigación.

Figura 2. Ubicación geográfica de la zona de estudio.



Fuente: Google Earth (2024).

Durante las visitas a la comunidad se recolectaron datos importantes para continuar con la investigación. El antecedente histórico sobresaliente de esta comunidad, lo proporcionó la líder del lugar, la ciudadana María Del Rosario García Ochoa. La creación de esta colonia fue en el año 1998, la primera residente es Judith Rosa Martínez y los servicios públicos se inauguraron en el año 2000.

Los límites que colindan con este sector: en el norte, La colonia "El Ranchito", al sur, el fraccionamiento "Costa del Sol", al oriente, "Colonia Antorcha", y el poniente, el fraccionamiento "Córcega". Sus vías de acceso en transportes urbanos son Toledo Corro y Costa Rica. Esta colonia cuenta con los siguientes servicios: agua potable, cuenta con drenaje, carro recolector de basura (el camión de basura pasa 1 vez por mes), en el área se ubica una tienda ley express, y el panteón. Dentro de los servicios se encuentra la luz eléctrica y el alumbrado público. Las condiciones de las calles son de terracería.

Las condiciones del sector son desfavorables, las calles son de terracería y con charcos de agua en su mayoría. Existe fauna doméstica; es decir, hay perros, gatos entre otros. También tiene a su alrededor una primaria, llamada "Margarita Maza de Juárez" y también un centro cultural "La Antorcha". No cuenta con ninguna institución de salud público, por lo tanto, para la atención de la salud de los ciudadanos se hace un tiempo aproximado de 35 minutos.

3.4. TEMPORALIZACIÓN

El presente proyecto de investigación dio inicio el mes de abril de 2023 y concluyó en el mes de marzo del 2024.

El tiempo total que exigió la investigación se realizó en un tiempo total de tres semestres, concluyendo la investigación con cada una de sus partes o elementos, por lo tanto, pretendo enfocarme en cada etapa de la investigación, utilizando como recurso de investigación para una obtención de datos mediante una entrevista

semiestructurada a los adultos mayores de la colonia Jesús Manuel Cámez Valdez, que se encuentra localizada al sur de la ciudad de Culiacán, Sinaloa, México.

Con el desarrollo del cronograma nos establece el plan de investigación, determinando una estimación de tiempo para la duración de cada fase.

3.5. PARTICIPANTES:

3.5.1. CARACTERÍSTICA DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

El reclutamiento de los participantes consistió en realizar una visita domiciliaria con una cédula comunitaria aplicada por la Facultad de Enfermería Culiacán en el periodo de septiembre del 2023. De acuerdo con los datos obtenidos se encontraron 17 adultos mayores que cumplen con las características para el estudio. A través de ahí se identificaron a los participantes para participar en el proyecto, se les explicará de qué trata y de seguir interesados se acordará una cita para la sesión de la entrevista y se realizará a través de un consentimiento informado por el participante.

3.6. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Se seleccionaron los individuos mayores de 60 años de edad y con un diagnóstico médico confirmado de ambos sexos con enfermedad crónica (diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica) para el estudio. Y también todo aquel que tenga seguridad social (IMSS, ISSSTE, SSA, SEDENA, entre otras), que no presentara ningún problema de deterioro de cognitivo y/o de audición.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista semiestructurada, se realizó por el investigador principal, asistido de un auxiliar de investigación que funge como observador y asistente técnico. La entrevista se realizará de manera presencial, misma que serán audio grabada o videograbada si fuera así la autorización del sujeto

de estudio, durante y al finalizar la entrevista se tomarán notas en memos que se emplearán para el análisis de los datos junto con las transcripciones de las entrevistas.

La entrevista estuvo desarrollada por tres ejes, el inicio en donde se pretende ganar la confianza del participante, por lo que sugiere que se aplique la técnica del rapport, que consiste en crear una comunicación efectiva con las personas que necesitamos comunicarnos. Asimismo, se preguntarán datos generales como su nombre completo, edad, estado civil y qué hace en su tiempo libre. Se pretende en este primer eje se firme el consentimiento informado y asimismo resolver dudas antes de iniciar la segunda etapa.

En la segunda consistió en el recordatorio del consentimiento informado y siempre informar al participante cuando se inicie a grabar y se iniciará con la pregunta detonante en tres esferas como son lo individual, lo colectivo y lo social. Y de ahí mismo surgirán las preguntas secundarias. En el último eje se realizó una despedida, la cual no será el final sino siempre dejando la puerta abierta para cualquier duda y por lo que se pretende volver otra vez para la verificación de los datos transcritos.

3.8. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó a través de la propuesta operativa de Souza Minayo (2009). “Es un análisis de contenido tipo temático en tres etapas: la primera etapa corresponde al ordenamiento de los datos, la segunda etapa a la clasificación de los datos y la tercera etapa al análisis final. Estas se describieron de acuerdo con el apartado de recolección y análisis de datos” (Márquez, 2016).

3.9. RIGOR METODOLÓGICO

El rigor metodológico es un punto muy importante dentro de las investigaciones cualitativas. Utilizando criterios de credibilidad para garantizar la validez y autenticidad del estudio.

Se consideró los criterios de rigor científico propuestos por Streubert y Carpenter (2011), que consisten en: credibilidad, factibilidad, confirmabilidad y probabilidad de

transferencia. Respecto al criterio de credibilidad, se llevará a cabo la transcripción textual de las entrevistas y anotaciones puntuales de las gesticulaciones y movimientos corporales del participante. Para confirmabilidad, se revisó los hallazgos con los mismos informantes durante la segunda entrevista, con intención de corregir errores en la interpretación de los hechos; y en relación con la probabilidad de transferencia, se especificó el contexto de cada participante de forma detallada, así como sus características y estrategia de selección (Zenteno et.,2018). Por consiguiente, siguiendo lo propuesto por Strauss y Corbin (2002), la categoría central se determinó de la siguiente manera: a) todas las categorías tienen relación con la categoría central; b) La categoría central se manifiesta en todos o casi todos los datos; c) los datos no se ajustaron artificialmente a esa categoría; y finalmente, el nombre de la categoría será lo bastante abstracto como para utilizarse en otras investigaciones en áreas sustantivas, que lleven al desarrollo de una teoría más general.

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se basó en la Ley General Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987: actualizado en 2014). Se respetó lo que rige el Título II, Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, en lo que respecta al Capítulo I, Artículos 13, 14, 16, 17, 20, 21 y 22.

El Artículo 13 se respetó, y se brindó un trato digno, seguro y profesional durante el procedimiento, respetando así el bienestar del participante en la investigación.

De acuerdo con el Artículo 14, en la fracción I, V, VII y VIII, la investigación se realizará bajo principios científicos y éticos, obteniendo el consentimiento informado por escrito a través de los participantes (ver Anexo 3). También se cuenta con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Coordinación de Investigación y Posgrado de la Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

En lo que establece el Artículo 16, se protege la privacidad de los adultos mayores. Asimismo, se preguntarán datos generales como su nombre completo, edad, estado

civil y qué hace en su tiempo libre en la cédula de datos personales, por lo que se emplean acrónimos para identificarlos. Asimismo, se le informó que dicha investigación sería de riesgo mínimo, ya que se entrevistaría sobre las experiencias de salud-enfermedad-atención en los adultos mayores con enfermedades crónicas, esto con base al artículo 17 fracción II.

Aplicando el artículo 20 y 21 con fracción I, II, III, VI, VII, VII, IX y XI y el artículo 22 fracción I, II y IV. Las familias participantes recibieron una copia del consentimiento informado por escrito que explicaba de forma clara y precisa el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, los riesgos de su participación y la seguridad de que recibirían las respuestas adecuadas en la medida de lo posible de las preguntas o inquietudes. Se explicó que, si tenían alguna inquietud durante el proceso de la investigación, podían contactar al investigador principal y que podían retirarse de la investigación en cualquier momento si en dado caso no se sentían cómodos o seguros.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Participaron siete adultos mayores con un rango de edad entre los 60 y 82 años, siendo cuatro mujeres y tres hombres. De acuerdo con el estado civil, son dos viudas, cuatro casados y uno divorciado, de los cuales dos personas viven solas y cinco acompañadas de un familiar. Entre las enfermedades crónicas que principalmente padecen los participantes son la diabetes mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial sistemática, enfermedad del Parkinson y artritis reumatoide.

A continuación, se describen los hallazgos del proceso salud-enfermedad-atención en los adultos mayores, la cual se obtuvieron por los participantes alrededor de dos categorías centrales (como muestra la Figura 3).

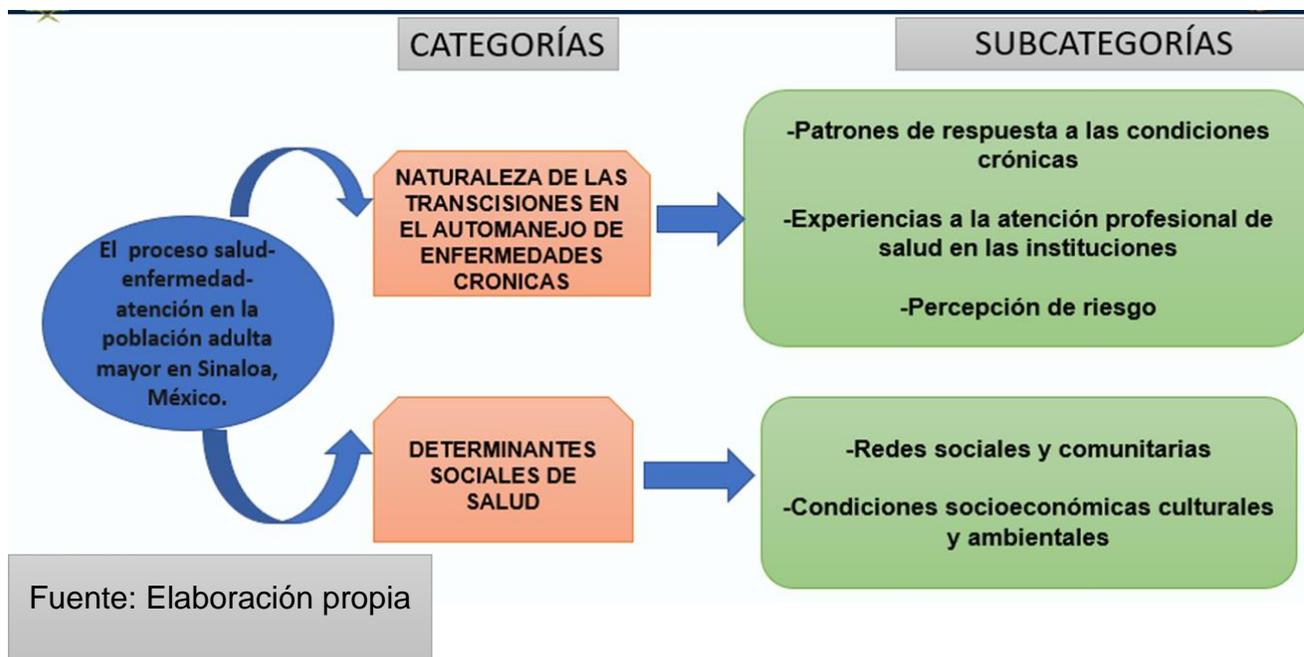
1.- Naturaleza de las transiciones en el automanejo de enfermedades crónicas.

2.- Determinantes sociales de la salud.

La primera categoría se refiere al conjunto de estrategias y acciones dirigidas a la prevención, el tratamiento y el control de condiciones de salud crónicas, como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad cardiovascular, entre otras.

La segunda, hace referencia a las condiciones como el acceso a la atención médica, el nivel socioeconómico, la educación, el empleo, la vivienda, el entorno físico y social, así como también factores políticos y medioambientales.

Figura 3.- Categorías y subcategorías resultantes de la investigación.



A continuación, se narra cada uno de las categorías y subcategorías que emergieron, al mismo tiempo, se realiza una discusión de algunos testimonios de los participantes en correlación con las mismas.

Categoría 1: Naturaleza de las transiciones en el automanejo de enfermedades crónicas

Según Hernández et al. (2022), el automanejo de las enfermedades crónicas es un proceso activo, continuo y flexible, en que el individuo lleva el control de su enfermedad a través de la relación de una amplia gama de dimensiones, en las que se incluyen: actividad física, alimentación saludable, toma de medicamentos, control de glucosa, de la hipertensión arterial y otras patologías, solución de problemas, disminución de riesgos y adaptación psicológica y social.

De acuerdo Grady y Gough (2018) el automanejo de la enfermedad crónica es especialmente valioso dado que representa una fusión de las metas del paciente, la familia, la comunidad y el médico, colaborando estrechamente para mejorar el manejo

de la enfermedad del paciente y facilitar una atención integral. En este contexto, el automanejo supera el tratamiento convencional al incluir un enfoque más amplio de prevención, destacando que las personas con enfermedades crónicas aún requieren medidas preventivas para fomentar su bienestar y evitar un mayor deterioro de su salud.

En esta categoría se evidencian tres subcategorías a desarrollar:

- 1.- Patrones de respuesta a las condiciones crónicas.
- 2.- Experiencias a la atención profesional de la salud en las instituciones.
- 3.- Percepciones de riesgo por edad.

Subcategoría 1.1 Patrones de respuesta a las condiciones crónicas

Desarrollo:

Se refieren a las distintas formas en que los pacientes y los sistemas de salud responden y manejan las enfermedades crónicas. Estos patrones pueden incluir una variedad de estrategias y comportamientos tanto de los individuos afectados como de los proveedores de atención médica.

Narrativas de las entrevistas:

E1. Pues más o menos, hay días que ando bien y días que ando mal. Entonces, no siempre está bien usted, ¿su diabetes se ha elevado o bajado? o ¿Por qué dice eso? como yo me cuido mucho ahorita la estoy navegando de 115, 120, pero cuando ando mal se me sube a 200, 210, 220 y es ahí cuando ya ando mal pero no siempre, ahorita salí con 98, estoy bien.

E2. Grave, porque el Parkinson es quien me tiene más dañado

E4. Pues mire, porque lo estado controlando hasta ahorita, y me siento bien

E6. Ahorita me siento más o menos bien, aunque me estoy inyectando la insulina de por vida, me van poner eso y la pastilla para eso.

Sustento epistemológico

Las personas con multimorbilidad, en comparación con aquellas que tienen solo una condición crónica, experimentan una calidad de vida inferior, una mayor mortalidad ajustada por edad, un uso más intensivo de los recursos del sistema de salud, así como un riesgo aumentado de hospitalización y estancias hospitalarias más prolongadas. Además, tienden a tener mayor ausentismo laboral y una salida anticipada del mercado laboral (Leijten et al., 2018)

Ramal et, al (2020), son aquellas que tienen consecuencias recurrentes o persistentes con duración mínima de 3 a 12 meses. Su causa suele ser multifactorial, y en la mayoría de los casos, el tratamiento no está destinado a curar, sino a controlar la progresión de la enfermedad y evitar que se presenten complicaciones, así como aliviar o controlar sus signos y síntomas.

Los cambios físicos que acompañan el proceso de envejecimiento, junto con las enfermedades comunes en esta etapa de la vida, como las vasculares, articulares y cognitivas, las cuales también están influenciadas por el estilo de vida mantenido a lo largo de los años, afectando diversas áreas del funcionamiento de los sistemas corporales. Esto conduce a la pérdida de autonomía para realizar las actividades cotidianas, lo que se traduce en una dependencia de otras personas, impactando tanto a nivel familiar como social. Además, es importante destacar que esta dependencia suele acelerar el deterioro debido a las múltiples anomalías que comúnmente se asocian con el envejecimiento (Cerquera et al., 2022).

Según Sanhueza, Paravick y Lago (2024) este proceso adaptativo, es necesario, en primera instancia, apoyo guiado y supervisado por una persona profesional capacitada en la materia, que otorgue confianza para la gestión de su tratamiento terapéutico, así

como el apoyo en el proceso de identificar y fortalecer las herramientas que tiene la persona para enfrentar los desafíos asociados con el manejo de su propia salud.

Subcategoría 1.2. Experiencias a la atención profesional de salud en las instituciones

Desarrollo:

Se enfoca a las interacciones y percepciones que los pacientes y sus familias tienen con respecto a los servicios de salud recibidos en hospitales, clínicas y otros centros de atención médica.

Narrativas de las entrevistas:

*E1. Pues tengo mucha suerte, muy bien ¡Gracias a dios! y para usted ¿Qué es muy bien? Este... por ejemplo **mi doctora me pregunta cómo me he sentido y cómo me ha caído el medicamento, me examina y pues yo digo que bien.***

*E4. **Sí, me atiende muy bien la doctora, platicamos bien y pues pienso que así son con todas las personas.***

*E5. **Muy bien, me atiende bien, yo no he tenido queja del seguro y con los especialistas.***

*E7. **Pues me ha ido muy bien y pues, la atención es buena hasta ahorita***

Sustento epistemológico

Para Arroyo y Vázquez (2016), uno de los aspectos más importantes que generan insatisfacción en los usuarios es la ausencia de trato adecuado por parte del personal de salud, específicamente de los médicos. Las personas mayores valoran poder comunicar, a su propio ritmo y momento, las molestias que sienten, sus dudas y sus expectativas sobre los tratamientos.

Comprenden las percepciones y respuestas de los pacientes respecto a la calidad del cuidado recibido, la interacción con el personal médico y la infraestructura de los centros de salud. Estas experiencias son influenciadas por factores como la accesibilidad, la comunicación efectiva y la empatía demostrada por los proveedores de salud (Zakkar, M. 2019).

Según Johnson et al. (2020), los factores clave que determinan la experiencia del paciente incluyen la continuidad del cuidado, la coordinación entre diferentes niveles de atención, y la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su salud. Estas variables afectan directamente la satisfacción del paciente y la adherencia a los tratamientos recomendados.

Lee et al. (2020), destacan la importancia del ambiente físico y la infraestructura de las instituciones de salud en la experiencia del paciente. Un entorno limpio, cómodo y bien organizado puede mejorar significativamente la percepción del cuidado recibido y la satisfacción general con los servicios de salud.

1.3. Percepciones de riesgo por edad

Desarrollo:

Se refiere a las distintas formas en que las personas de diferentes grupos etarios perciben y responden a los riesgos relacionados con la salud. Estas percepciones pueden variar considerablemente dependiendo de la etapa de la vida, influenciadas por factores como el conocimiento, las experiencias personales y las recomendaciones de los profesionales de salud.

Narrativa de la entrevista:

E1. En la torre pues está acabando poco a poco y aparte que yo trabajo me da mi hija por cuidarme a mi nieta y yo sino cuido a mi nieta ¿Quién me la cuida? vivo sola con ella por eso no me atraso y por eso me cuido y soy bien miedosita

E5. Ya lo tomo muy natural porque teniendo esa enfermedad pues te debes tomar ese medicamento y comer lo que me indican los médicos

E6. Pues nadie quisiera enfermarse. Pues de repente anda uno bien y luego se vienen los achaques

E7. Pues siento que ya me voy a morir, y voy dejar abandonado mi casa.

Sustento epistemológico

Los estudios muestran que las personas mayores tienden a ser más conscientes y sensibles a los riesgos para la salud debido a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y experiencias acumuladas a lo largo de la vida. En contraste, los jóvenes suelen subestimar ciertos riesgos debido a una sensación de invulnerabilidad y menor exposición a problemas graves de salud (Rodríguez et al., 2020).

Según Thompson y Lee (2021), las percepciones de riesgo influyen significativamente en la adopción de comportamientos preventivos. Los adultos mayores son más propensos a participar en chequeos médicos regulares y a seguir recomendaciones preventivas, mientras que los jóvenes pueden ser más reacios a estas prácticas preventivas debido a una percepción reducida de riesgo.

La efectividad de las campañas de salud pública y programas educativos varía según la edad. Las personas mayores responden mejor a mensajes que refuercen la importancia de la prevención a largo plazo, mientras que los jóvenes requieren

enfoques más inmediatos y relevantes para captar su atención y cambiar sus percepciones de riesgo (Miller et al., 2022).

Las experiencias personales y familiares con enfermedades y riesgos de salud moldean profundamente las percepciones de riesgo. Estudios han mostrado que las personas que han tenido experiencias cercanas con enfermedades graves tienden a tener una percepción más alta del riesgo, independientemente de su edad (García y López, 2023).

Categoría 2. Determinantes sociales de la salud

En 2008, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS definió los Determinantes Sociales de la Salud como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estas condiciones son el resultado de cómo se distribuyen el dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local, lo cual, a su vez, depende de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo (De la Guardia y Ruvalcaba, 2019).

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas diseñados para tratar las enfermedades que enfrentan. Estas condiciones, a su vez, están moldeadas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes están relacionados con aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos (Alfaro, 2018).

En esta categoría se evidencian dos subcategorías las cuales son: redes sociales y comunitaria y condiciones socioeconómicas culturales y medio ambientales.

Subcategoría 2.1. Redes sociales y comunitaria

Son un conjunto de sistemas o estructuras de apoyo establecidas dentro de un entorno familiar o entre familias, con el propósito de brindar ayuda, asistencia y solidaridad en diversas situaciones. Estas redes pueden incluir miembros de la familia extendida, amigos cercanos u otras personas que están dispuestas a ofrecer apoyo emocional, práctico o financiero en momentos de necesidad. Las redes de apoyo familiar pueden ser especialmente importantes en situaciones como el cuidado de niños, el cuidado de personas mayores, la enfermedad, la pérdida o la transición a nuevas etapas de la vida.

Narrativas de las entrevistas:

E1. Vivo solita y voy sola a mi cita médica

E4. A veces me acompaña mi esposa porque a veces le toca cita pero según a ella no le va dar porque no es diabética.

E5. No todavía yo voy sola y ni con el oncólogo tampoco y pues mis hijos están a disposición cuando yo quiera pues mientras yo puedo ahorita pues puedo en todas partes y el día que ya no pueda entonces si ya no

E7 . Pues siempre me acompaña mi hija cada cita que tengo

Sustento epistemológico

En México, se ha observado que las personas mayores con limitaciones son más propensas a residir en hogares extensos, lo que puede representar una solución familiar que facilita proporcionar apoyo más inmediato a sus familiares enfermos. Lo anterior refleja la tradición familiarista que predomina en Latinoamérica, donde, al no existir las condiciones institucionales que ofrezcan alternativas de cuidado, las familias lo tienen a su cargo (Redondo et al., 2018).

La familia es la primera red de apoyo social que tiene el individuo a lo largo de su vida, y, por lo tanto, se considera que cumple una función protectora frente a las demandas de la vida diaria. Para el individuo, la familia es una fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, aunque también puede ser una fuente de insatisfacción, malestar y estrés. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud (Fuste et al., 2018).

Los tipos de apoyos institucionales permiten que las personas mayores cuenten con un ingreso y acceso a ciertos servicios de salud; sin embargo, algunos estudios han mostrado que los apoyos mediante los programas, no se logra satisfacer todas las necesidades de las personas mayores. (Román, Garay y Montes de Oca, 2018).

En relación con la dinámica familiar, los adultos mayores que cuentan con cuidadores, desde sus familias nucleares o extensas, evidencian el ejercicio del rol de cuidado brindado por los convivientes y la imposición del papel masculino en el hogar, al cual se le asigna culturalmente la función de proveedor (Roldan, Díaz, Andrés 2023).

Subcategoría 2.2. Condiciones socioeconómicas culturales y ambientales.

Desarrollo:

Son los factores que influyen en el bienestar y la calidad de vida de las personas, incluyendo aspectos como el nivel de ingresos, la educación, la etnia, la religión, el acceso a recursos naturales y la calidad del entorno físico en el que viven. Estos factores están interrelacionados y pueden afectar la salud, las oportunidades laborales, la cohesión social y otros aspectos de la vida de los individuos y las comunidades.

Narrativas de las entrevistas:

E1. Pues dificultad porque tengo que transbordar este camión y agarra el 21 marzo agarra un solo camión, se acuerda de la clínica 52 de la internacional que estaba cerca pues agarra un solo camión y ya caminaba poquito

E3. No porque tengo que ir no se me hace difícil antes iba en la moto con mi hijo, pero ahora nos agarramos un carro

E4. No porque no tengo cita sino consulta y llego la hora y me atiende y pues me voy en mi carro a la consulta.

E5. Pues mire cuando veo tiempo me voy en camión y pues ando insegura pido Uber

Sustento epistemológico

En los hogares con un nivel socioeconómico bajo, se presentan deficiencias en la alimentación, espacios reducidos y poco iluminados, escasa ventilación y habitaciones abarrotadas, lo que impacta negativamente en el desarrollo físico y psicológico de los integrantes de la familia (Jama & Cornejo, 2016). Por otro lado, un nivel socioeconómico alto está asociado positivamente con una mayor longevidad, ya que permite un estilo de vida más saludable y un mayor acceso a servicios de salud (Liu & Zhang, 2019).

Se ha demostrado que un nivel socioeconómico bajo afecta negativamente la calidad de la educación y los servicios médicos a los que una persona y su familia pueden acceder, lo que a su vez dificulta la movilidad social y la posibilidad de alcanzar un mejor nivel económico que el de sus padres o proporcionar una vida más acomodada a sus hijos. En este contexto, el Estado desempeña un papel crucial para garantizar el acceso a servicios educativos y de salud de calidad (D'Amico, 2016).

Dentro de este conjunto de factores ambientales y sociales que influyen en la salud, es fundamental contar con conocimiento científico sobre el funcionamiento de los agentes causales, tanto del ambiente como dentro del organismo humano y otros organismos vivos que intervienen en la cadena de exposición humana. Este conocimiento es necesario para diagnosticar situaciones tanto locales como más amplias, así como para desarrollar acciones específicas o programas de control y

prevención. Por ello, se presenta una breve revisión de algunos de los principales escenarios ambientales actuales que afectan el enfoque de esta discusión (Moreno Sánchez, 2022)

CAPÍTULO 5.

5.1. DISCUSIÓN EPISTEMOLÓGICA

A continuación, se presenta un análisis comparativo de los resultados obtenidos, contrastándolos con diversos estudios que abordan el mismo fenómeno en contextos similares o diferentes. Este proceso refuerza el sustento metodológico del estudio, ya que permite confrontar los hallazgos propios con los de otros investigadores, ofreciendo una visión más amplia y fundamentada sobre el tema.

Los participantes en los testimonios del estudio reflejan una realidad compleja para las personas diagnosticadas con una enfermedad crónica. Porque desde el momento del diagnóstico, ellos se enfrentan a un conjunto de desafíos que incluyen la incertidumbre ante un escenario nuevo y desconocido, así como la falta de conocimiento sobre las consecuencias a largo plazo. Esto genera, además, un impacto tanto económico como social, afectando no solo al paciente sino también a su familia, dado que los tratamientos y los cambios en el estilo de vida suelen ser significativos y en constante naturaleza de transiciones. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de la salud proporcionen apoyo emocional y social durante estos periodos de cambio.

De este modo, la Teoría Transicional del Cuidado de Afaf Meléis integra el modelo biopsico-social, reconociendo la interacción dinámica entre los factores biológicos, psicológicos y sociales durante las transiciones de salud. Este enfoque integral resulta clave para comprender cómo las personas experimentan y se adaptan a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) con el tiempo, considerando tanto los aspectos clínicos de la enfermedad como las influencias contextuales que inciden en la salud y el bienestar del paciente (Barbosa et al., 2023).

Este resultado coincide con lo manifestado Sanhueza Muñoz, Paravic Klijn y Lagos Garrido (2023), quienes afirman que se podrán trazar patrones de respuesta,

componente fundamental que permite evidenciar el curso de la transición, a través de indicadores de proceso y de resultado. Dentro de los indicadores de proceso, se puede establecer, entre otros, el desarrollo de confianza y afrontamiento, que indica el nivel de comprensión de los diferentes procesos inherentes al diagnóstico, tratamiento, convivencia con la enfermedad crónica, además de la utilización de los recursos y el desarrollo de estrategias de automanejo.

Dentro de este orden de ideas se encuentra los patrones de respuesta a las condiciones crónica en donde los participantes expresan una amplia gama de sentimientos en torno a sus enfermedades crónicas, que van desde la sensación de control y bienestar hasta la resignación y el temor. El autocuidado parece estar relacionado con una percepción positiva del bienestar, pero las enfermedades crónicas también traen consigo una carga emocional significativa. El miedo a perder el control y la preocupación por el deterioro progresivo influyen en cómo viven su enfermedad, y esto afecta no solo su salud física, sino también su estado emocional y mental.

Estas variaciones sugieren la necesidad de enfoques personalizados en la atención a esta población, lo cual es consistente con los hallazgos de Simões y Souza Filho (2014), porque la experiencia de la enfermedad es aceptada como un hecho médico y social, frente al cual el individuo enfermo se siente asociado en corresponsabilidad. Además, Vargas et al. (2017), expresan la importancia de las practica de salud incluyen el cuidado en todas las dimensiones del ser humano (física, mental, social, espiritual y emocional), lo que hace pensar que los adultos mayores tiene un concepto más amplio e integral de salud, lo que concuerda con Berghetti L. et al. (2023), donde subraya la importancia de reconocer y apoyar las modificaciones y distinciones significativas que los pacientes experimentan al pasar de una condición previa a una presente como por ejemplo los cambios físicos, cambios en la perspectiva de la vida y en la identidad. Estas transformaciones incluyen cambios en su percepción de la enfermedad, la adopción de nuevos comportamientos y actitudes, y la adaptación a nuevas rutinas de cuidado.

Por otro lado, los testimonios de los participantes refieren que las experiencias a la atención de los profesionales de la salud en las instituciones muestran una actitud predominantemente positiva hacia la atención médica que han recibido, lo que está relacionado con su percepción de bienestar. La confianza en los profesionales de salud y la calidad de la relación con ellos parecen jugar un papel fundamental en cómo experimentan su cuidado. Aunque algunos manifiestan gratitud y satisfacción plena, también se observan matices de cautela en algunos comentarios, lo que sugiere que, aunque la experiencia actual es positiva, no se asume necesariamente que será constante a largo plazo.

Las interacciones positivas con el personal de salud generan un sentimiento de bienestar y satisfacción con la atención, lo que impacta directamente en su percepción de salud. Este hallazgo es respaldado por la investigación de Arroyo y Vázquez García (2016), respecto a las percepciones de satisfacción en el trato, la atención y el suministro oportuno de medicamentos y otros servicios, debemos considerar que hay experiencias reales de buena atención en muchos de los usuarios de los servicios sanitarios. Lo interesante aquí es valorar la percepción de aquellos que atribuyen a la suerte el hecho de ser bien atendidos. Es decir, no le dan un significado relacionado con sentirse personas con derecho a recibir una atención adecuada.

A continuación, abordando las percepciones de riesgo por edad los participantes muestran una variedad de emociones y actitudes hacia sus condiciones de salud, desde la carga de responsabilidades familiares y la ansiedad hasta la aceptación resignada y el miedo a la muerte. Hay una clara conexión entre su estado de salud y sus preocupaciones sobre la familia, la soledad y la incertidumbre del futuro. Mientras algunos adoptan una actitud más adaptativa frente a sus enfermedades, otros se sienten abrumados por la carga emocional de su situación, reflejando la complejidad de vivir con enfermedades crónicas y las múltiples dimensiones que impactan su calidad de vida, lo cual es consistente con los hallazgos de Hernández et al. (2016) en su metaanálisis refieren que la metamorfosis del cuerpo es una experiencia corporeizada de la enfermedad, producida por los cambios en los cuerpos atribuidos a la enfermedad, efectos del tratamiento y cambios relacionados con la edad y/o las

co-morbilidades. Los autores coinciden en que un paciente comprometido con el manejo de su enfermedad influye significativamente en los resultados de salud, mejorando su calidad de vida. Para lograrlo, es necesaria una participación activa en el cuidado, lo que permite la autogestión de la enfermedad mediante el monitoreo de síntomas, el ajuste del estilo de vida y la comunicación de preocupaciones al equipo médico. De esta manera, los pacientes suelen sentirse más empoderados y satisfechos con los servicios de salud, al tener mayor control sobre su estado de salud y una mayor disposición para seguir el plan de tratamiento prescrito, realizar cambios en su estilo de vida y cumplir con las recomendaciones específicas.

Respecto a los determinantes sociales de la salud los sujetos del estudio subrayan la complejidad de vivir con enfermedades crónicas en la adultez mayor. La interconexión de factores sociales, emocionales y económicos se evidencia en las experiencias compartidas por los participantes, lo que indica que cualquier intervención debe ser holística y considerar todos estos aspectos. Al abordar los determinantes de la salud de manera integral, se puede mejorar no solo el manejo de las enfermedades crónicas, sino también la calidad de vida de los adultos mayores en general. Por su parte, Hernández et al. (2016), evidenciaron que la calidad de vida en los adultos mayores que vivían en zonas rurales fue más elevada que los que vivían en zonas urbanas. También identificaron diferencias en las dimensiones de este factor, ya que en el primer grupo resaltaron muerte e intimidad, y en el segundo grupo, las habilidades sensoriales, participación social y actividades presentes, pasado y futuras lo cual influye los otros determinantes sociales de salud.

Dentro de este orden de ideas se encuentra las redes sociales y comunitarias en el cual los discursos de los sujetos de estudio manifiestan una variedad de situaciones en torno a la atención médica y el apoyo social. Algunos muestran un fuerte sentido de independencia y capacidad de autogestión, mientras que otros evidencian la importancia del apoyo familiar. Estas dinámicas pueden influir en su bienestar general, la calidad de la atención que reciben y su capacidad para afrontar desafíos de salud. Además, el apoyo emocional y social parece ser un componente importante para el manejo de la salud, lo que subraya la relevancia de la red de apoyo en el proceso de

atención médica. Lo anterior expuesto coincide Hernández et al. (2016), al referir la importancia de la familia, los cuidadores informales y las redes sociales desempeñan un papel importante en el mantenimiento, protección y recuperación de la salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas. Por un lado, las relaciones familiares otorgan nuevos significados a la enfermedad transformando el padecimiento en una experiencia positiva que favorece la autogestión.

Finalmente, en los discursos de las y los adultos mayores existió un eje temático transversal, que refirió condiciones socioeconómicas culturales y ambientales, el cual a través de los testimonios reflejan una variedad de experiencias en torno al acceso a los servicios de salud. Mientras algunos participantes enfrentan barreras significativas, como la dificultad de transporte, otros tienen acceso relativamente fácil a la atención médica. La movilidad y el transporte son factores cruciales que pueden influir en la capacidad de los participantes para asistir a consultas y recibir atención médica. Además, la sensación de seguridad en el transporte parece ser un elemento importante que afecta las decisiones de los participantes sobre cómo llegar a sus citas. Esto resalta la necesidad de abordar las cuestiones de accesibilidad y transporte en la atención médica para mejorar la experiencia del paciente. Así pues, Rodríguez et al. (2017), hacen referencia a la distancia no usual hasta ahora- que existe entre los centros de salud y las viviendas de la población, sumado a las características propias de la edad de estas personas y a las insuficientes alternativas de transporte disponibles constituyen limitaciones para el acceso a estas instalaciones.

Lo anterior se fortalece con los hallazgos asociados al tipo de vivienda, del estudio de Ferraz y Silva (2015), en el que encontraron que los adultos mayores que vivían en sus hogares, respecto a quienes estaban institucionalizados en residencias geriátricas, tuvieron menor calidad de vida, sobre todo en el funcionamiento de los sentidos y la participación social.

CONCLUSIONES

El proceso de salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor constituye un tema de creciente relevancia en el contexto de los sistemas de salud contemporáneos. A través de esta investigación, se buscó analizar de manera profunda las interacciones entre estos tres componentes y cómo afectan la calidad de vida de los adultos mayores en una colonia marginada de la ciudad urbana. A lo largo del estudio, se identificaron una serie de factores determinantes que condicionan el acceso a servicios de salud, la percepción del bienestar y las estrategias de autocuidado implementadas por esta población.

Uno de los primeros hallazgos clave fue la estrecha relación entre el estado de salud de los adultos mayores y la accesibilidad de los servicios médicos y a las instituciones de salud. Se evidenció que, en la zona estudiada, los centros de salud están distantes o el acceso es limitado, los adultos mayores enfrentan serias dificultades para obtener una atención médica oportuna y adecuada. Así mismo, de acuerdo con los testimonios de los entrevistados refirieron que la primera institución a la que ellos acuden cuando están enfermos son el consultorio de una farmacia de la colonia la cual se podrá considerar como primer nivel atención de forma particular donde ellos se atienden los problemas de salud que padecen de manera instantánea. El proceso de envejecimiento en la población de adultos mayores está vinculado a un componente emocional influenciado por factores culturales. Sin embargo, el aspecto físico adquiere mayor importancia cuando se enfrenta una enfermedad crónico-degenerativa, debido a las limitaciones en la recuperación de la salud. Así, el envejecimiento se presenta como un factor que incide en el proceso salud-enfermedad-atención, particularmente en el cuidado y atención de los problemas de salud en la mayoría de los casos analizados.

En este contexto, los problemas de salud que podrían abordarse preventivamente se ven exacerbados por la falta de intervención temprana, lo que lleva a un mayor deterioro de las condiciones físicas y mentales de las personas mayores. Esto subraya la necesidad de reforzar las políticas públicas orientadas a mejorar la infraestructura de salud en áreas marginadas.

Asimismo, esta investigación logró cumplir con los objetivos planteados inicialmente. Se realizaron entrevistas a profundidad con los sujetos de estudio de la colonia, lo que permitió no solo identificar sus principales problemas de salud, sino también entender sus percepciones y sentimientos en torno a la atención que reciben. Además, se analizó cómo las redes de apoyos (familiares, comunitarios o institucionales) influyen en la manera en que estos individuos manejan su salud. En términos generales, se concluyó que las personas con acceso a redes de apoyo tienden a enfrentar mejor el proceso de la enfermedad y a tener un mayor bienestar emocional y físico.

En cuanto a la pregunta de investigación, se logró dar respuesta a la misma de manera satisfactoria. Se identificó que la mayoría de los adultos mayores de la colonia estudiada, presentan condiciones crónicas de salud, como diabetes e hipertensión, que requieren de atención constante. Sin embargo, la accesibilidad limitada a los servicios médicos hace que muchos recurran a prácticas de autocuidado que, en ocasiones, resultan insuficientes debido a la práctica de los conocimientos básicos de su patología presente. De este modo, se puede confirmar que la falta de servicios de salud adecuados aumenta la vulnerabilidad de esta población.

Una de las reflexiones más importantes que surge de esta investigación es la siguiente: si los servicios de salud en esta colonia no mejoran, el futuro de la población adulta mayor será incierta, es decir se reflejará a futuro, no muy lejano la falta de atención médica de calidad, trayendo consigo un deterioro físico, mental y social más rápido, afectando profundamente el bienestar emocional y psicológico de los adultos mayores y sus familias. El sentimiento de abandono y desprotección que experimentan muchos de los entrevistados es un claro indicador de que el sistema de salud actual no está respondiendo de manera adecuada a sus necesidades.

Si no se toman medidas correctivas, las consecuencias podrían ser graves, no solo para los adultos mayores, sino también para sus familias y la sociedad en general.

En contraste, es urgente implementar mejoras en los servicios de salud, para que la población adulta mayor en esta colonia pueda experimentar cambios significativos en

su calidad de vida. El acceso a atención preventiva, los programas de manejo de enfermedades crónicas y el apoyo emocional contribuirán a prolongar la autonomía y el bienestar de este grupo etario, que son vulnerables a los diferentes factores que afectan su salud. Además, el fortalecimiento de las políticas de autocuidado, con un enfoque en la educación para la salud, permitirá a los individuos manejar mejor sus propias condiciones y reducir su dependencia de los servicios médicos, que actualmente en el sistema de salud son escasos debido a la gran demanda de personas con enfermedades crónicas degenerativas propias de la edad adulta.

Un análisis comparativo entre esta colonia y otras de la ciudad sugiere que las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores son similares en muchas áreas urbanas marginadas. Las barreras económicas, geográficas y sociales para el acceso a la atención médica son comunes en diferentes contextos, lo que refuerza la idea de que la situación encontrada en esta investigación no es única. El sistema de salud de México con otros organismos internacionales, en su conjunto, deben enfocarse en desarrollar estrategias más inclusivas y accesibles para atender a la población adulta mayor. De lo contrario, la desigualdad en la atención continuará aumentando, afectando a las comunidades más desprotegidas.

Otra área importante que requiere reflexión es la relación entre el costo de los servicios de salud y el acceso a estos. A lo largo del estudio, quedó claro que muchos adultos mayores simplemente no pueden costear los medicamentos o tratamientos necesarios para mantener un estado de salud adecuado. Esta barrera económica, combinada con la lejanía de los centros de salud, genera un círculo vicioso en el que los individuos se ven obligados a priorizar sus gastos, frecuentemente en detrimento de su salud. Es necesario que las políticas públicas aborden de manera más directa este problema, quizás mediante subsidios o programas de atención médica gratuita o bien a través de visitas domiciliarias por parte de las instituciones de salud como el programa de médico en tu casa, para las personas mayores en situaciones de vulnerabilidad económica.

Finalmente, uno de los aspectos más importantes a destacar es que, aunque esta investigación logró aportar una visión integral sobre el proceso salud-enfermedad-atención en los adultos mayores, quedaron algunos temas pendientes que merecen mayor atención en estudios futuros. Como investigar más a fondo cómo la presencia (o ausencia) de redes de apoyo comunitarias afecta el bienestar de los adultos mayores en diferentes contextos socioeconómicos. Asimismo, es necesario explorar cómo las tecnologías emergentes, como la telemedicina, la inteligencia artificial, entre otras, podrían ofrecer soluciones prácticas a la falta de servicios médicos en áreas remotas o con acceso limitado.

Por otra parte, es necesario analizar las políticas de envejecimiento activo o saludable, las cuales no fueron abordadas de manera extensa en este trabajo. Estas políticas podrían jugar un papel crucial en la promoción de un estilo de vida saludable y en la prevención de enfermedades crónicas entre los adultos mayores. Explorar la implementación de dichas políticas en contextos urbanos y rurales ofrecería una perspectiva enriquecedora para futuras investigaciones.

RECOMENDACIONES

El establecimiento de recomendaciones en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor responde a la necesidad de comprender cómo los factores sociales, económicos y culturales influyen en la forma en que esta población enfrenta los desafíos relacionados con su bienestar físico y de las enfermedades crónicas. En la colonia Jesús Manuel Cámez Valdés, un contexto que refleja características propias de sectores vulnerables en México, es fundamental analizar las dinámicas que determinan el acceso a servicios de salud y la atención recibida por los adultos mayores, dado que estos factores inciden directamente en su calidad de vida.

La finalidad de estas recomendaciones es, por un lado, sensibilizar al personal de salud y a las instituciones sobre las particularidades de la población adulta mayor en esta colonia, y por otro, fomentar la implementación de políticas públicas que favorezcan una atención integral y equitativa. Esto implica no solo mejorar los servicios médicos, sino también incluir estrategias educativas y de promoción de la salud que contemplen aspectos psicosociales y comunitarios, reconociendo que la salud, no es solo una cuestión biológica, sino también el resultado de un proceso complejo de interacciones con su entorno social.

- Evaluar la efectividad de diferentes modelos de atención integrada para manejar la comorbilidad en adultos mayores. Estos modelos pueden incluir equipos multidisciplinarios, gestión de casos y programas de atención centrada en el paciente, con el objetivo de identificar las mejores prácticas que mejoren los resultados de salud y reducir complicaciones y hospitalizaciones.
- Realizar un análisis detallado de cómo los factores socioeconómicos y culturales influyen en el proceso salud-enfermedad-atención. Este análisis puede revelar desigualdad, inequidad e injusticia en el acceso a los servicios de salud y en los resultados de salud, proporcionando información valiosa para el diseño de políticas y programas más equitativos.

- Utilizar métodos mixtos de investigación que combinen enfoques cualitativos y cuantitativos. Los métodos cualitativos pueden proporcionar una comprensión profunda de las experiencias y percepciones de los adultos mayores, mientras que los métodos cuantitativos pueden ofrecer datos estadísticamente significativos sobre patrones y tendencias en la salud y la atención.
- Evaluar la efectividad de distintas intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas a adultos mayores. Esto incluye programas de promoción de la salud, manejo de enfermedades crónicas y estrategias de rehabilitación, con el fin de identificar las prácticas más eficaces y eficientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre, J., & Jaramillo, L. (2013). Tesis de la carga teórica de la observación y constructivismo. *Cinta de Moebio*, 47, 74-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000200002>

Ardila, Enrique. (2018). Las enfermedades crónicas. *Biomédica*, 38(Supl. 1), 5-6. Retrieved October 21, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000500005&lng=en&tlng=es.

Arroyo Rueda, M. C., & Vázquez García, L. (2016). Percepción de personas mayores sobre la atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de Durango. *Revista pueblos y fronteras digital*, 11(21), 144-172.

Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.

Barbosa, S. M., Zacharias, F. C. M., Schönholzer, T. E., Carlos, D. M., Pires, M. E. L., Valente, S. H., ... & Pinto, I. C. (2023). Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), e20220772.

Berghetti, L., Danielle, M. B. A., Winter, V. D. B., Petersen, A. G. P., Lorenzini, E., & Kolankiewicz, A. C. B. (2023). Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y su relación con las características clínicas y sociodemográficas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4013.

Biblioteca del Ministerio de Salud (2018). Automanejo de Enfermedades no Transmisibles [PDF]. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>

Brown, A., Thompson, R., & García, M. (2020). Socioeconomic determinants of health: A comprehensive review. *Journal of Public Health Research*, 12(3), 45-58.

Calvo C, & Abreu S, (2017). Humanización del cuidado, vivencias, experiencias y percepciones de personas con enfermedades crónicas en un área sanitaria de la provincia de Sevilla (tesis de doctorado). Universidad de Huelva. Sevilla, España.

https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14775/Humanizacion_del_cuidado.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). CEPAL examina el panorama actual del envejecimiento en la región, así como avances y desafíos en su ejercicio. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-examina-panorama-actual-envejecimiento-la-region-asi-como-avances-desafios-ejercicio>

Chen, H., & Lee, J. (2021). Cultural influences on health behavior and perceptions. *Global Health Perspectives*, 18(1), 89-102.

Consejo Nacional de Población (2021). Informe del Día Internacional de las Personas de edad en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-284170>

D'Amico, M. (2016). La definición de la desigualdad en las agendas recientes de los organismos internacionales para América Latina. *Revista Colombiana de Sociología*, 39(1), 221-240. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsc.v39n1.56348>

Das, M., & Bhattacharyya, A. (2020). Subjective wellbeing through social support networks among Indian Peri-Urban elderly. *Indian Journal of Gerontology*, 34(3), 293-312.

Diario Oficial de la Federación de México. (2014). Ley general de salud en materia de investigación para la salud. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Echeverría, A., Astorga, C., Fernández, C., Salgado, M., & Villalobos Dintrans, P. (2022). Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista panamericana de salud pública* 46, e34. Recuperado 15 de noviembre de 2022, de <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.34>

Enríquez Rosas, R. (2011). Subjetividades, emociones sociales y exclusión social urbana en adultos mayores en la zona metropolitana de Guadalajara. M. Iván Patiño, D. Martínez y Valencia, E.(coords.). *La necesaria reconfiguración de la política social de México*. México: Universidad de Guadalajara, Fundación Konrad Adenauer y Universidad Iberoamericana-León, 161-174.

Fernández, Vicenta, Guerra, Carmen Amarilis, Rondón, Rosa, Varón, Milagros, Gainza, Carmen, Ortega, Neris, & Rodríguez, Lilia. (2014). Significado de envejecer para profesionales de enfermería en los escenarios de su práctica. *Salus*, 18(3), 15-20. Recuperado en 21 de octubre de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382014000300004&lng=es&tlng=es.

Ferraz, E. and Silva, S. (2015). Comparative study of quality of life of elderly living in condominiums versus community dwellers. *Investigación y Educación en Enfermería*. 33(1): 53-62.

Ferrer, A., Formiga, F., Sanz, H., Monserrate, E., Verges, D., & Octabaix, G. (2014). Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. *Atención primaria*, 46(9), 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.004>

Flores Martínez, Rosa María, & Garay Villegas, Sagrario. (2021). Vejez rural, redes de apoyo y trayectorias: un estudio comparativo entre México y España. *Revista pueblos y fronteras digital*, 16, e508. Epub 28 de abril de 2023. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2021.v16.508>

Fusté Bruzain, Mercedes, Pérez Inerárity, Maydell, & Paz Enrique, Luis Ernesto. (2018). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12. Recuperado en 24 de mayo de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012&lng=es&tlng=es.

García-Solano, Beatriz & Jiménez, Evelin & Soriano, Juan. (2022). Alfabetización en salud de madres trabajadoras para el manejo de Diabetes Tipo 2. *Revista Científica de Psicología Asunción (Paraguay)* 19. 308-323. Recuperado de: <https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/72/75>

Gobierno de México. PENSION ISSSTE (2017). Día del Adulto Mayor. Recuperado de <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

Gobierno de México (2019). Informa CONAPO sobre la esperanza de vida de la población mexicana. Recuperado de <https://www.gob.mx/segob/prensa/informa-conapo-sobre-la-esperanza-de-vida-de-la-poblacion-mexicana>

Gómez Arias, R. D. (2018). La vida y el sufrimiento más allá del cuerpo. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 36, 103–129. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.335874>

González, E. (2013). Acerca del estado de la cuestión o sobre un pasado reciente en la investigación cualitativa con enfoque hermenéutico. *Unipluriversidad*, 13(1), 60- 63.

Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *American journal of public health*, 104(8), e25-e31.

Grady, P. A., & Gough, L. L. (2018). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *American Journal of Public Health*, 108(Suppl 6), S437–S444. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041s>

Hernández, M. V., González, C. P. I., García, R. E. M., de los Reyes Nieto, L. R., Leo, A. S., & Flores, R. M. C. (2022). Evaluación del nivel de autogestión y resultados de salud en adultos mayores con diabetes en pandemia COVID-19. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 15(1), 49-56.

Hernández Zambrano, S.M., Hueso Montoro, C., Montoya Juárez, R., Gómez Urquiza, J.L. y Bonill de las Nieves, C. (2016). Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 20, 44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.07>

Hernández, J., Chavez, S., and Carreazo, Y. (2016). Health related quality of life of the elderly population in a rural and urban area of Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 33(4): 680-688

Hernández, R. Méndez, S. Mendoza. (2014). Capítulo 1. En *Metodología de la investigación*, página web de Online Learnig Center. Consultado en la red mundial el 29 de marzo del 2024. Recuperado <https://goo.gl/wDW6Ce>

Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós

Impacto de la enfermedad crónica infantil en la vida familiar Inés Alonso Expósito (2016). Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11667/Alonso%20Expósito%20Inés.pdf?sequence=1>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Aspectos Geográficos del Estado de Sinaloa. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/areasgeograficas/resumen/resumen_25.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN). Base de datos Segundo trimestre de 2022. SNIEG. Información de Interés Nacional. Recuperado de

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

Jama, V., y Cornejo, J. (2016). Las condiciones socioeconómicas y su influencia en el aprendizaje: un estudio de caso. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 2(1), 102-117.

Johnson, L., Martinez, R., & Patel, S. (2020). Key determinants of patient experience in professional healthcare settings. *International Journal of Medical Practice*, 38(2), 89-101.

Lee, H., Kim, J., & Park, S. (2020). The role of healthcare environment in patient satisfaction and experience. *Healthcare Management Review*, 32(4), 178-190.

Liu, J., Zhang, Y. (2019). Health status and health disparity in China: a demographic and socioeconomic perspective. *China Population and Development Studies*, 2, 301-322. Doi: <https://doi.org/10.1007/s42379-018-0015-y>

Lopera-Escobar, A., & Bastidas-Acevedo, M. (2018). Experiencias en la atención médica de madres de niños y niñas con síndrome de Down. Estudio cualitativo con técnicas etnográficas. *Acta pediátrica de México*, 39(2), 109-120.

Martínez, M. (1996). *Investigación cualitativa. El comportamiento humano*. (2ª ed.). México: Trillas.

Martínez Ríos, N. C., & Franco Corona, M. B. E. (2018). Vivencias del adulto ante la enfermedad crónica degenerativa. *Jóvenes en la ciencia*, 4(1), 410–415. Recuperado de <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2389>

Miller, D., White, A., & Kim, H. (2022). The role of health education in modifying risk perceptions across different age groups. *Public Health Education Journal*, 34(2), 123-135.

Moreno Sánchez, Ana Rosa. (2022). Salud y medio ambiente. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(3), 8-18. Epub 01 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.3.02>

Neira-Vallejos, Sebastián, & Ortiz, Manuel S. (2020). Comparación social y su impacto en enfermedades crónicas. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(2), 243-258. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200243>

Núñez C, & Ninatanta O, (2021). “Vivencias de los adultos mayores jubilados, con enfermedades crónico degenerativas. Cajamarca 2019”. (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe sobre las enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud (2022). Informe de envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Década del envejecimiento Saludable 2020-2030. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Papalia, D. (2012). Desarrollo Humano. (13 ed). Editorial Mc Graw Hill. Recuperado de <https://psicologoseducativosgeneracion20172021.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>

Pascual Sánchez, A., & Caballo-Escribano, C. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería global*, 16(46), 281-294.

Paulino, M., & Thouyaret, L. (2006). Abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención: una reflexión desde las ciencias sociales. *Gaceta Urbana. Proyecto Urbano de Salud*, 4, 50-51.

Peñarrieta De Córdova, M., Vergel Camacho, S., Lezama Vigo, S., Rivero Álvarez, R., Taipe Cancho, J., & Borda Olivas, H. (2013). El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud.

Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista española de geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

Ramal-Moreno, Jojay S, Urday-Fernández, Dayana, Ricapa-Guerrero, Miguel, Sánchez-Salazar, Renato, & Cuba-Fuentes, María S. (2020). Abordaje de problemas crónicos en atención primaria mediante el modelo tareas orientadas a los procesos de cuidado (TOPIC). *Revista Médica Herediana*, 31(3), 193-200.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3811/4291>

Ramos O., Jaimes M. A., Juajinoy A. M., Lasso A. C. y Jácome S. J. (2017). Prevalencia y factores relacionados de sobrepeso y obesidad en estudiantes de una universidad pública. *Revista española de nutrición comunitaria*, 23 (3).
https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/05. Prevalencia y factores VS DEF W EB 2020_09_09.pdf

Rodríguez Cabrera, A., Collazo Ramo, M., Calero Ricard, J. L., Álvarez Vázquez, L., & Castañeda Abascal, I. (2017). Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 349-360.

Rodriguez, M., Hernandez, L., & Garcia, S. (2020). Age-related differences in health risk perception: A cross-sectional study. *Journal of Health Psychology*, 25(5), 657-668.

Roldan-Ramírez, E. L., Díaz-Sánchez, R., & Vargas, C. A. (2023). Redes sociales de apoyo formales e informales para la reducción de pobreza del adulto mayor y su familia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 55.

Rugeles-Estupiñan A, Gogeochea-Trejo MC, Pavón-León P, Blázquez-Morales MSL. (2022) Vivencias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con los nutricionistas: estudio cualitativo. *Salud UIS*. 54.e: 22043 doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22043>

Sacchi, Mónica, Hausberger, Margarita, & Pereyra, Adriana. (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*, 3(3), 271-283. Recuperado de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005&lng=es&tlng=es.

Sánchez Pérez, R. M. (2019). Factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus tipo II en pacientes adultos mujeres del servicio de medicina, Hospital Sergio Enrique Bernales-2018.[Tesis para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Inca Garcilaso de La Vega, Facultad de Enfermería] <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4576>

Sanhueza Muñoz, Macarena Patricia, ParavicK Ijin, Tatiana, & Lagos Garrido, María Elena. (2024). La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (46), 58603. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.53066>

Santos, C., Fernandes, C. S., Bastos, C., Cruz, M. A., Costa, S., & Lima, L. (2023). Experiencia de adultos mayores «PT4Ageing». Un programa de autogestión de enfermedades crónicas. *Enfermería Clínica*, 33(5), 346-352.

Simões, K., & Souza Filho, E. (2013). Viviendo con una enfermedad crónica fatal: significados en una muestra brasileña. *Universitas Psychologica*, 12(1),63-71. ISSN: 1657-9267. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728729007>

Strauss, A.L. & Corbin, J. (2002). Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Colombia, Universidad de Antioquia. pp. 157-177. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/145/14531006006.pdf>

Streubert H, Carpenter D. (2011). Qualitative research in Nursing. Advancing the humanistic imperative. 5a. ed. Philadelphia: Lippincott; pp. 33-52. Recuperado de: <https://oysconmelibrary01.files.wordpress.com/2016/09/qualitative-research-in-nursing-advancing-the-humanistic-imp.pdf>

Tenjo-Cogollo M.(2018) Acompañamiento a enfermos de difícil cura a partir de Lc 23,39-43. *Theol Xaver*. 68(186):39-43

Thompson, R., & Lee, J. (2021). Preventive health behaviors and risk perception in older adults. *Aging & Health Research*, 9(1), 45-53.

Vargas, M. D. L. (2018). Prácticas de autocuidado en adultos mayores: un estudio cualitativo en una población mexicana. Recuperado de DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17065>

Zakkar, M. (2019), "Patient experience: determinants and manifestations", *International Journal of Health Governance*, Vol. 24 No. 2, pp. 143-154. Recuperado de <https://doi.org/10.1108/IJHG-09-2018-0046>

Zenteno López, M. A., Carreón Lozano, T., Martínez Villanueva, C., García Solano, B., & García Madrid, G. (2018). Proceso de vivir con diabetes tipo 2 de la persona y familia: una Teoría Fundamentada. *Revista CuidArte*, 7(14), 6–17. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2018.7.14.69139>

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Agosto Septiembre 2022	Octubre Noviembre Diciembre 2022	Enero 2023	Febrero Abril 2023	Mayo Julio 2 023	Agosto Octubre 2023	Noviembre Diciembre 2023	Enero Marzo 2024	Abril Junio 2024	Julio 2024	Agosto 2024
Revisión de literatura											
Planteamiento del problema											
Pregunta de investigación											
Construcción de objetivos											
Presentación del 1er coloquio de investigación											
Metodología											
Recolección de datos											
Análisis de datos											
Resultados preliminares											

Resultados finales												
Discusión												
Conclusiones												
Reporte final												

ANEXO 2. INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN.



Guía de entrevista sobre *el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor de la Colonia Jesús Manuel Cámez Valdés (Culiacán, Sinaloa)*

Fecha _____ Hora de inicio _____ Hora de termino _____

Lugar _____

Nombre del investigador _____

Datos del participante: _____

Edad _____ Sexo: _____ Grado estudio _____

Preguntas generadoras de la investigación.

1. ¿Usted padece alguna enfermedad crónica?
2. ¿Quién le diagnóstico la enfermedad?
3. Acude a un centro de atención al control de su enfermedad crónica
4. ¿Cuándo usted se enferma se automedica?
5. ¿Cómo recibe la atención por parte de los profesionales de la salud cuando acude a una institución de salud?
6. ¿Para usted que significa enfermarse?

7. ¿Cómo considera el estado de su enfermedad actualmente?
8. ¿Qué sintió cuando le diagnosticaron su enfermedad?
9. ¿Considera usted que la enfermedad le ha llegado afectar su vida familiar?
10. ¿Considera que el profesional de salud le brindo información clara de cómo continuar el tratamiento en casa?
11. ¿Recibe de parte de sus familiares acompañamiento cuando asiste a consulta médica?
12. ¿Existe alguna dificultad para ir a la atención médica?
13. ¿Cree usted que el significado de su enfermedad ha cambiado en los últimos años?
14. ¿Qué le parece los horarios de atención que ofrece la institución?
15. Aparte de acudir a su institución de seguridad social ¿Tiene otra opción para ir cuando está enferma (o)?

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ENFOQUE
PROFESIONALIZANTE**



Consentimiento informado

En la Cd. De Culiacán, Sinaloa; siendo el día_____ del mes de_____ del 2024.

A quien corresponda:

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para formar parte de una investigación científica, no lucrativa, que se titula: **El Proceso Salud-Enfermedad-Atención en la población adulta mayor de la colonia Jesús Manuel Cámez Valdés (Culiacán, Sinaloa)** que tiene como objetivo: Describir el proceso salud-enfermedad-atención en la población adulta mayor. A la vez autorizó y comprendo que el investigador me entrevistará y me grabará y transcribirá la entrevista después de concluirla el día y la hora indicada. La entrevista tendrá una duración de 1 hora como máximo y podrá localizarme para más información en un futuro.

Mis respuestas a las preguntas se tratarán con respeto hacia los principios de protección de la intimidad y confidencialidad, y no se proporcionarán a nadie más y no seré identificado (a) de ninguna manera en cualquier reporte. Estoy enterado también que toda pregunta, duda o aclaración, será respondida a plena satisfacción cuando yo así lo solicite de manera personal o telefónica por el responsable de este proyecto de investigación.

Estudiante de la maestría en enfermería, de la FEC, UAS, con el número de teléfono: 6677132771, domicilio en calle Álvaro Obregón S/N Col. Tierra Blanca, Culiacán, Sinaloa, México.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Anexo 4. Esquema de aportaciones teóricas

Teoría	Autor	Descripción	Aplicación en la Población Adulta Mayor en México
Teoría del Autocuidado	Dorothea Orem	Enfoca en la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. Define tres sistemas: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo-educación.	Promueve la autonomía en adultos mayores al enseñar y apoyar en prácticas de autocuidado, como la alimentación y la medicación, crucial en zonas rurales y urbanas mexicanas
Modelo de Adaptación	Sor Callista Roy	Propone que los individuos son sistemas biológicos, psicológicos y sociales que necesitan adaptarse a cambios del entorno para mantener la salud.	Facilita intervenciones que ayudan a los adultos mayores a adaptarse a los cambios asociados con el envejecimiento, considerando la diversidad cultural y socioeconómica de México.
Teoría de la Transición	Afaf Meleis	Se enfoca en los procesos de transición que experimentan las personas a lo largo de su vida, incluyendo transiciones de salud-enfermedad y de vida-muerte.	Apoya la adaptación de los adultos mayores a transiciones importantes, como la jubilación o el ingreso a una residencia, con especial atención a los contextos familiares y comunitarios en México.
Teoría de la	Madeleine	Estudia cómo los factores	Aborda las necesidades de

Enfermería Transcultural	Leininger	culturales influyen en los cuidados de enfermería, promoviendo un cuidado culturalmente congruente.	los adultos mayores mexicanos al considerar sus creencias y prácticas culturales en el diseño y la implementación de planes de cuidado.
-----------------------------	-----------	---	---