

## **Autopercepción del estado de salud desde quien padece diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia**

Bárbara L. Cuevas Muñiz  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
[barbara\\_cuevas@hotmail.com](mailto:barbara_cuevas@hotmail.com)

Sandra Carmona  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
[carmona.uanl@gmail.com](mailto:carmona.uanl@gmail.com)

Raúl E. López Estrada  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
[raul.lopez@uanl.edu.mx](mailto:raul.lopez@uanl.edu.mx)

### **Resumen**

El propósito de esta investigación consistió en profundizar la experiencia de vida en mujeres mayores con una enfermedad crónica degenerativa, específicamente diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia y que viven en contextos de pobreza urbana. La metodología cualitativa fue fenomenológica y el análisis se centró en 8 mujeres en un rango de edad entre 60 y 75 años que padecen diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia desde hace más de cinco años y asisten cada mes a la consulta de atención médica del sector público en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, concretamente en las colonias Josefa Ortiz de Domínguez y Monte Kristal (ambas colonias declaradas con pobreza urbana por la SEDESOL). Las entrevistas a profundidad se realizaron a partir de agosto de 2011 a Junio de 2014 y sus categorías de análisis fueron la percepción de salud y de enfermedad, la atención y el cuidado, la enfermedad crónica degenerativa y pobreza, las trayectorias de salud y los cuidados de la salud (alimentación, ejercicio y descanso). Los principales resultados obtenidos es la relación de la salud a un estado físico, la relación de la enfermedad con un estado emocional; y la condición de pobreza como un factor que limita el control de las mismas derivado de la falta de acceso a un tratamiento personalizado. En conclusión, para las mujeres entrevistadas la limitación en el ingreso económico, el nivel educativo, el estado civil y el lugar de nacimiento son factores importantes en el desarrollo de su propia enfermedad, debido a que dichas condiciones y circunstancias aunado a una alimentación no equilibrada y la falta de actividad física complicaron su estado de salud en la vejez.

Palabras clave: enfermedad crónico-degenerativa, pobreza, salud, percepción, atención y cuidado.

## **Abstract**

The purpose of this research was to investigate the life experience of elderly women with a chronic degenerative disease, specifically diabetes mellitus, hypertension and/or hypercholesterolemia, and who live in urban poverty contexts. The methodology was a qualitative and phenomenological analysis focused on eight women ranging in age between 60 and 75 years, who suffered from diabetes mellitus, hypertension and/or hypercholesterolemia for over five years, and who attend, on a monthly basis, a public health care clinic in the metropolitan area of Monterrey, Nuevo León, that is, in the Josefa Ortiz de Domínguez and Monte Kristal colonies (both colonies declared with urban poverty by SEDESOL). In-depth interviews were conducted from August 2011 to June 2014 and the categories for their analysis were their perception of health and illness, attention and care, chronic degenerative disease and poverty, health history, and health care habits (diet, exercise and rest). Main results indicate a relationship between health and a physical condition, a relationship between the disease with an emotional state; and poverty as a control limiting factor resulting from these women's lack of access to a personalized treatment. In conclusion, for the women interviewed income limitations, education level, marital status, and place of birth are important factors in the development of their own disease because such conditions and/or circumstances coupled with an unbalanced diet and lack of physical activity complicated their health state in old age.

Keywords: chronic degenerative disease, poverty, health, disease, perception, attention and care.

## **Introducción**

Dentro de las transformaciones ocurridas en México se observa la transición demográfica reflejada por la presencia de un mayor número de adultos mayores. Esta tendencia se puede observar al comparar los registros oficiales de los años 2000 y 2010. En 2000, las personas adultas mayores de 65 años o más representaba el 4.8% de la población total y para el año 2010, el grupo de adultos mayores alcanzó el 6.3% de la población nacional, es decir, 7, 077,538 adultos mayores (INEGI, 2010). Se espera que según las variaciones en los indicadores demográficos, esta tendencia no sólo continúe creciendo sino que además se acelere; ya que se proyecta para el año 2050, que la proporción de adultos mayores de 65 años en México pasará de 7 al 28 por ciento (CONAPO, 2003).

La proporción de mujeres adultas mayores ocupa un mayor porcentaje de la población envejecida en todos los grupos de edad ocasionado por la mayor esperanza de vida a nacer de 77.5 años para las mujeres a diferencia de 71.4 para los hombres, a este fenómeno se le conoce como feminización de la vejez. Actualmente, las personas

que cumplen 60 años tienen una esperanza de vida de 20.9 años para los hombres y de 22.9 años para las mujeres y se espera que continúe aumentando gradualmente con los años (INEGI, 2010).

Gracias a los avances médicos, tecnológicos, de higiene y nutrición se ha modificado las causas de mortalidad en la población, pasando de las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte a las enfermedades crónico-degenerativas (Ham, 2003) como la osteoporosis, obesidad, diabetes, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial y enfermedad de Parkinson (SSA, 2007). Hoy en día, encontramos que las principales causas de muerte son la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón en el lugar principal, posteriormente le siguen la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades hipertensivas. Lee, Gutiérrez y Gutiérrez (2009) encontraron que en el año 2009, el grupo de la tercera edad concentró el 30% de los ingresos hospitalarios y consultas especializadas, derivadas de enfermedades como cardiopatías, diabetes mellitus, infecciones respiratorias, artritis y artrosis.

Las enfermedades crónico-degenerativas se caracterizan por tener una etiología multifactorial y por presentar largos períodos de incubación sin la presencia de síntomas ni signos; una vez que aparecen los primeros signos prosigue un largo período clínico, debido a que dichas enfermedades van deteriorando el cuerpo progresivamente al afectar múltiples órganos y sistemas del organismo. Las enfermedades crónico-degenerativas además de ser las primeras causas de mortalidad en los adultos mayores son el principal factor de la pérdida de funcionalidad y autonomía (Campos, 2002); esta pérdida de salud y funcionalidad provoca malestar y depresión en el adulto mayor, estableciéndose un círculo vicioso que tiende a agravar el padecimiento del paciente (Aranda y Pando, 2009; Peralta y otros, 2010). Dado que dichas enfermedades son irreversibles, el tratamiento se centra principalmente en el control de los síntomas, con el objetivo principal de mantener la funcionalidad física y mental, la autonomía y el bienestar de los individuos.

A su vez, las enfermedades crónico-degenerativas se establecen y delimitan por el sistema social donde se desarrollan, por lo que son una expresión tanto sociocultural,

psicológica como orgánica del individuo. En otras palabras, las enfermedades crónico-degenerativas envuelven significados socialmente construidos a partir de referentes colectivos, por lo que, no representan sólo un trastorno biológico sino que involucra dimensiones sociales, culturales y psicológicas. Pasarín (2011), establece una diferenciación conceptual, a la parte biológica la denomina como *enfermedad* y a la parte individual/social que abarcan la manera de enfrentar los síntomas y el sufrimiento de quien la padece la denomina como *padecimiento*. Por su parte, Tomasini (2011) introduce el aspecto psicológico a dicha diferenciación, el cual, comprende las interpretaciones y aproximaciones de la enfermedad a través de las percepciones, emociones y sentimientos vividos de manera diferenciada según los significados sociales compartidos y los significados individuales atribuidos a su condición específica. Estas percepciones revelan aspectos emocionales que tienen una gran influencia en el estado de salud (Enríquez, 2011).

Asimismo, las enfermedades crónico-degenerativas se determinan también por la condición económica, las personas mayores que viven en condición de pobreza, al carecer de posibilidades para cubrir las necesidades básicas adecuan la atención de la salud, el tratamiento de la enfermedad, su alimentación e higiene a dichas condiciones económicas limitadas (Vélez, 1994); lo cual, constituye un grado mayor de vulnerabilidad debido a que dificulta la capacidad de controlar los síntomas de la enfermedad y mantenerse autónomos. En Nuevo León, registros oficiales indican que la población total de personas mayores de 70 años es de 116,372. De los cuales, solamente 14% de la población se encuentra laboralmente activa, 35.5% recibe una pensión y el 38.5% de la población es beneficiaria de algún programa federal (Consejo de Desarrollo Social, 2006).

Uno de los factores que pudiera mediar el seguimiento adecuado del tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas son los arreglos residenciales y la dinámica familiar, la composición del hogar presenta características fundamentales que delimitan la atención de la salud, la solidaridad de los hijos, la ayuda en caso de dependencia, la compañía, el aislamiento y la soledad. Los arreglos residenciales establecen acuerdos importantes que determinan el seguimiento adecuado al

tratamiento, por lo tanto, la composición del hogar en el que residen los adultos mayores puede contribuir en forma importante en su salud. En Nuevo León 6 de cada 10 adultos de 70 años o más cohabita con la familia, mientras que un 11% vive con su pareja o solo (Consejo de Desarrollo Social, 2006). De los cuales, el 2.2% son personas solas, aisladas, débiles o incapacitadas; 2.4% son parejas de mayores aisladas o parejas donde uno o dos están incapacitados; 0.6% mayores con dependientes jóvenes y 4.3% personas mayores viviendo con familias en donde no reciben alguna clase de ingreso (Consejo de Desarrollo Social, 2006).

Sin embargo, en México vivir en familia no es sinónimo de estabilidad y solvencia económica, registros oficiales muestran que del total de adultos mayores que viven en el estado, el 29.2% reside en hogares con un ingreso inferior a la línea de bienestar, es decir, 55 mil adultos mayores subsisten en condiciones de pobreza al no tener suficiente ingreso para adquirir una canasta alimentaria ni para cubrir bienes y servicios básicos. De los cuales, 17 mil adultos mayores presentan pobreza alimentaria (627 pesos mensuales), 17 mil viven en pobreza de capacidades (741 pesos mensuales), y 17 mil se hallan en pobreza patrimonial (1254 pesos mensuales) (CONEVAL, 2010). Por lo que, el apoyo que puede brindar una familia que vive en pobreza es limitado y dadas las condiciones económicas presentes, la dependencia económica del adulto mayor a sus hijos o sus familiares es evidente, lo cual las convierte en personas de alto riesgo de exclusión o marginación por ser consideradas como un gasto o una carga familiar.

También, las enfermedades crónico-degenerativas están delimitadas por género, es decir, hombres y mujeres enfrentan condiciones de salud diferenciadas. Las mujeres, por ejemplo, están expuestas a situaciones físicas y mentales de mayor desgaste relacionadas con la reproducción, la desnutrición, la doble jornada de trabajo, la atención de salud insuficiente entre otras. A pesar de que las mujeres tienen mayor longevidad se enferman más y con mayor frecuencia, por lo que, la mayor esperanza de vida predispone a las mujeres a enfrentar mayor probabilidad de padecer una enfermedad crónico-degenerativa que va a requerir mayor atención médica más especializada, costosa y frecuente, y una mayor necesidad de asistencia por parte de

sus hijos o sus familiares (Ham, 2003). En este sentido, surgen varias interrogantes ¿Cómo viven las mujeres mayores la enfermedad crónico-degenerativa en condiciones de pobreza?, ¿Cuál es el percepción de salud y de enfermedad cuando se tienen una enfermedad crónico-degenerativa?, ¿Qué involucra el cuidado y el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas? Para dar respuesta a dichas interrogantes, el objetivo de este artículo es profundizar en la experiencia de vida con alguna enfermedad crónico-degenerativa en un grupo de mujeres mayores que viven en contextos de pobreza.

## **Métodos y materiales**

La metodología cualitativa fue fenomenológica empleando la observación no participante, la entrevista en profundidad y el diario de campo para recolectar la información (Taylor y Bogdan, 1996) y el análisis se centró en 8 mujeres que les habían sido diagnosticadas con diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia desde hace más de cinco años y asisten cada mes a la consulta de atención médica del sector público en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, concretamente en las colonias Josefa Ortiz de Domínguez y Monte Kristal (ambas colonias declaradas con pobreza urbana por la SEDESOL). El criterio de inclusión se estableció de acuerdo a la clasificación de González y Ham (2007), que comprende la etapa activa de retiro y se caracteriza, en términos generales, por presentar autonomía y la funcionalidad para el auto-cuidado de la salud aun con alguna enfermedad crónico-degenerativa, excluyendo del estudio a las personas que pudieran presentar cuadros de patologías múltiples, fragilidad, incapacidad funcional y cognitiva y dependencia. Las personas que participaron en este estudio radicaban en colonias de pobreza urbana delimitadas por la SEDESOL, que no cuentan con suficiente ingreso para adquirir una canasta alimentaria básica ni para cubrir bienes y servicios esenciales en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León; cuatro de ellas en la colonia Josefa Ortiz de Domínguez y cuatro de ellas en la colonia Monte Kristal.

Las categorías de análisis se centraron en la percepción de salud y de enfermedad, la atención y cuidado, la enfermedad crónico-degenerativa y la pobreza, significados que condicionaron la manera de afrontar las situaciones de salud y

enfermedad de las mujeres que participaron en este estudio. Las características socio-demográficas que se incluyeron en el análisis fueron el ingreso, la educación, la ocupación, la edad, el estado civil, la religión, el lugar de nacimiento y el lugar de residencia. Las categorías de análisis se centraron en la percepción de salud y enfermedad (¿qué significa estar sano?, ¿qué le preocupa cuando está enfermo?, ¿qué situaciones lo hacen sentir enfermo?); la atención y cuidado (¿quién lo acompaña a las consultas médicas?, ¿quién lo cuida en esta enfermedad?, ¿quién prepara sus alimentos?). La atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas (¿en qué año le diagnosticaron su enfermedad?, ¿qué experimentó cuando le diagnosticaron su enfermedad?, ¿quién le diagnosticó la enfermedad?, ¿qué tratamiento sigue para tratar la enfermedad?, ¿cuánto cuesta ese tratamiento?, ¿ha buscado tratamientos alternos para tratar su enfermedad?) y la experiencia de la enfermedad crónico-degenerativa en condiciones de pobreza (¿cómo le ha llegado a afectar su enfermedad en el aspecto económico?, ¿cómo es su casa actualmente?, ¿servicios básicos con los que cuenta esa casa?, ¿con quién vive actualmente?, ¿trabaja?, ¿en qué ha trabajado?, ¿desde cuándo comenzó a trabajar?, ¿qué tipo de trabajos desempeñó durante su vida?. Así mismo se incluyeron en el estudio las trayectorias de salud (¿cómo fue su salud durante la niñez?, ¿a dónde acudía cuando se enfermaba durante la niñez?, ¿tenía seguro médico?, ¿a dónde acudía cuando se enfermaba?, entre otras) y los cuidados de la salud (alimentación, ejercicio y descanso).

## **Resultados**

A continuación se describen, en primer lugar las características socio-demográficas de las informantes y posteriormente las principales percepciones encontradas en las informantes que padecen diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia desde hace más de cinco años y asisten cada mes a la consulta de atención médica del sector público.

### *Situación socio-económica*

De las mujeres entrevistadas el rango de edad de las entrevistadas fue de 60 años a los 75 años. Cinco nacieron en el Estado de Nuevo León; cuatro en área rural y una en área urbana. Dos informantes nacieron en otro Estado de la República en área rural. La última informante nació en Harlingen, Texas, Estados Unidos. Cuatro informantes residen en la colonia Josefa Ortiz de Domínguez en el municipio de Monterrey, Nuevo León. El mayor período de tiempo que tiene viviendo una informante en esta colonia es de 52 años y el menor período de tiempo es de aproximadamente 40 años. Cuatro informantes residen en la colonia Monte Kristal en el municipio de Juárez, Nuevo León. El mayor período de tiempo que tiene viviendo una informante en esta colonia es de 15 años y el menor período de tiempo es de aproximadamente 3 años.

Cuatro informantes están casadas con un matrimonio de más de treinta años, dos de ellas indican que se sienten estables y felices con su pareja. Dos mujeres mayores son viudas, la primera desde hace cuatro años (su esposo falleció de una enfermedad crónica renal) y la segunda desde hace dos años (a consecuencia de la muerte natural de su marido quién era veintidos años mayor que ella). Una informante es divorciada desde hace más de dieciocho años (por motivos de violencia doméstica) y la última mujer mayor es soltera. Seis mujeres mayores practican la religión católica aunque todas mencionan que no asisten con frecuencia a las actividades que organiza la iglesia de la comunidad. Por otra parte, dos mujeres mayores son evangélicas, ambas mencionan que todas las semanas asisten a las actividades que organiza el templo más cercano de la comunidad.

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



La ocupación que actualmente desempeñan todas las mujeres de la tercera edad es el hogar y ninguna de ellas lo considera una actividad laboral. En el caso de siete informantes el motivo de dedicarse toda su vida al hogar es por haberse casado y en el caso de una informante por haber cuidado a sus padres, aunque refiere que en su juventud trabajó en el mercado formal. Es importante señalar que a pesar de que todas las informantes refieren dedicarse al hogar dos de ellas se dedican al comercio informal (una de ellas vende tamales los fines de semana desde hace tres años y otra mujer vende ropa y zapatos una vez a la semana desde hace dieciocho años), una de ellas recolecta diariamente productos de reuso (aluminio, cartón, plástico y periódico) en las calles del vecindario para su venta y otra informante corta el cabello cada vez que se lo solicitan. La implicación de dedicarse al hogar y trabajo informal se vincula a la falta de recursos económicos propios y la ausencia de seguridad social para atender la enfermedad crónico-degenerativa y obstaculiza las condiciones para mantener con un tratamiento adecuado.

El ingreso económico actual mensual de las entrevistadas osciló entre \$1,500.00 y \$3,000.00 pesos. El ingreso mayor recibido fue de \$3,000.00 pesos por concepto de viudez. Tres informantes tienen un ingreso económico mensual proveniente de la jubilación del esposo (monto estimado entre \$1,800.00 y \$2,500.00 pesos), quién es el que decide la distribución del dinero para la compra de alimentos y pago de servicios básicos. Una mujer mayor recibe su propia pensión mensual por concepto de jubilación (monto estimado de \$2,000.00 pesos). Finalmente tres mujeres mayores (una casada, una viuda y una divorciada) refieren “vivir al día”, lo cual, para ellas significa que pueden satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y cuidado, obteniendo en promedio un ingreso máximo de \$50.00 diarios que lo utilizan para la compra de alimentos y pago de servicios básicos. Ninguna de las ocho mujeres de la tercera edad indican pertenecer a un programa de combate a la pobreza, dos de ellas se encuentran realizando el trámite para ingresar al programa “70 y Más” de la Secretaría de Desarrollo Social.

### *Percepción de salud y enfermedad*

Para las mujeres entrevistadas la salud se relacionó principalmente a un estado físico, para ellas el estar sanas significa estar activas.

Participante 2: *Pos ah, estar haciendo quihacer....es lo que me, me, considero yo.*

Participante 3: *Pues fíjese yo no soy de esas personas que... yo conozco a varias personas que se enferman y se están... hacen cama...están acostadas, yo no fíjese, yo siéntame como me sienta yo ando haciendo que hacer... no me creen que estoy enferma (risa).*

En cambio, la enfermedad se asoció a estados emocionales vinculados con la depresión y la tristeza.

Participante 2: *Pos, siento muncha, como, como muncha depresión, así....pos, por estar pensando nomás de las enfermedades.*

Participante 3: *Pues me da mucho pesar porque...pos es muy, muy triste.*

Esta información evidencia la influencia de los aspectos emocionales con el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas coincidiendo con lo encontrado por Enríquez y otros (2009) y Bortoni (2014). Asimismo, las emociones juegan un papel importante en el enfrentamiento y de la enfermedad.

Participante 1: *Pos de hecho, cuando el doctor me dijo que tenía diabetes, pos no-nomás me dije yo: ¡ay caray! pos...todos mi familia ha muerto así...todos mis hermanos. Si me deprimí ¿verdad? pero pos dije: ¡no pos tengo que... la vida tiene que seguir!, pos ¿Qué le hago? ¿Verdad?, o sea, yo muchas veces saco de que tengo que...pos mientras Dios me deje, pos seguir adelante y seguir con la lucha de lo que venga.*

Participante 4: *Pos de hecho en veces me siento bien, en veces mal, o sea, en esta diabetes no, no tiene uno una estabilidad de decir: ¡me siento bien!, no, pos no, porque si no le duele a uno la cabeza, le duele uno los huesos, le duele uno, o sea, no, no siempre hay un...en veces se siente uno muy bien, en veces, en veces no ¿verdad?....*

*de hecho si se altera uno con esta enfermedad también... sí, cualquier cosita y si no le gusta uno explota.*

*Participante 2: No, pos hay veces, porque es normal, yo digo, hay temporadas en que si uno se siente deprimido, que le llega la depresión por.... bueno, las lágrimas las trae uno a flor de, de ojos....cuando ve uno cosas sí, pos lógico, ¿verdad?*

Un aspecto que destaca en la relación de los estados emocionales con la percepción de enfermedad es la atención de los hijos. Las informantes de este estudio señalaron que el tener atención en el tratamiento de la enfermedad por parte de sus hijos las hace sentir estables, situación contraria cuando no reciben apoyo de los mismos debido a que llegan a presentar situación de estrés y depresión. A este respecto, Robles y otros (2006) manifiestan que las redes de apoyo formadas alrededor del adulto mayor proporciona bienestar en la enfermedad; esta situación también es corroborada por Basabe (2004), Cartwright (2007) y Schachter y *et al.* (2007) quienes señalan que a través del apoyo social se intercambia información, influencia social, recursos sociales, autoestima, expresión de afecto, desarrollo personal, cuidados médicos, facilita las conductas saludables y los cuidados familiares para el bienestar integral del individuo.

*Participante 5: ¿Qué me preocupa?. Pos ha-haga de cuenta que a veces cuando...que no vienen unos de mis hijos me siento así.....y yo me siento que es cuando también me siento enferma.*

*Participante 3: ¿Qué me preocupa? ¡Uy! pues tantas cosas (risa). Aunque todos mis hijos, ya todos están casados, menos al que tengo ahí, al que tengo ahí, como quiera dijo: ¡ay no mis hijos! Dice mi hijo, uno de ellos: ¡usted que se anda apurando por nosotros!, este, ¡usted, cuídese usted! ¡Déjenos! Porque a veces les llamo la atención. ¡Usted no se preocupe por nosotros! Le dijo: sí, hasta el día que me echas el último puño de tierra, entonces si dices: ¡ahora si soy libre! pero mientras yo viva lo que no me guste les tengo que llamar la atención, hasta el día en que ya me echas el último puño de tierra entonces si te sientes libre...!por mientras no!*

A partir de estos resultados es posible asumir que el apoyo familiar es un

elemento primordial para el mantenimiento de la salud tanto física como emocional. Es importante señalar que existen diferencias significativas en cómo se vive la enfermedad cuando se cuenta con el apoyo familiar, encontrando que seis de las ocho mujeres presentaron una mayor estabilidad económica y emocional para enfrentar su tratamiento gracias a la cercanía a los hijos, en comparación con aquellas mujeres que no tenían este apoyo por ser soltera o porque los hijos no estaban cerca. Así también, es trascendental destacar que el apoyo que reciben las entrevistadas de sus hijos varía de acuerdo a las posibilidades de estos últimos. En unos casos éstos realizan llamadas telefónicas semanales para preguntar cómo se encuentra su mamá y en otros casos, proporcionan ayuda económica y en especie para la adquisición de medicamentos o ayuda para la adquisición de alimentos (en casos de escasez económica por parte de los hijos). Situación contraria con las mujeres que no tienen apoyo familiar/hijos, las cuales, indican mayor nivel de estrés debido a la búsqueda constante de medicamentos y alimentos para controlar su enfermedad crónico-degenerativa. En este sentido se asume que las formas de enfrentar una enfermedad crónico-degenerativa y el seguimiento adecuado del tratamiento es influenciado por las redes de apoyo social.

En relación al origen de la enfermedad, la mayoría de las informantes establecen la relación emocional con lo biológico, es decir, con la presión emocional que experimentaron en algún momento de su vida. A este respecto Bortoni (2014), menciona que las emociones se relacionan con la manera de interpretar lo que sucede alrededor del individuo y que se traduce, de forma negativa, a signos y síntomas de enfermedades en el organismo, producto de un acontecimiento estresante. Este estrés se relaciona al aumento en el torrente sanguíneo de hormonas que generan un impacto en los órganos y sistemas corporales desencadenando sobrepeso, obesidad y aumentos en la frecuencia cardíaca o respiratoria afectando el estado de salud y lo que conlleva al desarrollo de enfermedades.

### *La atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas*

La atención y cuidado de las enfermedades crónico-degenerativas en las informantes se relacionó a la tranquilidad de seguir, de la manera más precisa, las indicaciones del doctor para atender y controlar su enfermedad, principalmente la

ingesta de medicamentos en cantidad y en el horario señalado. En este aspecto Peralta y otros (2010) han registrado un aumento en el consumo de medicamentos en la población derivada de las enfermedades crónico-degenerativas, este resultado coincide con la incidencia en el tratamiento de las mujeres mayores que participaron en este estudio; sin embargo, un aspecto que destacó en esta investigación fue que las informantes seguían con mayor precisión estas indicaciones cuando tenían información sobre su enfermedad por parte del médico que las atendía. En los casos en los que las informantes no recibían información de la misma, desconfiaban del médico y buscaban tratamientos alternativos para el control de la misma.

*Participante 2: A mí me dijo el doctor.... ¡Y te vas a tomar esa! Le digo: ¡oye!, ¿pero ya me vas a dar otra pastilla? Yo nada más me tomaba las del azúcar porque no me gusta tomar tampoco tanto medicamento. Dijo; ¡es que trae la presión alta! ¿Y cuánto traigo? Ciento treinta con setenta, ochenta. Le digo: pos no es muy alta. ¡De todas maneras tómatela porque también te va a afectar más la vista! Bueno. Pero no me la tomé, ya son muchas (risa.)*

A este respecto Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) mencionan que el seguimiento adecuado del tratamiento de la enfermedad se relaciona con el conocimiento del padecimiento, por lo que, el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, otorgada principalmente por el personal del sistema de salud es fundamental para su control. En este estudio, se encontró que cinco de las ocho entrevistadas consumían de manera constante el medicamento para el control de su enfermedad, tres de ellas recibían tratamiento para el control de una enfermedad crónico-degenerativa secundaria (con o sin diagnóstico por parte del médico familiar).

Ante este hecho se indagó la percepción respecto a la utilización de medicamentos para el control de ambas enfermedades y se detectó que en dos casos las informantes evitaban utilizar el medicamento para controlar la enfermedad secundaria, debido a la falta de información y confianza sobre las consecuencias y repercusiones secundarias que produce ingerir más de dos medicamentos para el control de la misma. En este sentido, al desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa secundaria se convierte en un elemento central para el apego al

tratamiento proporcionado por el personal de salud y la continuidad del mismo, así como también la información sobre el origen de la enfermedad primaria y secundaria; a este respecto considera pertinente lo sugerido por Buchanan (2012) a cerca de la importancia de reconocer la opinión del paciente sobre su propia enfermedad y su control.

Finalmente, se asume que el tratamiento integral de la enfermedad crónico-degenerativa (consumo de medicamentos, alimentación equilibrada y actividad física) es un elemento fundamental para el control de la misma; sin embargo, sobre la práctica, el personal de salud da un mayor énfasis al consumo de medicamentos, de tal forma que las mujeres mayores lo perciben como el principal mecanismo de control. Respecto a la alimentación y la actividad física se perciben como significativos pero representan sólo una alternativa para el control de la enfermedad, ya que la falta de recursos económicos para mantener el plan de alimentación requerido y el tiempo que involucra la actividad física resultan complicados. En este sentido, el control de la enfermedad crónico-degenerativa se centra en el consumo de medicamentos, minimizando los efectos de la alimentación y la actividad física como parte del mismo. A este respecto Paulino y Thouyaret (2006) mencionan que esta limitación en la atención integral conduce a una fragmentación de la práctica médica que conlleva a la falta de conocimiento completo de la enfermedad y a la reducción del éxito del tratamiento.

#### *La enfermedad crónico-degenerativa en condiciones de pobreza*

Otro elemento que las mujeres mayores señalaron como influencia para la continuidad en el tratamiento de la enfermedad es la pobreza. Para las informantes, el significado de pobreza se experimenta como una limitante en el control de la enfermedad por la restricción en la oferta, es decir, la falta de recursos económicos las orilla a asistir a clínicas del sistema de salud público y para ellas, éstas las relacionan a un servicio de salud no personalizado para controlar su enfermedad crónico-degenerativa.

*Participante 8: El doctor me dijo que tengo el colesterol alto y que tenía que ir cada mes a consultar, pero no me da la medicina lo que era para mis enfermedades, si, ahorita ya*

*tengo ¿qué? como unos tres meses, ya voy, voy a ir pa' cuatro meses que no voy al seguro....yo no sintía nada de mejoría....nada, nada, por eso dijo mi señor: ¿sabes qué? mejor vamos con un particular.*

En este aspecto se confirma lo que menciona Castro (2000) y Campos (2002) acerca de los desafíos que enfrentan los grupos poblacionales con carencias económicas, materiales y humanas para satisfacer sus necesidades básicas de salud.

Participante 6: *Pos quería ir a la, a la universidad que ahí están haciendo un tratamiento, pero en veces me dijo: no, no puedo....éste, le cuesta a uno creo que siete mil pesos....siete, ¿no?, también por eso ¿verdad? pos digo: jah, pos no!... es que son siete mil pesos.*

Participante 7: *Púes me sentí mal porque, como me dijo que eso ya iba a ser, este, definitivo, que toda mi vida iba a estar con medicamento y como entonces no teníamos seguro lo tenía que comprar.*

Por otra parte, siete de los casos mencionan tener dificultades para conseguir un tratamiento personalizado y especializado de su enfermedad, debido a la falta de ingresos económicos propios y a seguridad social a consecuencia de su actividad durante su vida productiva, exponiéndolas a inequidades en la salud.

## **Conclusión**

En este estudio se indagó la experiencia de vida con alguna enfermedad crónico-degenerativa en un grupo de mujeres mayores que viven en contextos de pobreza, con el propósito de comprender los significados sociales de salud, enfermedad, atención y cuidado, enfermedad crónico-degenerativa y pobreza inmersos en esta construcción individual. Los principales resultados obtenidos muestran un vínculo directo entre la enfermedad crónico-degenerativa y los sentimientos de depresión y tristeza, con una ligera esperanza de mejorar su estado de salud.

Asimismo, la importancia de las redes sociales construidas alrededor de las mujeres mayores con enfermedad crónico-degenerativa constituyen un soporte económico y emocional que influye en la atención y el cuidado de su salud, debido al

acceso a recursos materiales y económicos que les proporciona. Las principales redes sociales de las informantes están constituidas por la familia y los vecinos; en caso de requerir cuidados especializados las hijas son las principales cuidadoras, en cambio los hijos varones brindan soporte emocional. Es importante destacar que en esta etapa de la vida las mujeres continúan con autonomía para la toma de decisiones acerca de su condición de salud y del control de su enfermedad.

La condición de pobreza asociada a las enfermedades crónico-degenerativas se percibe como un factor que limita el control de las mismas, derivado de la falta de acceso a un tratamiento personalizado. Es importante destacar que esta condición de pobreza es experimentada a lo largo de su vida, por lo que, esta ausencia de acceso a los servicios de salud se considera una inequidad vivida que les corresponde por derecho. Ante estos hallazgos es prioritario el análisis de la interacción de los factores multidimensionales inmersos en los contextos de pobreza que interviene en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas en las mujeres mayores.

En función a lo expresado por las entrevistadas las limitaciones en el ingreso económico, el nivel de educación, el estado civil y el lugar de nacimiento jugaron un papel importante en el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas de las entrevistadas, debido a que estos factores generaron una exposición diferencial (falta de acceso al sistema de salud desde etapas tempranas de la vida, limitaciones en el desempeño laboral, trabajo informal, limitación en el acceso a la seguridad social y a un ingreso propio, entre otros) a los factores de riesgo (alimentación no equilibrada, falta de actividad física, limitaciones en el acceso al sistema de salud) que finalmente comprometieron su estado de salud.

En relación a la atención formal en la salud, para el control integral de las enfermedades crónico-degenerativas, las estrategias recomendadas son el consumo de medicamentos, una alimentación equilibrada y actividad física frecuente. Sin embargo, se encontró que el personal de salud prioriza de manera exclusiva el uso de medicamentos, asumiendo que la falta de recursos económicos y la falta de distribución de alimentos de calidad limita el seguimiento del plan de alimentación recomendado, por lo que, las personas que viven en condiciones de pobreza reciben información



parcial sobre cómo controlar su enfermedad. Situación que agrava su condición de salud, produce malestar, estrés y ansiedad y eleva los gastos económicos a la familia y al sistema de salud.

A su vez, se encontró que la atención del sistema de salud público se considera un elemento significativo para el cuidado y atención de las enfermedades crónico-degenerativas por parte de las entrevistadas. Sin embargo, reconocen que la escasa información acerca de su padecimiento, los diagnósticos imprecisos de las enfermedades secundarias, la falta de abastecimiento de medicamentos y la responsabilidad exclusiva en las prácticas de alimentación y actividad física influyen en el control de su propia enfermedad. Consideran que estos elementos también son responsabilidad de la práctica médica y les compete mejorarlo para brindar una mejor atención.

## Referencias

- Aranda, B. y Pando M. (2009). Redes sociales de apoyo y salud mental en el adulto mayor y en la jubilación: su evaluación. En Gómez, Z. (Coord.). *El adulto mayor. Mirada desde la salud pública* (pp. 101-132). México: Universidad de Guadalajara.
- Basabe, N. (2004). Salud, factores psicosociales y cultura. En Páez, D. y otros. (Eds.). *Psicología social, cultura y educación* (pp. 891-927). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Bortoni, M. (2014). *Relación entre enfermedad y emoción*. Recuperado de [http://www.nutricionavanzada.com.mx/emocional\\_relacion.php](http://www.nutricionavanzada.com.mx/emocional_relacion.php)
- Buchanan, L. (2012). No quiero que me curen, quiero que me entiendan. Cuidados paliativos y determinantes sociales de la Salud. *Margen*. 67(diciembre), 1-18.
- Campos, R. (2002). *Salud y calidad de vida en las personas mayores*. Recuperado de [\[http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587\]](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587)

- Cartwright, D. (2007). Naturaleza de la cohesión de grupo. En Cartwright, D. y Zander A. (Eds.). *Dinámica de grupos. Investigación y teoría* (pp. 108-128). México: Ed. Trillas.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: UNAM.
- Consejo de Desarrollo Social. (2006). *Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León*. Monterrey: Gobierno del Estado de Nuevo León.
- CONAPO. (2003). *El envejecimiento de la población en México, retos del siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONEVAL. (2010). *La pobreza por ingresos en México*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Enríquez, R. (2011). Subjetividades, emociones sociales y exclusión social urbana en Adultos Mayores en la zona metropolitana de Guadalajara. En Patiño, M., Martínez D. y Valencia, E. (Coord.). *La necesaria reconfiguración de la Política Social de México* (pp. 161-174). México: Universidad de Guadalajara.
- Enríquez, R. y otros (2009). Género, envejecimiento, redes de apoyo social y vulnerabilidad en México. En Gendreau, M. (Coord.). *Los rostros de la pobreza. El debate Tomo IV* (pp. 147-209). México: Universidad Iberoamericana Puebla.
- González, C. y R. Ham-Chande (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(4), 448-458. Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México. El siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa y El colegio de la Frontera Norte, A.C.
- INEGI. (2010). *XIII Censo General de Población y Vivienda. Tabulados Básicos y*

- por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal.*  
Aguascalientes: Instituto Nacional Estadística y Geografía.
- Lee, G., Gutiérrez, L. y Gutiérrez, H. (2009). Políticas de salud para los adultos mayores: retos y prioridades. Recuperado de <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/35.pdf>
- Pasarín, L. (2011). *Proceso salud-enfermedad-atención de niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de de Arturo Seguí, provincia de Buenos Aires.* Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Paulino, M. y Thouyaret, L. (2006). Abordajes de los procesos de salud-enfermedad-atención: una reflexión desde las ciencias sociales. *Salud Urbana. Enfermedad crónica* (4), 50-51.
- Peralta, M. y otros (2010). *Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. Evidencias y recomendaciones.* México: Gobierno Federal.
- Robles, L. y otros (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico.* México: COLEF.
- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (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.
- Schachter, S. y otros (2007). Un estudio experimental de la cohesión y la productividad. En Cartwright, D. y Zander A. (Eds.). *Dinámica de grupos. Investigación y teoría* (pp. 215-222.). México: Trillas.
- SSA. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012 Envejecimiento.* México: Secretaría de Salud.

Taylor, S.J. y Bogdan, R (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós. (pp. 100-182).

Tomasini, M. (2011). Perspectiva del actor y perspectiva del investigador: un análisis a partir de una investigación sobre violencia entre jóvenes en escuelas medias. En Rodigou, M. y Paulín, H. (Coord). *Coloquios de investigación cualitativa. Subjetividades y procesos sociales* (pp. 73-83). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Vélez, F. (1994). *La Pobreza en México: causas y políticas para combatirla*. México: Fondo de Cultura Económica.

La Revista Umbral de la Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras está publicada bajo la [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#)