

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIONES INTERGENERACIONALES
EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DEL MUNICIPIO DE
SIBATÉ –CUNDINAMARCA**

**Diana Patricia González Ruiz
Myriam Elisabeth Ospina Tapias**

**Gestión de Organizaciones y Programa de Salud Pública
Área de Profundización
Bogotá, D.C,
2018**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y RELACIONES INTERGENERACIONALES
EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DEL MUNICIPIO DE
SIBATÉ –CUNDINAMARCA**

Diana Patricia González Ruiz
dpgonzalez@fucsalud.edu.co
dianagonzalez@usantotomas.edu.co

Myriam Elisabeth Ospina Tapias
myelios2010@gmail.com
myriamospina@usantotomas.edu.co

Asesora
Deisy Arrubla Sánchez
Md PhD Salud Pública

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Gestión de Organizaciones y Programa de Salud Pública
Área de Profundización
Bogotá, D.C.
2018

Dedicado a:

Néstor Alfonso mi compañero de vida, quien me apoyo en este largo proceso sacrificando espacios de nuestra vida por alcanzar un logro familiar.

A mi madre por ser mi ejemplo de superación y acompañarme en cada meta que me propongo en la vida.

A mi familia, ejemplo y apoyo en cada proyecto que he tenido en mi vida.

Diana González

A mis hijos Valentina, Santiago y Samuel por motivarme a continuar con este reto personal y profesional aun en los momentos más difíciles...

A mi madre quien con su ejemplo de autodeterminación y perseverancia me inspira cada día para superarme en todos los aspectos de mi vida.

A mi padre de quien aprendí que para lograr los sueños hay que esforzarse y comenzar a construirlos y hoy desde donde este espero se sienta feliz por mí.

Elisabeth Ospina

Agradecimientos

Gracias a Dios por darme la salud y la fuerza cada día para cumplir mis metas y mis sueños.

Gracias a las mujeres participantes de este proyecto quienes nos permitieron entrar en su vida y compartieron con nosotras esos momentos de alegría y tristezas que marcaron su trayectoria de vida.

Gracias a mi compañera y amiga Elisabeth Ospina con quien recorrimos este largo camino.

Gracias a mi esposo y a mi familia por su apoyo incondicional en este largo camino, este logro es para ustedes.

Gracias a la Dra. Deisy Arrubla, por sus enseñanzas, su tiempo y dedicación, por motivarnos a seguir creciendo cada día y a plantearnos nuevos retos en nuestra vida profesional.

Gracias al grupo de docentes de la Maestría en Salud Pública de la USTA, por sus enseñanzas y por hacer de esta maestría una gran experiencia de vida.

Diana González.

Agradecimientos

Gracias a Dios por poner en mi camino la Maestría en Salud Pública; y por las personas maravillosas con las que compartí esta experiencia Directivos, Profesores y compañeros.

Gracias a Diana González mi amiga y compañera de camino

Gracias a Deisy Arrubla Docente y Tutora; bajo su orientación, acompañamiento y enseñanza fue posible llevar a cabo este trabajo.

Gracias a mi Familia por su apoyo incondicional y por ceder espacios familiares para conseguir este logro.

Gracias al Municipio de Sibate, y en especial a las mujeres que participaron en el estudio por compartir su historia de vida con nosotras; sin ellas no hubiese sido posible.

Elisabeth Ospina.

CONTENIDO

RESUMEN.....	11
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
5. OBJETIVOS	20
5.1. Objetivo General.....	20
5.2. Objetivos Específicos	20
6. JUSTIFICACIÓN	21
7. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE.....	25
7.1. Marco teórico	25
7.1.1. Envejecimiento, vejez y género	25
7.1.2. Curso de vida: trayectorias biográficas	27
7.1.3. Relaciones Intergeneracionales.....	28
7.2. Estado del arte.....	32
7.2.1. Vejez sinónimo de deterioro.....	32
7.2.2. Enfermedad Principio y fin.....	33
7.2.3. Adherencia, conducta normalizada frente al régimen terapéutico	34
7.2.4. La familia como Instrumento.....	34
8. METODOLOGÍA.....	36
8.1. Tipo de investigación	36
8.2. Población de estudio y muestra.....	36
8.3. Método de selección	36
8.3.1. Procedimiento de selección.....	36
8.3.2. Técnica de recolección	37
8.4. Categorías	38
8.5. Plan de análisis	39
9. PRINCIPIOS ÉTICOS.....	41
10. HALLAZGOS Y RESULTADOS.....	42
10.1. Trayectorias de vida: inequidad socioeconómica y de género	42
10.2. Familia, vidas vinculadas y cuidado	47

10.3.	La vejez y el trabajo.....	50
10.4.	Adherencia como medio para el cuidado de sí mismo	52
11.	DISCUSIÓN	54
11.1.	Trayectorias de vida y contexto histórico	54
11.2.	Relaciones intergeneracionales: Adherencia terapéutica y cuidado de sí misma.	57
12.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
12.1.	Conclusiones	62
12.2.	Recomendaciones	63
13.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
14.	ANEXOS	74

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración N° 1: Síntesis del problema.....	20
Ilustración N° 2: Línea del tiempo - El envejecimiento en la agenda internacional.....	22
Ilustración N° 3: Línea del tiempo - El envejecimiento en la agenda nacional	23
Ilustración N° 4: Línea del tiempo - El envejecimiento en la agenda nacional	23
Ilustración N° 5: Fases del análisis - secuencia analítica en espiral	39
Ilustración N° 6: Integración del marco teórico –metodológico, las categorías empíricas y las categorías emergentes.....	43
Ilustración N° 7: Historia de vida Lucia " yo me volé a los catorce"	43
Ilustración N° 8: Historia de vida Ramona " tocaba trabajar lo mismo que los hombres" ..	45
Ilustración N° 9 : Historia de vida Miriam “la niñez fue trabajar”	48
Ilustración N° 10: Historia de vida Elvira " la vejez: es la ley de la vida”	49
Ilustración N° 11: Historia de Bárbara " hay días que trabajo cogiendo fresa"	51
Ilustración N° 12: Historia de vida Betty " yo nunca tuve niñez"	52
Ilustración N° 13: Historia de vida Anabela " a veces me siento sola”	75
Ilustración N° 14: Historia de vida Gilma " yo misma administraba mi plata”	75
Ilustración N° 15: Codificación cualitativa de entrevistas.....	76
Ilustración N° 16: Red semántica - Relaciones intergeneracionales en la familia.....	78
Ilustración N° 17: Red Semántica - Adherencia terapéutica y cuidado	78
Ilustración N° 18: Red Semántica – Trayectorias de vida	79

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Muestreo de casos seleccionados	37
Tabla 2. Categorías analíticas	38
Tabla 3. Definición de categorías empíricas.....	37

TABLA ANEXOS

Anexo 1: Aprobación comité de ética.....	74
Anexo 2 . Ilustraciones Historias de vida N° 12 y 13	75
Anexo 3 . Ilustración : Codificación cualitativa de entrevistas.....	76
Anexo 4. Ilustaciones : Redes semánticas.....	78

RESUMEN

Introducción. Las estadísticas sanitarias muestran cambios en la estructura demográfica, marcada por un aumento en las personas de 60 años y más, la prevalencia en la enfermedad crónica, la dependencia y la discapacidad, las cuales se manifiestan principalmente en la vejez. Por lo anterior, la salud de las personas viejas con enfermedad crónica es un desafío para los gobiernos y para los sistemas de salud. Los estudios sobre adherencia terapéutica en la vejez, se ha realizado desde un enfoque psicobiomédico, y se aproxima a los factores que inciden en las fallas al cumplimiento de un régimen impuesto, la familia se comprende como “instrumento” útil en la medida que responde a un fin terapéutico. La perspectiva en la que se aborda la adherencia terapéutica no da cuenta de los procesos históricos, familiares y sociales que acompañan el proceso salud-enfermedad de las personas viejas a lo largo de la vida, lo que hizo necesario explorar este fenómeno utilizando la perspectiva de curso de vida en las mujeres mayores de 60 años y más del municipio de Sibaté Colombia. El **objetivo** de esta investigación fue comprender las relaciones que existen entre las diferentes generaciones, las mujeres en condición de cronicidad y su adherencia terapéutica en un contexto rural como Sibaté - Colombia. **Metodología:** Estudio cualitativo, descriptivo con enfoque biográfico. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a ocho mujeres mayores de 60 años y más pertenecientes al programa de crónicos del municipio de Sibaté. Se realizó análisis interpretativo de la historia individual, familiar y social, con identificación de las trayectorias de vida y su relación con el proceso salud - enfermedad. **Resultados:** Los hallazgos permitieron evidenciar que las trayectorias de vida de las mujeres influyen de manera significativa en el abordaje que ellas y sus familias le dan a la adherencia terapéutica en la vejez, a pesar de las distintas circunstancias a las cuales se ven expuestas a lo largo de su vida y que explican el proceso de salud enfermedad. En el análisis de los resultados emergen como categorías la inequidad económica y de género expresadas en la falta de educación, el trabajo precario, la violencia intrafamiliar y de pareja, estos dos ejes se intersectan para reproducir a lo largo de la vida de las mujeres patrones de exclusión social, que se refuerzan entre sí, y en la vejez se expresan como dependencia económica. Los resultados mostraron que el proceso de intercambio y cooperación entre las distintas

generaciones (abuelos, padres, hijos y nietos) está dado principalmente por transacciones de tipo funcional y afectivo. Estas transacciones inciden en la forma como las mujeres experimentan su proceso enfermedad, lo transforman en una oportunidad que les favorece el cuidado de sí mismas, la autogestión de la enfermedad, el empoderamiento de su tratamiento, fomentan las relaciones interpersonales con otros y permite mantener lazos de solidaridad con sus diferentes generaciones. Un obstáculo para que las mujeres logren la adherencia en la vejez, es sin duda la falta de recursos económicos, por lo tanto, se requieren transformaciones estructurales en el contexto que permitan garantizar la seguridad económica en la vejez. **Conclusión:** La perspectiva de curso de vida permitió entender la relación que existe entre los procesos sociales, familiares y la historia individual de las mujeres de 60 años y más a lo largo de la vida, para comprender que el proceso de salud enfermedad está determinado por las trayectorias de vidas. La metodología del estudio cualitativo con enfoque biográfico, permitió construir líneas de tiempo que brindaron información para conocer los procesos históricos, sociales, familiares y personales de las circunstancias vividas por las mujeres a lo largo de la vida. Esta investigación tiene las limitantes propias del método cualitativo, por lo tanto no pueden ser generalizadas.

Palabras claves: adherencia terapéutica, vejez, personas mayores, enfermedad crónica y relaciones familiares.

1. INTRODUCCIÓN

Las estadísticas sanitarias muestran cambios en la estructura demográfica, marcada por un aumento en las personas de 60 años y más, la prevalencia en la enfermedad crónica, la dependencia y la discapacidad, las cuales se manifiestan principalmente en la vejez. Por lo anterior, la salud de las personas viejas con enfermedad crónica es un desafío para los gobiernos y para los sistemas de salud, el interés no solo está centrado en cómo lograr que las personas vivan más, sino en lograr que lo hagan en las mejores condiciones.

Los estudios sobre adherencia terapéutica en la vejez, se ha realizado desde un enfoque psico-biomédico, y se aproxima a los factores que inciden en las fallas al cumplimiento de un régimen impuesto, la familia se comprende como instrumento útil en la medida que responde a un fin terapéutico. Es decir, que la adherencia es presentada como el resultado de decisiones comportamentales, que puede ser influenciada por factores externos, entre ellos la familia.

La comprensión de la adherencia como un fenómeno social que deriva de la relación de historias de vida particulares y las condiciones económicas, culturales y políticas en las que transcurren estos cursos de vida, permiten plantear un análisis alternativo al enfoque biomédico, que se interroga por las relaciones que se dan entre el contexto social, las vidas vinculadas, y los procesos de respuesta societal e individual y el proceso de salud enfermedad-atención, en este caso la relación con la adherencia terapéutica.

Por lo anterior, la perspectiva en la que se aborda la adherencia terapéutica no da cuenta de los procesos históricos, familiares y sociales que acompañan el proceso salud-enfermedad de las personas viejas a lo largo de la vida.

El análisis de la situación de salud 2016 del municipio de Sibaté refiere un aumento de la población mayor de 60 años y prevalencia de la enfermedad crónica, por lo que se hizo necesario explorar este fenómeno utilizando la perspectiva de curso de vida en las mujeres mayores de 60 años y más del municipio de Sibaté Colombia. Para el desarrollo de este trabajo se tuvieron en cuenta los lineamientos nacionales e internacionales que reconocen

los derechos de las personas mayores y permiten afirmar la importancia de esta investigación en el ámbito político y social.

El marco teórico de este trabajo se abordado a partir de tres ejes 1) *Envejecimiento, vejez y género*: El envejecimiento entendido como un proceso dinámico dependiente del tiempo que inicia desde el nacimiento, es constante y termina con la muerte y la vejez entendida como una etapa socio históricamente definida entendida como una “condición o fase en la que se deben valorar las experiencias de vida. El género, juega un papel importante en el abordaje del envejecimiento y vejez, permite evidenciar los condicionamientos sociales que se presentan entre hombres y mujeres. 2) *Curso de vida, trayectorias de vida*: este enfoque permite valorar el proceso salud enfermedad como un resultado de las trayectorias de vida individual, familiar y social que se acumulan a lo largo de la vida. El curso de vida está inmerso en la trayectoria social, las decisiones de cada individuo influyen en su propia salud, pero en esencia están supeditadas e interconectadas por la relación que tiene el curso de vida individual con las estructuras sociales, el contexto ambiental, histórico y político. 3) *Relaciones Intergeneracionales*: Las relaciones intergeneracionales comprenden todas aquellas relaciones de consenso, interacción, conflicto o de cooperación para lograr metas comunes entre dos o más generaciones 4) *Adherencia y cuidado*: La Adherencia terapéutica es entendida como un proceso dinámico, que promueve en las personas la adaptación, el autocuidado, el ajuste según modo de vida, posición social, género y relación con el sistema de salud.

Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo con enfoque biográfico. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a ocho mujeres mayores de 60 años y más pertenecientes al programa de crónicos del municipio de Sibaté. Se realizó análisis interpretativo de la historia individual, familiar y social, con identificación de las trayectorias de vida y su relación con el proceso salud - enfermedad.

Los hallazgos del estudio permitieron evidenciar que las trayectorias de vida de las mujeres influyen de manera significativa en el abordaje que ellas y sus familias le dan a la adherencia terapéutica en la vejez, a pesar de las distintas circunstancias a las cuales se ven expuestas a lo largo de su vida y que explican el proceso de salud enfermedad. En el análisis de los

resultados emergen como categorías la inequidad económica y de género expresadas en la falta de educación, el trabajo precario, la violencia intrafamiliar y de pareja, estos dos ejes se intersectan para reproducir a lo largo de la vida de las mujeres patrones de exclusión social, que se refuerzan entre sí, y en la vejez se expresan como dependencia económica. Los resultados mostraron que el proceso de intercambio y cooperación entre las distintas generaciones (abuelos, padres, hijos y nietos) está dado principalmente por transacciones de tipo funcional y afectivo. Estas transacciones inciden en la forma como las mujeres experimentan su proceso enfermedad, lo transforman en una oportunidad que les favorece el cuidado de sí mismas, la autogestión de la enfermedad, el empoderamiento de su tratamiento, fomentan las relaciones interpersonales con otros y permite mantener lazos de solidaridad con sus diferentes generaciones. Un obstáculo para que las mujeres logren la adherencia en la vejez, es sin duda la falta de recursos económicos, por lo tanto, se requieren transformaciones estructurales en el contexto que permitan garantizar la seguridad económica en la vejez.

Al llegar a la vejez las mujeres valoran esta etapa como negativa cuando se pierde la autonomía para el trabajo, consideran que esta se ve limitada por la pérdida de la funcionalidad del cuerpo y la aparición de enfermedades. En contraste, las mujeres tienen una valoración positiva de la vejez, al considerar que en esta etapa de la vida son autónomas, activas, participan en el cuidado de su salud, apoyan a sus familias con el cuidado de sus nietos y los oficios diarios del hogar. Esto les permite visualizarse de manera positiva dentro de su núcleo familiar con una alta participación.

Por lo anterior, la perspectiva de curso de vida permitió entender la relación que existe entre los procesos sociales, familiares y la historia individual de las mujeres de 60 años y más a lo largo de la vida, para comprender que el proceso de salud enfermedad está determinado por las trayectorias de vidas. La metodología del estudio cualitativo con enfoque biográfico, permitió construir líneas de tiempo que brindaron información para conocer los procesos históricos, sociales, familiares y personales de las circunstancias vividas por las mujeres a lo largo de la vida.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según las estadísticas sanitarias de la Organización mundial de la salud “*todos vivimos más tiempo*”; la esperanza de vida aumento notoriamente en todos los países entre 6 y 9 años llegando a ser para las mujeres de 72,7 años y para los hombres de 68,1 años, lo cual supone que el número de personas viejas aumenta. Esta tendencia se debe principalmente al descenso de la fecundidad en los países más desarrollados y la reducción de la mortalidad infantil y por “enfermedades infecciosas” en los adultos en los países menos desarrollados ¹.

La enfermedad crónica, la dependencia y la discapacidad se manifiestan principalmente en la vejez, y según la Organización mundial de la salud, es después de los 60 años cuando es más evidente, tanto en las mujeres como en los hombres debido a la pérdida de la audición, visión y movilidad relacionadas con la edad, las enfermedades crónicas y la multimorbilidad. Se estima que a nivel mundial la principal causa de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles siendo más prevalente en los países de ingresos bajos y medios. Si bien es cierto que actualmente las personas viven más tiempo, también presentan mayores limitaciones y discapacidad que la que tuvieron sus padres a la misma edad. Los estudios referentes a los niveles de discapacidad y cronicidad en la vejez son pocos, algunos plantean que los niveles de discapacidad en personas mayores de 65 años están disminuyendo y en cuanto a la cronicidad se registra aumento en las enfermedades crónicas y comorbilidades. ²

De esta forma la salud de las personas viejas con enfermedad crónica es un desafío para los gobiernos y para los sistemas de salud, el interés no solo está centrado en cómo lograr que las personas vivan más, sino en lograr que lo hagan en las mejores condiciones, debido al alto impacto que genera la enfermedad y su tratamiento en la persona y su familia y la carga económica que presuponen los tratamientos prolongados. ^{2,3}

En los estudios sobre salud pública, la adherencia terapéutica ha sido analizada desde sus repercusiones en cuestiones relacionadas con la calidad de la atención y el uso racional de

los recursos del sistema de salud, se considera como un problema al ser el resultado de la corresponsabilidad entre el paciente y el equipo de salud para lograr la efectividad en los tratamientos médicos e impactar en el control de las enfermedades sobre todo las crónicas ⁴.

La literatura refiere que la adherencia terapéutica reduce la tasa de complicaciones y prolonga la sobrevida en el caso de las enfermedades crónicas. Sin embargo, el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico no supera el 50% en países desarrollados, en el y en el adulto mayor el porcentaje no supera el 70%, si se considera que las condiciones sociales, económicas y culturales empeoran cuando se llega a la vejez, sumado a la transformación de creencias, costumbres y hábitos presentes a lo largo de la vida ^{5,6}.

En general los estudios sobre adherencia terapéutica en la vejez, se ha realizado desde un enfoque psicobiomédico, y se aproxima a los factores que inciden en las fallas al cumplimiento de un régimen impuesto por el personal de salud para lograr el control de la enfermedad, los principales resultados indican que existen condicionantes emocionales, edad, empatía, problemas visuales y auditivos, dificultades con las redes de apoyo entre otros que logran que de forma intencional o no intencional afecten el estado de salud. ^{7, 8, 9}

En estas investigaciones, la familia se comprende como un agente, centrado en el cumplimiento del régimen terapéutico, es decir que las relaciones entre las personas mayores y otros miembros de la familia se analiza como instrumento útil en la medida que responde a un fin terapéutico. Se espera que otros miembros de la familia proporcionen cuidado, acompañamiento y los recursos necesarios para cumplir el tratamiento⁶. Es decir, que la adherencia es presentada como el resultado de decisiones comportamentales de las personas, que puede ser influenciada por factores externos, entre ellos la familia. Asimismo, la vejez es presentada desde un aspecto biológico, demarcado por la edad cronológica donde se define su punto de inicio, así como su asociación con las alteraciones progresivas de todos los órganos y aspectos del metabolismo que pueden estar relacionados, con una mayor susceptibilidad de presentar enfermedades ^{10, 11, 12}.

Ahora bien, el envejecimiento debe ser comprendido como un proceso biológico y social, que se da del nacer al morir, en contextos históricos particulares y, la vejez es comprendida como una etapa que se expresa al final del proceso de envejecimiento, pero en la cual, el envejecimiento se sigue dando. La vejez comprendida a partir de dimensiones culturales, funcionales y económico-políticas, cuestionan la idea de reducir el concepto sólo a la edad cronológica, y en diálogo con lo expuesto en párrafos anteriores, plantea una relación diferente a la normativa-biomédica, entre la persona vieja y su proceso de salud-enfermedad.

13, 14

Por lo anterior, desde la perspectiva de curso de vida se podría conocer la historia individual y social de la persona vieja entendiendo las interacciones entre los procesos políticos, económicos y sociales.¹⁵

Lo anterior permite proponer que más que un ejercicio de toma de decisiones racionales, la adherencia terapéutica es el resultado de una construcción social, que se da en la interacción de historias de vida particulares con contextos específicos. Por lo tanto, los fenómenos de transición y disrupción, que infieren en la historia de vida individual, transforman la manera cómo las personas conciben y hacen frente al proceso de salud-enfermedad-atención, siendo esto un proceso cambiante y dinámico, y no estático como se muestra en los estudios convencionales de la adherencia¹⁶.

En Colombia la calidad de vida entre lo urbano y lo rural es notoriamente diferente, fenómenos como la violencia, la inequidad, la pobreza, la informalidad laboral entre otros hacen que envejecer en la ruralidad sea un gran desafío y más aún para las mujeres por cuanto el entorno, las políticas públicas, las redes de apoyo, la familia y la misma trayectoria de vida aportan a que la mujer posea “la doble carga” del trabajo: el remunerado y el no remunerado y no reconocido, por estar relacionado con el cuidado o con la práctica doméstica^{17,18}.

El análisis de la situación de salud 2016 del municipio de Sibate refiere que en el censo de 2005, el 39% de la población eran adultos entre 27 a 59 años y el 9% personas mayores de

60 años. El análisis de morbi-mortalidad indica que las principales causas de mortalidad son producidas por las enfermedades del sistema circulatorio (enfermedad isquémica del corazón y enfermedades cerebrovasculares). Las principales causas de morbilidad están relacionadas con la enfermedad hipertensiva en un 34% y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias en el 6%. Se describe la presencia de estilos de vida no saludables y enfermedades precursoras como la obesidad o sobrepeso, entre otras. Asimismo, se identificaron cambios sociales, económicos y culturales como la globalización, el envejecimiento de la población, el estrés y la pobreza ¹⁹.

La comprensión de la adherencia como un fenómeno social que deriva de la relación de historias de vida particulares y las condiciones económicas, culturales y políticas en las que transcurren estos cursos de vida, permiten plantear un análisis alternativo al enfoque biomédico, que se interroga por las relaciones que se dan entre el contexto social, las vidas vinculadas, y los procesos de respuesta societal e individual y el proceso de salud enfermedad-atención, en este caso la relación con la adherencia terapéutica. Dado lo anterior las preguntas que orientan la investigación son:

¿Qué relaciones existen entre las diferentes generaciones, las mujeres en condición de cronicidad y su adherencia terapéutica en un contexto rural como Sibaté?

¿Qué patrones de contexto histórico social se relacionan con la construcción social de la adherencia terapéutica?

Ilustración N° 1: Síntesis del problema



5.1. Objetivo General

Comprender las relaciones que existen entre las diferentes generaciones, las mujeres en condición de cronicidad y su adherencia terapéutica en un contexto rural como Sibaté-Colombia.

5.2. Objetivos Específicos

- Develar los nexos entre el contexto histórico social y el curso de vida de las mujeres de 60 años y más que influyen en la adherencia terapéutica.
- Describir las vidas vinculadas de las mujeres de 60 años y más que se relacionan con la adherencia terapéutica.
- Describir el cuidado de las mujeres de 60 años y más en condición de cronicidad en Sibaté.

6. JUSTIFICACIÓN

En el ámbito internacional y nacional se han generado avances en la construcción de políticas que buscan reconocer los derechos de las personas mayores en diferentes contextos, como mejorar la seguridad económica, el acceso a los servicios de salud, vivienda, educación, y bienestar social que permitan la independencia, la participación en la sociedad, y mejoren la calidad de vida y dignidad de las personas mayores.^{20, 21, 22}

En el ámbito internacional se ha generado una serie de propuestas políticas que muestran la relevancia del tema, hoy se puede decir que abordar la comprensión de salud en personas de 60 y más años es un reto de la Salud Pública contemporánea. Por ejemplo, en El plan Internacional de Viena sobre el Envejecimiento se presta una especial atención a coordinar los esfuerzos preventivos para combatir los efectos perjudiciales del envejecimiento prematuro en el individuo, reconociendo que el ser humano envejece desde el nacimiento, y que este fin puede lograrse si en la juventud se logra una toma de conciencia de los cambios que se producirán a medida que avance la edad, entre otros²³.

En Madrid 2002 se plantean tres orientaciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez. En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud se hace especial énfasis en el tema del envejecimiento saludable, para indicar la apuesta que hay a nivel internacional en favorecer procesos saludables a lo largo de la vida que redunden en menor enfermedad y menos discapacidad.^{24,2} A continuación, se presenta la línea del tiempo de los acontecimientos políticos más importantes relacionados con el envejecimiento en el ámbito internacional.

Ilustración N° 2: Línea del tiempo - El envejecimiento en la agenda internacional

LINEA DE TIEMPO EL ENVEJECIMIENTO EN LA AGENDA INTERNACIONAL



Elaboración propia a partir de fuentes

En 1991 la Constitución Política de Colombia estableció en su artículo 49 que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. En 2007 el Ministerio de la Protección Social presentó la política nacional de envejecimiento y vejez que se enmarca en cuatro aspectos conceptuales de gran trascendencia en los compromisos del Estado: El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral.^{25,26} Esto aspectos denotan la importancia del tema en el ámbito nacional, Ilustración 3.

Ilustración N° 3: Línea del tiempo - El envejecimiento en la agenda nacional



Elaboración propia a partir de fuentes



Elaboración propia a partir de fuentes

Los aspectos internacionales y nacionales permiten afirmar la importancia de esta investigación en el ámbito político y social. En este sentido, ésta investigación aporta en el abordaje de un tema trascendental como es la adherencia terapéutica en personas mayores, desde una perspectiva no tradicional, dado que plantea:

- Aproximarse con un abordaje comprensivo de la adherencia como resultado de relaciones sociales que se dan en medio de procesos de jerarquización social, e impactan historias de vida particulares.
- Incorporar el análisis de curso de vida y de relaciones entre generaciones, utilizado en las ciencias sociales, en la comprensión de una problemática de salud pública como es la adherencia terapéutica.
- Problematicar la familia como un instrumento del arsenal terapéutico e identificar las relaciones que al interior de la misma se dan, y cómo estas relaciones infieren en la construcción social de la adherencia.
- Aportar en la comprensión de la vejez como fenómeno singular, que es moderado por procesos de determinación social.
- Aportar conocimiento sobre un sujeto que ha sido históricamente invisibilizando, las personas viejas, y particularmente las mujeres viejas, en un contexto rural de Colombia.

7. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

7.1. Marco teórico

7.1.1. Envejecimiento, vejez y género

El envejecimiento es un proceso dinámico dependiente del tiempo, inicia desde el nacimiento, es constante y termina con la muerte. Es el resultado de procesos históricos, culturales y de las construcciones sociales que revelan las concepciones de vida, del cuerpo y de una sociedad.¹³⁻¹⁴

Teóricos han intentado comprender el proceso de envejecimiento, mediante: 1) las teorías biológicas que lo explican a partir del desgaste del organismo y sus sistemas como un proceso natural el cual puede verse afectado por el medio ambiente; 2) las teorías psicosociales: centradas en los aspectos cognitivos, de personalidad y estrategias de manejo, comprendido como un proceso de crecimiento y decline con pérdidas y ganancias y 3) las Teorías sociales: entienden el envejecimiento como una construcción que hace la sociedad para explicar los cambios que se presentan durante la historia, producto de las vivencias y experiencias de las comunidades. Por lo tanto, el envejecimiento estará condicionado de acuerdo al rol que cultural y socialmente sea asignado al hombre y a la mujer; y a determinantes como los procesos productivos que de alguna manera definirán el lugar que ocupa éste en la sociedad.^{13,27}

Por tradición la vejez es comprendida desde una perspectiva cronológica, ubicada en la población de 60 años y más, y funcional a partir de la aparición de limitaciones, discapacidades, enfermedades y pérdida de la autonomía, definición que limita y restringe su concepción.²⁷ Para el desarrollo de esta investigación, la vejez se entiende como una etapa socio históricamente definida, entendida como una “condición o fase” y el envejecimiento se comprenderá como una construcción social, que cambia según las historias y circunstancias sociales, valores y aspiraciones de las comunidades, que se relaciona con la forma como se

vive, se envejece y se llega a la vejez determinado por los contextos y condiciones de vida
. 13, 28

En este sentido, la salud en la vejez es el resultado de los eventos vividos a lo largo de la vida, determinados por las condiciones sociales y económicas como el trabajo y la educación, y los relacionados con los modos de vida. De esta manera, la salud en la vejez está estrechamente relacionada con la historia familiar, social, económica y cultural de la persona, la familia y la sociedad.²⁹

En el abordaje del envejecimiento y vejez, el género juega un papel preponderante, permite evidenciar los condicionamientos sociales que se presentan entre hombres y mujeres. Desde el nacimiento las personas obtienen una posición en la sociedad, por lo tanto, los hombres y las mujeres experimentan situaciones diferentes, dependientes de las condiciones socioeconómicas, el desarrollo histórico, la cultura e incluso las políticas de una sociedad, que modifican la estructura de oportunidades para cada uno de ellos, de acuerdo a la inserción en los espacios de educación, trabajo, salud, seguridad social, en el curso de la vida¹³.

Arber y Ginn³⁰ plantean que las mujeres mayores se enfrentan a problemas como la discriminación en el medio laboral, diferencias de salarios y procesos diferentes de envejecimiento producidos por las funciones reproductivas. Asimismo, las mujeres experimentan dificultades en su historia personal como embarazos repetidos, abortos inseguros, problemas psicológicos no tratados, entre otros. Desde una perspectiva social se enfrentan a tratos diferenciales como no contar con pensión o seguridad social en la vejez, por haber tenido trabajos no remunerados a lo largo de la vida, es por esta razón que en su mayoría continúan trabajando hasta la muerte en tareas domésticas y familiares sin reconocimiento alguno.³¹

En conclusión, el envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida y, la vejez una condición o fase que se relaciona con la forma como se vive, se envejece y se llega a la vejez determinado por los contextos y condiciones de vida, por lo tanto, es necesario

comprender que el devenir histórico de la vejez implica comprender que se expresa de manera singular.

7.1.2. Curso de vida: trayectorias biográficas

El enfoque de curso de vida se entiende como la relación dinámica de exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados subsecuentes en salud y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a las trayectorias humanas y al desarrollo social, impactando los resultados en salud del individuo y de la población ^{13,27}. Esta perspectiva se expresa en trayectorias, lleva implícito como contexto la totalidad de la vida, en donde la salud puede aumentar o disminuir según se exponga a estímulos benéficos o deletéreos, y su impacto puede repercutir no sólo en el momento determinado de la vida, sino que además modela continuamente su trayectoria y sus resultados a largo plazo. ³²⁻³³

Cuenta con unos elementos clave a saber: **Las transiciones**, entendidas como momentos de transformaciones en la vida, y componente básico de las trayectorias de vida de las personas, estos cambios no pueden ser predecibles y se pueden presentar a nivel económico, social, político, geográfico, psicológico y biológico. **Las disrupciones**, definidas como periodos críticos o sensibles en la vida, es cuando se presenta una circunstancia que sea capaz de cambiar la dirección de las trayectorias de vida modificándola ya sea en lo biológico o en lo social. **Las coyunturas**, el curso de vida del individuo está incrustado en el tiempo histórico, por lo tanto, éstas son procesos de la historia social que generan disrupciones en la historia individual. ^{34,35}

La **temporalidad**, que hace referencia al impacto diferencial y variado que puede tener un mismo estímulo ya sea positivo o negativo, dependiendo en el momento en el que ocurra, ayuda a comprender por qué una intervención no muestra su efecto inmediatamente, sino después de un período de latencia. **Vidas vinculadas**, resalta la interdependencia del curso de vida de una persona con las vidas de otros de su entorno, como las que conforman una familia y una población y que se observan en el transcurso del tiempo. Este concepto está inmerso

en el mecanismo por el cual la estructura y la función de las redes sociales impactan en la salud de las personas.³⁶ Condiciones desfavorables en el plano familiar y/o social limitan el logro de mejores cuotas de bienestar, y contribuyen a la transmisión intergeneracional de niveles sub-óptimos de desarrollo³⁷ ***Transferencia de rasgos y recursos***, cuando los hijos aprenden de sus progenitores hábitos, conductas, o ambos, ya sean favorables o desfavorables para la salud, o cuando se adquieren rasgos heredados, se están transfiriendo recursos positivos o negativos. Contar con estos recursos puede modificar sus trayectorias de vida y de salud significativamente³⁸.

El curso de vida está inmerso en la trayectoria social, puesto que las decisiones de cada individuo influyen en su propia salud, pero en esencia están supeditadas e interconectadas por la relación que tiene el curso de vida individual con las estructuras sociales, el contexto ambiental, histórico y político³⁹, es decir, aunque cada individuo construya su curso de vida, este estará sujeto a las oportunidades y limitaciones de la historia y las circunstancias sociales.⁴⁰

7.1.3. Relaciones Intergeneracionales

Las relaciones intergeneracionales comprenden todas aquellas relaciones de consenso, interacción, conflicto o de cooperación para lograr metas comunes entre dos o más generaciones^{41, 42}. El concepto de generaciones hace referencia al conjunto de personas que comparten una relación, en la esfera familiar (abuelo, padre, hijo) con la posición que según la edad social se ocupa en la sociedad (joven, adulto, adulto mayor).⁴² Estas relaciones que se dan a lo largo del tiempo (pasado, presente y futuro), tienen como punto de partida las relaciones de filiación, pero están mediadas también por relaciones sociales externas a la familia, donde se converge el aporte de conocimientos, experiencias, valores y cultura como medio para el enriquecimiento mutuo, la consecución conjunta de resultados y la evolución conjunta para vivir, convivir y sobrevivir.⁴¹

El intercambio y vinculación entre las generaciones de personas viejas y jóvenes, favorece la reciprocidad de relaciones solidarias y placenteras, le permite a las personas viejas proyectarse como sujetos útiles, valiosos e importantes, y a los jóvenes socializar con ellos para recibir su experiencia, consejos y sabiduría. Dichos encuentros promueven la ayuda mutua y las relaciones de solidaridad donde se comparte información, habilidades, conocimientos, acciones y experiencias entre estos dos grupos.^{41, 42}

Al interior de las familias se realizan diversos tipos de intercambios entre generaciones, se produce un flujo bidireccional de intercambios, los hijos adultos proveen apoyo material y afectivo a sus padres, y estos reciben de ellos ayuda y afecto^{43, 44}. La familia más cercana (cónyuge e hijos) es la principal dadora de apoyo a las personas viejas, las principales transferencias son el apoyo económico, instrumental y psicológico. Las mujeres priorizan como dadores de apoyo a los hijos y los hombres a su cónyuge, esto teniendo en cuenta que las mujeres a lo largo de la vida se esfuerzan por mantener lazos familiares y sociales. La limitación de recursos propios dados por la dependencia económica en la vejez, aunque poco reconocido realizan importantes aportaciones al interior de la familia, apoyo que se manifiesta en la provisión de tareas domésticas, cuidado de los nietos, reparaciones en el hogar, jardinería, labores domésticas, entre otras; y el en apoyo emocional a los distintos miembros de la familia. De igual manera, los viejos aportan a las diferentes generaciones con el apoyo, acompañamiento y orientación a partir de las experiencias vividas o su ejercicio profesional desempeñado a lo largo de la vida.^{42, 44}

Por lo anterior, la familia y sus diferentes generaciones son actores claves para brindar apoyo en la enfermedad y en la adherencia terapéutica en la vejez. Por tradición, son los hijos quienes brindan apoyo a sus padres en la vejez, este apoyo es instrumental y está mediado por la reciprocidad con la que los hijos, ayudan, atienden y cuidan a sus padres, así como estos lo hicieron en ellos⁴⁵.

El apoyo intergeneracional está marcado por la sobreprotección o la desprotección a las personas viejas, esto dado a que en la vejez la pérdida de la capacidad funcional genera algún

tipo de limitación física. Los cuidadores o familiares tienden a limitar la independencia de la persona vieja, imponiendo sus preferencias y desconociendo en ocasiones su toma de decisiones.⁴¹ Son las mujeres quienes asumen en su mayoría el rol de cuidadoras de las personas en estado de dependencia que generalmente suelen ser las personas viejas, cuando esto ocurre las relaciones al interior de la familia pueden tener un descenso en su armonía por sobrecarga.⁴³

Es así como, durante los procesos de enfermedad crónica el apoyo emocional recibido por la familia, vecinos o amigos juega un papel importante, así como las redes de apoyo social y ayuda, las cuales favorecen el logro de la salud y el bienestar psicológico⁴⁵. De igual manera, bajo una perspectiva de ayuda mutua y solidaridad, se contempla en la familia las transferencias de cuidado y apoyo emocional en la vejez.

Por lo anterior, para comprender las relaciones que se gestan entre la familia y sus diferentes generaciones cuando se padece en la vejez una enfermedad crónica y cómo estas pueden favorecer o no la adherencia terapéutica, se tomara como referente teórico las seis dimensiones conceptuales y emocionales de interacción, cohesión, sentimiento y apoyo entre padres e hijos, y abuelos y nietos utilizadas para medir la solidaridad intergeneracional a nivel familiar propuestas por Bengtson y Roberts:⁴⁶

1. Solidaridad Afectiva: Sentimientos que los miembros de la familia expresan en su relación con otros miembros (abuelos- nietos)
2. Solidaridad asociativa: La frecuencia de contacto entre los miembros de la familia de diferentes generaciones.
3. Solidaridad Consensual: Acuerdo en las opiniones, valores y orientaciones entre generaciones
4. .Solidaridad Funcional: Dar y recibir apoyo entre las generaciones.

5. Solidaridad Normativa: Expectativa hacia las obligaciones filiales y parentales, normas relacionadas con los valores familiares.
6. Solidaridad estructural: Estructura de oportunidades para la interacción entre generaciones asociada a la proximidad geográfica entre miembros de las familias.

En conclusión, la responsabilidad del cuidado y la asistencia de las personas viejas deben recaer principalmente en el Estado, no sólo en la familia y la comunidad ⁴⁴. Asimismo el dialogo intergeneracional debe estar dado en primer lugar por el respeto por la dignidad de la persona, independiente de sus limitaciones para que la persona vieja continúe siendo dueña de su vida, y en segundo lugar por el desarrollo de un modelo de participación social donde las personas viejas puedan seguir aportando su experiencia. ⁴¹

7.1.4. Adherencia y cuidado:

Desde una perspectiva socio crítica, la adherencia terapéutica ha sido analizada como resultado de relaciones de poder, de clase y género. La adherencia terapéutica desde esta perspectiva se comprende como un proceso dinámico, que promueve en las personas la adaptación, el ajuste y el autocuidado durante su proceso de adherencia según su modo de vida, posición social, género y relación con el sistema de salud (derecho a un tratamiento oportuno y continuo con atención integral) ^{15,16}.

El cuidado es una actividad que forma parte de la reproducción social, genera desigualdad entre los sexos por la división de tareas y las responsabilidades del trabajo domésticos por el cual no se recibe remuneración. El cuidado como trabajo se caracteriza por ser invisible, poco valorado y no remunerado, además de tener repercusiones en quienes lo realizan de tipo económicos social y de salud ¹⁸.

Arber y Ginn ³⁰ refieren que las mujeres cuidan durante toda su vida, son ellas quienes se dedican al cuido de los hijos, de la pareja y de las labores domésticas. Al llegar a la vejez continúan con esta labor se encargan de los nietos y continúan cumpliendo labores domésticas. El trabajo de cuidado que se realiza en el hogar es realizado en gran medida por

las mujeres, este es no remunerado y genera inequidades de género, en cuanto a las actividades y el reparto del tiempo¹⁸.

7.2. Estado del arte

La búsqueda del estado del arte se realizó en las bases de datos CINAHL, PUBMED, BVS, SCIENCE DIRECT, EBSCO, DOAJN y EPISTEMONICOS y el meta buscador de Google académico. Para ello se estableció el algoritmo de búsqueda con los descriptores DECS: Aged, Chronic Disease, Medication Adherence, Family Relations, Social Support y MeSH: Adherence, Medication; Medication Nonadherence; Medication Compliance; Medication Non-Compliance, a partir de los términos se construyeron los siguientes algoritmos de búsqueda: “Medication Adherence and Aged”, “Family Relations and Medication Adherence”, “Medication Adherence AND Social Support”, “Chronic Disease AND Family Relations”, “Chronic Disease AND Social Support “Chronic Disease AND Medication Adherence and Aged”, “Family Relations and Medication Adherence AND Aged”.

La literatura encontrada fue organizada por las investigadoras en cuatro temáticas: vejez sinónimo de deterioro, enfermedad vista como el inicio del fin de la persona vieja, adherencia- conducta normalizada frente al régimen, la familia como instrumento.

7.2.1. Vejez sinónimo de deterioro

En los trabajos empíricos revisados, la noción de vejez es abordada desde las perspectivas biológica, demográfica, socioeconómica y familiar donde existe una edad para convertirse en viejo, se asume que en la vejez hay pérdida de la capacidad funcional y disminución o pérdida de la productividad, al existir alteraciones progresivas de todos los aspectos del metabolismo que se consideran características del envejecimiento ¹². También se considera la vejez como la etapa de la vida donde existe un mayor riesgo de contraer enfermedades crónica ⁴⁷ y el momento del diagnóstico se percibe como el inicio del fin de una persona y el inicio del envejecimiento sin tener en cuenta la edad de inicio de la enfermedad ⁸.

De igual manera se identifica a la persona mayor como *“sujeto racional que es capaz de sopesar el valor de los beneficios derivados de la adherencia al tratamiento frente a los valores negativos que pueden derivar de las relaciones negativas con el personal de salud”*⁴⁸, y es relacionado con la rigurosidad de los tratamientos y el carácter impositivo que genera en la persona vieja una resistencia frente al cumplimiento de la terapia y un deficiente relacionamiento con el personal de salud. Asimismo, en algunos estudios se aduce una asociación entre depresión secundaria a los cambios relacionados con la vejez y a su vez relación entre la depresión y la adherencia a la medicación.⁴⁷

En síntesis, la vejez es vista como pérdida de la capacidad funcional, enfermedad, deterioro y dependencia. No se reconoce que existen relaciones y eventos claves en el curso de vida de las personas que marcan una diferencia en la forma cómo envejecen, los cuales pueden cambiar el significado que esta tiene para las personas.

7.2.2. Enfermedad Principio y fin

Los principales hallazgos encontrados en la literatura refieren que las enfermedades crónicas se asocian a factores de riesgo, entendidas como un resultado en salud que depende en gran medida de las intervenciones que favorecen el autocuidado. La enfermedad crónica es considerada una multicondición determinada por la presencia de comorbilidades que requieren tratamientos simultáneos o el cumplimiento de regímenes de medicación.^{11, 48, 49, 50, 51}

Entre los desafíos que se describen para el abordaje de las enfermedades crónicas se encuentra la necesidad de mantener la motivación de las personas para adherirse al tratamiento durante muchos años y la necesidad de apoyo social por tratarse de condiciones con curso lento y prolongado que aumentan la vulnerabilidad de la persona para presentar complicaciones, y que adicionalmente tienen una pesada carga psicológica para el paciente, su familia y la sociedad, que puede ser difícil de manejar, por lo tanto es necesario abordarla

con un enfoque centrado en la persona con la enfermedad y no sólo en la enfermedad.^{8, 12, 52, 53, 54}

Para concluir, en la literatura la enfermedad crónica es considerada como el inicio del fin de una persona, y como un aspecto que marca el inicio del envejecimiento independientemente de la edad cronológica por estar asociada a la pérdida de independencia y en algunos casos discapacidad, de igual manera es vista como una variable para analizar la adherencia⁸.

7.2.3. Adherencia, conducta normalizada frente al régimen terapéutico

En la mayoría de los estudios revisados la adherencia está relacionada con el cumplimiento de un régimen terapéutico y la no adherencia como el olvido de tomar medicamentos en el día y momento apropiado¹². Se señala que las personas viejas son las que más presentan enfermedades crónicas, los estudios analizan las características individuales propias de la edad, presentes o ausentes que favorecen o entorpecen la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, desde lo personal, familiar, económico, social y del sistema de salud^{10,51}. El apoyo social tiene un papel importante en el control de la enfermedad, al disminuir el grado de estrés, facilitar la toma de decisiones y contribuir al ajuste social del paciente, mejorar la calidad de vida y reducir la morbilidad^{12, 52}.

Estos estudios tienen un enfoque biomédico que consideran los tratamientos largos y complejos direccionados por el personal de salud, que inducen a que la persona con enfermedad crónica realice cambios drásticos en sus estilos y hábitos cotidianos para mantenerse “saludable”. No se da importancia a la autonomía de la persona frente a la concepción que tenga del proceso salud – enfermedad-enfermedad, lo cual puede resultar en el abandono del tratamiento y la presencia de complicaciones^{8, 39}.

7.2.4. La familia como Instrumento

En los estudios revisados, la familia se concibe como el pilar fundamental de la sociedad y el entorno inmediato de la persona, la cual puede influir positiva o negativamente en el

cumplimiento del tratamiento farmacológico. El rol de la familia es ser apoyo social para la implementación de estrategias que permitan al paciente tomar sus medicamentos de manera adecuada. Entre los tipos de apoyo se encuentran el emocional, informativo, de evaluación o el apoyo instrumental que funciona como asistencia externa, ya sea en la elaboración de claves, organización de equipos, evaluación del ambiente o garantizando la disponibilidad mensual de los medicamentos y que hacen más fácil que la persona realice comportamientos saludables^{10, 11, 41} .

También se describen comportamientos de no respaldo o sabotaje frente al esfuerzo del paciente para lograr la adherencia, en este sentido la familia puede ser facilitador o barrera^{8, 10, 12, 50, 51} . En conclusión teniendo en cuenta que las familias realizan diversos tipos de intercambios entre generaciones, y los principales son de carácter instrumental y afectivo, la perspectiva instrumental permite facilitar el afrontamiento de la carga que presupone la enfermedad⁵⁵ .

8. METODOLOGÍA

8.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio cualitativo a través de relatos biográficos ⁵⁶. Los relatos biográficos promueven la articulación de la historia individual con la historia familiar y a su vez de éstas con la historia social.

8.2. Población de estudio y muestra

En la presente investigación participaron ocho mujeres de 60 y más años del municipio de Sibate que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en salud
- Asistentes al programa de crónicos del municipio de Sibate
- De 60 años y más
- Aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio
- Firmaron el consentimiento informado

8.3. Método de selección

La elección de las participantes se realizó por conveniencia y suficiencia, con el objeto de reflejar la mayor diversidad de visiones en torno al fenómeno estudiando para enriquecer el discurso. Para ello se utilizaron criterios de diversificación como: el estado civil, tiempo de participación en el programa de crónicos y recibir o no el bono del adulto mayor.

8.3.1. Procedimiento de selección

El muestreo empleado fue intencional, como lo definen Glaser y Straus ⁵⁷ consiste en seleccionar conscientemente los casos a estudiar de acuerdo con el potencial de desarrollo de

nuevos descubrimientos o refinamiento de los ya adquiridos. Los casos fueron seleccionados a partir del registro de pacientes crónicos de la Unidad de Atención Primaria del municipio de Sibate, con las siguientes características:

Tabla 1. Muestreo de casos seleccionados

Muestreo de casos seleccionados	
Lucia	Madre soltera recibe Subsidio económico del adulto mayor, cuidadora actual de Nietos y Madre.
Ramona	Casada, recibe Subsidio económico del adulto mayor.
Myriam	Viuda recibe Subsidio económico del adulto mayor, cuidadora de hija con discapacidad.
Elvira	Viuda, recibe Subsidio económico del adulto mayor.
Bárbara	Madre soltera, recibe Subsidio económico del adulto mayor.
Betty	Separada, No recibe Subsidio económico del adulto mayor.
Anabela	Viuda, no recibe Subsidio económico del adulto mayor.
Gilma	Separada No recibe Subsidio económico del adulto mayor.

8.3.2. Técnica de recolección

La técnica de recolección fue la entrevista semiestructurada, la entrevista fue preparada previamente mediante un guion orientado a las dimensiones de análisis curso de vida, relaciones intergeneracionales y adherencia terapéutica.

Las entrevistas fueron realizadas en el centro de salud del municipio y en el domicilio de las participantes, la información se recolectó a partir del planteamiento de preguntas orientadoras con base en la guía de la entrevista. Previo consentimiento informado, se grabaron en audio para posterior transcripción y análisis.

Las entrevistas se transcribieron y analizaron una vez realizadas hasta lograr la saturación de la información. Las entrevistas se efectuaron en una sesión, con una duración aproximada de 1 hora.

8.4. Categorías

Las categorías analíticas fueron construidas a partir de los postulados del marco teórico: *vejez y género, curso de vida, relaciones intergeneracionales y adherencia terapéutica y cuidado*, en cada una se identificaron las dimensiones a estudiar y se identificaron a lo largo del proceso de análisis las categorías emergentes. En la Tabla 2. se presentan las categorías analíticas y en la tabla 3 la definición de categorías :

Tabla 2. Categorías analíticas

Marco Teórico	Categorías Empíricas	
Vejez y género	Historia social	Percepción de vejez
Curso de vida		Trayectorias de vida
Relaciones intergeneracionales		Solidaridad intergeneracional en la familia
Adherencia terapéutica y cuidado		Adherencia y cuidado

Tabla 3. Definición de categorías empíricas

Categorías empíricas	Fuentes
Historia Social: Representación de los fenómenos sociales como parte fundamental de la elaboración de un relato histórico. Refleja los cambios sociales de una comunidad a lo largo del tiempo, estos pueden terminar en grandes sucesos o fenómenos históricos.	Investigación documental Entrevistas
Trayectorias de vida: Las trayectorias de vida son un concepto del enfoque de curso de vida, hace referencia a una línea de vida, a un camino largo de toda la vida que puede variar o cambiar la dirección, grado o proporción. Analiza el entrelazamiento de las trayectorias vitales en un mismo individuo, como en su relación con otros. En esta se	Entrevistas

Categorías empíricas	Fuentes
comprenden elementos como las transiciones, disrupciones, coyunturas, temporalidad y vidas vinculadas	
Solidaridad Intergeneracional en la familia: Al interior de las familias se realizan diversos tipos de intercambios entre generaciones, se produce un flujo bidireccional de intercambios que los miembros de la familia expresan en su relación con otros miembros entre estas están la solidaridad asociativa, consensual, funcional, normativa y estructural.	Entrevistas
Adherencia Terapéutica y cuidado: La adherencia terapéutica se comprende como un proceso dinámico, que promueve en las personas la adaptación, el ajuste y el autocuidado durante su proceso de adherencia según su modo de vida, posición social, género y relación con el sistema de salud.	Entrevistas

8.5. Plan de análisis

El análisis de los datos se realizó mediante el método propuesto por Amezcua et al.⁵⁸ que consiste en una versión modificada y adaptada de la propuesta por Taylor- Bogdan⁵⁹ que propone una secuencia analítica en espiral con seis pasos: preparación de los datos, descubrimiento de temas, codificación, interpretación, relativización y determinación del rigor. Como recurso complementario se utilizó el software Atlas/ti en una primera fase, posteriormente se elaboraron las líneas de vida. Ilustración 5.

Ilustración N° 5: Fases del análisis - secuencia analítica en espiral



1. ***Preparación de los datos:*** se transcribieron las entrevistas, a cada informante se le asignó un nombre ficticio para garantizar la privacidad y anonimato de la participante.
2. ***Descubrimiento de temas:*** en esta fase se realizó lectura detallada y minuciosa de los datos que permitieron identificar las categorías empíricas y emergentes.

En esta primera fase y partiendo de las categorías preestablecidas y las generadas en Atlas ti se construyeron las líneas del tiempo a partir de las etapas del curso de vida de las participantes: individual, familiar y estructural. (Ilustraciones 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 ,13).

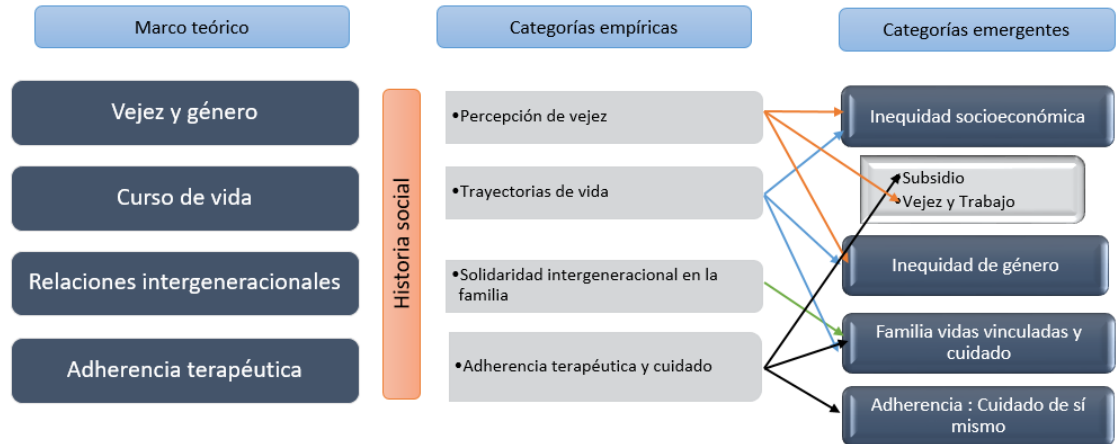
3. ***La codificación:*** en esta etapa se reúne, clasifican y analizan todos aquellos datos que se refieren al mismo tema, lo que permitió refinar el análisis y obtener información suficiente para ilustrar y analizar el fenómeno de estudio. A través de Atlas/ti se realizó la codificación cualitativa de las entrevistas (Ilustración 14) y la construcción de las redes semánticas (ilustración 15, 16 y 17).
4. ***Interpretación:*** En esta etapa se explican los resultados encontrados, analizados desde la perspectiva de curso de vida contrastados con la investigación documental.
5. ***Relativización:*** En esta fase se interpretaron los datos de acuerdo al contexto en el que fueron recogidos, se diferenció los datos solicitados y los que emergieron espontáneamente en el discurso de las participantes. (Tabla 2 - categorías de análisis)
6. ***Determinar el rigor:*** En atención a los criterios de rigor de un estudio cualitativo, se solicitó a las participantes al final de cada entrevista que verificaran sus datos. Asimismo, se realiza análisis separado por las maestrantes y la asesora permitiendo una triangulación de investigador. Con el fin de respaldar los significados e interpretación de los resultados se emplean fragmentos de las transcripciones de las entrevistas en la exposición de resultados.

9. PRINCIPIOS ÉTICOS

El proyecto fue avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Santo Tomás el 11 de Septiembre de 2015, fue clasificado como una investigación de riesgo mínimo según la normatividad Colombiana (Resolución 8430 de 1993). Se solicitó el consentimiento informado de las entrevistadas semiestructuradas. Durante todo el proceso se veló por la protección de la privacidad de los datos de las participantes (los nombres de las participantes fueron cambiados por nombres ficticios) , no se detectó ningún signo de alarma que pusiera en riesgo la vida de las personas en el proceso de entrevistas. Anexo 1. Carta aprobación comité de ética.

10. HALLAZGOS Y RESULTADOS

Ilustración N° 6 Integración del marco teórico –metodológico, las categorías empíricas y las categorías emergentes



10.1. Trayectorias de vida: inequidad socioeconómica y de género

La vida de las mujeres entrevistadas se desarrollan en el municipio de Sibate Cundinamarca, el cual se caracteriza por su predominio rural en un 86 %, su extensión es de 12,560 hectáreas, de las cuales 10,870 son área rural, y de éstas 1,100 hectáreas están dedicadas a la producción agrícola: cultivos de papa, fresa y arveja, esta ha sido la principal actividad económica del municipio.¹⁹ De acuerdo con los datos referenciados por el DANE en el censo realizado en el 2005 se determinó un total de 31,675 habitantes en el Municipio, mientras que en el año 2016 la proyección de población total fue de 39,117 habitantes⁶⁰.

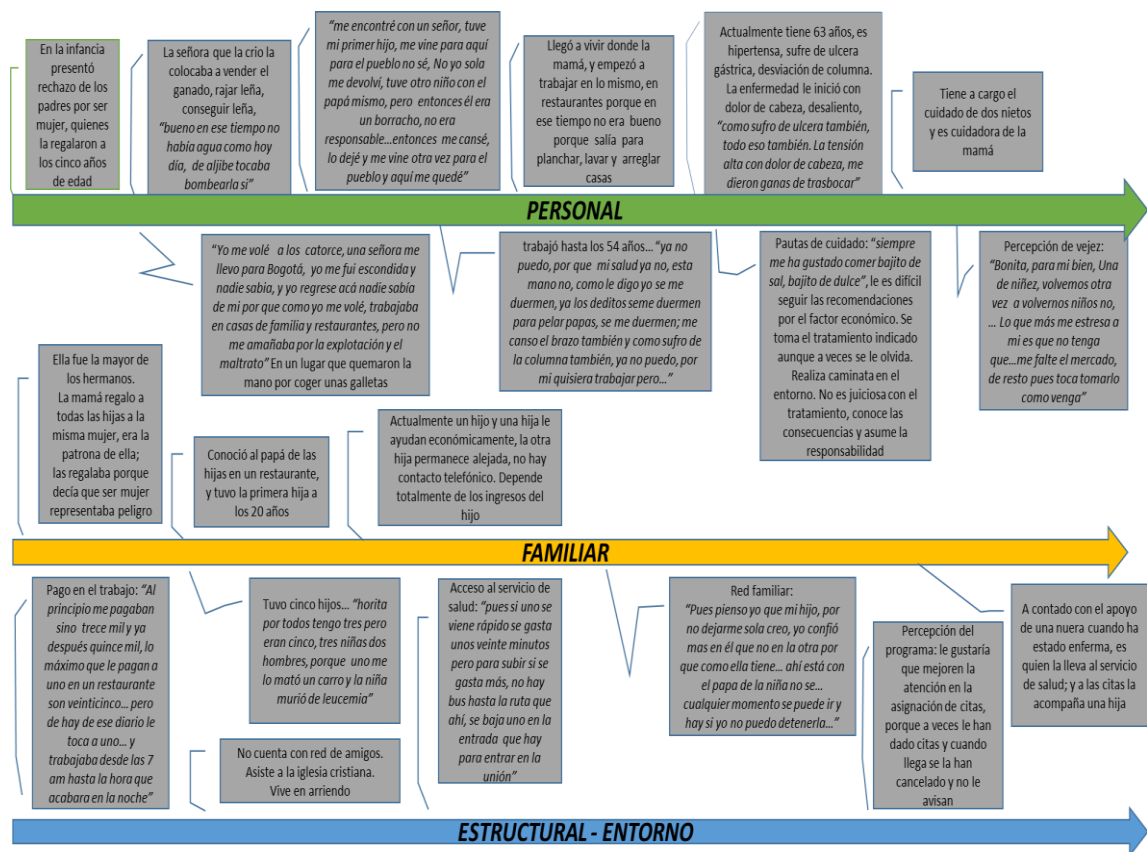
Entre 1940 y 1960, las mujeres entrevistadas se encontraban en la infancia o adolescencia, en este periodo se describe el desarrollo de semi-industrialización del proceso productivo del país, el cual acompañó al modelo de sustitución de importaciones⁶¹. Durante este periodo, se presenta salarización en particular en algunas urbes del país. Este fenómeno no se da en

el área rural como es el caso de Sibate, y excluye a los trabajadores de la construcción y de ramas de los trabajos de servicio.

Las familias de Sibate, donde nacen las participantes de esta investigación, en general tienen vocación agrícola, o su medio productivo es el servicio doméstico. Esto último se da por la cercanía con la metrópoli de Bogotá, las familias de Sibate o trabajan en el sector agrícola o en el servicio doméstico de familias residentes o procedentes de Bogotá y municipios cercanos, quienes antaño escogían el municipio como lugar de veraneo por su cercanía, sus paisajes, las aguas claras del embalse del Muña que en aquella época eran aptas para la pesca y los deportes náuticos ^{19,63}.

La inserción de las familias y de las propias mujeres en el sector productivo agrícola y de servicios, es el principal elemento explicativo de la inequidad económica acumulada, que inicia desde la infancia, se asocia a trabajos precarios en la adultez y en la vejez se expresa por la ausencia de la pensión social.^{62, 63} “....yo me volé a los catorce, una señora me llevo para Bogotá, yo me fui escondida y nadie sabía... trabajaba en casas de familia, pero no me amañaba por la explotación y el maltrato...” (Lucia)

Ilustración N° 7: Historia de vida Lucia "yo me volé a los catorce"



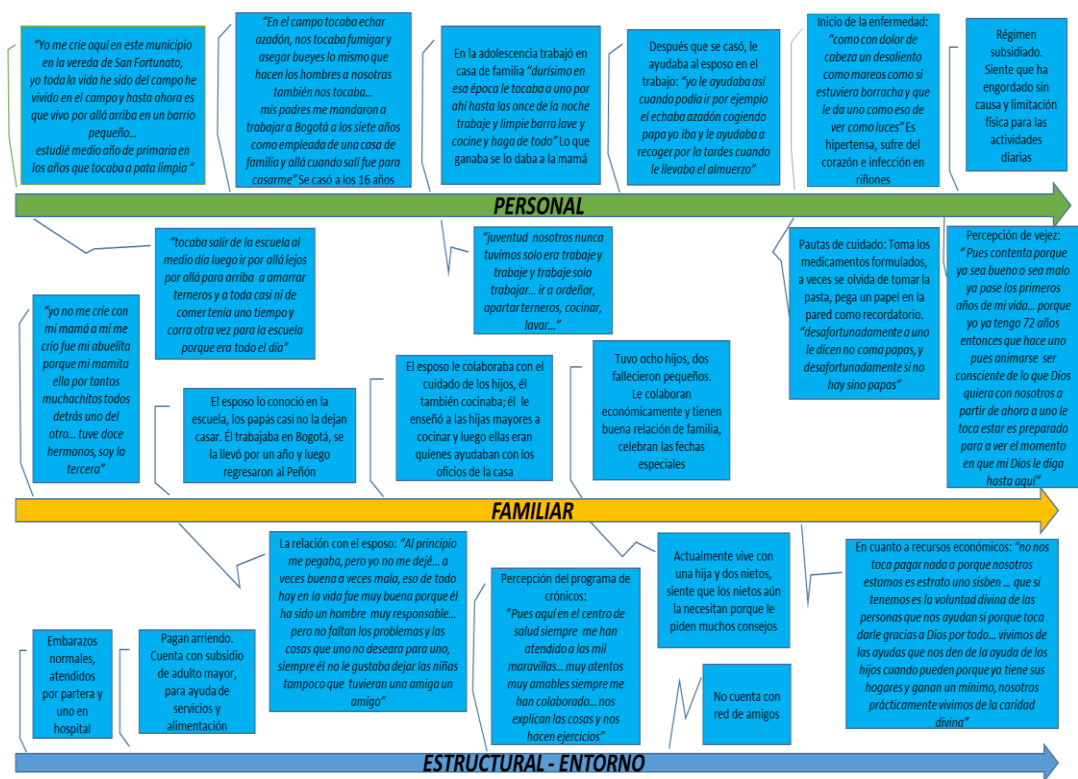
Según los hallazgos encontrados, desde la infancia las mujeres han tenido un trato diferencial por el hecho de ser mujeres, relacionado con el maltrato físico y emocional. Desde temprana edad las mujeres fueron obligadas a trabajar y se les negó la posibilidad de acceder a la educación, la baja escolaridad las llevo a trabajos precarios relacionados con el servicio doméstico, la modistería y la agricultura en el marco de la informalidad. En suma, las mujeres fueron expuestas a formas de violencia como la no remuneración por su trabajo o el maltrato verbal por parte de sus patrones. En la edad adulta la inserción en el trabajo reproductivo del hogar, hizo que no tuvieran independencia económica, ni ningún tipo de seguridad social, aunque siempre han sido parte de la fuerza productiva del municipio y del hogar. (Ver ilustración 6)

En la ruralidad las oportunidades laborales se enmarcan principalmente en el trabajo agrícola, el cual demanda mano de obra no calificada y gran esfuerzo físico, son los hombres quienes

acceden en primera instancia a estas oportunidades laborales, si las mujeres acceden no reciben igual remuneración. Estas formas de trabajo generan inestabilidad y no garantizan el acceso a la seguridad social, esta brecha aumenta si la mujer presenta enfermedades asociadas ⁶⁴.

Lo anterior muestra que la inequidad de género se estructura verticalmente en la sociedad y se articula desde el nivel macrosocial en un sistema patriarcal, que se expresa en la falta de oportunidades de educación para la mujer, las diferencias salariales entre hombres y mujeres y el cuidado como una responsabilidad de esta última ^{30, 31}. *no tenemos nada.... vivimos de las ayudas que nos den..... de la ayuda de los hijos cuando pueden porque ya tiene sus hogares y sus cosas.... ganan un mínimo nosotros prácticamente vivimos de la caridad divina.... (Ramona)*

Ilustración N° 8 : Historia de vida Ramona " tocaba trabajar lo mismo que los hombres"



Lo anterior se expresó en esta investigación en la inseguridad económica que hoy viven las mujeres viejas del municipio de Sibate. El principal ingreso económico para el sustento está dado en algunos casos por arriendos, dinero que le regalan los hijos o nietos, por el subsidio económico para el adulto mayor asignado por el municipio e incluso algunas de ellas aun trabajan en los cultivos de fresas para garantizar su sustento diario, porque no cuentan con otro tipo de recursos. La inseguridad económica es uno de los aspectos que generan procesos estresores en las mujeres, por ello, tener cualquier ayuda es aspecto central para el desarrollo de su vida. (Ver ilustración 6 y 7)

10.1.1. El subsidio como forma de control

Las participantes reciben algún tipo de beneficio o subsidio económico por pertenecer al Programa de Paciente Crónico, y si bien la norma no establece que para recibir el subsidio se deba cumplir con las actividades del Programa, en la práctica el subsidio es condicionado a la asistencia al mismo. El municipio ha implementado diferentes programas sociales para las personas de 60 años y más: “Cuidame siendo Feliz”, “Los más capaces”, “Unidos podemos más” estos programas busca brindar un apoyo a los adultos mayores que por las diversas contingencias de la vida no pudieron acceder a una pensión y que viven en situación de desamparo y/o pobreza que se expresa como un subsidio de tipo económico o de tipo social en el que se ofrecen servicios básicos como alimentación o cuidado.^{19, 60}

El subsidio económico, se vuelve de esta manera parte del Régimen Terapéutico del Programa, toda vez que obliga a la asistencia, y permite a las participantes suplir algunas de sus necesidades básicas como alimentación y vivienda. Las mujeres encuentran en el subsidio un mecanismo que en la vejez favorece su autonomía y autocuidado, pese de la baja calidad del mismo. (Ver ilustración 7)

Esta caracterización de las mujeres como “subsidiadas”, está presente también en salud. El Análisis de la Situación de Salud del municipio para el 2016 indica que el 75 % de la

población está cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud: 15,211 personas afiliadas al régimen subsidiado en las diferentes EPS-S, con una población pobre no afiliada de 68,5% personas (número que varía según la dinámica poblacional), con 10,028 personas afiliadas al Régimen Contributivo, y con 3899 al Régimen Especial, listados censales 2410, para un total de 31,548 personas Cubiertas ¹⁹. Es decir el 40,63% de la población pertenece al Régimen Subsidiado o es población pobre no afiliada. Las mujeres participantes de la investigación, al igual que el resto de las personas de 60 años y más del municipio, son beneficiarias del Régimen Subsidiado, esto como se ha señalado anteriormente es evidencia de la existencia de inequidades económicas derivadas del proceso productivo del municipio de Sibate.

Es decir, que esta población, no contó durante su vida con trabajos salariales, que posibilitarán su inserción al Régimen contributivo. Se debe señalar que la Ley 90 de 1945, que estableció la Seguridad Social en Colombia discrimino diferentes categorías poblacionales, entre ellas, los campesinos y las mujeres, esta tendencia se mantuvo con la Ley 100 de 1993 ^{19,65}.

La inequidad económica y de género, configuran dos ejes que se intersectan, para reproducir a lo largo de la vida de las mujeres patrones de exclusión social, que se refuerzan entre sí, y en la vejez se expresan como dependencia económica. Los programas sociales del municipio que aportan un beneficio económico, se convierten en el principal salvavidas de las mujeres pese a su baja cantidad aportan a que las mujeres complementen su sustento, y en alguna medida logran el cumplimiento del Régimen terapéutico del Programa de Pacientes Crónicos.

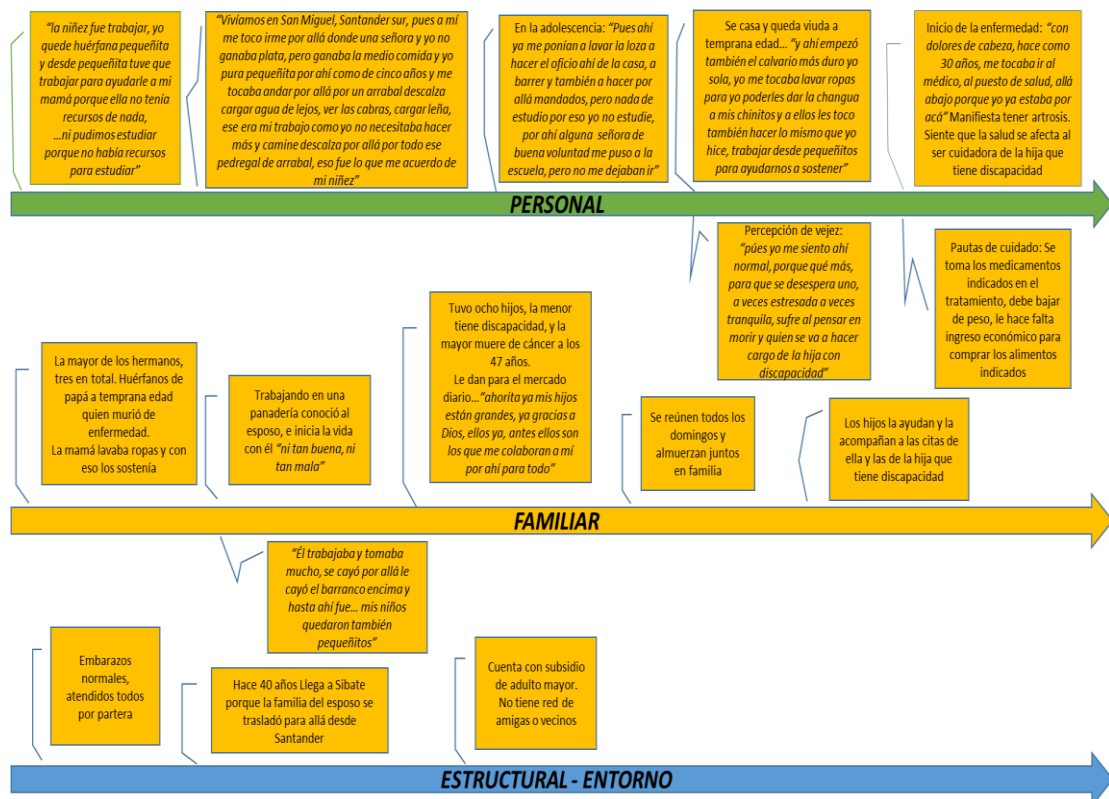
10.2. Familia, vidas vinculadas y cuidado

Los relatos biográficos permitieron develar las relaciones de las mujeres con sus abuelos, padres y hermanos, las marcadas interrupciones desde la niñez, dejan huella en la vida de estas mujeres como: negar la posibilidad de estudiar por ser mujer, asumir labores domésticas y agrícolas desde temprana edad para ganar su alimentación, rechazo por ser mujer, procesos

de crianza por personas diferentes a los padres, como abuelos y personas extrañas, que generaron una relación familiar distante y de desprotección.

Uniones sentimentales caracterizadas por violencia interpersonal contra la mujer, que perduro hasta el crecimiento de los hijos, la viudez o la separación. Algunas de las participantes fueron solteras con hijos, lo que dificultó aún más su vida al ser juzgadas incluso por sus propios padres y familiares... *“porque uno piensa que, que tal uno se muera y esa criaturita que...”* (Myriam).

Ilustración N° 9 : Historia de vida Miriam “la niñez fue trabajar”

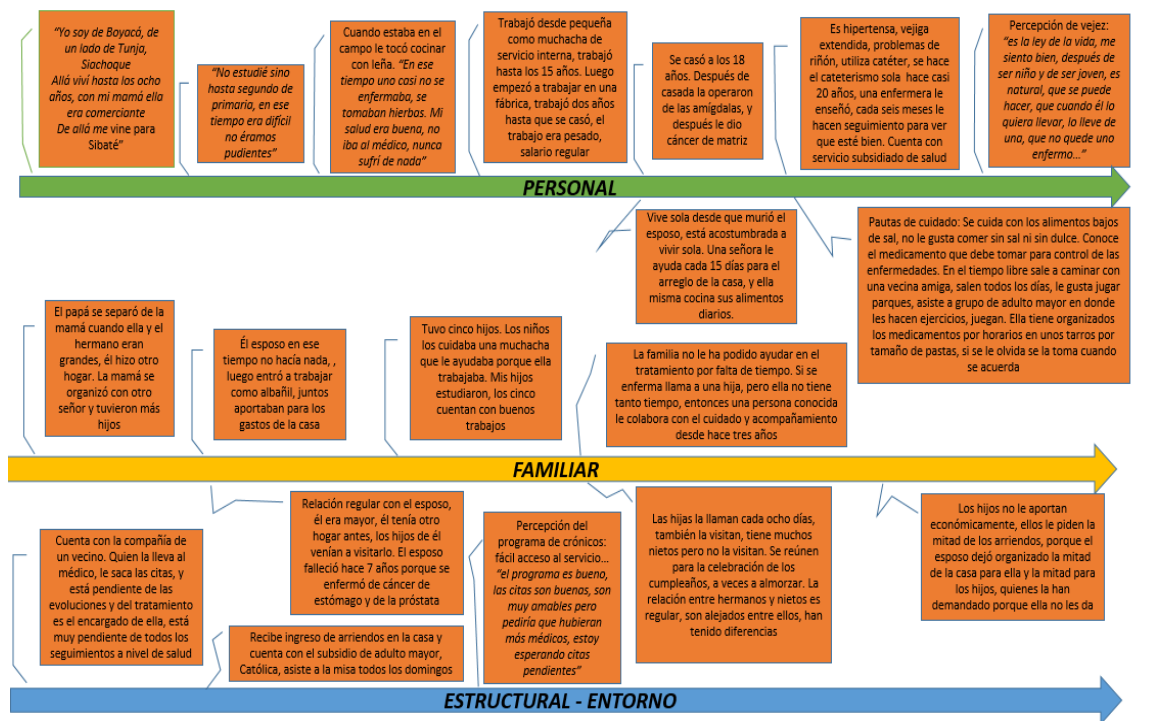


Las relaciones de las mujeres con los miembros de la familia permitieron identificar la existencia de dos formas de solidaridad: la solidaridad funcional y la afectiva. La solidaridad funcional materializada en el sostenimiento económico (vivienda, alimentación y salud) de las mujeres por algún miembro de la familia, y en el apoyo económico que en algunos casos las mujeres dan a los hijos o nietos. La familia no es un instrumento que cumple con una

función moral de retribución, es el producto de los vínculos de afecto (o no) que se han construido a lo largo de la vida y que en la vejez son una expresión de amor. Esto genera que, aunque exista algún grado de independencia económica, el no tener vínculos afectivos permanentes con sus hijos genere sufrimiento ⁶⁶.

La solidaridad afectiva, es referida por las mujeres, al indicar que las relaciones familiares son una forma de gratitud frente al apoyo y cuidado brindado a largo de la vida, lo expresan a través del cuidado de sus padres, hijos, nietos y esposos, sin importar que tan buenas o malas fueron las relaciones con ese miembro de la familia. La familia es percibida por las mujeres como la principal red de apoyo, ese apoyo se manifiesta en el acompañamiento a las citas médicas, la administración de medicamentos y seguimiento al cumplimiento del Régimen Terapéutico, también se da apoyo económico para los traslados y la alimentación incluida en la dieta sugerida por el programa. Lo anterior hace que la familia además del componente filial también está constituida por vecinos y amigos que acompañan a la mujer.

Ilustración N° 10: *Historia de vida Elvira " la vejez: es la ley de la vida"*

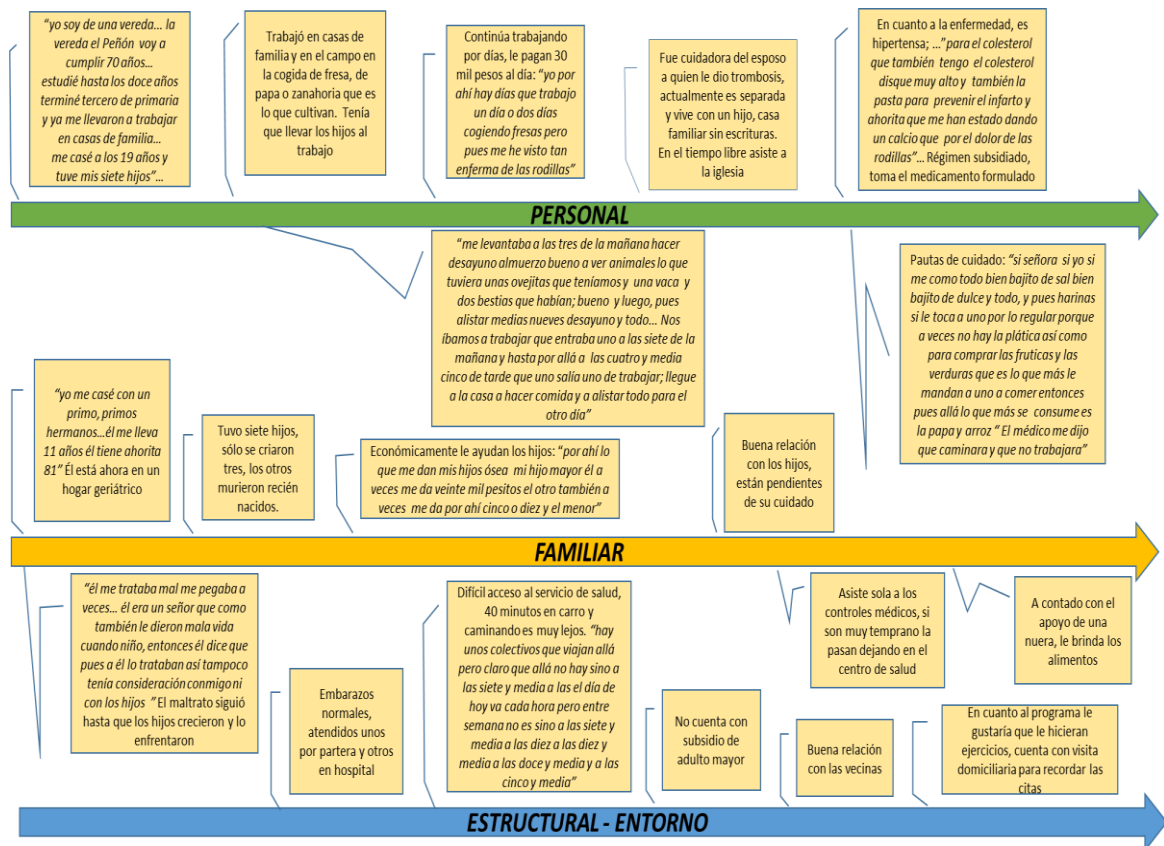


El lugar que se ha dado a la mujer en este contexto social, las vidas vinculadas y las formas de solidaridad, explican el hecho de que las mujeres manifiesten que el cuidado de sí mismas no ha sido un espacio posible a lo largo de la vida. Las mujeres durante toda su vida han velado por el cuidado de otros, padres, hijos, esposos. Esto prevalece en la vejez, el cuidado esta dado en apoyo con las mujeres de la familia (hijas, nueras y nietas). Durante la adultez, no hay tiempo, ni necesidad de dedicar tiempo a su propio cuidado, espacio para la recreación, o participación social, el tiempo fue dedicado al trabajo, al cuidado de los hijos y del esposo. De esta manera se expresa otra cara de la inequidad de género, a lo largo de la vida ⁶⁴.

10.3. La vejez y el trabajo

... "por ahí hay días que trabajo un día o dos días cogiendo fresas, pero pues me he visto tan enferma de las rodillas más que todo las rodillas...". (Bárbara)

Ilustración N°11: Historia de Bárbara " hay días que trabajo cogiendo fresa"



Las mujeres han trabajado la mayor parte de su vida en el trabajo agrícola o doméstico, al llegar a la vejez esta es valorada de manera negativa cuando se pierde la autonomía para el trabajo, esta se ve limitada por la pérdida de la funcionalidad del cuerpo y la aparición de enfermedades, como la artrosis. Se puede decir que se mantiene una relación cercana entre vejez, funcionalidad del cuerpo y permanencia en el trabajo.

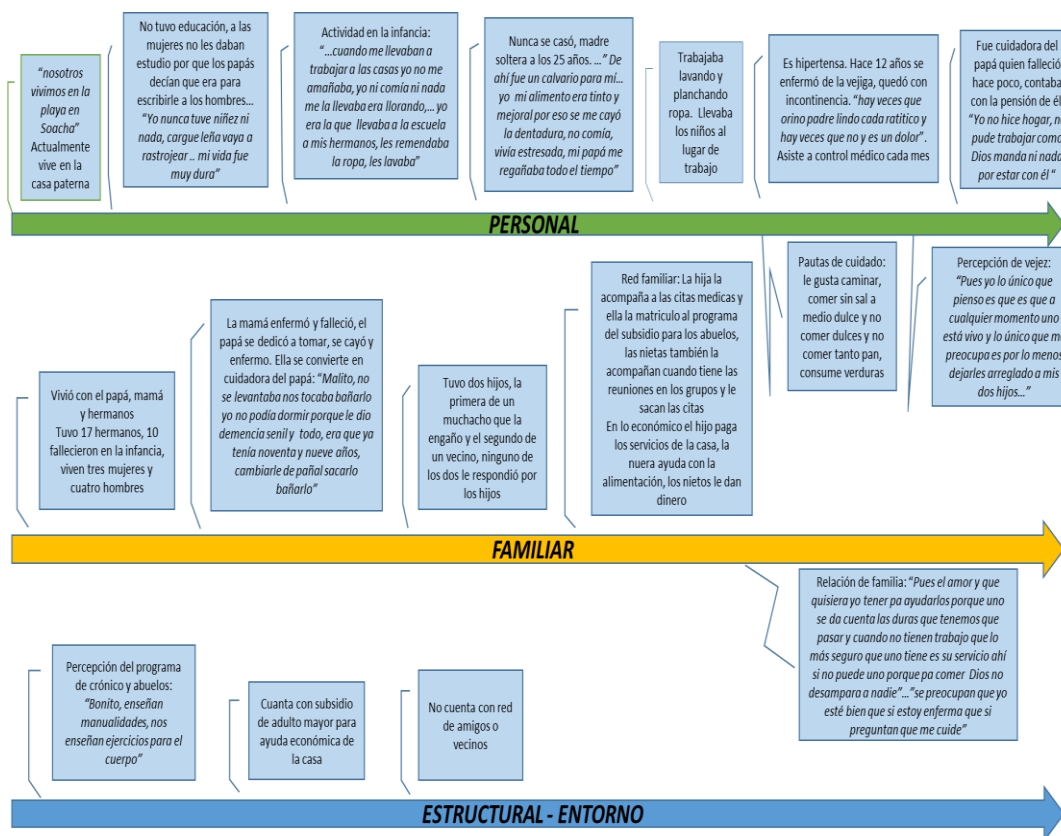
En contraste, las mujeres tienen una valoración positiva de la vejez, al considerar que en esta etapa de la vida son autónomas, activas, participan en el cuidado de su salud, apoyan a sus familias con el cuidado de sus nietos y los oficios diarios del hogar. Esto les permite visualizarse de manera positiva dentro de su núcleo familiar con una alta participación, sin

dejar de lado que el carecer de la pensión social las ubica en condiciones de dependencia económica debido a que la labor del cuidado no es remunerada (Ver ilustración 10)

10.4. Adherencia como medio para el cuidado de sí mismo

"... tenía que comer sin sal, a medio dulce y no comer dulces y no comer tanto pan..." (Betty)

Ilustración N° 12: Historia de vida Betty "yo nunca tuve niñez"



El modelo biomédico ha sido descrito como un productor de formas de control de los sujetos, uno de estos mecanismos de control es el Régimen Terapéutico. Los resultados muestran, que en medio de estas maneras de control, que se instauran desde el servicio de salud, y se expresa como ya se dijo, en relacionar la entrega del subsidio económico con el cumplimiento del Régimen, el Programa es un espacio social, donde se dan expresiones de autonomía, participación y cuidado que las mujeres valoran.

De esta manera el servicio de salud y las prácticas de cuidado son resignificadas por las mujeres como un espacio social donde las mujeres conocen a otras mujeres, y se dan prácticas del cuidado de sí mismas. Es decir, que es el momento de la vida, donde las mujeres tienen un espacio para pensar y hacer del cuidado un aspecto para ellas mismas, pese a que estos espacios fueron limitados a lo largo de su vida. Realizan ejercicios, aprenden manualidades y comparten experiencias con mujeres que tienen trayectorias de vida similares (Ver Ilustración 11.).

Las mujeres conocen los medicamentos que toman, sus horarios y utilizan estrategias para recordar y cumplir las recomendaciones brindadas por el personal de salud del Programa de Pacientes Crónicos. Entre las estrategias está el uso del subsidio económico, para el pago del arriendo, manutención diaria y ayuda a otros miembros de la familia, dado que el cumplimiento se efectúa parcialmente si los recursos del hogar son limitados (Ver ilustración 7).

Lo anterior permite ver que la adherencia no es sólo el cumplimiento de un Régimen Terapéutico, es una construcción social resultado de interacciones complejas, entre un contexto histórico, donde las mujeres han vivido y un mundo relacional que les sirve de redes de apoyo o no. Tampoco es sólo un mecanismo de control biomédico, dado que las mujeres lo ven como una oportunidad de autonomía y autodeterminación frente a las decisiones de su salud, de su cuerpo y de su vida en general. (Ver ilustración 9).

Las mujeres saben que la enfermedad crónica tiene implicaciones en su vida cotidiana y reconocen que los servicios de salud ahora hacen parte de la misma, dado que son necesarios y permanentes. Lo que cambia la connotación negativa de la enfermedad crónica para redefinirla como una oportunidad para experimentar más y mejores prácticas de cuidado de sí mismo en la vejez.

11. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general comprender las relaciones que existen entre las diferentes generaciones, las mujeres en condición de cronicidad y su adherencia terapéutica en un contexto rural como Sibaté, con el propósito de entender la adherencia terapéutica desde una perspectiva social, distinta al enfoque biologicista reportado en la literatura. Los resultados obtenidos permitieron dar respuesta tanto al objetivo general como a los específicos.

Los hallazgos permitieron evidenciar que las trayectorias de vida de las mujeres influyen de manera significativa en el abordaje que ellas y sus familias le dan a la adherencia terapéutica en la vejez, a pesar de las distintas circunstancias a las cuales se ven expuestas a lo largo de su vida y que explican el proceso de salud enfermedad. Para dar respuesta a nuestros objetivos la discusión retomará las tres categorías de los resultados: *Trayectorias de vida y contexto histórico; relaciones intergeneracionales y adherencia terapéutica y cuidado de sí mismo.*

11.1. Trayectorias de vida y contexto histórico

Las trayectorias de vida de las mujeres están marcadas por coyunturas como la inequidad económica y la desigualdad de género que trajeron desenlaces importantes para el afrontamiento de sus vidas. Esto sumado a transiciones y disrupciones como la presencia permanente de maltrato físico y psicológico por las distintas generaciones de la familia, relaciones familiares conflictivas o distantes y escasa red de apoyo social, que marcaron en el futuro el resultado del proceso salud-enfermedad.

Las inequidades económicas son entendida como el resultado de relaciones de poder que determina el acceso a los medios de producción y consumo⁶⁷, y en la vejez como el resultado de los fenómenos presentados a lo largo de la vida, estos se relacionan con la posición económica, las oportunidades de trabajo y educación a las que se logra acceder en el curso

de la vida, y a la seguridad económica que se tiene en la propia vejez ⁶⁸. Lo anterior, está estrechamente relacionado con los resultados del estudio, es en la vejez donde las mujeres reciben la carga de la enfermedad, y no cuentan con recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas. Es así como algunas de ellas aún continúan trabajando, no cuentan con vivienda propia (pagan arriendo), viven de la caridad de los hijos, nietos o nueras, o simplemente no logran garantizar los medios para acceder a los servicios de salud y mantener una dieta adecuada. En consonancia con lo que plantea la OMS ⁶ la oportunidad de una mayor longevidad en el mundo dependerá en gran medida de la salud de las personas en la vejez, si las personas viven años adicionales con buena salud, su capacidad de hacer lo que valoran será solo diferente a las personas jóvenes, pero si por el contrario esos años adicionales se ven marcados por la disminución de la capacidad física y mental consecuencia de la enfermedad, para la sociedad las consecuencias serán negativas.

Es evidente que existen brechas económicas entre lo rural y lo urbano con una profunda inequidad relacionada con la falta de ingresos de las poblaciones para mejorar las prácticas productivas, niveles de educación básica, poco acceso a los servicios de salud, carencia de vivienda o necesidades básicas insatisfechas, adicional la existencia de fenómenos como la violencia, desplazamiento forzado entre otros, genera aún más inequidad. ¹⁷. Los hallazgos del estudio permitieron evidenciar que el hecho de ser mujer y estar en un área rural, disminuye aún más la posibilidad de acceder a la educación, a los servicios de salud de manera oportuna y con calidad, así como lograr mantener un estado de salud óptimo a lo largo de la vida. Estas vivencias desde la perspectiva de curso de vida son vistas no como eventos independientes, sino como producto de eventos políticos, económicos, y culturales, como crecer en un entorno rural y patriarcal.

La inequidad económica urbano/rural descrita en esta investigación, también ha sido descrita en los estudios sobre desigualdades de género en la vejez ⁶⁹, trabajo no remunerado ¹⁸ y pobreza en la ruralidad ⁷⁰. Los resultados de esas investigaciones muestran que las tareas domésticas y el cuidado a otros históricamente ha sido una labor atribuida a la mujer, no reconocida y no remunerada, invisible por ser realizada en los ámbitos de las relaciones

privadas, generalmente mediadas por relaciones afectivas, parentesco y/o subordinación. En los resultados se destaca el rol cuidador de la mujer a lo largo de la vida, desde la niñez la mujeres manifestaron estar inmersas en el trabajo agrícola o doméstico, cuidar de sus hermanos, padres, conyugue, abuelos, etc., siempre sin remuneración y desplazando su propio cuidado, por entregarlo a otros.

La CEPAL ⁷¹ refiere que las mujeres rurales son cada vez más vulnerables, porque se ven expuestas a limitaciones para acceder a la educación y a empleos no remunerados. En el estudio el mercado laboral colombiano ⁷², el autor refiere que la población que no cuenta con formación en estudios superiores se ve expuesta a trabajos asalariados y posteriormente al desempleo, y terminan su vida productiva trabajando de manera independiente o empleos informales, aspecto que aumentan la inequidad social en la vejez.

De igual manera refiere que el trabajo en las áreas rurales, no es solo el desempleo, sino la baja calidad del empleo que repercute en la pobreza de la población campesina. Esto refleja la condición que viven hoy las mujeres viejas en el área rural, sin acceso a una pensión social, dependientes del bono entregado por la Alcaldía del municipio y con importantes limitaciones para garantizar su sustento económico que les permita lograr ser adherentes a su tratamiento por sí mismas.

Con respecto a lo anterior, surge la duda sobre cuál es el objetivo del subsidio económico para las personas mayores como parte de la política pública. Si es un mecanismo para atenuar el número de adultos mayores con inseguridad económica o la designación de recursos como parte de un proyecto social para disminuir la pobreza. Lo que si es cierto es que en los resultados del presente estudio ese subsidio adquiere para las mujeres viejas una connotación diferente con varios matices; por una parte, aporta a suplir necesidades básicas insatisfechas como vivienda y alimentación básica, pero por otra parte se convierte en la oportunidad para desarrollar su autonomía y aportar al cuidado de sí mismas.

De otra parte, los estudios clásicos que abordan la adherencia no dan cuenta de la relación de los procesos históricos de la vida social de las personas y su relación con la adherencia, en su mayoría son de enfoque biomédico^{8,39}, están relacionados con el cumplimiento de un régimen¹² y la familia tiene un papel instrumental de apoyo.^{10,11,41}

En este estudio se puede decir que el contexto social, político, económico y cultural de las mujeres expresado a partir de las trayectorias de vida de las mujeres, permitió develar que la inequidad económica y de género determinan el estado de salud – enfermedad en el que se envejece y se llega a la vejez.

Los resultados de estas vivencias son una vejez marcada por las limitaciones económicas que aún persisten en la vejez, no cuentan con una pensión de vejez, por lo que luchan para valerse por sí mismas y suplir sus necesidades básicas, o viven de lo que les aportan sus hijos o nietos; algunas reciben un subsidio económico o social, cuyo valor legal no es comparable a una pensión, pero que les proporciona un grado de autonomía.

11.2. Relaciones intergeneracionales.

Las relaciones intergeneracionales son entendidas como todas aquellas relaciones de consenso, interacción, conflicto o de cooperación para lograr metas comunes entre dos o más generaciones^{11,50}. La familia para las mujeres de la presente investigación, es el producto de los vínculos de afecto (o no) que se construyen a lo largo de la vida, y que en la vejez son una expresión de amor, cuando estos vínculos no se dan pueden ser para ellas motivo de sufrimiento o tristeza.

Dentro de los principales hallazgos de esta investigación y dando respuesta al objetivo se evidencia que existen relaciones entre las distintas generaciones que se gestan a lo largo de la vida y se relacionan en como la mujer afronta la adherencia terapéutica en la vejez.

De acuerdo a lo expresado por Bengston et al.⁶⁶ los resultados mostraron que en este proceso de intercambio y cooperación entre las distintas generaciones (abuelos, padres, hijos y nietos) está dado por transacciones de tipo funcional y afectivo. La primera materializada en apoyo económico que han percibido de sus padres, conyugues y ahora en la vejez de sus hijos y nietos, y la segunda como una forma de gratitud frente al apoyo y cuidado brindado a largo de la vida expresada en palabras de aliento, compañía, comprensión, preocupación y apoyo emocional sin importar que tan buenas o malas fueron las relaciones al interior de la familia. En el hallazgo de la investigación se presentaron en muy baja medida la solidaridad de tipo normativa y asociativa las dos relacionadas con familiares poco cercanos al núcleo familiar (tíos y hermanos).

Las mujeres perciben a la familia como la principal red de apoyo, pero comprenden que estas relaciones no solo son filiales, también manifiestan sentirse apoyadas por vecinos o amigos. Las participantes del estudio poco perciben que ellas también aportan a otras generaciones mediante el cuidado de los nietos, el apoyo en las labores de hogar, el cuidado del conyugue, entrega e intercambio de consejos y/o experiencias vividas entre otras.

Este tipo expresiones de solidaridad, incide en la forma como las mujeres experimentan su proceso de enfermedad, transformando una experiencia negativa en positiva, que favorece el cuidado de sí misma y la autogestión de la enfermedad crónica, cuando estas relaciones se encuentran ausentes es más difícil para las mujeres lograr plenamente el cuidado de su salud, como lo expresa en su estudio Hernández et al.⁷³ la familia juega un papel importante en el mantenimiento, protección y recuperación de la persona en condición de cronicidad, las relaciones familiares influyen en las emociones y en la toma de decisiones de la persona vieja, por un lado transformando el padecimiento en una expresión positiva o con el empeoramiento de la enfermedad cuando las relaciones familiares son difíciles.

El lugar que se ha dado a la mujer en este contexto social, las vidas vinculadas y las formas de solidaridad, explican el hecho de que las mujeres manifiesten que el cuidado de sí mismas

no ha sido un espacio posible a lo largo de la vida. Las mujeres durante toda su vida velaron por el cuidado de otros, padres, hijos, esposos. Esto prevalece en la vejez, y está dado en apoyo con las mujeres de la familia (hijas, nueras y nietas).

Durante la adultez, las mujeres no dedicaron tiempo a su propio cuidado, a la recreación, o participación social, el tiempo fue dedicado al trabajo, al cuidado de los hijos y del esposo. De esta manera se expresa otra cara de la inequidad de género, a lo largo de la vida.

Conocer las trayectorias de vida de las mujeres permitió contrastar la historia social, familiar e individual de cada una de las mujeres, permitió conocer el papel que desempeñan las diferentes generaciones al interior de la familia, estas relaciones están permeadas por la protección, mantenimiento y recuperación de la salud cuando se padece una enfermedad crónica en la vejez. Podemos decir entonces que las relaciones entre las distintas generaciones y las mujeres viejas en cuanto a adherencia terapéutica se refiere son en su mayoría de tipo funcional (económico e instrumental) y afectivo, y que en este tipo de intercambios se destacan elementos como la cooperación, el acompañamiento en la toma de decisiones, apoyo en el itinerario terapéutico y el soporte emocional y afectivo.

De otra parte, según Hueso et al ⁷⁴ las redes informales, la iglesia y los clubes de enfermos son un apoyo fundamental y un recurso importante para que las personas viejas autogestionen su enfermedad, esto está en consonancia con lo expresado por las mujeres, quienes manifiestan que en la vejez se propician mayores espacios para el cuidado de sí mismas, relacionándolos con el tiempo y dedicación que le dan a afrontar su situación de cronicidad.

Para las mujeres, contar con espacios de participación social como el Programa de Crónicos, el grupo de adulto mayor y escenarios religiosos permite compartir experiencias con otros, y sentirse activas y motivadas. Por esta razón, las mujeres perciben el Programa de Crónicos como un recurso importante para la autogestión de su enfermedad, que ofrece espacios de esparcimiento, favorece las relaciones interpersonales, el encuentro con sí mismo, y su participación es un ingreso económico por el bono que reciben. La iglesia es considerada

también una red de apoyo importante que facilita la comunicación con otros y da apoyo espiritual.

Adherencia terapéutica y cuidado de sí misma

La adherencia en la vejez de estas mujeres rurales tiene una visión más amplia que solo obtener resultados en salud mediante el cumplimiento de un régimen terapéutico instaurado, puede redefinirse como una construcción social donde el contexto histórico, social, político, económico, familiar y personal aporta a la forma como la persona asume el proceso del envejecimiento, la enfermedad y su propio cuidado con una connotación positiva.

La enfermedad crónica y la adherencia terapéutica no pueden considerarse desde un enfoque exclusivamente biomédico, la perspectiva del proceso salud - enfermedad debe ser comprendida como un asunto de proceso social, que implica transformaciones en la vida cotidiana de las personas, que va más allá de un proceso fisiopatológico para propiciar cambios en la dieta o patrones de ejercicio ⁷⁵, Los resultados de la investigación permitieron comprender a través de las trayectorias de vida la adherencia como una construcción social, donde el proceso salud enfermedad está determinado por las condiciones en las que se nace, se vive y se llega a la vejez. Es así, como las mujeres por falta de recursos económicos no logran alcanzar sus resultados en salud de forma plena, requieren transformaciones estructurales en su vida cotidiana como la seguridad económica en su vejez.

Arrivillaga ¹⁶ refiere que la adherencia terapéutica se relaciona con el lugar que ocupan las mujeres en la sociedad, patrones de afrontamiento, condiciones de vida, capacidad de resolver problemas y superar la adversidad pesar de haber crecido en contextos con vulnerabilidad social y económica. En el presente estudio se resalta como una oportunidad la forma como las mujeres afrontan su enfermedad independiente de sus condiciones de vulnerabilidad, la vejez para estas mujeres se convierte en un espacio de encuentro consigo mismas, que les permite tomar decisiones y empoderarse del cuidado de su cuerpo y de su

salud, permitiendo a las mujeres comprender la adherencia terapéutica desde el cuidado de sí misma.

Para Foucault ⁷⁶, el cuidado de sí mismo es un proceso de construcción, de aprender, de cultivar, es un modo de conducirse, de hacer, es una práctica permanente de recreación de sí mismo. Debe considerarse como un arte mismo de vivir, es una elección que debe hacerse de manera continua y permanente a lo largo de toda la vida. La vejez es la etapa en la que por fin se alcanza a sí mismo, la persona se reúne consigo misma y mantiene una relación completa de dominio y satisfacción, es un momento de recompensa ^{76,77}. Lo anterior sustenta la manera en la que las mujeres logran alcanzar el cuidado de sí mismas, auto gestionar su enfermedad, empoderarse de su tratamiento y mantener lazos de solidaridad con sus diferentes generaciones que le ayuden a mantener su salud en la vejez.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12.1. Conclusiones

La perspectiva de curso de vida permite comprender la relación que existe entre los procesos sociales, familiares y la historia individual de las mujeres de 60 años y más a lo largo de la vida y permite comprender que el proceso de salud enfermedad está determinado por las trayectorias de vidas enmarcadas en las coyunturas, transiciones, interrupciones y vidas vinculadas. A partir de esta perspectiva se analizaron las trayectorias de vida de las mujeres de 60 años y más, desde las coyunturas de inequidad económica y género. Dicha inequidad está traducida en la falta de educación, trabajo precario (doméstico y de servicio) y trato inequitativo por el hecho de ser mujer. Estas inequidades se trasladan a que hoy en día las mujeres viven de la caridad de sus hijos o del subsidio que reciben por pertenecer al grupo de crónicos, cuyo valor legal no es comparable a una pensión, pero que les proporciona algún grado de autonomía.

En cuanto a la metodología el enfoque biográfico, permitió construir líneas de tiempo que brindaron información para conocer los procesos históricos, sociales, familiares y personales de las circunstancias vividas por las mujeres a lo largo de la vida. Esta investigación tiene las limitantes propias del método cualitativo, por lo tanto, no pueden ser generalizadas, y puede existir el sesgo de memoria de las participantes.

Los resultados mostraron que el proceso de intercambio y cooperación entre las distintas generaciones (abuelos, padres, hijos y nietos) está dado por transacciones de tipo funcional y afectivo. Estas transacciones inciden en la forma como las mujeres experimentan su proceso de enfermedad, lo transforman en una oportunidad que les favorece el cuidado de sí mismas, la autogestión de la enfermedad, el empoderamiento de su tratamiento, fomentar relaciones interpersonales con otros y les permite mantener lazos de solidaridad con sus diferentes generaciones. Un obstáculo para que las mujeres logren la adherencia es en la vejez

es sin duda la falta de recursos económicos, por lo tanto, se requieren transformaciones estructurales en el contexto que permitan garantizar la seguridad económica en la vejez.

12.2. Recomendaciones

Fomentar investigaciones con la perspectiva de curso de vida que permitan comprender y analizar la historia social y la relación con el proceso de salud enfermedad, a lo largo de la vida de las personas. Dar continuidad a los estudios de tipo cualitativo para darle voz a las experiencias y vivencias de las personas.

Para la Maestría se sugiere fortalecer la línea de investigación en envejecimiento para lograr comprender la vejez como una construcción social desde el campo de la Salud Pública.

En cuanto a la formación en Salud pública de pregrado y posgrado, se propone avanzar en el desarrollo de una perspectiva social que permita la comprensión de la enfermedad crónica y la adherencia terapéutica. Se hace necesario comprender de una manera distinta los procesos de salud enfermedad la perspectiva de curso de vida puede aportar a esta comprensión.

Con respecto a los desafíos de política pública, se hace necesario mejorar las condiciones de trabajo digno en la población colombiana en todas las etapas del curso de vida, con el fin de garantizar la seguridad económica de la población vieja. La dependencia económica en la vejez genera pobreza, limita la salud de las personas viejas y puede desencadenar dependencia, discapacidad y pérdida de la funcionalidad familiar por la doble carga. Las políticas y programas que se generen para la población vieja debe contemplar un enfoque diferencial en cuanto a género y territorio, pues los resultados de este estudio nos permiten identificar que las personas envejecen y llegan a la vejez de maneras distintas.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra; 2014. [Consultado: 25 de Marzo 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?sequence=1.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estado Unidos de América; 2015. [Consultado: 01 de abril 2017]. Disponible en: http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf.
3. Soria R, Vega C, y Nava C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Altern. psicol. 2009[citado 2015 Mayo 10];14(20):89-103. Disponible http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&tlng=es.
4. Libertad MA. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 2017 Ago 18]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es.
5. Mendoza S, Muñoz M, Merino J, Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2006 [citado 2015 junio 7];134(1):65-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000100009>.
6. Bello N y Montoya P. Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. Revista GeroKomos [Internet]. 2017 [citado 2017 septiembre 4];28(2):73-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es.
7. Silva G, Galeano E, y Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana [Internet]. 2005 [citado 2015 junio 7];

30(4):268-273.

Disponible

en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>

8. Peeters B, Van Tongelen I, Duran Z, Yüksel G, Mehuys E, Willems S, et al. Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study. *Ethn Health* [Internet]. 2015 [citado 2017 agosto 21];20(1):87-105. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24588791>
9. Albuquerque C, Correia C, Ferrerira M. Adherence to the therapeutic regime in person with type 2 diabetes. *Procedia Soc. and Behav. Scien* [Internet]. 2015 [citado 2017 septiembre 4];171(16):350-358. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815001627>
10. Sanders M, Van Oss T. Using Daily Routines to Promote Medication Adherence in Older Adults. *Am. J. Occup Therapy* [Internet]. 2013. [citado 2017 agosto 21]; 67(1): 91-99. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245787>
11. Holt E, Rung A, Leon K, Firestein C, Krousel-Wood M. Medication Adherence in Older Adults: A Qualitative Study. *Educ Gerontol* [Internet]. 2014 [citado 2017 agosto 21]; 40(3):198-211. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25214707>
12. Alcaíno D, Bastías N, Benavides C, Figueroa D, Luengo C. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. *Gerokomos* [Internet]. 2014 [citado 2018 agosto 18]; 25(1): 9-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100003>.
13. MontesDeOca V. Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglon* [Internet]. 2010 [citado 2017 septiembre 4]; 62:159-181. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11117/235>.
14. Parales CJ y Dulcey Ruiz E, La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Rev Lat de Psicología* [Internet]. 2002 [citación 2017 octubre 5];34(1-2):107-121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534209.pdf>.

15. Arrivillaga M, Salcedo J. Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. Pensam. psicol. [Internet]. 2012 [citado 2017 octubre 10];10(2):49-64. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200006&lng=en&nrm=iso.
16. Arrivillaga M. Perspectiva social de la adherencia terapéutica en mujeres con VIH/SIDA [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia;2017. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/6791/>.
17. Parra R, Ordoñez L y Acosta C. Pobreza, brechas y ruralidad en Colombia. Coyuntura Económica [Internet]. 2013 [citado 2018 mayo 15];43(1):15-36. Disponible en: http://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/260/Co_Eco_Sem_1_2013_Parra-Pena_Ordenez_y_Acosta.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
18. Hernández A. El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. Rev. Gerencia. Política y Salud. [Internet]. 2009 [citado 2018 mayo 20];8(17):173-185. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009011>.
19. Alcaldía Municipal de Sibate. Secretaria de salud. Análisis de Situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud 2016. Sibate; 2016.
20. Dulcey E, Arrubla D y Sanabria P. Envejecimiento y vejez en Colombia. 2010. Bogotá; 2013. [citado 2015 mayo 19] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/3%20-0-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>
21. Arrubla-Sánchez DJ. Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2010 [citado 2018 mayo 20];9(19):229-242. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519045013>.
22. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Colombia;2007. [citado 2018 julio 10]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

23. Asamblea mundial sobre el envejecimiento. Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Austria;1982. [citado 2015 mayo 25]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf.
24. Naciones Unidas. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid España;2002. [citado 2015 mayo 25] Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
25. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. 1991.[Consultado: 01 de abril 2017]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html.
26. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Colombia;2007. [citado 2018 julio 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
27. Alvarado M y Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado 2017 abril 1];25(2):57-62. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>.
28. Dulcey-Ruiz E. Envejecimiento y vejez: categorías conceptuales. 1ra Ed. Bogotá D.C: Fundación Cepsiger para el desarrollo humano; 2013.
29. Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública de México [Internet]. 1996;38(6):409-418. [citado 2017 abril 1]. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5953>.
30. Arber S y Ginn J. Relación entre género y envejecimiento: Enfoque sociológico (Mujeres). 1ra Ed. Madrid-España: Ediciones Narcea;1996.

31. Barrantes M. Género, Vejez y salud. *Acta bioeth* [Internet]. 2006 [citado agosto 20 2017];12(2):193-197. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200008>.
32. Graham H. Where is the future in public Health? *Milbank Q* [Internet]. 2010 [citado 2017 abril 01]; 88(2):149-68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579281>.
33. Butler Jones D. Report on the State of Canada Public Health in Canada 2010, Growing Older-Adding life to years. 1ra Ed. Canadá: The Chief Public Health Officer's;2010. Disponible en : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_e.pdf
34. Elder GJ. Perspectives on the life course. In: *Life course dynamics: Trajectories and transitions*. 1ra Ed. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1985. Disponible en: <https://www.popline.org/node/421483>
35. Campo GC y Merchán DC. Determinantes sociales de la salud: enfermedades crónicas y discapacidad en personas mayores UPZ San Blas, Bogotá 2013 – 2014. [tesis maestría]. Bogotá: Universidad Santo Tomas; 2017. Disponible en: <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/4372/Campogloria2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
36. Pescosolido B, Martin J, McLeod J y Rogers A. *Handbook of the Sociology of health, illness and healing. A Blueprint for the 21st Century*. 2da Ed. NY:Springer; 2011. Disponible en: <https://www.springer.com/la/book/9781441972590#aboutBook>.
37. Bacallao J. *El enfoque del curso de vida como base conceptual del proyecto de curso de vida saludable*. 2da Ed. Washington, DC;2015.
38. Hertzman C y Power C. Health and human development: understandings from life course reserch. *Dev Neuropsychol*. 2003 [citado 2017 abril 01];24(2-3):719-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14561568>.
39. Halfon N y Hochstein M. *Life course health development: an integrated framework*

- for developing health, policy, and research. Send to Milbank Q [Internet]. 2002 [citado 2017 abril 01];80(3):433-79. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12233246>.
40. Mayer KU y Schoepflin U. The State and the Life Course. Annual Review of Sociology [Internet]. 1989 [citado 2017 abril 01];15:187-209. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.so.15.080189.001155>.
 41. Beltrán AJ y Rivas A. Intergeneracionalidad y multigeneracionalidad en el envejecimiento y la vejez. Tabula Rasa [Internet]. 2013[Consultado: 01 de abril 2017];(18):303-320. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39629177014>
 42. Sánchez M, Kaplan M, Sáenz J. Programas Intergeneracionales: Hacia una sociedad para todas las edades. 1ra ed. Barcelona: Fundación La Caixa; 2009. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=281411>.
 43. Bazo, MT. Dar y recibir: Análisis comparativo de las prácticas de intercambio entre generaciones, preferencias y valores en las familias españolas. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado [Internet]. 2002 [citado 2018 mayo 10];(45):55-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27404505>.
 44. Bazo MT. Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada. Revista Española de Sociología.2002;20: 117-127.
 45. Vinaccia S, Quiceno J, Fernández H, Gaviria A, Chavarría F & Orozco O. Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Informes Psicológicos. 2016;(8):89-106. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120/5612>
 46. Alberdi I. La transformación de las familias en España. Centro de Iniciativas Culturales y Estudios Económicos y Sociales;1999.
 47. De Guzman A, Guevara K, Guiang F, Gutierrez A, Habaluyas A, Hizon M, et al.

Developing a Model of Medication Adherence among Filipino Elderly. *Educ Gerontology* [Internet]. 2013 [citado 2017 Agosto 17]; 39(5): 298-313. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2012.661336>.

48. Iihara N, Nishio T, Okura M, Anzai H, Kagawa M, Kirino Y, et al. Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. *J Clin Pharm Ther*. 2014 [citado 2017 agosto 21]; 39(1): 45-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24106917>.
49. Lin E, Von M, Ciechanowski P, Peterson D, Ludman E, Rutter CM, et al. Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial. *Ann. Fam. Medic* [Internet]. 2012 [citado 2017 agosto 21];10(1):6-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22230825>.
50. Mayberry L y Osborn C. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2012 [citado 2017 agosto 21]; 35(6): 1239-1245. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22538012>.
51. Mishra S, Gioia D, Chilaress S, Barnet B y Webster R. Adherence to Medication Regimens among Low-Income Patients with Multiple Comorbid Chronic Conditions. *Health Soc Work* [Internet]. 2011 [citado 2017 agosto 21]; 36(4): 249-258. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22308877>.
52. Osamor PE. Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. *Cardiovasc J Afr* [Internet]. 2015 [citado 2017 agosto 21]; 26(1): 29-33, Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392208/>
53. Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K, Beverley K y Burge F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Can Fam Physician*. 2013 [citado 2017 agosto 21];59(2):e93-e100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23418264>.

54. Abreu M y Fleury E. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Paidéia (Ribeirão Preto). 2008; 18(40), 279-288. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/06.pdf>.
55. CEPAL Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces; 2004. Disponible en: <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/9/19679/IArriagada.pdf>
56. Cornejo M. El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. Psykhe [Internet]. 2006 [citado 2018 julio 21]; (15): 95-106. Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/326>
57. Glaser BG y Strauss A. Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine; 1967 citado por Bonill de las Nieves, C, Celdrán-Mañas, M, Hueso-Montoro, C, Cuevas Fernández-Gallego, M, Rivas -Marín, C; Sánchez -Crisol, I. Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0657.php>
58. Amezcua M y Hueso C. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria [Internet]. 2009 [citado 2018 julio 21];6(3). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>
59. Taylor SJ y Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Piados; 2006. p. 100-131.
60. República de Colombia. Departamento administrativo nacional de estadística DANE [Internet] [Actualizado 12 de Junio de 2017; Consultado 13 de Agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
61. CEPAL Ocampo J. Macroeconomía para el desarrollo: políticas anticíclicas y transformación productiva. 2011. Disponible en: <https://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/44072/RVE104Ocampo.pdf>

62. Pesca E. Análisis del comportamiento de las relaciones laborales y de protección social en el sector de la construcción en Colombia durante el período 2007-2012. [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Santo Tomás;2015. Disponible en <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10020/Pesca2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
63. República de Colombia. Alcaldía Municipal de Sibate Cundinamarca. [Internet] [Actualizado 12 de Junio de 2017; [Consultado 13 de Agosto de 2017] Disponible en: <http://www.sibate-cundinamarca.gov.co/Paginas/default.aspx>
64. CEPAL. Naciones Unidas. Redistribuir el cuidado. El desafío de las Políticas. Chile; 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27871/1/S2012875_es.pdf.
65. República de Colombia. Alcaldía Municipal de Sibate. Plan de Desarrollo Sibate Cundinamarca 2008 – 2011; 2011. Disponible en: <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/plan%20de%20desarrollo%20sibate%20-%20cundinamarca%20%202008%20-%202011.pdf>
66. Cruz-Saco M y Selenev S. Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties. New York:United Nations Headquarters; 2007.
67. Breilh J. El género entre fuegos: inequidad y esperanza. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud: CEAS; 1996. 303 p. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3552/1/Breilh,%20J-CON-187-Genero%20entrefuegos.pdf>
68. Walker A y Hagan C. Investigating quality of life in the growing older programme. Growing older understanding. Quality of life in old age. Edición ilustrada. Universidad de Michigan. Editor Alan Walker; 2005. p. 1 – 13.
69. Aguirre R, Scavino S. Cuidar en la vejez: desigualdades de género en Uruguay. Papeles del CEIC [Internet]. 2016 [citado 2018 julio 21];150(1):1-41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/765/76544802007.pdf>.
70. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Pobreza rural Políticas Publicas en América Latina y el Caribe. Santiago, Chile, 2013. 308 pág.; 25 ISBN: 978-92-5-307358-0 Comisión Económica para América

71. Latina y el Caribe –CEPAL. Mujer Rural, escolaridad y empleo en el istmo centroamericano: Hacia una identificación de áreas prioritarias de políticas públicas. Naciones Unidas, México, 2002
72. López H. Borradores de Economía. El Mercado Laboral Colombiano. No. 606. Bogotá: Banco de la República; 2010.
73. Hernández S, Hueso C, Montoya R, Gómez J y Bonill de las Nieves C. Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. Cultura de los cuidados [Internet]. 2016 [citado 2018 julio 22]; 4(44): 75-90. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54594/1/Cult_Cuid_44_07.pdf.
74. Hueso C, Siles J, Amezcua M, Bonill de las Nieves C, Pastor Montero S y Celdrán Mañas M. Comprendiendo el padecimiento humano ante la enfermedad: manifestaciones, contexto y estrategias. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2018 julio 22];20(3):619-628. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a26v20n3.pdf.
75. Mesa L, Carrillo AJ y Moreno F. La cronicidad y sus matices: estudio documental. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet].2013 [citado 2018 julio 22]; 15(2): 95-114. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7070>.
76. Foucault M. El gobierno de sí y de los otros. 1ra Ed. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2009. Disponible en: https://monoskop.org/images/7/78/Foucault_Michel_El_gobierno_de_si_y_de_los_otros.pdf.
77. Foucault M. La hermenéutica del sujeto. 1ra Ed. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2011. Disponible en: <https://seminarioatap.files.wordpress.com/2013/02/foucault-michel-hermeneutica-del-sujeto.pdf>

14. ANEXOS

Anexo 1: Aprobación comité de ética



Bogotá, D.C., 11 de Septiembre de 2015

Docente
DEISY ARRUBLA
Maestría en Salud Pública

Estimada docente, cordial saludo

El Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad Santo Tomás responde a la solicitud de aval ético de los proyectos de investigación titulados:

1. *“Determinantes sociales de la salud en personas de 60 y mas con enfermedad crónica y situación de discapacidad en la UPZ San Blas, Localidad Cuarta Bogotá D.C., 2013-2014”*
2. *“Relaciones intergeneracionales y adherencia terapéutica en mujeres mayores de 60 años del municipio de Sibate 2015-2016”*

Asesorado por usted como docente de la maestría en Salud Pública, de la Facultad de Economía de la USTA.

El Comité Institucional de Ética de la investigación de la Universidad Santo Tomás (CIEI), en sesión del día 07 de Septiembre de 2015, luego de revisar nuevamente las propuestas de investigación enviadas, solicita se aclaren las fuentes de financiación de los proyectos en mención.

Así mismo, se solicita revisar la redacción de la página 40 del primer proyecto e igualmente se solicita incluir en las consideraciones éticas del proyecto el riesgo mínimo que implica la investigación, esto con base en la Resolución 8430.

Una vez se hayan realizado estos ajustes y se haya explicado las fuentes de financiación, se procederá a otorgar el respectivo aval, sin que estos proyectos deban ser revisados por el CIEI en su próxima reunión ordinaria. La comunicación se realizará directamente a través del correo del Comité.

Cualquier inquietud con gusto será atendida,

Cordialmente,

MARÍA PIEDAD ROJAS

Presidenta
Comité Institucional Ética de la Investigación (CIEI)
comiteinstitucionaleticadeinvestigacion@usantotomas.edu.co
Universidad Santo Tomás



Sede Principal: Cra. 9 No. 51-11, PBX: 57(1) 587 8797 - Sede de Lourdes: Cra. 9 No. 63-28, PBX: 57(1) 595 0000
Campus San Alberto Magno: Autopista Norte, calle 205, Av. Los Arrayanes km 1,6
www.usta.edu.co - correo electrónico: usantotomas@usantotomas.edu.co - Bogotá, D.C. - Colombia



Anexo 2 . Ilustraciones Historias de vida 13 y 14

Ilustración N° 13: Historia de vida Anabela " a veces me siento sola "

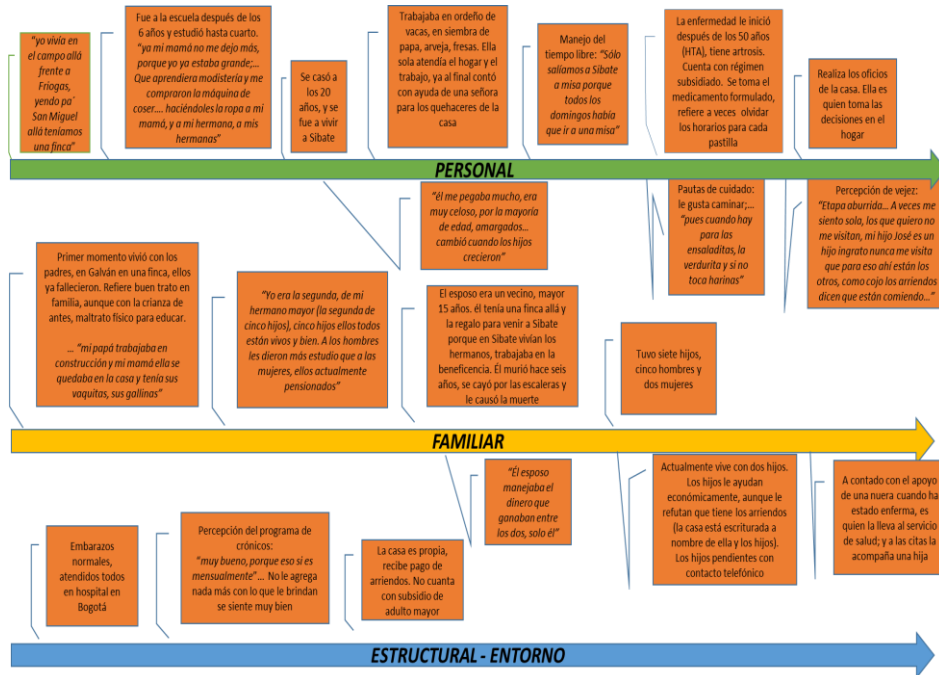
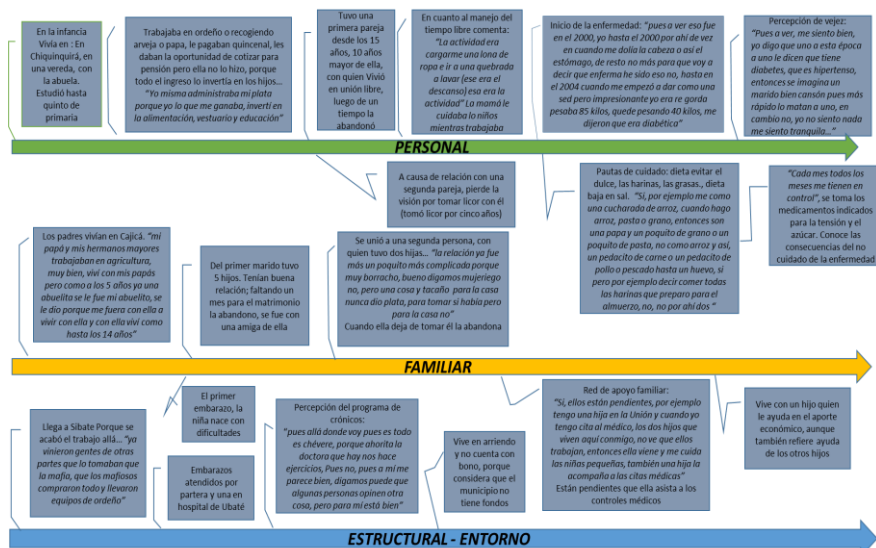


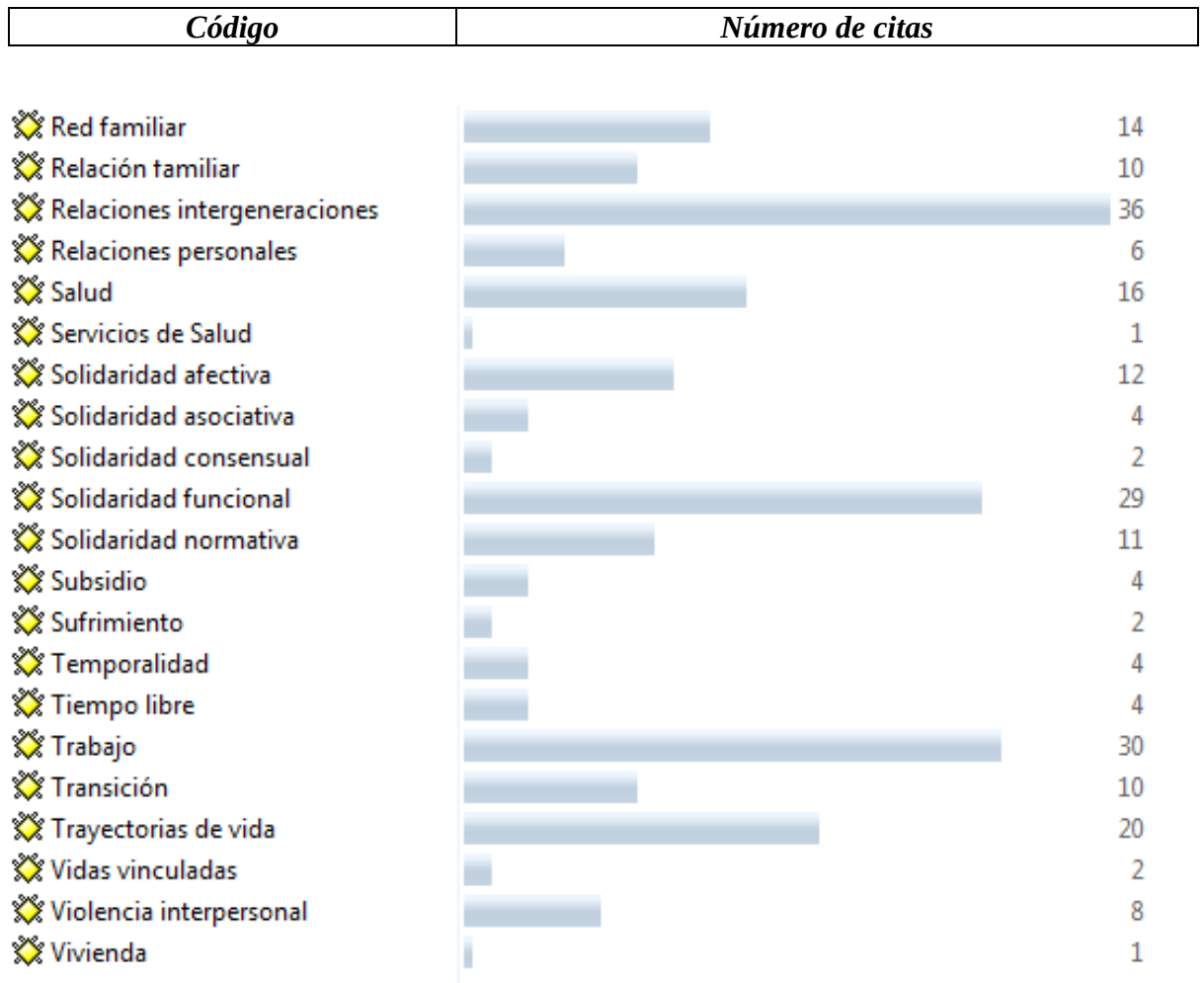
Ilustración N° 14: Historia de vida Gilma " yo misma administraba mi plata "



Anexo 3 . Ilustración: Codificación cualitativa de entrevistas

Ilustración N° 15: *Codificación cualitativa de entrevistas*





Anexo 4. Ilustraciones: Redes semánticas

Ilustración N° 16: Red semántica - Relaciones intergeneracionales en la familia

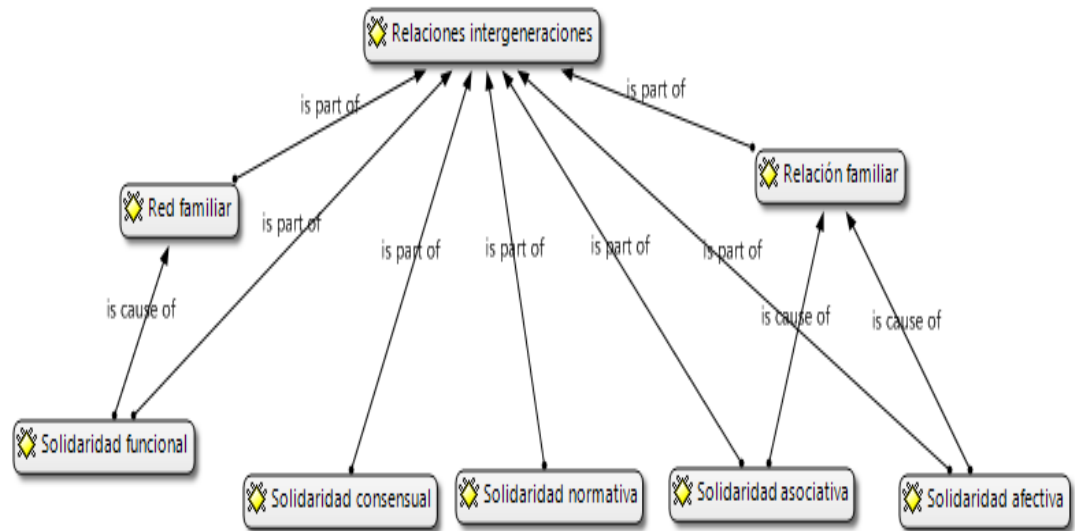


Ilustración N° 6: Red Semántica - adherencia terapéutica y cuidado

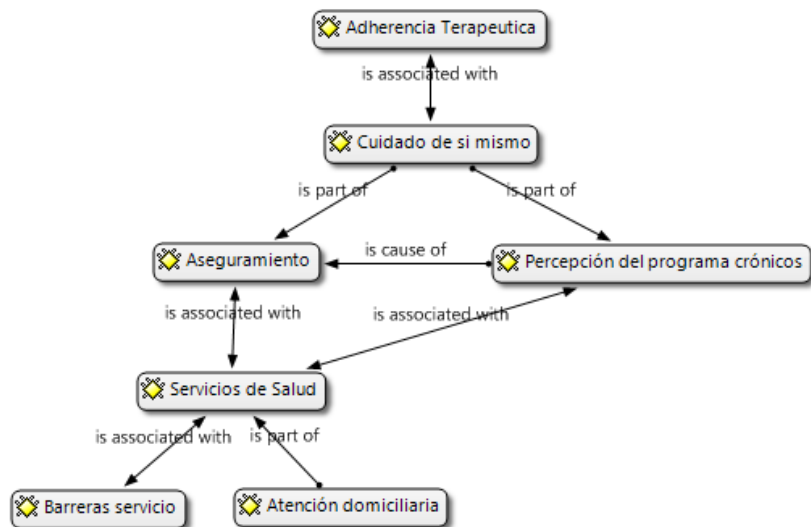


Ilustración N° 7: Red Semántica – Trayectorias de vida

