

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL, CULIACÁN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



TESIS:

“REDES DE APOYO FAMILIAR EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
LOS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN”

PRESENTA

TAMARA CRISTINA GARCÍA OVALLES

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARISELA RIVERA MONTOYA

CULIACÁN, SINALOA, JUNIO 2026.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

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

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

Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



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

Resumen

El presente trabajo, correspondiente a la tesis de Maestría en Trabajo Social, analiza el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de personas adultas mayores que acuden a la consulta externa del Hospital General de Culiacán. El estudio parte del contexto de envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la vulnerabilidad social y sanitaria de este grupo, ante la cual la adherencia terapéutica se vuelve un indicador crítico para la continuidad del cuidado y un desafío para los servicios de salud. Se plantea como objetivo general comprender cómo las redes familiares inciden en la adherencia terapéutica, así como identificar los factores que favorecen o limitan su participación, desde la perspectiva de personas adultas mayores, familiares y profesionales de Trabajo Social.

Metodológicamente, se desarrolla un estudio de corte cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal, con enfoque fenomenológico. Se utilizan entrevistas y otras técnicas de recolección de información aplicadas a personas adultas mayores con enfermedades crónico-degenerativas, a sus familiares cuidadores y a personal de Trabajo Social del hospital, organizando el análisis en torno a categorías como redes de apoyo familiar y social, adherencia al tratamiento, factores facilitadores y obstaculizadores, práctica profesional y condiciones institucionales.

Los resultados muestran que las redes de apoyo se estructuran en torno a una cuidadora principal, casi siempre una mujer de la familia, que asume el traslado, la gestión de citas, la supervisión de medicamentos y el sostén emocional, coexistiendo con casos de escaso o nulo apoyo en los que las personas mayores llegan solas y desorientadas. La presencia de redes familiares activas se relaciona con mayores posibilidades de adherencia, mientras que la precariedad económica, la falta de corresponsabilidad entre hermanos, las exigencias del sistema de salud y ciertas barreras institucionales

incrementan el riesgo de abandono terapéutico. Se concluye que el Trabajo Social hospitalario ocupa un lugar estratégico para identificar, fortalecer y articular las redes familiares como recurso protector, así como para incidir en la construcción de dispositivos institucionales que favorezcan el derecho a la salud de las personas adultas mayores.

Palabras claves: Redes de apoyo familiar, Adherencia al tratamiento, Adultos Mayores, Trabajo Social.

Abstract

This master's thesis in Social Work analyzes the role of family support networks in treatment adherence among older adults attending the outpatient clinic of the General Hospital of Culiacán, Mexico. The study is framed by the current context of population ageing, the increase in chronic diseases and the social and health vulnerability of older adults, for whom therapeutic adherence becomes a critical indicator for continuity of care and a challenge for health services. The general aim is to understand how family networks influence treatment adherence and to identify the factors that facilitate or hinder their participation, from the perspective of older adults, their relatives and hospital social workers.

Methodologically, the research adopts a qualitative, exploration, descriptive and cross-sectional design, grounded in a phenomenological approach. Data was collected through interviews and other qualitative techniques with older adults living with chronic-degenerative conditions, their family caregivers and social work professionals, and were organized around analytical categories such as family and social support networks, treatment adherence, facilitating and hindering factors, professional practice, and institutional conditions.

Findings show that support networks are usually structured around a primary caregiver, most often a female relative, who is responsible for transport to the hospital, appointment and test management, medication supervision and emotional support, while there is also a significant proportion of patients who arrive alone and disoriented, reflecting weak or absent family support. Active and functional family networks are associated with better conditions for adherence, whereas economic precariousness, lack of shared responsibility among siblings, organizational demands of the health system and institutional barriers increase the risk of therapeutic abandonment. The study concludes

that hospital social work plays a strategic role in identifying, strengthening, and coordinating family networks as a protective resource and in advocating for institutional arrangements that uphold older adults' right to health and continuity of care.

Keywords: Family support networks, Treatment adherence, Older adults, Social work.

Dedicatoria

A Dios, por ser guía y fortaleza en cada paso de este camino, por darme la vida, la salud y la oportunidad de culminar esta etapa.

A mi esposo, Francisco Morales, por su amor paciente, su compañía y su apoyo incondicional, incluso en los momentos más difíciles de esta travesía académica.

A mis hijas, Thamara, Alejandra y Fernanda, por ser mi mayor inspiración, por comprender mis ausencias, llenar de sentido cada esfuerzo y recordarme siempre el valor de seguir adelante.

A mi familia, que con su cariño, oraciones y confianza han sido sostén permanente en la construcción de este sueño.

Agradecimientos

A Dios, por la sabiduría, la fortaleza y las bendiciones recibidas a lo largo de este proceso de formación, que hicieron posible la culminación de esta tesis.

A mi esposo, Juan Francisco Morales Soto, por su apoyo inquebrantable, su paciencia y su comprensión en los momentos de cansancio y de duda; por creer en mí incluso cuando yo misma flaqueaba.

A mis hijas, Thamara, Alejandra y Fernanda, por su amor infinito, por motivarme a ser mejor cada día y por enseñarme, con su alegría y su esperanza, que todo esfuerzo vale la pena.

A mi directora de tesis, la Dra. Marisela Rivera Montoya, por su orientación académica, su exigencia generosa y su confianza en mi trabajo; por acompañarme con respeto, profesionalismo amistad y calidez en cada etapa de esta investigación.

A mis lectoras, Dra. Gloria Isabel Camacho Bejarano y la Mtra. Mariela Morales García, por el tiempo dedicado a revisar este trabajo, por sus observaciones rigurosas y aportes valiosos que contribuyeron a enriquecer y fortalecer esta tesis.

A mis compañeras de maestría, Nubia, Eliannie , Alcira, y Cukis mis cómplices en esta aventura, por las horas compartidas de estudio, risas, desvelos y aprendizajes; por demostrarme que el camino académico es más llevadero cuando se recorre en compañía sorora y amistad sincera.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, aportaron palabras de aliento, gestos de apoyo y espacios de escucha a lo largo de este proceso, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	6
Abstract	8
Introducción.....	15
CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	19
1.1. Planteamiento del problema.....	19
1.2. Preguntas de Investigación.....	33
1.2.1.Pregunta General.....	33
1.3. Objetivos de la Investigación.....	34
1.3.1. Objetivo General:	34
1.4. Supuesto.....	34
1.5. Justificación.....	35
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	44
2.1. Estado del arte.....	45
2.1.1. Redes de apoyo a personas adultas mayores	45
2.1.2. Adherencia al tratamiento de personas adultas mayores.....	49
2.2. Las personas adultas mayores su dignidad, su capacidad cognitiva y calidad de vida mediante la independencia económica.	56
2.2.1. Dignidad de personas adultas mayores.	57
2.2.3. Calidad de vida.....	62
2.2.4. Independencia económica.	64
2.3. Redes de apoyo, tipología de familia y abandono en el cuidado de personas adultas mayores.	65
2.3.1. Redes de apoyo familiar.....	66
2.3.2. Tipología familiar.....	70

2.4. Adherencia al tratamiento en la economía de la salud y seguridad social de las personas adultas mayores.....	84
2.4.1. Adherencia al tratamiento	85
2.4.2. Economía de la salud.....	87
2.4.3. Seguridad social	88
2.5. Andamiaje teórico que sustentan la investigación desde una visión general y específica.	91
2.5.1. Teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1981).	91
2.5.2. Teoría del envejecimiento activo (OMS, 2020).	94
2.5.3. Teorías de adherencia al tratamiento.....	95
2.5.4. Teoría de apoyo social.....	96
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	99
3.1. Tipo de estudio exploratorio descriptivo y transversal.....	99
3.2. Contexto del estudio.	101
3.3. Enfoque cualitativo y corriente fenomenológica.	102
3.3.1. El enfoque cualitativo.....	102
3.3.2. La corriente fenomenológica.....	103
3.3.3. Hibridación del enfoque cualitativo y la fenomenología en la investigación.	105
3.4. Técnicas: Instrumentos	105
3.4.1. Entrevistas semiestructuradas:	106
3.4.2. Diario de campo:	107
3.5. Descripción del acceso al campo	107
3.6. Organización de la información recabada	111
3.7. Proceso de codificación	113
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	116

4.1. Hallazgos	116
4.2. Redes de apoyo familiar y social	124
4.3. Adherencia al tratamiento	127
4.4. Práctica profesional de trabajo social y factores institucionales.....	134
4.5. Conclusión.....	136
4.6. Propuesta de Intervención.....	138
Referencias Bibliográficas	146
Anexos.....	160

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Matriz de análisis red de apoyo familiar.....	117
Tabla 2: Descripción general de la propuesta de intervención.....	139
Tabla 3 : Justificación de la propuesta	140
Tabla 4: Objetivos específicos.....	140
Tabla 5: Metodología de intervención	141
Tabla 6: Fases de la intervención.....	142
Tabla 7: Evaluación e indicadores	142
Tabla 8: Matriz integral de la intervención.....	143

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Redes de apoyo.....	126
Figura 2: Adherencia al tratamiento.....	131

Introducción

El presente trabajo, correspondiente a la Tesis de la Maestría en Trabajo Social, tiene como propósito exponer la problemática que se retomó para la construcción del objeto de estudio centrado en el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que acuden a la consulta externa del Hospital General de Culiacán.

Si bien las familias han sido objeto de múltiples investigaciones en distintas disciplinas, los estudios que abordan de manera específica la relación entre redes familiares y adherencia terapéutica en personas adultas mayores resultan escasos. Este vacío de conocimiento cobra relevancia ante el actual contexto de envejecimiento

poblacional y el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, que demandan un seguimiento constante y un acompañamiento integral para garantizar la continuidad de los tratamientos.

En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento del problema, sustentado en datos teóricos y empíricos que visibilizan la necesidad de investigar esta temática. A partir de ello se formulan las preguntas de investigación (general y específicas), así como los objetivos que guían este estudio: analizar cómo las redes familiares inciden en la adherencia terapéutica y cuáles son los factores que favorecen o limitan esta participación. Asimismo, se presenta la justificación desde una perspectiva académica, disciplinar y social. Se argumenta la pertinencia del estudio al considerar que la adherencia al tratamiento en adultos mayores no solo constituye un indicador crítico para su salud, sino también un desafío para el sistema sanitario y la intervención del Trabajo Social. Esta profesión, por su carácter humanista e interdisciplinario, desempeña un rol clave en la identificación, fortalecimiento y articulación de las redes familiares como recurso protector frente a la vulnerabilidad social y sanitaria que caracteriza a este grupo poblacional.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico, en el que se conceptualizan las categorías centrales del estudio: redes de apoyo familiar, adherencia terapéutica y condiciones de vida de las personas adultas mayores. Además, se integran teorías relevantes como la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, la Teoría del Envejecimiento Activo y enfoques sobre apoyo social, que sustentan la comprensión integral del fenómeno. Este apartado también incluye una revisión del estado del arte que evidencia hallazgos previos y brechas de conocimiento, lo que reafirma la relevancia del presente estudio.

En el tercer capítulo se describe la propuesta metodológica, detallando el diseño, el enfoque, las técnicas de recolección de información y los criterios de selección de los participantes. El estudio adopta un enfoque cualitativo que permitirá explorar en profundidad las percepciones y experiencias de las personas adultas mayores, sus familiares y los profesionales de Trabajo Social, aportando una mirada situada sobre la dinámica de las redes de apoyo y su impacto en la adherencia al tratamiento.

Finalmente se presenta el cuarto capítulo donde aparece el análisis de los resultados obtenidos en la consulta externa del Hospital General de Culiacán, a partir del trabajo de campo realizado con personas adultas mayores, sus familiares y profesionales de Trabajo Social. Desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, el capítulo organiza los hallazgos conforme a las categorías construidas en el marco teórico, privilegiando la comprensión de las experiencias vividas, las prácticas cotidianas y las condiciones institucionales que influyen en la adherencia al tratamiento. En primer lugar, caracteriza a las personas adultas mayores atendidas (principalmente con enfermedades crónico-degenerativas). Posteriormente, desarrolla ocho ejes analíticos: redes de apoyo familiar y social, adherencia al tratamiento, factores obstaculizadores y facilitadores, práctica profesional de Trabajo Social, factores institucionales y estructurales, políticas y programas sociales, e impacto emocional y subjetivo del cuidado, integrando citas textuales, matrices categoriales y memos interpretativos. El capítulo muestra cómo la presencia y funcionalidad de las redes familiares, las barreras económicas y organizativas del hospital, así como las intervenciones (frecuentemente reactivas) del área de Trabajo Social, se entrecruzan para explicar los distintos niveles de adherencia terapéutica; y cierra con una propuesta de intervención orientada a fortalecer las redes de apoyo y el rol del Trabajo Social hospitalario.

Este trabajo busca, por tanto, generar conocimientos que contribuyan al fortalecimiento de estrategias familiares, institucionales y comunitarias orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores, consolidando el papel del Trabajo Social como actor estratégico en el ámbito de la salud.

CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Planteamiento del problema.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno creciente que plantea importantes desafíos sociales y sanitarios. En este contexto, las personas adultas mayores constituyen un grupo poblacional especialmente vulnerable, no solo por su condición biológica, sino también por factores sociales, económicos y relacionales que afectan directamente su bienestar y calidad de vida.

Según la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2024), el envejecimiento es uno de los desafíos globales del siglo XXI. En la mayoría de los países del mundo, el número de personas adultas mayores está aumentando desproporcionadamente. Se espera que este cambio demográfico ejerza presión sobre las políticas de salud pública, jubilación y seguridad social en los próximos años.

Es importante destacar que la vejez es una etapa inevitable del ciclo de vida humano, a menos que se produzca un desenlace fatal en edades tempranas. En la actualidad, se observa un aumento en la longevidad de las personas adultas mayores, lo que se refleja en la creciente frecuencia de celebraciones de cumpleaños por encima de los 90 años y, en algunos casos, incluso superando los 100 años. Este fenómeno puede atribuirse a los cambios globales en los estilos de vida y a los avances tecnológicos y médicos que han mejorado la salud pública. En particular, los avances en la medicina y la atención sanitaria han contribuido significativamente a aumentar la esperanza de vida en comparación con el siglo pasado. Si bien en décadas anteriores se observaba que las personas rara vez vivían más allá de los 60 años, esta tendencia se ha acentuado con el tiempo.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEG] (2022), la esperanza de vida promedio en México era de 33 años en la década de 1930; en la

década de 1950, la edad promedio era de 47 años; hasta 1990, era de 71 años, y actualmente es de 75. Sin embargo, se considera que las poblaciones locales son mayores, lo cual podría considerarse deseable. El problema radica en que estas situaciones de longevidad no siempre se dan. Muchas personas experimentan cambios en la vida con la edad, como desempleo, soledad, discapacidad intelectual y problemas generales de salud.

La literatura previa revisada sugiere que esto ocurre a nivel mundial. Si bien todos los países albergan a personas adultas mayores de 70 años, se sabe que otros continentes tienen un gran número de personas adultas mayores. Esto tiene sentido: como se mencionó anteriormente, la vida y los estilos de vida son diferentes. En consecuencia, las generaciones modernas tienden a retrasar o evitar la reproducción en la medida de lo posible, lo que conduce a un envejecimiento de la población. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022), se prevé que este envejecimiento se acelere.

En 2030, se espera que uno de cada seis individuos en el planeta tenga 60 años o más en ese momento, con lo cual la población de 60 años o más, a esa fecha se habrá incrementado de 1000 millones que había el 2020 a 1400 millones. Mientras que para el 2050, las cifras mundiales de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Por lo que se pronostica que la cantidad de personas igual o mayor a 80 años sea tres a uno respecto del 2020 y 2050, con una población 426 millones de personas adultas mayores (OMS, 2022).

Como se mencionó anteriormente, esta situación del envejecimiento de la población se empezó a notar a partir de la segunda mitad del siglo XIX, sobre todo en los países que manifiestan mejores ingresos de sus conciudadanos o los países desarrollados. Como ejemplo en Japón, actualmente el 30% de la población ya tiene más de 60 años. Sin embargo, la transformación en la población se está notando de manera más estrepitosa en los últimos lustros en los países de menores ingresos, tal como presenta la información

la OMS (2022). Lo anterior es un reflejo de los cambios culturales, ocurridos cuando las parejas tenían más de cuatro hijos, por lo que la sobrepoblación en estos países provocó que se pusieran en boga campañas de planificación familiar, pero esa sobrepoblación que hubo en las décadas de los 60's, 50's y anteriores son las que actualmente están presentando los aumentos en la población de personas adultas mayores.

Con todo lo anterior se ve claramente como el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos que se está manifestando a nivel mundial, por lo que América Latina no es la excepción, Debido a ello se retoma lo dicho por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] en un reporte donde muestra un panorama sobre el envejecimiento y las tendencias demográficas en la región. Donde se ratifica que el envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos sustanciales en América Latina y el Caribe y afirma que en 2022 coexisten 88,6 millones de individuos de 60 años en la región, mismos que constituyen el 13,4% de la población total, y se espera que para el 2030 se haya incrementado llegando al 16,5%. Este acelerado proceso de envejecimiento que se vive en la zona propiciará que, en 2050 las personas adultas mayores lleguen a ser el 25,1% (193 millones) de la población total, dicho de otra manera, se duplicarán las personas adultas mayores con respecto a los que había en 2022 (CEPAL, 2022).

Derivado de lo antes mencionado, se visualiza la tendencia que se está viviendo en el planeta, de la misma manera se puede percibir en el plano nacional, a continuación se centrará la información sobre el contexto mexicano, según el INEGI a través de la encuesta nacional de la dinámica demográfica [ENADID] (2023) al cierre del año 2023, el total de mexicanos en el país era de 129 .5 millones, lo que se refiere a un incremento de tres millones y medio en la población con respecto al Censo de Población y Vivienda 2020 en donde se tenía la cantidad de 126 millones de mexicanos, mientras que en 2010

se tenían casi 17 millones menos personas. Sin embargo, el porcentaje de hombres y mujeres en el país se ha mantenido estable, lo cual para el 2023, 52 % (67 millones) correspondió a mujeres y 48 % (61 millones) son hombres, según lo especificado por INEGI (2022).

De este escenario se parte para ir estableciendo el contexto que vive México en su población general, para poco a poco ir disgregando la información hasta llegar a la población objetivo del estudio de esta investigación. El descenso de la fecundidad y la mortalidad a partir de la implementación de políticas públicas en materia de planificación familiar, salud y educación, han modificado la estructura de los países.

Lo anterior puede traer como consecuencia otros problemas que acompañan al ser humano en el ocaso de su tránsito por la vida, como pueden ser problemas de salud física y/o mental, que a su vez traen consigo repercusiones en lo social, en lo laboral y hasta en lo familiar, lo complicado del mundo actual, en que todos viven de forma acelerado por la rutinas de la cotidianidad, crea en muchas ocasiones un individualismo que hace que se olvide la empatía por esas personas que al ir envejeciendo necesitan del apoyo de otros.

Por ello, es importante comprender más sobre las personas adultas mayores y el envejecimiento, en este sentido la OMS (2022) explica que: un adulto mayor es una persona de 60 años o más, mientras que el envejecimiento es un estado del ser humano al que conforme avance su edad no podrá evitar, y desde lo biológico, el envejecimiento es la consecuencia de del acopio de una diversidad de deterioros moleculares y celulares en el transitar del tiempo, y desencadena una disminución paulatina de las capacidades tanto mentales como físicas, con lo que a su vez se presentan mayores riesgos de enfermedad, incluso llevarlo a la muerte.

Estas modificaciones no se visualizan como algo continuo y homogéneo, y su relación con la longevidad de un individuo mejor dicho es relativa. La pluralidad que se

distingue en la vejez no es una casualidad. Además de los cambios biológicos, como el retiro, el cambio a hogares más adecuados, así como el deceso de sus conocidos y compañeros de vida (OMS, 2022). De ahí la importancia que toman las redes de apoyo que se hayan generado durante la vida del ser humano, como lo son la pareja, los hijos, la familia en general, para que en la etapa de la senectud contar con las personas que le generen esa estabilidad que le permita al individuo vivir de manera tranquila la tercera etapa de su existencia y en este proceso juega un papel fundamental su grupo familiar.

La familia es una de las instituciones más antiguas; sin embargo, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], aunque el concepto de familia ha cambiado con el tiempo, debido a transformaciones sociales y demográficas, la ONU la sigue considerando la base de la sociedad. Organización de las Naciones Unidas [ONU], s.f.). En este contexto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] afirma que las familias se están convirtiendo cada vez más en organizaciones que se adaptan a los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales de las sociedades (CNDH, 2018).

La familia es la relación más importante que una persona tiene con una institución. Carbonell (2012), argumenta que, desde una perspectiva tradicional, la familia es el lugar predilecto para supervisar y resolver los problemas sociales de sus miembros. De Pina (2005) afirma: “Una familia es un grupo de personas que comparten lazos de sangre, independientemente de la distancia” (De Pina, 2005).

Por su parte Castro (2015), argumenta que las familias son las unidades más grandes y estables, por lo que muchas expectativas individuales dependen del comportamiento de toda la familia. Cada miembro de la familia es un adulto y desea ser tratado con respeto y cuidado. Sin embargo, se pueden examinar los desafíos específicos que surgen dentro de las familias, como la vulnerabilidad de las personas adultas mayores,

quienes requieren redes de apoyo familiar para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

De igual manera, Barros (1994) explica que la condición de las personas adultas mayores se manifiesta de dos maneras. Primero, les permite sentirse conectados a través de las interacciones de los miembros de su familia y las actividades compartidas, lo que les permite recibir apoyo en momentos de necesidad. Segundo, se manifiesta indirectamente al reducir las situaciones estresantes y mejorar el apoyo y la capacidad de respuesta de las personas adultas mayores en su vida diaria. Por lo tanto, es importante que las personas adultas mayores participen en diversas redes sociales y de apoyo, particularmente dentro de su comunidad y familia.

En el caso específico del Hospital General de Culiacán, se ha identificado una presencia significativa de personas mayores que acuden de forma recurrente a la consulta externa para dar seguimiento a tratamientos médicos, principalmente relacionados con enfermedades crónico-degenerativas como diabetes, hipertensión o afecciones cardiovasculares.

A través de la observación empírica realizada desde el área de Trabajo Social, se evidencia que una parte importante de esta población acude sola, sin la compañía ni el respaldo activo de su familia. Esta ausencia de una red de apoyo familiar funcional y constante incide negativamente en la capacidad del adulto mayor para comprender, seguir y adherirse a su tratamiento médico, especialmente cuando presenta limitaciones cognitivas, emocionales o físicas.

Como se conoce, el acceso a la salud es un derecho que está contemplado en la constitución política mexicana en el artículo cuarto constitucional, en su tercer párrafo, reformado en el 2020, que insta que toda persona tiene el derecho de recibir atención en salud, y la legislación establecerá las condiciones y formas para acceder a estos

servicios. Asimismo, la ley deberá contemplar un sistema de salud orientado al bienestar, que garantice una cobertura progresiva y de calidad, brindando atención integral y gratuita a quienes no tienen seguridad social (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2025, artículo 4). En México, existen varias instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que atienden oficialmente a la población trabajadora.

También existe el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que, como su nombre lo indica, apoya a los empleados del gobierno provincial y sus secretarías. Otras organizaciones también apoyan a sus empleados, como la Corporación Mexicana del Petróleo (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Marina. Estas organizaciones se centran en los empleados y sus familias. Una gran parte de la población mexicana ya sea desempleada o con empleo informal, no tiene acceso a estos servicios. La Secretaría de Salud se creó para garantizar el derecho a la atención médica de todos los mexicanos. Estas organizaciones brindan atención a personas sin acceso a atención primaria ni protección social, en particular a quienes no reciben prestaciones del IMSS o el ISSSTE.

En cuanto a los servicios públicos de salud gratuitos, para personas sin seguridad social, Culiacán cuenta con un hospital encargado de atender a todos los residentes de Sinaloa, conocido como el Hospital General-IMSS Bienestar de Culiacán. Este hospital fue fundado por la Secretaría de Salud y se organiza en tres sectores principales: hospitalización, consulta externa y servicios administrativos o de urgencias. El sector hospitalario incluye los siguientes departamentos: cuidados agudos, urgencias pediátricas, traumatología, diseminación, clínica de heridas, úlceras y presión, unidad de enfermería, cirugía, cuidados intensivos, telemedicina, unidad de cuidados intensivos, quirófano y sistema de hematología.

Es importante precisar que esta investigación se realiza en el departamento de consulta externa que incluye las siguientes especialidades: nefrología, traumatología, otorrinolaringología, medicina interna, cirugía, urología, cardiología, oftalmología, alergología, dermatología, endocrinología, endocrinología pediátrica, urología, nutrición, etc.

Los sujetos de investigación, en este caso, son personas adultas mayores de 65 años o más, que se encuentran en seguimiento médico dentro del área de consulta externa del hospital y que requieren tratamiento continuo para preservar su salud, esta población de adultos mayores tiene múltiples barreras para el cumplimiento terapéutico: desde la dificultad para realizar trámites administrativos, hasta el olvido de indicaciones médicas o el abandono del tratamiento por falta de acompañamiento, orientación o apoyo en casa.

Asimismo, se incluye como sujetos relevantes a los familiares responsables o cuidadores (cuando los hay), así como a los profesionales de Trabajo Social del hospital, quienes han reportado con preocupación la disminución de la adherencia al tratamiento cuando el adulto mayor carece de un entorno familiar que lo respalde.

En ese sentido, esta investigación busca visibilizar las experiencias, necesidades y contextos reales de las personas adultas mayores que hacen uso del sistema de salud público, al tiempo que analiza el papel de sus redes familiares (o la ausencia de estas) como elementos determinantes en su adherencia terapéutica. Cabe mencionar, que este estudio se centra en la atención en la consulta externa; esto permitirá un análisis más detallado de esta área y del flujo actual de atención.

En el Hospital General de Culiacán, el acceso a la consulta con médico especialista por parte de los pacientes sin seguridad social implica un proceso complejo y prolongado. Inicialmente, el paciente debe haber sido atendido en un centro de salud de primer nivel, donde se le entrega una hoja de referencia médica. Con este documento,

además de cartas que acrediten su condición de no derechohabiente al IMSS o a cualquier otra institución pública de salud, el paciente debe acudir al área de control de citas del hospital.

Una vez en esta área, se le canaliza primero a consulta con medicina general, donde se le valora clínicamente, también se le solicitan estudios de laboratorio o gabinete, y se determina si es necesario referirlo a una consulta con especialista. Posteriormente, el paciente debe regresar nuevamente para programar su cita con el especialista. Este proceso, sin embargo, presenta tiempos de espera prolongados que pueden variar desde mes y medio hasta seis meses, dependiendo del área médica. En especialidades como neurología o endocrinología, la espera puede extenderse hasta un año.

Siguiendo un proceso burocrático, los pacientes que acuden a su cita con el especialista, se requiere que se registren nuevamente en el área de control de citas. Sin embargo, debido a la falta de conocimiento sobre este proceso, muchos pacientes no realizan el registro correctamente, lo que puede generar problemas como:

- Permanecer esperando sin ser llamados.
- Perder su cita y tener que reprogramarla.
- Reiniciar el ciclo de espera por varios meses más.

Desde el área de Trabajo Social, se ha observado que un número considerable de personas adultas mayores acuden sin acompañamiento familiar, lo cual dificulta no solo el cumplimiento de los trámites administrativos, sino también la adecuada comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas. Esta falta de apoyo representa un obstáculo significativo para la adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes que presentan deterioro físico o cognitivo, o bien, que enfrentan situaciones de vulnerabilidad social. La ausencia de redes de apoyo familiar se evidencia cuando el paciente/usuario regresa de su última consulta y no ha seguido las instrucciones del médico, no ha tomado su medicación

incluso durante las pruebas o no se ha adherido al horario establecido. Esto afecta el seguimiento en casos de falta de adherencia al tratamiento.

En consonancia con los hallazgos, un análisis inicial de la problemática en cuestión revela una notable afluencia de personas adultas mayores en el servicio de consulta externa del Hospital General de Culiacán. Estas personas acuden por una variedad de motivos, que abarcan desde padecimientos leves hasta enfermedades crónico-degenerativas complejas. En este sentido, resulta crucial identificar y analizar las redes familiares y su impacto en la adherencia al tratamiento, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de este grupo poblacional vulnerable.

De acuerdo con fuentes oficiales del Hospital General de Culiacán en el año 2024 se atendieron en la Consulta Externa a 31,029 personas adultas mayores en las diferentes especialidades de los cuales el 53% son mujeres, mientras que el 47% son hombres. En el mismo sentido para el cierre preliminar del 2025, se atendieron 25,533 personas adultas mayores, con una representación en la misma proporción que el año anterior tanto para mujeres como para hombres, (Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud [SINBA] 2025).

En cuanto a la adherencia, basado en la definición de la OMS, que la define como el grado de cumplimiento del paciente, es decir, la adherencia a las guías y recomendaciones sobre el uso de medicamentos, las pruebas, los cambios en la dieta y otros cambios de comportamiento (OMS, 2004). Por lo tanto, se sugiere que la adherencia a estas guías es esencial para mejorar la salud de las personas adultas mayores y, en consecuencia, su calidad de vida.

La adherencia al tratamiento en personas adultas mayores constituye un factor crucial para alcanzar resultados positivos en su estado de salud, especialmente ante la presencia de enfermedades crónicas o múltiples padecimientos. En el caso del Hospital

General de Culiacán, se observa que gran parte de esta población corresponde a adultos mayores en situación de vulnerabilidad, con niveles variados de dependencia física, cognitiva y económica. A menudo, acuden acompañados por familiares principalmente hijos, hijas o nietos, quienes pese a enfrentar sus propias limitaciones laborales o personales, actúan como principales cuidadores. En este contexto, las redes de apoyo conformadas por familiares, amigos, cuidadores informales y personal de salud desempeñan un papel fundamental.

Estas redes no solo brindan ayuda práctica, como el acompañamiento a consultas médicas y la administración de medicamentos, sino también apoyo emocional, lo cual impacta directamente en la motivación y compromiso del adulto mayor para seguir su tratamiento de forma adecuada. Además, contribuyen a detectar signos de deterioro, efectos adversos o barreras en la atención médica, facilitando la comunicación con los servicios de salud. En muchos casos, la soledad y el aislamiento social son factores que dificultan la adherencia; por ello, una red de apoyo sólida puede significar la diferencia entre el abandono o el cumplimiento terapéutico. Su importancia se incrementa en contextos de vulnerabilidad, pobreza o escaso acceso a servicios, donde el entorno cercano se convierte en el principal sostén del adulto mayor para mantener su bienestar y calidad de vida, por lo que se requiere el apoyo de la sociedad.

Al hablar de apoyo social se refiere a todo tipo de recursos psicosociales que permiten la resolución de sus crisis o conflictos que son propias del ciclo de vida. Como lo mencionan Huenchuan y Sosa (2002), personas adultas mayores enfrentan un sin número de problemas principalmente de tipo económico, ya que la pensión que reciben (si es que cuentan con ella), no es suficiente para solventar los gastos derivados de la atención de la salud. Es por ello por lo que frente a esta problemática las redes de apoyo familiar, de amistades y comunitarias, son la principal fuente de apoyo (Gallardo, 2013).

Para efecto de esta investigación se concibe que la red de apoyo familiar es el conjunto de personas, usualmente emparentadas por biología o por afinidad, que tienen identidad propia y con las que el individuo mantiene un contacto regular para satisfacer distintas necesidades. (De y Hernández, 2021)

Ahora bien, al hablar de redes de apoyo familiar se refiere al grupo de personas que forman parte de la familia que son idóneos para aportar un apoyo real y duradero a una persona, en este caso las personas adultas mayores.

En ese sentido, la familia tiene un papel fundamental en el desarrollo de las personas adultas mayores, al ser la principal institución con la que se relaciona el individuo, dadas las condiciones en que se vive dicha relación se van creando lazos que resultan casi irrompibles. El generar ese ambiente donde se ve que existe amor, seguridad, estabilidad etc.; dichas condiciones permiten que los integrantes de la familia mantengan a su vez una buena salud, mientras que si se presenta un ambiente contrario en la familia donde haya inseguridad, indolencia podría generar un escenario hostil que repercuta en la salud de los integrantes de la familia y se perciba como abandono familiar, que a su vez puede incidir en la estabilidad emocional, y/o en un problema de salud física (Gonzales, 2018).

Así como se explica las redes de apoyo componen el cúmulo de recursos de diferente naturaleza con los cuales las familias pueden apoyarse en su cotidianidad y dichas redes funcionan como pilar en situaciones particulares. Se distinguen entre el tipo de apoyo emocional instrumental, material o tangible, informativo y espiritual, indispensables para el afrontamiento de los requerimientos que se tienen en la vida (Gonzales, 2018).

Tal y como se ha venido aseverando, la familia es el pilar donde descansan cada uno de sus integrantes, pero la vulnerabilidad que presentan las personas adultas mayores

solamente por el hecho de serlo es irrefutable, también se ha mencionado el que la salud de las personas se va mermando con el paso de los años; por lo que, el tránsito de las personas adultas mayores por instituciones de salud será también un hecho inevitable, en consecuencia el acompañamiento de la familia o las redes de apoyo que tenga el ser humano toma un grado mayor de importancia, ya que el solo hecho de presentar problemas de salud puede generar cierto estrés y confusión en las personas adultas mayores.

Como ya se ha descrito el hecho de envejecer trae consigo el deterioro de la salud tanto física como mental por lo que la adherencia al tratamiento cobra vital importancia para que las personas adultas mayores puedan mejorar su salud y que puedan tener una buena calidad de vida en los años que le queden de vida, claro que lo anterior debe ir acompañado de otra serie de factores que influyen en esa calidad de vida como pueden ser en tener actividades físicas, que permita conservar la movilidad, lo recreativo y convivencia con personas de su edad que les proporcione autonomía y seguridad para no sentirse como una carga para las familias.

La población de estudio está conformada por personas adultas mayores de 65 años que reciben tratamiento médico en el Hospital General de Culiacán durante un periodo de un año. Se incluyen aquellos pacientes que requieren seguimiento constante de su tratamiento, principalmente por enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o padecimientos cardiovasculares, y que acuden a la consulta externa, excluyendo a las personas hospitalizadas, con el fin de centrarse en quienes regresan a sus hogares y dependen de sus redes familiares para continuar el tratamiento. Se trata de usuarias y usuarios del sistema público de salud sin seguridad social, que enfrentan diversas condiciones de vulnerabilidad social, económica y de salud, entre ellas limitaciones físicas, deterioro funcional y dificultades cognitivas leves asociadas al envejecimiento,

que inciden en su capacidad para comprender y cumplir de manera autónoma las indicaciones médicas.

El estudio se aborda desde la perspectiva del Trabajo Social, lo que implica analizar cómo los profesionales del área perciben y evalúan el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de este grupo poblacional. Desde la práctica profesional se ha observado que muchas personas adultas mayores acuden sin acompañamiento familiar a sus consultas, lo que dificulta el seguimiento adecuado del tratamiento, la realización de trámites administrativos, la comprensión de las indicaciones clínicas y la continuidad terapéutica; en este sentido, sus experiencias resultan fundamentales para entender cómo viven el apoyo, o la ausencia del mismo, por parte de sus redes familiares en el proceso de atención a la salud.

El segundo grupo de sujetos de investigación está integrado por familiares responsables o cuidadores principales de las personas adultas mayores, cuando estos existen, entre los que predominan hijas, hijos, nietas, nietos u otros parientes cercanos que asumen, de forma formal o informal, el acompañamiento en la atención médica. Se trata de un grupo heterogéneo en términos de edad, nivel educativo, ocupación y disponibilidad de tiempo, características que influyen directamente en su participación en el cuidado y en la regularidad y calidad del apoyo que brindan, en medio de tensiones derivadas de la conciliación entre responsabilidades laborales, familiares y de cuidado. La inclusión de este grupo permite analizar las dinámicas familiares, las formas de organización del cuidado, las estrategias que utilizan para apoyar la adherencia al tratamiento y los factores que facilitan o dificultan su involucramiento activo en el proceso terapéutico del adulto mayor.

El tercer grupo lo constituyen los profesionales de Trabajo Social adscritos al Hospital General de Culiacán, particularmente quienes intervienen en el área de consulta

externa y mantienen contacto directo con personas adultas mayores y sus familias. Estos profesionales disponen de una visión privilegiada sobre la situación social de los usuarios, el funcionamiento de las redes de apoyo y las problemáticas que inciden en la adherencia al tratamiento, lo que les permite identificar patrones recurrentes de abandono, fragilidad de redes, barreras institucionales y factores sociales que condicionan el cumplimiento terapéutico. Su participación es clave para comprender el fenómeno desde una perspectiva institucional y profesional, así como para reconocer áreas de oportunidad en la intervención social orientada al fortalecimiento de las redes familiares y a la mejora de la atención integral a las personas adultas mayores.

Para la generación de la información se empleó un enfoque cualitativo, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas a personas adultas mayores, familiares/cuidadores y profesionales de Trabajo Social, considerando como delimitación geográfica la ciudad de Culiacán, Sinaloa, a fin de realizar un análisis contextualizado de las dinámicas familiares y sociales propias de la región.

1.2.Preguntas de Investigación.

1.2.1. *Pregunta General.*

¿Cuál es la percepción y experiencia de las personas adultas mayores, de las familias y profesionales de Trabajo Social sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que se atienden en la consulta externa del Hospital General de Culiacán?

1.2.2. *Preguntas específicas.*

1. ¿Cómo describen los familiares de personas adultas mayores su participación en el proceso de tratamiento y seguimiento médico en la consulta externa del Hospital General?

2. ¿Qué percepciones tienen los profesionales de Trabajo Social sobre lo que

significa la red de apoyo familiar en la adherencia terapéutica de las personas adultas mayores?

3. ¿Qué factores favorecen o dificultan la participación de las redes familiares en el tratamiento de las personas adultas mayores, según las experiencias compartidas por familias y profesionales?

1.3. Objetivos de la Investigación.

1.3.1. Objetivo General:

Analizar la percepción y experiencia de las personas adultas mayores, las familias y profesionales de Trabajo Social sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que se atienden en la consulta externa del Hospital General de Culiacán

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Describir la participación de los familiares de personas adultas mayores en el proceso de tratamiento y seguimiento médico en la consulta externa del Hospital General de Culiacán.

2. Analizar las percepciones de los profesionales de Trabajo Social sobre lo que significa la red de apoyo familiar en la adherencia terapéutica de las personas adultas mayores.

3. Identificar los factores que favorecen o dificultan la participación de las redes familiares en el tratamiento de las personas adultas mayores, según las experiencias de familias y profesionales.

1.4. Supuesto.

Las redes de apoyo familiar constituyen un elemento fundamental en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores atendidas en la consulta externa del Hospital General de Culiacán, en la medida en que el acompañamiento, la comunicación, los

cuidados y la participación de los miembros de la familia inciden directamente en la manera en que las personas mayores asumen y cumplen las indicaciones médicas prescritas. Al mismo tiempo, la intervención de los profesionales de Trabajo Social resulta clave para identificar, orientar y potenciar estas redes de apoyo familiar, de modo que su acción puede favorecer o limitar la participación de las familias en el proceso terapéutico y, en consecuencia, la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores.

1.5. Justificación.

La pertinencia de esta investigación proviene de la naturaleza del Trabajo Social, profesión que centra su objeto de estudio e intervención en los problemas y necesidades sociales, además como población objetivo-centrada en redes de apoyo familiar, las personas adultas mayores y la adherencia al tratamiento, mismas que son las categorías principales de este proceso investigativo y que son parte del campo de intervención de la salud de dicha profesión. En este sentido el hecho de realizar esta investigación en una institución de salud, que es parte de las áreas de intervención del Trabajo Social valida la indagación como una aportación para la epistemología de la disciplina.

En el caso del Hospital General de Culiacán, los profesionistas de Trabajo Social no sólo actúan como mediadores entre el paciente, su familia y las instituciones de salud, sino que además poseen una visión privilegiada sobre el funcionamiento y la efectividad de dichas redes en los procesos de atención. Explorar su percepción permite identificar fortalezas, limitaciones y áreas de oportunidad en torno al acompañamiento social y familiar que reciben los pacientes, lo cual contribuye a mejorar la calidad de la atención integral. De este modo, la investigación no solo aporta evidencia sobre la importancia del apoyo social en la adherencia a los tratamientos, sino que también visibiliza el papel

estratégico del Trabajo Social en la construcción de redes que favorecen la recuperación y el bienestar de las personas atendidas en este hospital.

El/la profesionalista de Trabajo Social desempeña un papel esencial en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores, al ser el profesional encargado de identificar, canalizar y fortalecer las redes de apoyo familiares, comunitarias y formales. Su intervención resulta determinante no solo para favorecer la integración social, emocional y funcional de las personas en edad senil, sino también para articular acciones entre los distintos actores del sistema de salud, la familia y la comunidad en el contexto hospitalario.

A través de la valoración social y la intervención directa, el trabajador social detecta factores de riesgo como el aislamiento, la insuficiencia de apoyos o la fragilidad de los vínculos familiares, y promueve estrategias que reduzcan barreras, refuercen la comunicación y generen un entorno de confianza y acompañamiento. De manera proactiva, facilita el acceso a recursos institucionales y comunitarios, impulsa procesos educativos con pacientes y familiares, y motiva la participación de este grupo en su propio cuidado, contribuyendo así al fortalecimiento de conductas saludables y colaborativas.

La literatura científica evidencia que la presencia y calidad de las redes de apoyo incrementan de manera significativa la adherencia al tratamiento médico, psicológico y social en esta población. Desde esta perspectiva, la percepción del profesionalista de Trabajo Social se convierte en un insumo clave para comprender cómo dichas redes impactan en el proceso de atención integral dentro del Hospital General de Culiacán. Su experiencia y mirada profesional permiten visibilizar tanto los alcances como las limitaciones de las redes de apoyo, aportando elementos para el diseño de estrategias que fortalezcan la coordinación interinstitucional y la sensibilización del entorno familiar, con

el objetivo de mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas objeto de estudio en esta investigación.

Desde otra óptica de análisis se presenta una panorámica sobre los programas sociales en atención a la salud, se hace necesario establecer un análisis desde el Plan Nacional de Desarrollo [PND] 2018-2024, el Plan Estatal de Sinaloa [PES] 2021-2027 y el Plan Municipal de Desarrollo de Culiacán [PMD] 2021-2024.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo se consideró uno de los ejes a la salud para el bienestar; este será un pilar motivador para el desarrollo mexicano bajo cinco premisas, entre ellas: un sistema de salud universal eficiente, con calidad, bajo costo y acceso equitativo, cuyo fin es alcanzar el bienestar, desarrollar el capital humano, reducir los gastos del bolsillo por salud, alcanzar la prevención y control de enfermedades, eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud y considerar las redes sociales e institucionales para brindar servicios de salud. En el Plan Estatal de Sinaloa se estableció cómo una de sus metas garantizar el acceso a los servicios de salud de calidad para los sinaloenses, mediante estrategias eficientes que impacten de manera efectiva en una cultura de autocuidado.

Además, de asegurar servicios de calidad, calidez y amabilidad en los que permee el trato digno, respetuoso, cordial, confiable y oportuno. Por otro lado, el Plan Municipal de Desarrollo consideró, como uno de los componentes esenciales para su desarrollo, a la salud como un derecho humano general y un estado físico y mental en un bienestar individual y colectivo, atención a la vida y desarrollo de las personas con planes y programas dinámicos y funcionales. No obstante, la vejez puede convertirse en una persona cansada y enferma que requiera asistencia socioeconómica y que contribuya con su fuerza de trabajo, así como con el cariño y amparo a las nuevas generaciones.

Ante la situación expuesta, se estimó que las enfermedades crónicas desplazarán la carga de enfermedad del adulto mayor, que se encuentra en el país, en la cual destacan las enfermedades transmisibles, que requieren un modelo de atención con un giro evidente de la medicina hospitalaria y terapéutica de rehabilitación, a un modelo de salud pública centrado en la atención comunitaria, en el que se asegure una adecuada adherencia al tratamiento integral de las enfermedades y la promoción de la salud. Los factores que influyen en cómo los pacientes siguen las recomendaciones médicas tienen relación con las características personales, sociales y económicas del paciente, con las características del profesional y del manejo del sistema de salud, mientras que entre los factores económicos se encuentra el costo del tratamiento y las implicaciones sobre la capacidad productiva del paciente.

En México, el problema de las personas adultas mayores es un reto importante y en los últimos años ha ganado mayor atención de los actores responsables de la toma de decisiones, en particular, del Gobierno Federal. En PND (2018-2024), en su Eje 4, se refiere en el Objetivo 4.1.2 "Envejecimiento y dependencia". La meta del Programa es incrementar el porcentaje de personas adultas mayores en México que cuenten con acceso a un marco de atención integral en materia de cuidados, el cual deberá incluir, entre otros aspectos, el desarrollo de planes individuales de atención que contengan una evaluación fisiológica, psicológica y social, así como un plan de atención integral. También se fortalecerán los servicios amigables, preventivos y de rehabilitación para el Adulto Mayor en todos los Centros de Salud, y se pretende implementar servicios de valoración para la autonomía, con énfasis en el estado de nutrición e inmovilidad funcional, y evaluar y reforzar el diagnóstico temprano de la demencia en personas adultas mayores.

En el estado de Sinaloa, uno de los principales problemas del sector salud es la falta de cuidados dirigidos a la población adulta mayor, especialmente en las zonas

rurales. Muchas personas mayores suelen tomar pocos medicamentos, ya que confían en el apoyo de sus redes familiares y en la supervisión de sus propios familiares. En las familias extensas, algunos miembros cuentan con la capacidad de atender diversas necesidades de cuidado, lo que contribuye al automanejo de enfermedades crónicas.

Se encontró que en las políticas de salud contenidas en el PES (2021-2027) referente a personas adultas mayores, donde proponen dar atención prioritaria a este grupo vulnerable, en ramas específicas de la salud como Medicina Interna, Geriátrica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Odontología, Neurología, Endocrinología, Reumatología, entre otras. Respecto a las Policlínicas Médicas promocionadas para los municipios, es fundamental revisar en la percepción de la gente adulta mayor si les es accesible y si asisten a promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El fortalecimiento de la atención integral geriátrica en los centros de salud, por otra parte, está planteado desde un enfoque biopsicosocial que permita mejorar la calidad de vida de estas personas. Determinar el impacto de las acciones en la satisfacción de las personas adultas mayores que acuden a consulta y el grado de adherencia al tratamiento recibido mantiene una población saludable. Promover la participación y el apoyo familiar en su cuidado, y una participación para avanzar en la cobertura y accesibilidad de equipos gerontológicos o geriátricos, con énfasis en mantener la dignidad del adulto mayor en sus redes sociales.

Se hace necesario reforzar un enfoque ecosistémico en el abordaje integral que permita integrar diversas disciplinas en el trabajo intersectorial que aborde factores de riesgo y protectores, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Aplicar autocuidados de personas adulta mayor dirigido a la autogestión de su salud al proporcionar herramientas de afrontamiento a los denominados síntomas de alarma, con

la intención de que se apropie de su salud. Con el enfoque de promoción y prevención de enfermedades, se busca el fortalecimiento del autocuidado de salud promoviendo conductas de vida saludables.

Si bien es cierto, que existen muchas investigaciones que abordan estas temáticas por separado y desde diversas ópticas disciplinares, no se han encontrado trabajos que desde el Trabajo Social presente resultados de investigación o sistematizaciones de experiencias en relación con las redes familiares y su papel en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores, lo que le imprime un rasgo novedoso a esta investigación, realizando aportes significativos a la misma.

Al envejecer, es inevitable que las personas adultas mayores requieren atención en las instituciones de salud. Este proceso representa un gran desafío, ya que la administración de medicamentos y la adherencia a los tratamientos demandan funciones cognitivas superiores que suelen deteriorarse con la edad. La falta de adherencia a los tratamientos prescritos impacta de manera negativa en el pronóstico de las enfermedades y en la adecuada gestión médica (Bello y Montoya, 2017). Esta situación no solo prolonga los tratamientos, sino que también puede convertir las enfermedades crónicas en padecimientos potencialmente mortales.

Con base en los argumentos anteriores, esta investigación se propuso, desde el aspecto social, analizar el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que asisten a la consulta externa del Hospital General de Culiacán. Se ha identificado que muchas de estas personas, al acudir solas, desconocen los procedimientos de atención y suelen mostrarse confundidas; algunas incluso desisten de recibir atención médica o se extravían entre los trámites administrativos. Ante esta situación, se busca diseñar estrategias que fortalezcan el seguimiento de la atención y la adherencia a los tratamientos médicos mediante las redes

de apoyo familiar, con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas adultas mayores.

La importancia de las redes de apoyo familiar radica en que la familia constituye un pilar fundamental en el cuidado de las personas adultas mayores, especialmente cuando enfrentan enfermedades crónicas o requieren de un tratamiento médico continuo. Diversos estudios han señalado que el acompañamiento familiar se asocia con un mayor cumplimiento terapéutico, ya que incrementa las probabilidades de que las personas se adhieran a los tratamientos, asistan puntualmente a sus citas, realicen los análisis correspondientes y sigan de manera adecuada las indicaciones médicas (Hooley et al., 2022).

En relación con las redes de apoyo familiar de las personas adultas mayores que acuden a la consulta externa del Hospital General de Culiacán, no se cuenta con una base de datos documentada que permita dimensionar la magnitud de este fenómeno. Asimismo, existen brechas en la literatura respecto a cómo las redes de apoyo familiar influyen en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores, particularmente en contextos específicos (como los rurales, urbanos o con características culturales particulares), lo que refuerza la pertinencia de esta investigación.

Por otro lado, la adherencia al tratamiento, como se ha señalado, puede marcar la diferencia en la calidad de vida de los pacientes, especialmente en aquellos que padecen enfermedades crónicas y degenerativas. En los casos más críticos, el cumplimiento adecuado del tratamiento puede contribuir significativamente a la mejora de la salud o, en su defecto, a la aparición de consecuencias fatales.

El objeto de estudio de esta investigación son las redes de apoyo familiar, las cuales se consideran fundamentales para atender las necesidades de las personas adultas mayores, especialmente en un contexto donde el envejecimiento poblacional se ha

convertido en un fenómeno mundial y en uno de los grandes desafíos de este siglo, según la (OMS).

La marcada disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad (particularmente la reducción de muertes en edades tempranas) ha propiciado que la población mundial viva cada vez más, fenómeno al que diversos autores se refieren como una “revolución demográfica”. La transición demográfica ha generado un rápido envejecimiento poblacional, lo cual se refleja en las cifras actuales: en la mayoría de los países industrializados, entre el 15 y el 20 % de la población supera los 65 años. En el caso de los países en vías de desarrollo, aunque las cifras son menores, la proporción de personas mayores aumenta progresivamente, como resultado del control de la natalidad y de la disminución parcial de la mortalidad (Torío et al., 2018).

Además, es importante considerar los usos y costumbres de las generaciones actuales de personas adultas mayores, quienes conciben a la familia como su principal fuente de apoyo. Sin embargo, las dinámicas familiares contemporáneas (marcadas por la multiplicidad de ocupaciones y responsabilidades de sus integrantes) dificultan que estos puedan brindar toda la atención que la persona adulta mayor requiere.

A lo anterior se une el hecho de que el deterioro de las condiciones de salud auto perceptible, tanto de manera objetiva como solo legible en el discurso simbólico, según el desarrollo de la vida relacional de la persona y sus expectativas, resulta condicionado tanto por el tortuoso camino hacia la vejez como por las características actuales de la relación con el ciclo y con el entorno vital.

En ese tenor, según lo señalado por García (2018), se han ido consolidando modelos de redes familiares intergeneracionales en los que cada vez resulta más evidente la ruptura del ciclo de apoyo. Este fenómeno se hace particularmente perceptible para las personas adultas mayores cuando su salud comienza a deteriorarse. En tales

circunstancias, la comunicación cotidiana trasciende el simple intercambio de mensajes verbales y no verbales, pues implica un proceso en el que los individuos piensan, actúan y negocian de manera constante frente a las demandas de la vida social. Cuando emergen dilemas adaptativos, las familias buscan soluciones que les permitan afrontar dichas situaciones.

De ahí que sea necesario considerar la percepción que tienen las redes de apoyo familiar en torno a las estrategias implementadas para brindar el acompañamiento que las personas adultas mayores requieren en su vida diaria. Si bien existen diversos argumentos para justificar esta investigación, el presente estudio se centra en dos aspectos fundamentales: en primer lugar, sus implicaciones teóricas, al contribuir al campo de conocimiento y cubrir un vacío en los estudios nacionales y locales sobre el tema; en segundo lugar, su valor empírico, al aportar evidencia sobre la relación entre las redes de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores. En este sentido, la investigación se reconoce como pertinente y necesaria.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El marco teórico constituye la base conceptual y analítica que sustenta la investigación sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que acuden a la consulta externa del Hospital General de Culiacán. Su propósito es integrar los hallazgos, conceptos y enfoques relevantes que permiten comprender este fenómeno desde una perspectiva amplia, interdisciplinaria y situada en el contexto local.

En primera instancia, se presenta un estado del arte que recopila y analiza investigaciones previas a nivel internacional, nacional y local relacionadas con las categorías centrales de este estudio: redes de apoyo familiar, adherencia al tratamiento de personas adultas mayores y percepción de Trabajo Social. Esta revisión evidencia la diversidad de enfoques teóricos y metodológicos empleados, así como los principales hallazgos en torno a la calidad, composición y funcionalidad de las redes familiares, y su impacto en la salud y bienestar de las personas mayores.

Posteriormente, se desarrolla la conceptualización de las categorías y subcategorías que guían el análisis, incluyendo tipologías familiares, cuidados en la vejez, abandono familiar, dignidad, capacidad cognitiva y calidad de vida. Este apartado no solo define cada concepto, sino que también explora sus interrelaciones y la forma en que se manifiestan en el contexto de la atención sanitaria.

A continuación, se abordan los fundamentos teóricos que respaldan la investigación, entre los que destaca la Teoría del Envejecimiento Activo de la OMS (2020), que propone un modelo integral para optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en la vejez. Se examinan también perspectivas sobre apoyo social y familiar que permiten comprender la adherencia terapéutica como un fenómeno

multidimensional, influido por factores emocionales, instrumentales, informativos y contextuales.

El marco teórico se concibe, por tanto, como una herramienta para contextualizar y profundizar en la problemática, orientando tanto el diseño metodológico como la interpretación de los hallazgos. A partir de este andamiaje conceptual, se busca no solo describir la situación actual de las personas adultas mayores en el Hospital General de Culiacán, sino también identificar oportunidades para fortalecer las redes de apoyo familiar y, con ello, mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de este grupo poblacional.

2.1. Estado del arte.

Con el objetivo de fundamentar teóricamente esta investigación, se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la literatura científica existente en relación con las categorías de análisis previamente definidas. A continuación, se presentan los resultados de la búsqueda bibliográfica realizada a nivel internacional, nacional y local, que permitió identificar los principales hallazgos y tendencias en la materia. Esta revisión sistemática de la literatura permitió establecer un marco de referencia sólido para la investigación, y sentar las bases para el análisis y la discusión de los resultados obtenidos.

2.1.1. Redes de apoyo a personas adultas mayores

Primero, se revisó el artículo "Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la casa de los abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba" de Fusté et al., (2018).

Este fue un estudio de observación del discurso que utilizó métodos cuantitativos. El objetivo fue “apoyar a la comunidad de adultos mayores que viven en el hogar de ancianos en la ciudad de Camajuaní, provincia de Villa Clara (Cuba), en 2016”. El estudio mostró que la mayoría de las personas adultas, tanto hombres como mujeres, sienten una sensación de injusticia. En sus relaciones con este mundo, este mundo constituye su red

de apoyo más importante. Según ellos, las personas adultas mayores describen una situación familiar que les impide brindar un apoyo completo.

Por otro lado, Ramírez et al., (2018) examinaron el trabajo de cuidado en Chile en el artículo "Mayores cuidando mayores: sus percepciones desde una mirada integral". Utilizando un método cualitativo, este estudio tuvo como objetivo comprender las percepciones de las personas adultas mayores que cuidan a otro adulto mayor con necesidades significativas de cuidado. Se llevaron a cabo breves discusiones. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes que carecían de apoyo familiar sentían un apego cariñoso hacia la persona que cuidaban, y que su motivación para asumir este rol era el amor y el compromiso. Se observó que las cuidadoras se dedicaban por completo a estas tareas, abandonando actividades no relacionadas con el cuidado y sintiéndose abrumadas por la falta de recursos económicos.

De igual manera, Sánchez y Tovar (2018) presentaron el estudio "El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México". El objetivo es determinar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de apoyo social percibido por parte de la familia, los amigos y otras redes de apoyo importantes. El estudio, realizado mediante un método transversal cuantitativo, arrojó resultados claros: las mujeres mayores se benefician de un mayor bienestar psicológico, lo que contribuye a su bienestar. El rol del entorno de estas personas adultas mayores es muy importante para ellas, y la calidad de las relaciones existentes es crucial. La familia se convierte en una red de apoyo cercana donde las personas adultas mayores se sienten seguras y queridas.

Además, García et al., (2018) realizaron el estudio "El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas adultas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar." con mujeres en

España. El objetivo de este estudio fue investigar el impacto del bienestar como determinante del estado de salud de una población desde una perspectiva interdisciplinaria. La conclusión es que el tamaño de la red social y la frecuencia de la comunicación, si bien disminuyen con la edad, cobran cada vez mayor importancia en esta etapa de la vida. Estas diferencias pueden considerarse determinantes del estado de salud de las personas adultas mayores, pero no todas son igualmente importantes.

Bonilla et al., (2018), del Centro Colombiano de Trabajo Social , utilizaron el estudio " Niveles de ansiedad y estrés en personas adultas mayores en condición de abandono familiar". El objetivo de este estudio fue evaluar los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores abandonados por sus familias en la ciudad de Facatativá. Los resultados mostraron que el grupo objetivo sufría significativamente menos ansiedad y depresión. Esto sugiere que la condición de estos adultos mayores no los pone en desventaja debido a su adaptabilidad a las necesidades de la vida familiar.

Además, Galvis Palacios et al., (2018), de la Facultad de Enfermería de Colombia, realizaron un estudio titulado "Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza". El objetivo de este estudio fue examinar los modelos de cuidado familiar de adultos mayores de tres grupos étnicos culturalmente diversos en Colombia. Cualitativamente, el modelo cultural “cuidar con empatía, compasión y gratitud” refleja la carga que recae sobre el cuidador debido a su perspectiva, sus tensiones internas y el sistema de confianza en su cuidado, así como la carga emocional de afrontar las dificultades en entornos de bajos recursos y la gratitud de las personas adultas mayores.

De igual manera, Molés et al., (2019) realizaron un estudio sobre el cuidado en España: “Factores asociados a la depresión en adultos mayores de 75 años en zonas rurales”. Su objetivo fue determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en

la población mayor de 75 años de la ciudad de Castellón de la Plana mediante un método cuantitativo. Resultados: La prevalencia de síntomas depresivos fue del 30,5 % en mujeres, frente al 40,1 %. Los síntomas de ansiedad fueron más frecuentes entre las personas adultas mayores que viven solos, con un 26,6 % frente al 16,1 % ($p = 0,011$). Los síntomas depresivos (12,1 %) fueron significativamente más frecuentes que la depresión (30,8 %) y la depresión (57 %).

Además, Suárez y Gross (2019), del Instituto Cubano de Psicología, realizaron un estudio sobre "Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo". El objetivo era promover la inteligencia temprana mediante el apoyo psicosocial familiar. Concluyeron que el apoyo familiar a las personas con discapacidad cognitiva tuvo efectos positivos en su bienestar físico, salud mental y relaciones sociales. De igual manera, se reconoció el apoyo familiar.

Se considera importante y psicológicamente significativo, y está vinculado a la situación sociodemográfica de Cuba, facilitar la estimulación psicológica temprana a adultos mayores con problemas de salud mental.

Resultados similares obtuvieron Lambiase et al., (2020), quienes realizaron un estudio en Argentina titulado "Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de las personas adultas mayores del Gran Mendoza.". Utilizando un método cuantitativo que buscaba describir las características de la red de apoyo social de las personas adultas mayores en el área metropolitana de Mendoza y su calidad de vida percibida, los resultados mostraron que las personas en situación de pobreza perciben una buena calidad de vida; algunas (5%) reciben un nivel de apoyo muy bajo, otras reciben una, más o todas las formas de apoyo mencionadas, o ningún miembro de la red puede ayudarlos.

Por otro lado, Lizcano et al., (2020) recopilaron datos cardiovasculares en Colombia. El estudio "Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres

ciudades de Colombia" tuvo como objetivo identificar factores relacionados con la calidad del apoyo social para adultos mayores en tres ciudades colombianas: Medellín, Barranquilla y Pasto. Este estudio utilizó un enfoque cuantitativo, cualitativo y cuantitativo. Los resultados fueron los siguientes: "Las personas adultas que trabajan recibieron un apoyo social adecuado en diferentes áreas: 92% para apoyo emocional, 93,5% para apoyo profesional, 92% para interacciones sociales positivas y 93% para apoyo emocional, así como 91,9% para el índice de apoyo general".

En el estudio de Arias et al., (2020), desde la psicología, en Latinoamérica llamado "Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales". El objetivo de este estudio fue examinar su composición y magnitud en diferentes etapas de la vida: adultos jóvenes (20 a 30 años), adultos de mediana edad (40 a 50 años), adultos mayores (60 a 70 años) y adultos mayores (80 a 90 años). El tamaño de la población de 400 personas (100 por grupo de edad) que viven en Mar del Plata puede ser inesperado. Como resultado, las amistades, los lazos de amistad y la hermandad son los más duraderos en todas las etapas de la vida. El tamaño de la red de apoyo social fue mayor entre los adultos jóvenes. Las puntuaciones medias más altas en los sectores militar, profesional/estudiantil y comunitario/sanitario se asociaron con la juventud, la mediana edad y el nivel educativo. Por lo tanto, los cambios ocurren a lo largo de la vida de la red, lo que afecta su bienestar general.

2.1.2. Adherencia al tratamiento de personas adultas mayores

En un estudio, Fernández-Silva et al., (2018) examinaron su eficacia en un estudio de promoción de la salud en Chile, "Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en personas adultas mayores ". Este estudio cuantitativo incluyó inicialmente a 30 personas de 60 años o más. Sin embargo, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la población del estudio se amplió a 18 personas. Los resultados

del estudio mostraron una adherencia al tratamiento del 94,4%. Las cogniciones y emociones de los pacientes favorecieron la adherencia, con una autoeficacia del 89,9%. Se encontraron asociaciones entre la adherencia y la interrupción del tratamiento debido a efectos secundarios y sentimientos negativos hacia la medicación ($p = 0,001$, Pearson -0,714), y la percepción general de barreras ($p = 0,021$, V de Kramer -0,542). Las personas adultas mayores lograron la adherencia al tratamiento al percibir los beneficios de este y la ausencia de barreras de acceso.

También en el estudio de Laqui (2020), "Factores asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos y ancianos del Hospital de Ilo 2018", tuvo como objetivo identificar los factores asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes adultos y ancianos del Hospital de Ilo II-1. Desde una perspectiva cuantitativa, el estudio es correlacional, prospectivo y transversal, realizado con dos herramientas. Según los resultados, entre los factores asociados con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, el 92% de los pacientes no presentaban adherencia y el 8% sí la presentaban. En cuanto a los factores relacionados con el tratamiento, estos se asociaron significativamente con la adherencia. El índice de falta de respuesta sobre la adherencia al tratamiento mostró que el 93,6% presentaba falta de adherencia y solo el 6,4% (0,018) presentaba una alta adherencia.

El aporte de Castilla (2020), experto colombiano en gestión sanitaria, contribuyó al estudio "Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida", mediante métodos cuantitativos. El estudio revisó 30 estudios realizados entre 2000 y 2020. Los resultados confirmaron que, gracias al apoyo, los recursos de acompañamiento y la atención biopsicosocial, se produce una mejora notable en la calidad de vida y las actividades sociales básicas de los pacientes con enfermedades crónicas y

sus cuidadores. Muchos de estos estudios demostraron que los pacientes, cuidadores y familias están satisfechos con los programas actuales y que estos tienen un impacto positivo en su salud mental y física.

Según Izquierdo (2023), experto peruano en bienestar social, el objetivo principal de su estudio "Soporte familiar y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica del Hospital Regional Lambayeque", fue dilucidar la influencia del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes del Hospital Regional de Lambayeque. Este estudio descriptivo cualitativo obtuvo resultados sobre el apoyo psicológico, el cariño y la comprensión para pacientes con ERC en hemodiálisis en el HRL. El 67,2% de los pacientes respondió que sus familiares a veces les muestran comprensión cuando sienten tristeza, dolor o miedo relacionados con la enfermedad. En otras palabras, los pacientes con ERC en hemodiálisis no se sienten apoyados por sus familias y son más propensos a abandonar el tratamiento debido a la falta de apoyo ante la enfermedad.

Un estudio de Muñoz et al., (2021) en el departamento de enfermería de Colombia, titulado "Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos", adoptó un enfoque cuantitativo y tuvo como objetivo "analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en pacientes en riesgo". El grupo de edad más frecuente fue el de 61 a 70 años (28,8%) y el 55,3% eran hombres. La adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos mostró una situación favorable para la adherencia en el 61% y el apoyo para las necesidades básicas por parte de los familiares, mientras que el 26% presenta riesgo de no adherencia. El 39,4% mencionó dificultades para modificar la dieta debido al alto precio de los alimentos recomendados y el 13% no se adhirió al tratamiento.

Por su parte, Jaraba Suárez et al., (2021) en enfermería en Colombia, "Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardíaca", en un estudio cuantitativo, cuyo objetivo es: Esclarecer la relación entre el nivel de adherencia al tratamiento y el apoyo social en pacientes con insuficiencia cardíaca. La mayoría de los participantes eran pacientes. La adherencia al tratamiento fue del 56,2%, con un nivel moderado del índice general de apoyo social (media: 76,18) y sus dimensiones. La asociación entre la adherencia al tratamiento y el apoyo social emocional ($p: 0,006336$) y el apoyo emocional ($p: 0,03025$) fue moderada. Conclusión: La adherencia al tratamiento y el apoyo social están asociados, y es fundamental que los docentes y los profesionales de enfermería realicen evaluaciones e intervenciones de apoyo social antes del alta de los pacientes para optimizar la adherencia.

La investigación "Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en personas adultas mayores con hipertensión arterial y diabetes", aportado por Nieto y Parra (2021) del departamento de enfermería de Colombia, tuvo como objetivo describir la relación entre las características sociodemográficas y la adherencia a la farmacoterapia en pacientes de 60 años o más diagnosticados y tratados con hipertensión y/o diabetes. El estudio se realizó en 385 pacientes ambulatorios mediante un muestreo probabilístico por conveniencia, con métodos no experimentales, transversales, descriptivos y correlacionales. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y variables sociodemográficas como género, estado civil, diagnóstico, tipo de fe religiosa y convivencia con cónyuge y nietos.

Desde la óptica de enfermería un estudio realizado en Perú por Suárez Acuña (2022) titulado "Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertensión arterial. Microred de salud Mancos Áncash, 2022", utilizó métodos cuantitativos, descriptivos y transversales. Los participantes fueron 136 adultos con

hipertensión. En cuanto a los factores asociados con la adherencia al tratamiento en adultos con hipertensión, se encontró que la mayoría eran adultos mayores, la mitad eran hombres y menos de la mitad no valoraban la educación ni el empleo temporal.

Esto explica por qué más de la mitad no se adhirió al tratamiento antihipertensivo. Como factores relacionados, se encontró que los factores relacionados con el tratamiento mostraron una relación significativa con la adherencia al mismo. Finalmente, se concluye que los factores relacionados con el tratamiento deben tenerse en cuenta en el desarrollo de la independencia en adultos hipertensos, ya que se estableció una relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y la adherencia al mismo.

Por otra parte, Zambrano y Torres (2023), en el ámbito latinoamericano, investigan sobre el "Rol de la orientación familiar en la adherencia terapéutica de las personas adultas mayores con diabetes tipo 2", una búsqueda bibliográfica basada en un paradigma interpretativo y un enfoque cualitativo, proponen el objetivo de "analizar el impacto de la consejería familiar en la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores con diabetes tipo 2" mediante una revisión sistemática de la literatura. La revisión revela que la consejería familiar desempeña un papel crucial en la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores, especialmente en aquellas con diabetes tipo 2. Sin embargo, la importancia del apoyo emocional, económico y social de la familia es crucial para el manejo óptimo de la enfermedad, así como la comprensión y el respeto por parte de los profesionales de la salud. Estos, en mayor o menor medida, educan y motivan sobre prácticas clave que promueven la adherencia al tratamiento en esta población vulnerable.

Análisis y aportes del estado del arte

El análisis de la literatura científica revela la importancia vital de las redes de apoyo familiar en la promoción del bienestar y la adherencia al tratamiento en personas adultas

mayores. Diversos estudios internacionales, nacionales y locales aportan evidencia sobre cómo estas redes influyen positiva o negativamente en la salud y calidad de vida de esta población vulnerable.

En primer lugar, investigaciones como la de Fuste et al., (2018) en Cuba muestran que el entorno familiar no siempre garantiza un apoyo completo, lo que afecta la percepción de justicia y bienestar en las personas adultos mayores. Esta situación alerta sobre la necesidad de fortalecer los vínculos familiares para optimizar la función de las redes de apoyo.

En Chile, Ramírez et al., (2018) evidencian que las personas adultas mayores que carecen de apoyo familiar pueden desarrollar un fuerte apego hacia sus seres queridos cuidadores, quienes enfrentan cargas emocionales y económicas significativas. Este hallazgo destaca la doble dimensión del apoyo familiar: como recurso crucial para la adherencia y como fuente de estrés para los cuidadores principales.

El estudio de Sánchez y Tovar (2018) realizado en México aporta datos interesantes sobre diferencias de género en el apoyo social percibido, subrayando que las mujeres mayores tienen una red de apoyo más sólida, lo que se traduce en mayor bienestar psicológico. La familia emerge como la red más cercana y segura para las personas adultas mayores, subrayando su papel esencial en las políticas y prácticas de intervención.

En línea con lo anterior, García, et al., (2018) enfatizan el impacto de la frecuencia y calidad de las relaciones sociales en la salud de las personas adultas mayores en España, indicando que, aunque la red social tiende a disminuir con la edad, su relevancia para el estado de salud se incrementa notablemente en esta etapa.

Estudios regionales recientes como el de Lizcano et al. (2020) en Colombia refuerzan esta idea al encontrar altos índices de apoyo emocional, profesional y social en

adultos mayores que mantienen actividad laboral, lo que sugiere que la integración social también es determinante para la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, la adherencia al tratamiento, tema central en la salud del adulto mayor, ha sido objeto de investigación cuantitativa en múltiples contextos. Fernández-Silva, et al., (2018) reportan una alta adherencia al tratamiento antirretroviral en una muestra chilena, donde factores emocionales y cognitivos favorecen esta conducta, mientras que las barreras percibidas y efectos secundarios se asocian con interrupciones.

Similarmente, Laqui (2020) y Muñoz et al. (2021) encuentran que la adherencia al tratamiento antihipertensivo y en cuidados intensivos está influida por factores sociales, económicos y familiares, incluyendo el apoyo para necesidades básicas y la capacidad del entorno para garantizar recursos.

Por último, Nieto y Parra (2021) destacan la vinculación entre características sociodemográficas como el género, estado civil y la convivencia familiar con la adherencia farmacológica, enfatizando la importancia del contexto familiar y social en el proceso terapéutico.

En síntesis, estos estudios respaldan la pertinencia de investigar las redes de apoyo en el contexto del Hospital General de Culiacán, proporcionando marcos conceptuales y evidencia empírica para el diseño, análisis e interpretación de los resultados en el ámbito de la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores.

Estas evidencias consolidan la premisa de que las redes de apoyo familiar son determinantes en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores. La familia no solo proporciona cuidados directos, sino que también motiva, facilita el acceso a servicios y ayuda a superar barreras emocionales y prácticas. Sin embargo, también se identifica que el desgaste y la insuficiencia de estas redes pueden comprometer el éxito terapéutico.

Por ello, la presente investigación se justifica en la necesidad de analizar en profundidad cómo se configuran, funcionan y perciben estas redes de apoyo familiar en un contexto específico, y cómo estas influyen en la adherencia al tratamiento. Además, resulta fundamental considerar el papel del trabajador social como facilitador y articulador de estos apoyos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y la efectividad de las intervenciones en salud para esta población.

El presente marco teórico se propone fundamentar y contextualizar la investigación sobre la influencia de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de personas adultas mayores en la consulta externa del Hospital General de Culiacán. A través de una revisión exhaustiva de conceptos clave, evidencias nacionales e internacionales y teorías relacionadas con el envejecimiento, la salud y la intervención social, se busca identificar brechas de conocimiento y justificar la relevancia y pertinencia del estudio.

2.2. Las personas adultas mayores su dignidad, su capacidad cognitiva y calidad de vida mediante la independencia económica.

Las personas adultas mayores constituyen un grupo poblacional cuyo bienestar integral es fundamental para el desarrollo social y humano de cualquier comunidad. La dignidad de estas personas debe ser respetada y promovida, reconociendo su historia de vida y experiencia acumulada. La capacidad cognitiva, aunque puede variar con el envejecimiento, es un aspecto central que impacta en su autonomía y toma de decisiones. Asimismo, la calidad de vida en esta etapa está determinada no solo por la salud física y mental, sino también por factores sociales, emocionales y económicos.

En este sentido, la independencia económica se presenta como un pilar crucial que garantiza su acceso a recursos, su autonomía y la posibilidad de mantener su proyecto de

vida con plenitud y respeto. Por todo lo anterior se ahondará en las subcategorías que se proponen en la presente investigación.

2.2.1. Dignidad de personas adultas mayores.

Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales, para ello es necesario que reciban un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica. (ONU,1991)

Coinciden autores en que la dignidad es concebida, primero, como una característica moral de los seres humanos. Segundo, es un concepto que, visualizado en términos éticos, aborda diseños relacionales y normativos que hacen posibles los valores. Tercero, la dignidad es un concepto de igualdad en el ámbito de los cuidados de enfermería. Los diversos significados atribuidos a la dignidad vinculan al adulto mayor y a los profesionales con los contextos históricos y culturales, por lo que es de esperar que las representaciones y actitudes de enfermería tengan sus particularidades en diferentes culturas y contextos históricos. (Flores, 2022)

Ciertos factores adversos, dependientes o independientes de la voluntad de las personas adultas mayores, pueden perjudicar o atentar contra la dignidad de la persona e influir en su autoestima. La soledad y el aislamiento son factores que afectan la salud y la dignidad en la vejez, mayormente cuando dependen de involuntariedad, pues las limitaciones físicas y disminuciones cognitivas hacen más difícil enfrentar estos fenómenos. La pérdida de confianza económica, algunas veces como fruto de la crisis familiar y la discriminación que supone el abandono, son factores que ayudan al adulto mayor a internalizar actitudes negativas respecto a sí mismo.

Las relaciones tóxicas pueden deteriorar la red de apoyo familiar y generar situaciones de aislamiento y dependencia emocional. Por ejemplo, si una persona ha mantenido relaciones controladoras, territoriales o celosas, es probable que sus seres queridos se alejen gradualmente, necesitando espacio y autonomía. Esto puede llevar a la alienación y la desvalorización, hasta que la persona se sienta aislada y desconectada de su entorno. En este contexto, el vínculo familiar puede ser una fuente de apoyo crucial, pero requiere superar obstáculos y adoptar actitudes conscientes y ajustadas para aprovechar su potencial y fortalecer la red de apoyo.

Sin embargo, esta relación no está exenta de dificultades, que pueden surgir debido a factores inherentes al ciclo de vida o a circunstancias externas. Por ejemplo, la falta de preparación para formar un núcleo familiar o el agotamiento causado por eventos que requieren una gran dedicación de tiempo pueden afectar la dinámica familiar. Además, la disponibilidad para cuidar y apoyar a los hijos en los primeros años de crianza puede ser un obstáculo, especialmente si se combina con una falta de disponibilidad general. (Domínguez et al., 2024)

2.2.2. Capacidad cognitiva de las personas adultas mayores.

La capacidad cognitiva es un aspecto fundamental en la vida de las personas adultas mayores, ya que influye directamente en su autonomía, calidad de vida y adherencia al tratamiento médico. Desde una perspectiva clásica, Galton (1883) definía la inteligencia como una capacidad cognitiva general que subyace a cualquier tarea que requiera un determinado nivel de rendimiento. En el caso de las personas mayores, el proceso natural de envejecimiento, junto con la aparición de enfermedades crónicas o neurodegenerativas, puede afectar dichas capacidades, evidenciando la necesidad de redes familiares de apoyo que contribuyan a su cuidado y bienestar diario.

Dentro del ámbito de la salud mental, la cognición se considera un componente clave junto con lo conductual. Ambos elementos están estrechamente relacionados con la adherencia al tratamiento, entendida como el grado en que una persona sigue las indicaciones y recomendaciones médicas en relación con el uso de medicamentos, la realización de estudios diagnósticos, la modificación de hábitos alimenticios y de estilo de vida, entre otros aspectos (OMS, 2004). Una adecuada capacidad cognitiva permite a la persona mayor comprender y ejecutar estas indicaciones, mientras que su deterioro puede dificultar el cumplimiento terapéutico.

La tercera edad se conceptualiza como una etapa amplia, diversa y compleja del desarrollo humano, en la cual ocurren cambios físicos, sociales, laborales y cognitivos. Estos cambios no deben ser asumidos como patológicos por sí mismos. Sin embargo, las representaciones sociales estereotipadas que asocian la vejez con discapacidad, incompetencia o inutilidad tienden a limitar las oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje en esta etapa. Esta visión distorsionada puede afectar negativamente el autoconcepto, la autoestima y el funcionamiento cognitivo de las personas mayores, impactando también en su integración social y su salud general (Sotomayor Preciado, et al., 2022).

La vejez, lejos de ser una etapa pasiva o de “reposo”, puede representar una fase de realización personal, crecimiento interior y búsqueda de nuevos aprendizajes. Según Sandoval (s.f.) el envejecimiento debe comprenderse no solo desde un enfoque biológico, sino como una forma de vida con múltiples posibilidades. Las personas mayores que mantienen un rol activo en la sociedad participan en grupos, se educan y se enfrentan a nuevos desafíos cognitivos, tienen mayores probabilidades de conservar su funcionalidad y bienestar emocional. Por el contrario, la inactividad y el aislamiento social pueden generar sufrimiento y deterioro físico y mental.

La salud cognitiva, por tanto, depende de múltiples factores interrelacionados: procesos cerebrales internos, condiciones sociales, económicas y ambientales. A medida que las personas envejecen, comienzan a experimentar cambios como la disminución de la agudeza visual, auditiva y de la fuerza muscular. No obstante, aquellas personas adultas mayores que se mantienen activas física, mental y socialmente, logran preservar en mayor medida sus capacidades cognitivas, lo cual es esencial para su independencia y calidad de vida.

En este contexto, el acompañamiento familiar, el acceso a redes de apoyo y la promoción de entornos estimulantes y respetuosos se vuelven fundamentales para el fortalecimiento de las capacidades cognitivas de las personas adultas mayores, favoreciendo su integración social, su participación y su adherencia a tratamientos médicos y recomendaciones profesionales.

Asimismo, existen factores que están ligados a un retiro "exitoso", lo cual ayuda a prevenir el deterioro cognitivo. Muchos coinciden en que los ancianos que se consideran exitosos son individuos curiosos y adaptables, capaces de responder de manera efectiva a los cambios que enfrentan, sean estos adaptativos o inherentes al envejecimiento. Estos individuos no se sienten desbordados por las transformaciones o crisis que han vivido, sino que han tenido la capacidad de crecer y madurar, adaptando su forma de ver el mundo. A través de su trayectoria vital, han adquirido conocimientos, principios y valores que les sirven como una especie de guía espiritual para enfrentar las etapas venideras. Finalmente, logran relacionarse de manera exitosa con los demás y disfrutan de un buen estado emocional. Por ende, las personas adultas mayores que consiguen un retiro exitoso son aquellos que encuentran estabilidad emocional, incluso ante las dificultades que la vida les presenta (Pérez, 2024).

Es hasta los 25 años cuando el cerebro humano alcanza su madurez estructural. Luego de eso, comienza paulatina y lentamente el deterioro. Conforme avanza la edad, las células del cerebro tienden a perder su regeneración, el número de neuronas va decreciendo (Förster y López, 2022). Esto afecta específicamente a las regiones frontales y al hipocampo, ambas relacionadas directamente con las funciones cardinales de la inteligencia. Por otro lado, se ha detectado una pérdida de regulación y disminución de niveles de neurotransmisores, lo que se traduce en una disminución de la velocidad de procesamiento en general; la reacción es más lenta cuantitativamente. Como el número de conexiones entre axones y las neuronas, las dendritas disminuye a su vez de manera proporcional al número de conexiones sinápticas, principalmente en el neocórtex. Todo esto limita la disponibilidad y el flujo de información, que va en directo detrimento con la edad. (Farías y Hernández, 2024)

En función de la regeneración de las neuronas en posibles enfermedades que causen deterioro cognitivo, el espacio en el cerebro se empieza a cerrar, limitando recursos ante posibles atrofias de otras partes del cerebro. La presencia de distintos residuos, productos del metabolismo diario, restringe ese espacio y todo el flujo. Esta situación finalmente impide tanto la regeneración de los elementos necesarios para un buen descanso, como la oxigenación y evacuación de elementos tóxicos tanto fuera del espacio como dentro de él.

De esta forma, limita la capacidad del individuo para aprender nuevas formas o formas más eficientes ante situaciones del entorno, lo que podría llevar a perder su capacidad de ser adaptable y, por consiguiente, su estado óptimo de homeostasis. Esto es especialmente importante en la vejez, ya que una de las partes del cerebro que más falla es precisamente la encargada de esta misión; se encarga de la recepción e interpretación

de información del entorno para preparar de forma óptima una respuesta del cuerpo. (Preciado et al.2022)

2.2.3. Calidad de vida.

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de transformaciones físicas, emocionales y sociales, así como la aparición de nuevas necesidades de apoyo. Estas transformaciones, lejos de constituir únicamente pérdidas, pueden ser abordadas positivamente a través de políticas públicas orientadas al bienestar y la inclusión. Según la OMS (2020), el envejecimiento es una categoría socialmente construida que resulta de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales. En este contexto, las personas adultas mayores desempeñan un rol activo en la gestión de su propio envejecimiento, y su calidad de vida se ve influida por múltiples factores, entre los cuales destaca el apoyo social recibido.

El apoyo social se reconoce como uno de los principales determinantes de la calidad de vida en la vejez. Diversas investigaciones respaldan la existencia de múltiples fuentes de apoyo social (familia, amistades, comunidad e instituciones) y destacan que fortalecer estas redes es fundamental para mejorar el bienestar de las personas mayores. Particularmente, el respaldo de la familia extendida se ha identificado como un recurso valioso: las personas adultas mayores que cuentan con una red familiar amplia y cohesionada tienden a enfrentar en menor medida situaciones de aislamiento social, lo cual incide positivamente en su salud física y emocional.

Los aspectos clave del apoyo social que influyen en la calidad de vida son principalmente tres: el tamaño de la red social, la frecuencia de la interacción y el tipo de apoyo brindado. Estas dimensiones han demostrado tener un impacto significativo en la salud mental tanto de adultos mayores institucionalizados como no institucionalizados. El apoyo recibido a través de estas redes se ha asociado con numerosos beneficios, tales

como una mejor adaptación emocional, mayor satisfacción con la vida, y reducción de síntomas psicológicos. Además, se ha observado que el apoyo social puede facilitar la adaptación a las pérdidas propias de esta etapa vital, como la muerte de seres queridos, el deterioro físico o la disminución de capacidades funcionales (Parodi y Runzer, 2021).

Desde una perspectiva más concreta, el impacto del apoyo social se extiende a diferentes ámbitos de la salud. En el plano físico, se ha relacionado con la reducción de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el colesterol, e incluso con una mayor longevidad. En lo emocional, mejora la autoestima, reduce la sintomatología depresiva y fomenta un sentido de pertenencia. Por tanto, el apoyo social no solo influye directamente en el bienestar subjetivo de las personas adultas mayores, sino que también actúa como un factor protector frente al deterioro asociado al envejecimiento.

En este marco, las redes de apoyo familiar adquieren un papel central en la atención y el cuidado de las personas adultas mayores. Estas redes, compuestas por familiares, amigos, vecinos y, en algunos casos, instituciones, proporcionan un sostén emocional, físico y social que contribuye directamente al bienestar de esta población. Según Chadi (2000), una red de apoyo se define como un conjunto de personas o entidades capaces de ofrecer ayuda real y sostenida en el tiempo, siendo cruciales en contextos de dependencia o vulnerabilidad.

En definitiva, fortalecer las redes de apoyo familiar y comunitario resulta esencial para garantizar una mejor calidad de vida en la vejez. La promoción de intervenciones orientadas a fomentar el acompañamiento social, especialmente en personas mayores en riesgo de aislamiento o que han experimentado pérdidas significativas, debe ser una prioridad en las políticas de salud pública y programas gerontológicos. Solo así será posible avanzar hacia un modelo de envejecimiento activo, digno y saludable.

2.2.4. Independencia económica.

En cuanto a la independencia económica de las personas adultas mayores, es esencial asegurar que cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas y contribuir a un envejecimiento digno y autónomo. Tal como lo menciona el Instituto Nacional para el Adulto Mayor [INAPAM], la seguridad económica es determinante para las personas adultas mayores, ya que significa disponer y usar de manera regular una cierta cantidad de recursos económicos que les permita satisfacer sus necesidades básicas y de esa manera, contribuir a un proceso de envejecimiento digno, con independencia y autonomía. (INAPAM, 2023).

La independencia económica de las personas adultas mayores destaca su importancia en la promoción de un envejecimiento digno y autónomo. La seguridad económica es determinante para las personas adultas mayores, y la política social juega un papel importante en la promoción de la independencia económica. Es importante abordar las desigualdades económicas en la vejez para garantizar que todas las personas adultas mayores puedan disfrutar de una vida digna y autónoma.

A manera de cierre de esta categoría y sus derivados, la dignidad, la capacidad cognitiva, la calidad de vida y la independencia económica son dimensiones fundamentales para comprender la realidad de las personas adultas mayores y deben ser ejes centrales en la investigación sobre las redes de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento. La dignidad, como valor intrínseco y derecho, exige que se promueva un trato respetuoso y un ambiente que favorezca la autonomía y el bienestar integral del adulto mayor, aspectos que impactan directamente en su disposición para seguir un régimen terapéutico.

La capacidad cognitiva, que influye en la comprensión, memoria y toma de decisiones, es un factor determinante en la adherencia al tratamiento, pues las limitaciones

en esta área pueden requerir un mayor apoyo familiar y estrategias adaptadas que permitan superar barreras cognitivas. La calidad de vida, entendida como un equilibrio entre el bienestar físico, emocional, social y económico, constituye un indicador clave que refleja el éxito o las dificultades del proceso de adherencia y el cuidado integral que recibe el adulto mayor.

Finalmente, la independencia económica proporciona al adulto mayor los recursos necesarios para acceder a servicios de salud y mantener su autonomía, lo que se traduce en mayores posibilidades de cumplir con su tratamiento y preservar su calidad de vida. Esta investigación debe, por tanto, contemplar estas dimensiones para identificar cómo las redes de apoyo familiar y las condiciones personales y sociales influyen en la adherencia terapéutica, con el fin de generar propuestas que fortalezcan el cuidado respetuoso, efectivo y digno de las personas adultas mayores que atiende el Hospital General de Culiacán.

2.3. Redes de apoyo, tipología de familia y abandono en el cuidado de personas adultas mayores.

Las redes de apoyo familiar desempeñan un papel crucial en el bienestar y la calidad de vida de las personas, especialmente en momentos de vulnerabilidad como la vejez, cuando las necesidades de cuidado y apoyo aumentan significativamente. En este contexto, es fundamental comprender la tipología de las redes de apoyo familiar, que pueden variar en función de la estructura familiar, la dinámica de las relaciones y la disponibilidad de recursos. A continuación, se presenta una revisión detallada sobre la tipología de las redes de apoyo familiar, los cuidados que requieren las personas adultas mayores y el fenómeno del abandono familiar en este grupo poblacional, con el objetivo de destacar la importancia de las redes de apoyo familiar en la promoción del bienestar y la salud de las personas adultas mayores.

2.3.1. Redes de apoyo familiar.

Desde la Teoría del Intercambio Social de Homans, las redes de apoyo familiar pueden entenderse como sistemas de intercambio en los que las personas adultas mayores y sus familiares comparten recursos materiales, emocionales e instrumentales vinculados al proceso de cuidado y a la adherencia al tratamiento (Homans, 1961). En este marco, los comportamientos de apoyo (recordar la medicación, acompañar a consultas, gestionar citas o trámites, supervisar la toma de fármacos) se conciben como “actividades” que implican costos y recompensas para quienes las realizan, de modo que tienden a mantenerse en la medida en que los cuidadores perciben reconocimiento, reciprocidad simbólica y sentido de justicia en la relación. Así, la calidad del intercambio dentro de la red familiar (equilibrio entre lo que se da y lo que se recibe, percepción de apoyo y de gratitud por parte de la persona mayor) influye en la continuidad de las conductas de cuidado y, por tanto, en la adherencia terapéutica, ya que interacciones más equitativas y valoradas favorecen un compromiso más estable de la familia con el tratamiento y con el seguimiento de las indicaciones profesionales.

La falta de resolución del problema relacionado con la importancia de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que se atienden en la consulta externa del Hospital General de Culiacán puede tener consecuencias significativas a nivel comunitario, social y nacional. La adherencia al tratamiento es crucial para garantizar la efectividad de las intervenciones médicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes, especialmente en el caso de las personas adultas mayores que a menudo enfrentan múltiples desafíos de salud. Al hablar de red de apoyo familiar se refiere a la estructura social que rodea a la familia y que proporciona apoyo emocional, instrumental e informativo (Cohen y Syme, 1985).

Se pueden identificar diversos tipos de redes como pueden ser las nuclear, que están formadas por los miembros más cercanos de la familia como padres, hijos y cónyuges. Las redes extendidas por su parte incluyen a los parientes lejanos como abuelos, tíos, primos. Pero existen también las redes de apoyo formal, estas formadas por profesionales y servicios que brindan apoyo y cuidado a las personas como es el caso de los profesionistas de Trabajo Social , enfermeras y servicios de atención domiciliaria. Otro tipo de redes son las de tipo informal que se integran por amigos, vecinos y otros miembros de la comunidad que brindan apoyo y cuidado a las personas adultas mayores.

En el campo del Trabajo Social y la Salud, el apoyo social se ha consolidado como un elemento clave para comprender los procesos de bienestar y afrontamiento de contextos de cuidado. Según House et al.(1988), las teorías de apoyo social destacan que las relaciones sociales desempeñan un papel fundamental en la promoción de la salud y el bienestar, al influir tanto en el estado emocional como en las conductas de las personas. En este sentido, el apoyo social puede actuar como un recurso protector frente a situaciones de estrés, particularmente en poblaciones como las personas cuidadoras quienes enfrentan demandas constantes asociadas al cuidado. Desde esta perspectiva, el análisis de las redes de apoyo y su calidad permite comprender mejor cómo se mitiga la sobrecarga del cuidador y se favorece la adherencia a prácticas de cuidado y autocuidado.

En el contexto de la adherencia al tratamiento, las redes familiares pueden desempeñar un papel crucial al proporcionar apoyo emocional, instrumental e informativo, el apoyo social se puede clasificar en cuatro tipos principales: emocional, instrumental, informativo y de valoración. Estas categorías ayudan a desglosar cómo las redes familiares pueden contribuir en el comportamiento de salud de las personas adultas

mayores, proporcionando no solo compañía y comprensión, sino también asistencia práctica y orientación en la gestión de tratamientos médicos.

A nivel comunitario, la falta de apoyo familiar puede llevar a un aumento en la carga de trabajo para los servicios de salud locales. Las personas adultas mayores que no cuentan con un sistema de apoyo sólido son más propensas a experimentar complicaciones de salud debido al incumplimiento de sus regímenes de tratamiento. Esto puede resultar en un aumento en las visitas a urgencias, hospitalizaciones frecuentes y, en última instancia, en un uso ineficiente de los recursos de salud comunitarios. Además, la falta de adherencia puede generar una mayor demanda de servicios de atención domiciliaria y de largo plazo, lo que puede sobrecargar a las instituciones locales y limitar su capacidad para atender a otros pacientes.

En el ámbito social, la ausencia de redes de apoyo familiar puede contribuir al aislamiento social de las personas adultas mayores. Este aislamiento no solo afecta su bienestar emocional y mental, sino que también puede agravar problemas de salud existentes, como la depresión y la ansiedad. La falta de interacción social adecuada puede disminuir la motivación de las personas adultas mayores para seguir sus tratamientos, creando un ciclo perjudicial que impacta negativamente su salud general. Además, esta situación puede aumentar la carga sobre los cuidadores formales, quienes deben compensar la falta de apoyo familiar, lo que puede llevar a un agotamiento y estrés laboral significativo.

A nivel nacional, la problemática se traduce en un desafío para el sistema de salud pública. La falta de adherencia al tratamiento entre las personas adultas mayores puede incrementar los costos de atención médica debido a la necesidad de tratamientos más intensivos y prolongados. Esto representa una carga financiera para el sistema de salud nacional, que debe destinar más recursos para atender complicaciones prevenibles.

Además, el impacto en la salud de las personas adultas mayores puede traducirse en una disminución de su participación en la sociedad, afectando su capacidad para contribuir activamente, lo que tiene implicaciones económicas y sociales más amplias.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, es fundamental abordar este problema mediante la promoción de redes de apoyo efectivas que involucren a la familia y la comunidad. Los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial en la identificación de barreras para la adherencia al tratamiento y en la implementación de estrategias para superar estas barreras. Esto puede incluir la educación de las familias sobre la importancia de su papel en el apoyo al tratamiento, la facilitación de grupos de apoyo comunitario y la coordinación con otros profesionales de la salud para garantizar un enfoque integral en el cuidado de las personas adultas mayores.

Las redes de apoyo familiar juegan un papel fundamental en la atención y cuidado de las personas adultas mayores, proporcionando un sustento emocional, físico y social que contribuye al bienestar y la calidad de vida de esta población vulnerable. Según Chadi (2000), una red de apoyo se define como un grupo de personas, ya sea familiares, amigos, vecinos o instituciones, capaces de brindar un apoyo real y duradero a una persona o familia. En el contexto de los cuidados de personas adultas mayores, estas redes se convierten en pilares esenciales para garantizar que las personas adultas mayores reciban la atención y protección necesarias.

Por lo cual se dice que las redes de apoyo familiar juegan un papel crucial en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores, consolidándose como un elemento clave para promover un envejecimiento saludable y digno, por lo que se llega a concebir desde el campo de la salud mental como una parte muy importante, desde lo biomédico, cognitivo-conductual y lo económico estructural.

2.3.2. Tipología familiar.

En un mundo donde las dinámicas familiares se entrelazan con las redes de apoyo, la observación y revisión constante de esas estructuras se convierte en una necesidad ineludible. Suponiendo un estudio profundo de las redes de apoyo junto a un análisis exhaustivo de la tipología familiar que caracteriza a un grupo específico: las personas adultas mayores, es posible comprender de manera integral los factores sociales, familiares y comunitarios que inciden en su bienestar y en la satisfacción de sus necesidades cotidianas.

Este análisis permite identificar tanto los recursos disponibles como las posibles situaciones de vulnerabilidad, proporcionando información relevante para la toma de decisiones y el diseño de estrategias de intervención. Esta investigación no solo sirve para entender mejor el contexto en el que se mueven, sino que también potencia la efectividad de las intervenciones, permitiendo el desarrollo de acciones preventivas, facilitadoras, educativas o adaptativas orientadas a fortalecer la calidad de vida, la participación social y la autonomía de las personas adultas mayores.

En tiempos pasados, los estudios sobre la clasificación de familias se centraban casi exclusivamente la familia nuclear que según Parsons (1951), la describe como la forma más funcional de la familia en la sociedad. Sin embargo, en la actualidad, la adaptación de las familias a las diferentes etapas de la vida, la presencia de estrés vital, y el uso de cuestionarios que evalúan la percepción de las relaciones familiares representan aspectos que muchos investigadores consideran esenciales. Así, resulta evidente que no hay dos tipologías familiares idénticas, aunque se reconoce la importancia de que los profesionales comprendan cómo se comportan y organizan las familias. Este entendimiento es fundamental para ayudar a los miembros que las conforman y satisfacer las necesidades individuales de cada uno. (Henao et al, 2023)

La comprensión de las dinámicas familiares resulta indispensable para identificar las necesidades específicas de cada familia y diseñar estrategias de apoyo acordes con sus características particulares. Las investigaciones actuales destacan que las familias constituyen sistemas diversos y complejos, cuyas formas de organización, interacción y funcionamiento requieren ser analizadas desde una perspectiva amplia que permita comprender las múltiples realidades que las conforman.

La familia representa la primera institución social a la que pertenece el individuo y constituye el principal espacio de protección, cuidado y apoyo a lo largo del ciclo de vida. Su relevancia adquiere una dimensión especial durante la vejez, etapa en la que continúa desempeñando un papel fundamental como fuente de acompañamiento emocional, asistencia y seguridad. En este sentido, Moreno (2021) señala que las relaciones familiares se construyen a partir de un tronco ancestral común y se desarrollan mediante procesos de interacción que pueden generar tensiones, desacuerdos y ajustes constantes entre sus integrantes, quienes buscan mantener condiciones de convivencia armónica. Tanto la familia de origen como aquella constituida mediante la unión de pareja aportan elementos esenciales para comprender las redes familiares que rodean a las personas adultas mayores.

Desde una perspectiva amplia, la familia puede entenderse como el conjunto de personas vinculadas por lazos de consanguinidad o parentesco, independientemente de que exista convivencia permanente o vínculo matrimonial. Sin embargo, las relaciones formalizadas mediante el matrimonio u otras figuras legales generan implicaciones jurídicas, económicas y sociales que influyen en la dinámica familiar. Al respecto, Rodríguez (2021) destaca que cada familia está integrada por individuos con identidades propias que, al interactuar, conforman un grupo autónomo en el que cada miembro contribuye de manera singular a la construcción y funcionamiento del sistema familiar.

La importancia de la familia trasciende su estructura y composición, ya que constituye el entorno donde las personas desarrollan capacidades físicas, afectivas, sociales e históricas que favorecen su crecimiento integral. De acuerdo con Robledo et al. (2022), la estabilidad necesaria para el desarrollo humano en sus dimensiones física, intelectual, moral y emocional encuentra sus principales bases en el contexto familiar. Por ello, la familia se consolida como un sostén afectivo permanente que acompaña a las personas a lo largo de su existencia y que, pese a las transformaciones sociales ocurridas con el paso del tiempo, continúa siendo la institución fundamental sobre la cual se articula la vida en sociedad.

En consecuencia, el análisis de las dinámicas familiares y de las redes de apoyo asociadas a ellas resulta esencial para comprender las condiciones de bienestar de las personas adultas mayores. La calidad de las relaciones familiares, la disponibilidad de apoyo y la fortaleza de los vínculos establecidos pueden influir significativamente en su calidad de vida, autonomía y capacidad de adaptación a los cambios propios del envejecimiento.

La familia proporciona un entorno esencial para el desarrollo físico, afectivo, social e histórico. La familia sigue siendo la institución básica que da forma a la sociedad, y su influencia se extiende a lo largo de toda la vida de los individuos.

Los cambios en las estructuras familiares y la movilidad demográfica han repercutido en las relaciones de apoyo, disponibilidad y capacidad que las familias pueden brindar a sus miembros. Así mismo, tanto mujeres como hombres laboran fuera del hogar y circunstancia puede dar como consecuencia un déficit de tiempo para atender los requerimientos que demanda el cuidado y atención de los hijos y padres ancianos, respectivamente. Sin embargo, la composición de las familias actuales nos brinda ciertas pistas acerca del número de potenciales redes de apoyo que puede tener cada adulto

mayor. No obstante, estas redes de apoyo y los recursos que se encuentran en dichas redes no son equitativamente distribuidos para todas las personas adultas mayores. Coinciden en la idea crítica de que dentro de este proceso no se trata en forma homogénea a todas las personas, es decir, no todas las personas pueden acceder de la misma forma o al mismo tiempo a los recursos que les permite la sociedad en la cual viven. Por lo tanto, para muchas personas adultas mayores estas redes de apoyo no están disponibles.

Es imprescindible que estas personas adultas mayores cuenten con apoyos que permitan suplir estos déficits, ya que por lo general sus redes de apoyo formales (hijos, parejas, nietos, otros familiares) hacen el mejoramiento y focalización de los distintos recursos, incrementando el nivel de necesidades de diversos apoyos. Hablando específicamente de las tipologías familiares se pueden enunciar: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres e hijos); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos trae un hijo habido de una relación anterior) (Soriano y De la Torre, 2003).

El apoyo a las personas adultas mayores y las tipologías familiares muestra la importancia de comprender las necesidades y los recursos que requieren las personas en esta etapa de la vida. Las redes de apoyo formales e informales son fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas adultas mayores, y la tipología familiar puede influir en la forma en que se proporcionan los apoyos.

La tipología familiar es un constructo que abarca, entre otros, la constitución familiar, las funciones que ejerce, los roles que desempeñan, los estilos de vida, las prácticas educativas y la red de apoyo. En este contexto, las tipologías familiares constituyen un medio para comprender mejor la realidad poblacional y para clasificar a los sujetos en distintos grupos que, a su vez, compartan unas mismas características o

necesidades en torno a un determinado aspecto. En relación con el presente estudio, se parte de la teoría del intercambio social y de la perspectiva del ciclo vital familiar. En esta línea teórica, se admite la existencia de diversas tipologías familiares referidas a las fuentes de apoyo. (Londoño y Cubides, 2021)

La tipología familiar destaca la importancia de comprender la complejidad y diversidad de las estructuras y dinámicas familiares. La tipología familiar es un constructo que abarca múltiples aspectos y puede ser útil para comprender mejor la realidad poblacional y clasificar a los sujetos en distintos grupos. La teoría del intercambio social y la perspectiva del ciclo vital familiar son marcos teóricos que pueden ser útiles para comprender la dinámica familiar y las fuentes de apoyo.

Por lo tanto, la tipología familiar constituye una herramienta de análisis fundamental para comprender las condiciones de vida, las relaciones de apoyo y los recursos disponibles para las personas adultas mayores. Su estudio permite identificar la diversidad de estructuras familiares existentes y reconocer que las necesidades, capacidades y formas de apoyo varían de acuerdo con la composición y dinámica de cada familia (Londoño & Cubides, 2021).

Las transformaciones sociales y demográficas han modificado significativamente la organización familiar, influyendo en la disponibilidad de cuidados y en la capacidad de respuesta ante las demandas derivadas del envejecimiento. Aunque la familia continúa siendo el principal espacio de protección, afecto y acompañamiento, no todas las personas adultas mayores cuentan con redes de apoyo suficientes o accesibles, situación que puede incrementar condiciones de vulnerabilidad y dependencia (Moreno, 2021).

Asimismo, el conocimiento de las diferentes tipologías familiares facilita la identificación de fortalezas y limitaciones que pueden influir en la calidad de vida de las personas mayores, permitiendo diseñar estrategias de intervención más pertinentes y

contextualizadas. En este sentido, el análisis de la estructura familiar debe complementarse con la comprensión de las relaciones, los vínculos afectivos y los intercambios de apoyo que se generan entre sus integrantes (Soriano & De la Torre, 2003). Por tanto, el estudio de la tipología familiar no solo contribuye a una mejor comprensión de la realidad social de las personas adultas mayores, sino que también aporta elementos relevantes para el desarrollo de políticas, programas y acciones orientadas a promover un envejecimiento digno, activo y con mayores oportunidades de bienestar (Robledo et al., 2022).

2.3.3. Cuidados de personas adultas mayores.

Los cuidados de las personas adultas mayores constituyen un conjunto de acciones orientadas a preservar su bienestar físico, emocional, social y funcional, particularmente cuando existen condiciones de dependencia derivadas del envejecimiento, enfermedades crónicas o limitaciones para realizar actividades de la vida diaria. En este sentido, el cuidado comprende una atención integral que busca satisfacer necesidades básicas, promover la autonomía y garantizar una adecuada calidad de vida.

Al abordar la temática de los cuidados de las personas adultas mayores, se hace referencia a diversos aspectos que incluyen la atención médica, la gestión de enfermedades crónicas, el apoyo emocional, la compañía y la participación en actividades sociales. De acuerdo con Farombi (2019), cuidar implica brindar la ayuda necesaria a una persona que no puede valerse completamente por sí misma, incluyendo actividades relacionadas con la movilidad, la higiene personal y la alimentación. Asimismo, el cuidado físico contempla elementos como la nutrición adecuada, el ejercicio y la prevención de enfermedades. Otro aspecto relevante es la seguridad y accesibilidad del entorno, especialmente del hogar, mediante adecuaciones que permitan reducir el riesgo de accidentes, caídas y lesiones. De igual manera, el apoyo en actividades cotidianas,

como las tareas domésticas, la limpieza y la administración de recursos económicos, constituye un componente importante para garantizar el bienestar y la protección de las personas adultas mayores.

Según Isla (2000), los cuidados de personas adultas mayores pueden definirse como la prestación de apoyo a personas dependientes por parte de familiares, amistades u otras personas que no reciben una remuneración económica por esta labor. Generalmente, esta función es desempeñada por mujeres, principalmente esposas e hijas de la persona dependiente, quienes frecuentemente asumen el rol de cuidadoras debido a las circunstancias familiares y sociales existentes.

En este contexto, los cuidados de las personas adultas mayores no dependen exclusivamente de una persona, sino que suelen desarrollarse mediante redes de apoyo integradas por familiares, amigos y otros actores comunitarios. Estas redes participan en diferentes tareas y responsabilidades que contribuyen a satisfacer las necesidades del adulto mayor y favorecen su permanencia en el entorno familiar y social.

Dentro de esta estructura destaca la figura del cuidador principal, entendido como la persona que asume la mayor responsabilidad en la atención cotidiana de la persona adulta mayor. Sus funciones comprenden actividades relacionadas con el aseo personal, la alimentación, la movilización y el acompañamiento en las actividades diarias. Asimismo, resulta necesario valorar el nivel de autonomía funcional del adulto mayor para determinar si puede realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria o si requiere apoyo parcial o permanente para su ejecución (Naranjo Arequipa, 2023).

Las redes de apoyo también suelen incorporar personas encargadas de actividades instrumentales, tales como la realización de compras, la administración del hogar y la gestión de recursos necesarios para el cuidado. Asimismo, existen integrantes que

participan en el acompañamiento durante consultas médicas, estudios clínicos y otros procedimientos relacionados con la salud. Estas responsabilidades pueden distribuirse entre distintos miembros de la red, dependiendo de las características familiares y de los recursos disponibles (Naranjo Arequipa, 2023).

De igual forma, las redes de apoyo pueden incluir figuras de acompañamiento que proporcionan supervisión, compañía y seguimiento constante mediante visitas periódicas o comunicación frecuente. Este tipo de apoyo favorece la interacción social de la persona adulta mayor y permite que el cuidador principal disponga de espacios para atender sus propias necesidades personales y familiares. Cuando la persona mayor mantiene niveles adecuados de autonomía, familiares, amistades y vecinos pueden integrarse activamente en esta red, fortaleciendo el apoyo emocional y la participación social.

Las redes de apoyo son dinámicas y pueden modificarse a lo largo del tiempo debido a cambios en la condición de salud, la residencia, la disponibilidad de familiares o las circunstancias socioeconómicas. En este sentido, familiares, amigos y otros integrantes de la comunidad pueden facilitar el acceso a recursos materiales, emocionales e institucionales que fortalezcan el proceso de cuidado. Esta flexibilidad permite responder a las necesidades cambiantes de las personas adultas mayores y brindar apoyo tanto a quienes reciben cuidados como a quienes los proporcionan (Curipoma Méndez et al., 2024).

La relevancia de estas redes radica en que contribuyen a mejorar la calidad de los cuidados proporcionados y favorecen el bienestar de todos los actores involucrados. Además de ofrecer apoyo práctico, facilitan la distribución de responsabilidades, disminuyen situaciones de aislamiento y fortalecen la capacidad de respuesta frente a las necesidades derivadas del envejecimiento y la dependencia.

Desde una perspectiva de derechos humanos, las personas adultas mayores deben disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con los valores culturales de cada sociedad. Asimismo, deben tener acceso a servicios de atención sanitaria, social y jurídica que les permitan mantener o recuperar niveles óptimos de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de enfermedades y conservar su autonomía e independencia el mayor tiempo posible (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1991).

En concordancia con este planteamiento, el modelo de atención gerontológica centrada en la persona propone que el foco principal del cuidado sea la dignidad, el bienestar y la autodeterminación de la persona adulta mayor. Este enfoque promueve su participación en las decisiones relacionadas con su propio cuidado, favoreciendo la privacidad, la confidencialidad y la permanencia en su entorno habitual como elementos fundamentales para una mejor calidad de vida.

La complejidad de las tareas de cuidado también ha motivado el estudio de las repercusiones que estas pueden generar en quienes las desempeñan. En este sentido, la teoría de la sobrecarga del cuidador, propuesta por Zarit et al. (1980), define este fenómeno como la percepción subjetiva del impacto físico, emocional, social y económico experimentado por el cuidador principal al asumir responsabilidades prolongadas en la atención de una persona dependiente. Este constructo incluye tanto el agotamiento derivado de las tareas cotidianas de cuidado como el malestar asociado a la pérdida de autonomía personal, el aislamiento social y los conflictos derivados del desempeño simultáneo de múltiples roles. Dichas condiciones pueden afectar la salud física y emocional del cuidador y, de manera indirecta, influir en la calidad de los cuidados brindados a la persona adulta mayor (Zarit et al., 1980; Zarit & Zarit, 2018).

Por lo anterior, resulta pertinente considerar el modelo de calidad de vida del cuidador, entendido como un constructo multidimensional que evalúa el bienestar físico, psicológico, social y ambiental de quienes desempeñan funciones de cuidado. Este modelo considera aspectos relacionados con la salud, la fatiga, el estrés emocional, las relaciones interpersonales, el apoyo social, los recursos económicos y el acceso a servicios.

Desde esta perspectiva, el equilibrio entre las demandas del cuidado y la preservación del bienestar personal constituye un elemento fundamental para garantizar la sostenibilidad de los cuidados y favorecer una adecuada atención de las personas adultas mayores (Trejo Morales, 2009; World Health Organization [WHO], 1995). Además, este modelo, adaptado de la definición de calidad de vida de la OMS, enfatiza que un deterioro en cualquiera de estos dominios (frecuente en cuidadores de adultos mayores con cronicidad) compromete no solo la sostenibilidad del rol cuidador, sino también la calidad del cuidado prestado y la adherencia terapéutica del paciente dependiente, al generar agotamiento que limita la supervisión de tratamientos, la corresponsabilidad familiar y la capacidad para mantener cuidados continuos y de calidad.

El crecimiento de la longevidad y el envejecimiento de la población mayor presentan desafíos inéditos que se aproximan en los años venideros. Este fenómeno genera una serie de exigencias en el ámbito social, familiar e individual, especialmente en relación con los cuidados destinados a las personas adultas mayores que dependen de otros por limitaciones físicas o mentales. En ciertos casos, estas exigencias pueden tomar la forma de una crisis, creando nuevos obstáculos tanto a nivel familiar como individual, así como en los servicios disponibles, las políticas sociales y el estado del bienestar

general. Para enfrentar estos retos, se hace imperativo diseñar nuevos valores, pautas de comportamiento e instituciones que se adapten a esta realidad. (Beitia y Villagrán, 2024)

Esta transformación demanda la creación de redes de apoyo sólidas, la articulación de recursos formales e informales y la promoción de valores de solidaridad intergeneracional que contribuyan a superar los estereotipos negativos asociados a la vejez. En este contexto, la atención a las personas adultas mayores requiere un enfoque integrador de los cuidados que contemple la participación de servicios públicos y privados, organizaciones comunitarias, voluntariado y redes de apoyo familiares y sociales. Rivero y del Pilar (2021) sostienen que ninguna instancia puede asumir por sí sola la totalidad de las responsabilidades derivadas del cuidado, por lo que resulta indispensable establecer mecanismos de coordinación entre los diferentes actores involucrados.

Desde esta perspectiva, las redes familiares, comunitarias e institucionales constituyen sistemas complementarios cuya interacción permite responder de manera más eficiente a las necesidades de apoyo emocional, instrumental y social de las personas adultas mayores. Asimismo, este enfoque resalta la interconexión existente entre los recursos disponibles y el sistema social en su conjunto, diferenciando las funciones que desempeñan las redes de apoyo formales e informales durante el proceso de envejecimiento. Por ello, el análisis de estas redes debe considerar tanto su estructura como la funcionalidad de los vínculos que las conforman, así como la manera en que las familias cuidadoras aprovechan y articulan los recursos disponibles para afrontar situaciones de dependencia o vulnerabilidad (Rivero y del Pilar, 2021).

La propuesta del ecosistema intergeneracional planteada por Roldán et al. (2023) permite comprender las redes de apoyo como sistemas dinámicos en los que convergen diferentes generaciones y formas de participación social. Desde esta perspectiva, los

apoyos no se limitan al ámbito familiar inmediato, sino que se construyen a partir de relaciones que evolucionan a lo largo del ciclo de vida y que se ajustan a las necesidades cambiantes de las personas adultas mayores. De esta manera, la suficiencia de una red de apoyo no depende exclusivamente de su tamaño o composición, sino también de la calidad de los vínculos establecidos, la frecuencia de las interacciones y la percepción de satisfacción que experimenta la persona respecto al apoyo recibido.

Los planteamientos sobre apoyo social permiten comprender por qué las redes familiares y comunitarias constituyen uno de los principales factores protectores durante el proceso de envejecimiento. Como refiere Aylas (2024), la participación de familiares, amistades y otros miembros de la comunidad favorece la permanencia de la persona adulta mayor en su entorno habitual y contribuye a la construcción de trayectorias de envejecimiento más autónomas y activas.

En este contexto, la valoración de aspectos como la autonomía funcional, las condiciones de salud y la disponibilidad de apoyos resulta fundamental para identificar las necesidades de cuidado existentes y movilizar los recursos adecuados. Esta perspectiva refuerza la importancia de promover una atención integral en la que converjan los apoyos formales e informales, respetando siempre la dignidad, la autodeterminación y la participación de las personas adultas mayores.

En conjunto, los cuidados de las personas adultas mayores constituyen un proceso complejo que trasciende la atención de necesidades físicas y sanitarias, involucrando dimensiones emocionales, sociales, familiares y comunitarias. La calidad de estos cuidados depende, en gran medida, de la interacción entre las redes de apoyo disponibles, la participación de los cuidadores y el acceso a recursos formales e informales que favorezcan el bienestar y la autonomía de las personas mayores.

Asimismo, el envejecimiento poblacional ha puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer los sistemas de cuidado desde una perspectiva integral que reconozca tanto los derechos de quienes reciben atención como las necesidades de quienes la proporcionan. Bajo un enfoque de derechos humanos, el cuidado debe orientarse a garantizar la dignidad, la participación, la autodeterminación y la inclusión social de las personas adultas mayores, promoviendo entornos que favorezcan su desarrollo y calidad de vida.

En este sentido, el análisis de las redes de apoyo, los vínculos familiares y las dinámicas de cuidado permite comprender los factores que intervienen en la atención de este grupo poblacional y proporciona elementos para abordar de manera más amplia las relaciones sociales que sostienen el bienestar durante la vejez, aspecto que constituye un elemento central para comprender la complejidad del envejecimiento y los procesos de apoyo que lo acompañan

2.3.4. *Abandono familiar.*

Según Medina (2016), las personas adultas mayores suelen verse afectadas inicialmente por el abandono social y familiar, el cual se manifiesta cuando se rompe la comunicación dentro del núcleo familiar, se debilitan o desaparecen los lazos afectivos y se pierde el compromiso emocional hacia los seres queridos. Esta situación provoca una ruptura tanto en la estructura familiar como en el bienestar de la persona afectada.

El abandono social y familiar resalta la importancia de mantener una comunicación constante y vínculos afectivos sólidos en el entorno familiar. Su ausencia puede tener consecuencias negativas significativas en la salud física y mental de las personas adultas mayores. Por ello, es esencial brindarles atención, apoyo y cuidado, promoviendo el rol de la familia como pilar fundamental en el bienestar de sus miembros mayores.

En el mismo sentido la teoría del abandono geriátrico se refiere al desamparo físico, afectivo, económico o social sufrido por las personas adultas mayores, a menudo perpetrado o permitido por sus redes familiares cercanas, lo que genera una exclusión sistemática de sus necesidades básicas y derechos a la atención integral (Ramos, 2020). Este fenómeno no es meramente individual, sino que se enmarca en dinámicas sociales como el edadismo, la sobrecarga de cuidadores y la ruptura de lazos familiares tradicionales, donde la ausencia o disfuncionalidad de la red de apoyo familiar actúa como factor predisponente clave (Pérez-Pavón et al., 2023).

En el contexto de la adherencia al tratamiento médico de adultos mayores con enfermedades crónicas, esta teoría cobra relevancia al explicar cómo la falta de soporte familiar [por abandono emocional (soledad percibida, falta de supervisión en medicación) o instrumental (traslados a citas, recordatorios de indicaciones)] incrementa el riesgo de incumplimiento terapéutico, desorientación institucional y abandono del seguimiento clínico; (Red de Apoyo y Adherencia Terapéutica, 2025).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las personas adultas mayores como aquellas que tienen 60 años o más. En este sentido, enfrentar y prevenir las situaciones de abandono que frecuentemente experimentan representa uno de los principales desafíos para los sistemas de atención geriátrica y gerontológica actuales. El abandono se entiende como la omisión de cuidados, la desatención o negligencia hacia la persona mayor, lo que vulnera sus derechos personales, éticos y legales, y pone en riesgo su integridad física y emocional.

Camelo y Figueroa (2024) describen el abandono familiar como aquel que ocurre dentro del núcleo familiar de origen o del entorno protector esperado a lo largo de la vida del adulto mayor. Este tipo de abandono puede generar daños emocionales, sociales y

económicos de difícil reparación, y suele requerir la intervención de los servicios sociales para su atención adecuada.

Asimismo, el abandono puede presentarse en contextos donde predominan las redes informales de cuidado. Estas redes, no reglamentadas y basadas en la solidaridad entre familiares, vecinos o amistades, suelen ser la principal fuente de apoyo para las personas adultas mayores. Sin embargo, cuando estas redes son insuficientes o están ausentes, el riesgo de abandono aumenta significativamente. Como advierten Alhambra et al. (2021), aunque la familia suele representar el principal sostén del adulto mayor, también puede convertirse en un factor de riesgo, ya sea por negligencia, maltrato o abandono.

En conclusión, el abandono en la vejez representa un fenómeno complejo que requiere atención integral. Es fundamental fortalecer tanto las redes formales como informales de apoyo, garantizar la intervención oportuna de los servicios sociales, y promover políticas públicas orientadas a proteger los derechos y el bienestar de las personas adultas mayores, asegurando una vejez digna, activa y acompañada. personas adultas mayores ante la vejez, dignidad, la capacidad cognitiva, su independencia económica en camino a mejor calidad de vida.

2.4. Adherencia al tratamiento en la economía de la salud y seguridad social de las personas adultas mayores

La adherencia al tratamiento, la economía de la salud y la seguridad social están estrechamente relacionadas. La adherencia terapéutica influye directamente en los costos sanitarios y en la eficiencia del sistema de salud, mientras que la seguridad social provee la cobertura y recursos necesarios para facilitar la adherencia, especialmente en poblaciones vulnerables.

En primer lugar, la falta de adherencia conlleva gastos innecesarios, como medicamentos no consumidos, mayor uso de servicios de emergencia, hospitalizaciones, intervenciones y pérdida de productividad laboral. Esto incrementa considerablemente el gasto en salud pública, pudiendo elevarlo al menos en un 20% según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Martin Alfonso, 2006). Además, la adherencia deficiente afecta negativamente la economía familiar, generando pérdidas económicas debido a la enfermedad mal controlada y al ausentismo laboral.

Por otro lado, el nivel socioeconómico y la cobertura de seguridad social impactan la adherencia, dado que las personas con menores ingresos o acceso limitado a servicios médicos presentan dificultades para cumplir con los tratamientos por problemas económicos, falta de acceso a medicamentos o barreras sociales (Monroy et al., 2012; Valdés et al., 2020). Así, la seguridad social juega un rol clave al facilitar recursos, acompañamiento y educación para mejorar la adherencia, contribuyendo a la sustentabilidad del sistema sanitario y mejor calidad de vida para el paciente (Valdés et al., 2020).

2.4.1. Adherencia al tratamiento

Profundizando en el tema, es importante definir qué se entiende por adherencia. La adherencia se refiere al grado en que los comportamientos de una persona, relacionados con la toma de medicamentos o medidas no farmacológicas (como cambios en el estilo de vida), se alinean y persisten según lo acordado. En el contexto del tratamiento farmacológico, la adherencia implica mantener un contacto directo y continuo entre el paciente y el prescriptor, lo que permite una toma conjunta de decisiones sobre el tratamiento, incluyendo indicaciones posológicas y detalles para su correcta administración...

La adherencia al tratamiento en las personas adultas mayores es un componente crítico para el éxito de las intervenciones médicas, especialmente en un contexto hospitalario como el del Hospital General de Culiacán. A medida que la población envejece, no solo en México sino a nivel mundial, se incrementa la demanda de servicios de salud especializados para este grupo etario. Las personas adultas mayores enfrentan una serie de desafíos únicos que pueden dificultar su capacidad para seguir un régimen de tratamiento médico de manera consistente. Estos desafíos incluyen problemas de movilidad, deterioro cognitivo, polifarmacia y la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas. En este contexto, las redes de apoyo familiar emergen como un recurso indispensable para facilitar la adherencia al tratamiento.

La acción que se lleva a cabo permite a los pacientes tomar un papel activo en el manejo de su propio tratamiento, lo que se logra a través de una mayor educación sanitaria y una colaboración más estrecha entre el profesional de la salud y el paciente. Este enfoque se basa en una aceptación voluntaria y consciente, fundamentada en una lógica razonada y adecuada, lo que se puede describir como una decisión deliberativa respecto al consejo médico. Históricamente, el concepto de adherencia al tratamiento ha evolucionado, y en la década de 1970 surgieron diversas expresiones equivalentes, como cumplimiento terapéutico, observancia y concordancia, todas relacionadas con la administración de medicación. Además, es importante destacar que el término "*compliance*" tiene diferentes significados en otros contextos, como en la investigación de operaciones y mercados, donde se refiere a la falta de adquisición o uso de un producto o servicio, y en las ciencias de la computación y sistemas de información, donde se utiliza con un significado distinto. (Teutli, 2022)

2.4.2. Economía de la salud

Además de su valor intrínseco, la salud constituye un recurso indispensable para el desarrollo humano y social, ya que favorece la autonomía, la participación y el bienestar de las personas. En este sentido, la economía de la salud permite analizar la manera en que los recursos sanitarios son distribuidos y utilizados para responder a las necesidades de la población, particularmente en grupos con mayores requerimientos de atención, como las personas adultas mayores (Arreola-Risso et al., 2001). El incremento de la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas han generado una mayor demanda de servicios médicos, medicamentos y tratamientos continuos, por lo que el acceso oportuno a estos recursos se convierte en un factor determinante para la conservación de la salud y la calidad de vida.

Desde esta perspectiva, la economía de la salud estudia el comportamiento de los diferentes actores involucrados en la producción, provisión y utilización de los servicios sanitarios, así como el impacto de las políticas públicas en la asignación de recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Su aportación resulta relevante para comprender las condiciones que favorecen o dificultan la adherencia terapéutica, entendida como el grado en que una persona sigue las recomendaciones acordadas con los profesionales de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Diversos estudios han señalado que factores como la disponibilidad de medicamentos, la accesibilidad a los servicios de salud, los tiempos de espera, los costos asociados a la atención y la continuidad del seguimiento médico influyen directamente en el cumplimiento de los tratamientos, especialmente en personas adultas mayores con enfermedades crónicas (DiMatteo, 2004).

Asimismo, la farmacoeconomía contribuye a evaluar los beneficios, riesgos y costos asociados al uso de medicamentos, favoreciendo la toma de decisiones basadas en

criterios de eficacia, seguridad y eficiencia (Chang, 2024). Este enfoque resulta especialmente relevante en el contexto del envejecimiento poblacional, debido a que las personas adultas mayores suelen requerir tratamientos farmacológicos prolongados para el control de enfermedades crónicas, lo que incrementa la necesidad de garantizar el acceso oportuno y continuo a los medicamentos prescritos.

No obstante, el acceso a los tratamientos farmacológicos no depende únicamente de la disponibilidad de los medicamentos, sino también de la capacidad del paciente para comprender las indicaciones médicas, administrar correctamente los fármacos y mantener la continuidad terapéutica. En este proceso, las redes de apoyo familiar adquieren una importancia fundamental, ya que suelen participar en la adquisición de medicamentos, el acompañamiento a consultas médicas, la supervisión de horarios de administración y el seguimiento de las recomendaciones profesionales. Por ello, la disponibilidad de recursos sanitarios y la existencia de redes familiares de apoyo constituyen elementos complementarios que favorecen la adherencia al tratamiento y contribuyen al bienestar integral de las personas adultas mayores.

2.4.3. Seguridad social

Existen varias interpretaciones respecto al significado del término seguridad social y cada una de ellas depende de las circunstancias y de las necesidades específicas de la población. No obstante, en términos generales, el concepto se puede definir como un conjunto de servicios e instrumentos que buscan proteger al individuo y a su familia de las principales contingencias y riesgos económicos que se presentan a lo largo de la vida y que les pueden desproteger o limitar sus oportunidades de bienestar. (Gómez y Bravo, 2021)

La seguridad social destaca su importancia en la protección de los individuos y sus familias frente a las contingencias y riesgos económicos. La seguridad social es

fundamental para promover la igualdad de oportunidades y la justicia social, y para reducir la pobreza y la desigualdad. La variedad de interpretaciones del término seguridad social destaca la importancia de considerar el contexto y las necesidades específicas de cada población al diseñar e implementar políticas de seguridad social.

En una definición más amplia, la seguridad social se puede entender como el conjunto de leyes y reglamentos que regulan el grado de protección que debe recibir el trabajador y su familia frente a ciertos riesgos económicos o estados de necesidad, que ponen en peligro su sustento, con miras a elevar el bienestar y mejorar las condiciones de vida de la población. (Intriago Alcívar, 2024)

La seguridad social destaca su importancia en la protección de los trabajadores y sus familias frente a los riesgos económicos y estados de necesidad. La seguridad social es fundamental para promover la igualdad de oportunidades y la justicia social, y para elevar el bienestar y mejorar las condiciones de vida de la población. La normativa y la regulación son fundamentales para garantizar la efectividad de la seguridad social.

En el ámbito de la política pública, el término seguridad social ha sido objeto de múltiples definiciones tanto en los ámbitos teóricos como empíricos. Sin embargo, el consenso en torno a la dimensión real del problema ha permitido que hoy en día se piensen y elaboren estrategias de abordaje comunes, que parten de un supuesto que a su vez justifica su existencia y giran en torno al hecho de que en la vida de las personas existe incertidumbre así como riesgos sociales, económicos, entre otros, a los cuales todos, de un modo u otro, están expuestos y cuyo desarrollo puede derivar en la necesidad de realizar algún gasto para la adecuada atención del problema que deviene del riesgo asumido y, consecuentemente, puede disminuir el bienestar social, internacional y personal que están en juego y comprometidos, respectivamente.

La Organización Internacional de Trabajo definen como la protección que la

sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos e hijas. (PROFEDET, 2018)

La seguridad social destaca su importancia en la protección de los individuos y sus familias frente a las privaciones económicas y sociales. La seguridad social es fundamental para promover el bienestar y la justicia social, y para proporcionar una red de seguridad efectiva para los individuos y sus familias. La definición de seguridad social según la Organización Internacional del Trabajo destaca la importancia de la protección contra las privaciones económicas y sociales, y la promoción de la salud y el bienestar de los individuos y sus familias.

En conclusión, los conceptos de adherencia al tratamiento, economía de la salud y seguridad social están estrechamente vinculados y forman un marco fundamental para comprender y abordar los desafíos que enfrentan las personas adultas mayores en el contexto de la salud pública. La adherencia al tratamiento representa un factor clave para el éxito terapéutico y la mejora de la calidad de vida de los pacientes, siendo especialmente importante en la población geriátrica donde la cronicidad y la multimorbilidad son comunes.

La economía de la salud aporta un enfoque que permite analizar los costos y beneficios asociados con la adherencia, evidenciando que un adecuado cumplimiento de los tratamientos reduce complicaciones, hospitalizaciones y gastos innecesarios tanto para el paciente como para el sistema de salud. Esto se traduce en una mayor eficiencia en la utilización de recursos y en la sostenibilidad de los servicios sanitarios.

Por su parte, la seguridad social juega un papel indispensable al garantizar el acceso a servicios de salud, medicamentos y cuidados esenciales para la población adulta mayor, favoreciendo condiciones que faciliten la adherencia al tratamiento. La protección social contribuye a mitigar las barreras económicas y sociales que pueden limitar el cumplimiento terapéutico, promoviendo así la equidad en la atención médica.

Por ello, la investigación sobre redes de apoyo familiar y adherencia al tratamiento en el Hospital General de Culiacán debe considerar estas dimensiones para diseñar estrategias integrales que fortalezcan no solo la red familiar, sino también los sistemas económicos y sociales que respaldan la salud de las personas adultas mayores, buscando mejorar su bienestar y optimizar el uso de los recursos disponibles.

2.5. Andamiaje teórico que sustentan la investigación desde una visión general y específica.

En la investigación social, es fundamental recurrir a marcos teóricos que permitan explicar y comprender los fenómenos sociales y familiares de manera integral y contextualizada. En el caso específico del objeto de estudio, la adherencia al tratamiento, es crucial ubicarla dentro de un marco social y cultural más amplio que permita analizar las dinámicas y procesos que influyen en este fenómeno.

Con el fin de fundamentar teóricamente esta investigación, se realizó una revisión exhaustiva de diversas teorías que pudieran servir de base para el análisis. A continuación, se presenta como teoría general, la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, así como teorías específicas la Teoría del Envejecimiento Activo, Teoría de la Adherencia al Tratamiento y la Teoría del Apoyo Social, todas estas teorías se considera que fundamentan la investigación.

2.5.1. Teoría ecológica del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1981).

La teoría que explica las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las

personas adultas mayores desde lo social es la Teoría de la Ecología del Desarrollo Humano (TEDH) de (Bronfenbrenner, 1981) El término "teoría de sistemas ecológicos" es sin duda un referente clásico para entender la fuerte inscripción biopsicosocial de los individuos en su contexto natural o social. Para esta teoría, la "persona" es concebida como un "sistema" interconectado con todos sus sistemas relacionados de manera dinámica. Con esta investigación, se busca entender la manera en que influyen en la conformación de los individuos sus distintos contextos (ecosistemas) y, a su vez, cómo los individuos interactúan con ellos. El modelo consta de cuatro elementos interconectados con el individuo: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Así, se asigna una especial relevancia a la red de relaciones interpersonales del adulto mayor, y en especial a la denominada red de apoyo. (Fernández y Matos, 2023)

Para el caso de las personas adultas mayores, se postula que la interacción entre el individuo y sus preciados sistemas no se ve afectada en forma directa, sino a través del macro y del microsistema. Se hace preparación a la autonomía y competencia como predictor relevante de la adaptación a la vejez. Esta autonomía está condicionada por la interacción familiar per se, por el grado en el que la familia involucra emocional e instrumentalmente al adulto mayor en sus actividades, proyectos y decisiones. Tomando como base el modelo ecológico sistémico, es posible señalar que la preexistencia de un vínculo dentro de una red de apoyo da cuenta de aspectos más profundos de la naturaleza de ese vínculo, el cual permite utilizar tal relación como una fuente de apoyo emocional e instrumental relevante para la adaptación del adulto mayor al curso entre áreas: salud mental, aspectos cognitivos y físicos a lo largo del envejecimiento. (Berrío, 2023).

Con esta teoría además se destaca cómo las políticas públicas, el contexto social y los servicios de salud impactan a las personas adultas mayores. Al aplicar esta teoría

permite analizar la adherencia al tratamiento considerando no solo la familia, sino también el sistema de salud, la comunidad y la cultura, justificando la necesidad de un abordaje multidisciplinario en el Trabajo Social .

La teoría ecológica del desarrollo humano, también conocida como la teoría de los sistemas ecológicos, es un marco teórico que se centra en la interacción entre los individuos y su entorno. En el contexto de una investigación sobre redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores en la consulta externa del Hospital General de Culiacán, la teoría ecológica del desarrollo humano puede ser aplicada de la siguiente manera:

1. **Microsistema:** Se refiere a las interacciones entre la persona mayor y su entorno inmediato, como la familia, los amigos y los profesionales de la salud. En este nivel, la investigación puede explorar cómo las redes de apoyo familiar influyen en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores.
2. **Mesosistema:** Se refiere a las interacciones entre los diferentes microsistemas, como la familia y el sistema de salud. En este nivel, la investigación puede explorar cómo las redes de apoyo familiar interactúan con el sistema de salud para influir en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores.
3. **Exosistema:** Se refiere a las estructuras y políticas que influyen en el entorno de la persona mayor, como las políticas de salud y los recursos comunitarios. En este nivel, la investigación puede explorar cómo las políticas y recursos comunitarios influyen en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores y cómo las redes de apoyo familiar pueden influir en la accesibilidad y utilización de estos recursos.
4. **Macrosistema:** Se refiere a las creencias y valores culturales que influyen en el entorno de la persona mayor. En este nivel, la investigación puede explorar cómo

las creencias y valores culturales influyen en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores y cómo las redes de apoyo familiar pueden influir en la transmisión e internalización de estos valores.

2.5.2. Teoría del envejecimiento activo (OMS, 2020).

La teoría del envejecimiento activo enfatiza la importancia de la participación y el compromiso de las personas adultas mayores en actividades que les permitan mantener su salud y bienestar. En el contexto de la investigación, esto puede ayudar a entender cómo las redes de apoyo familiar pueden influir en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores. Esta teoría destaca la importancia de la autonomía en la vejez., esto puede ayudar a entender cómo las redes de apoyo familiar pueden influir en la autonomía de las personas adultas mayores y, a su vez, en su adherencia al tratamiento. Ahora bien. Otro aspecto que aborda esta teoría es el enfoque en la salud y el bienestar: La teoría del envejecimiento activo se centra en la salud y el bienestar de las personas adultas mayores, lo que nos permitirá entender cómo las redes de apoyo familiar pueden influir en la salud y el bienestar de las personas adultas mayores y, a su vez, en su adherencia al tratamiento. (Reyes, 2011)

La teoría del envejecimiento activo considera también los factores sociales y ambientales que influyen en la vejez. En el contexto de la investigación, esto puede ayudar a entender cómo las redes de apoyo familiar pueden influir en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores en función de factores como la estructura familiar, la dinámica familiar, la disponibilidad de recursos y el acceso a servicios de salud. En conclusión, esta teoría nos permite analizar cómo las redes familiares pueden fomentar o dificultar el envejecimiento activo en personas adultas mayores con enfermedades crónicas. Justifica, además, la importancia de la familia en la adherencia al tratamiento desde una perspectiva de bienestar integral.

2.5.3. Teorías de adherencia al tratamiento.

La teoría de la adherencia al tratamiento de Martín y Grau (2005) se basa en la comprensión de la adherencia como un fenómeno complejo y dinámico, profundamente arraigado en la psicología de la salud. Definen la adherencia terapéutica como la implicación activa y voluntaria del paciente en el cumplimiento de un comportamiento acordado con el profesional de salud, orientado a lograr un resultado terapéutico deseado. Esta teoría enfatiza que la adherencia no es solo la simple ejecución de tomar medicamentos, sino también incluye seguir regímenes alimentarios, adoptar cambios en el estilo de vida y evitar comportamientos de riesgo. Martín y Grau destacan la importancia de considerar al paciente como un agente activo de cambio, donde la comunicación y la colaboración entre el paciente y el equipo de salud son básicas para el éxito.

Además, señalan que la resistencia al tratamiento es un fenómeno natural y parte del proceso terapéutico, que puede entenderse desde tres enfoques: como déficit en funciones psicológicas, como respuesta adaptativa al conflicto interno, y como producto de la interacción entre paciente y profesional. La relación terapeuta-paciente, basada en un vínculo terapéutico sólido y en un modelo flexible de intervención, es crucial para superar la resistencia y favorecer la adherencia.

Finalmente, Martín y Grau advierten que la adherencia está influenciada por múltiples factores: psicológicos, sociales, económicos y culturales, que deben ser considerados para diseñar intervenciones efectivas y personalizadas. Destacan la necesidad de un enfoque integral que incluya al paciente, al equipo de salud y al sistema sanitario en la búsqueda de soluciones para mejorar la adherencia.

2.5.4. Teoría de apoyo social.

Teoría del Apoyo Social (Cohen y Syme, 1985; House et al., 1988), que plantea que las relaciones sociales contribuyen a la salud y al bienestar a través de cuatro tipos de apoyo: emocional, instrumental, informativo y de valoración. En el contexto hospitalario, estas formas de apoyo se reflejan, por ejemplo, en acompañar al adulto mayor a las consultas (instrumental), motivarlo a cumplir su tratamiento (emocional), explicarle las indicaciones médicas (informativo) y reforzar su capacidad para autogestionar su cuidado (valoración).

Esta teoría, proporciona un marco conceptual fundamental para entender cómo las relaciones sociales impactan positivamente la salud y el bienestar, especialmente en poblaciones vulnerables como las personas adultas mayores. Además, identifica cuatro tipos esenciales de apoyo: emocional, instrumental, informativo y de valoración, que se manifiestan y complementan en el entorno hospitalario.

En el contexto de la investigación sobre las redes de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en el Hospital General de Culiacán, esta teoría ayuda a clarificar los mecanismos mediante los cuales el apoyo familiar puede mejorar el cumplimiento terapéutico. Por ejemplo, el apoyo instrumental se refleja cuando un familiar acompaña al adulto mayor a sus consultas médicas, facilitando el acceso y reduciendo barreras logísticas. El apoyo emocional se evidencia en la motivación y aliento que incentiva al paciente a seguir su tratamiento, mitigando sentimientos de temor o desánimo.

De igual forma, el apoyo informativo es crucial para que el adulto mayor comprenda plenamente las indicaciones médicas y maneje adecuadamente su condición, aspecto determinante para una adherencia efectiva. Finalmente, el apoyo de valoración fortalece la autoestima y la percepción de autonomía del paciente, promoviendo su capacidad para autogestionar su cuidado y tomar decisiones informadas.

Por tanto, la aplicación de la Teoría del Apoyo Social en esta investigación no solo permite identificar y categorizar las formas en que la familia apoya al adulto mayor, sino que también orienta el diseño de intervenciones que fortalezcan dichas redes, favoreciendo un entorno psicosocial que potencie la adherencia al tratamiento y mejore los resultados en salud.

En conclusión, la investigación sobre las redes de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores del Hospital General de Culiacán se beneficia de un marco teórico integral que combina la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano con teorías específicas como la del Envejecimiento Activo, la Adherencia al Tratamiento y el Apoyo Social. La Teoría Ecológica de Bronfenbrenner permite comprender que el proceso de adherencia no es un fenómeno aislado, sino que está influido por múltiples niveles de interacción entre el individuo y su entorno, desde las relaciones familiares inmediatas hasta el contexto social y cultural más amplio.

El Envejecimiento Activo aporta una perspectiva que enfatiza la promoción de la salud, la participación social y la seguridad, elementos esenciales para que las personas mayores mantengan su autonomía y calidad de vida, factores directamente vinculados con la capacidad y motivación para seguir un tratamiento médico. Por su parte, la Teoría de la Adherencia al Tratamiento ofrece un enfoque centrado en la interacción entre paciente, profesionales de salud y el entorno social, destacando la importancia de los factores conductuales y psicosociales que facilitan o dificultan el cumplimiento terapéutico.

Finalmente, la Teoría del Apoyo Social proporciona un marco para entender cómo las diferentes formas de apoyo (emocional, instrumental, informativo y de valoración) que brindan las redes familiares influyen positivamente en la adherencia y el bienestar del adulto mayor. La articulación de estas teorías permite abordar la investigación desde una perspectiva holística, facilitando la identificación de estrategias efectivas para fortalecer

las redes de apoyo y mejorar la adherencia al tratamiento, con el fin de potenciar la salud y calidad de vida de esta población vulnerable.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

El presente estudio adopta un enfoque cualitativo, el cual permite comprender las experiencias, significados y dinámicas que intervienen en la relación entre las redes de apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de personas adultas mayores que acuden a la consulta externa del Hospital General de Culiacán. Este enfoque se fundamenta en la necesidad de analizar el fenómeno desde la perspectiva de los actores involucrados, privilegiando la interpretación sobre la cualificación de datos.

3.1. Tipo de estudio exploratorio descriptivo y transversal.

Para la realización de esta investigación se optó por una investigación con carácter exploratorio. Ya que existe poco conocimiento previo en el contexto local. Aunque existen investigaciones sobre redes de apoyo y adherencia terapéutica, en Culiacán (y específicamente en la consulta externa del Hospital General), no hay estudios documentados que analicen la relación entre ambos fenómenos desde la perspectiva del Trabajo Social .

Además, se buscó una comprensión más profunda de la problemática. El propósito no fue comprobar hipótesis rígidas, sino identificar factores, patrones y significados que no están suficientemente descritos. Esto es típico de los estudios exploratorios, que abren camino a futuras investigaciones más explicativas o correlacionales.

Se habla de una flexibilidad metodológica, por el hecho de que se emplean técnicas cualitativas (entrevistas, observación) que permiten descubrir dimensiones del fenómeno no anticipadas, lo que es característico de un enfoque exploratorio.

El carácter descriptivo se refleja en detallar los fenómenos observables. El estudio pretende describir cómo se configuran las redes familiares (quiénes participan, qué tipo de apoyo brindan, cómo influyen en la adherencia terapéutica), así como las experiencias y percepciones de las personas adultas mayores, sus familias y trabajadores sociales.

Enfoque en el “qué” y “cómo”: Se centra en responder preguntas como:

¿Cómo participan los familiares en el tratamiento?

¿Qué papel perciben los profesionales de Trabajo Social?

¿Qué factores facilitan o dificultan la adherencia?

Este objetivo descriptivo busca caracterizar y comprender, no explicar causalmente.

Análisis contextual: El diseño describe la dinámica de las redes de apoyo dentro de un escenario específico (consulta externa del Hospital General de Culiacán), proporcionando información útil para la toma de decisiones y futuras investigaciones. Se optó por un diseño exploratorio descriptivo, dado que se busca profundizar en el conocimiento de un tema poco estudiado en el contexto local. El carácter descriptivo permite detallar las características y particularidades de las redes familiares y su influencia en la adherencia terapéutica; mientras que el componente exploratorio facilita identificar elementos emergentes que aporten nuevas líneas de análisis.

Para Cazau (2006) un estudio descriptivo se “seleccionan una serie de cuestiones, conceptos o variables... con el fin, precisamente, de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno” (p. 27). Según Rojas (2013) “su objetivo central es obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación” (p. 42). De acuerdo con Bernal (2006) selecciona los elementos esenciales del objeto a investigar y describe detallando cada uno de los aspectos o categorías del objeto. En este tipo de estudios se identifican hechos, situaciones, características, se reseña, se narra.

El diseño exploratorio-descriptivo es el más adecuado para esta investigación porque el fenómeno de estudio (el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de personas adultas mayores) carece de estudios previos suficientes en el

contexto local (Hospital General de Culiacán). Desde la perspectiva metodológica, los estudios exploratorios son pertinentes cuando el problema no está suficientemente definido y se requiere indagar sobre dimensiones, factores y relaciones que aún no han sido ampliamente documentadas.

Además, el componente descriptivo permite caracterizar de manera sistemática las experiencias, percepciones y dinámicas de los actores involucrados (personas mayores, familiares y trabajadores sociales), respondiendo al qué, quiénes y cómo del fenómeno, sin buscar establecer relaciones causales. Este enfoque posibilita generar un marco de referencia empírico que sirva para el desarrollo de futuras investigaciones explicativas o correlacionales.

Se consideró transversal porque recogió información en un periodo delimitado (un año) para describir la situación en ese intervalo, sin proyectar variaciones temporales. Se justificó el diseño temporal transversal es pertinente desde el enfoque cualitativo, porque permitió comprender el fenómeno en su contexto presente, a partir del discurso y la experiencia de los actores. De acuerdo con Hernández et, al. (2018), los estudios cualitativos con diseño transversal son adecuados para identificar percepciones, actitudes y significados sin requerir seguimiento temporal, especialmente cuando el objetivo es generar conocimiento exploratorio que sienta las bases para posteriores estudios longitudinales o explicativos.

3.2. Contexto del estudio.

El estudio se desarrolló en el Hospital General de Culiacán, específicamente en el área de consulta externa, donde se atiende a personas adultas mayores con diferentes condiciones crónicas que requieren tratamientos continuos. Este escenario se consideró pertinente, ya que concentra un número significativo de pacientes que dependen de redes familiares para el cumplimiento de indicaciones médicas.

3.3. Enfoque cualitativo y corriente fenomenológica.

3.3.1. El enfoque cualitativo

El enfoque cualitativo es idóneo para esta investigación porque el objetivo central fue comprender la percepción y experiencia de las personas adultas mayores, sus familiares y profesionales de Trabajo Social sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento. Este enfoque permite captar significados subjetivos, emociones y valoraciones que los participantes atribuyen a su experiencia, además de analizar el fenómeno en su contexto natural (consulta externa del Hospital General de Culiacán), considerando las dinámicas sociales, familiares y culturales que influyen en la adherencia.

Otro aspecto que lo valida es, que permite producir conocimiento profundo y contextualizado, más allá de datos numéricos, a través de discursos, relatos y observación. De acuerdo con Flick (2015) el método cualitativo busca comprender fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores, lo que se alinea con el objetivo de esta investigación. Inicialmente la investigación cualitativa de acuerdo con Vasilachis (2006) “interesa en la vida de las personas, por sus experiencias subjetivas, sus historias, comportamientos, experiencias, interacciones, acciones, por sus sentidos e interpreta a todos ellos en forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tiene lugar” (p. 34). Y de manera complementaria la fenomenología según Álvarez-Gayou (2003) se basa “en la experiencia personal, el mundo y la experiencia vividos” (p. 99).

La investigación cualitativa es adecuada para este estudio porque permite comprender en profundidad fenómenos sociales complejos a través de las percepciones, experiencias y significados que los actores sociales construyen en su interacción con el contexto (Hernández et al., 2022). A diferencia del enfoque cuantitativo, que se centra en medir variables, la investigación cualitativa explora las realidades desde la perspectiva de

los sujetos, lo que resulta indispensable para abordar la temática de las redes de apoyo familiar y su influencia en la adherencia terapéutica.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1987), el enfoque cualitativo busca “entender las acciones humanas desde el punto de vista de quienes las realizan”, lo cual coincide con el propósito de esta investigación: analizar cómo las personas adultas mayores, sus familias y los profesionales de Trabajo Social interpretan y experimentan el acompañamiento en el tratamiento médico.

Por su parte, Denzin y Lincoln (2018) sostienen que la investigación cualitativa es un “campo interdisciplinario y transdisciplinario” que permite interpretar los significados que los individuos atribuyen a sus experiencias, considerando el contexto cultural y social. Esto es relevante en el estudio, ya que la adherencia terapéutica no depende únicamente de factores médicos, sino también de relaciones familiares, redes sociales y condiciones socioculturales.

Finalmente, según Flick (2015) este enfoque es apropiado cuando se busca acceder a la perspectiva de los actores, comprender procesos y captar la complejidad de la vida cotidiana, más allá de lo observable superficialmente. En este caso, se requiere conocer no solo si existe apoyo familiar, sino cómo se vive, se percibe y se significa este acompañamiento en la experiencia del adulto mayor.

3.3.2. La corriente fenomenológica

En cuanto a la corriente fenomenológica, aunque rescata los aportes de la investigación cualitativa y los considera, también puntualiza, según Behar (2008), Taylor y Bogdan (1986, 1987) y Urteaga (s/f), que su interés se centra en la interpretación de los significados del mundo y las acciones de los sujetos, el sentido de los fenómenos y la intención de las actividades sociales. Esto implica estudiar la conducta humana y lo que las personas dicen y hacen como producto de la manera en que definen su mundo,

comprendiendo el fenómeno desde la perspectiva del actor y analizando desde la conciencia individual hasta la intersubjetividad.

En otras palabras, aunque el enfoque cualitativo y la corriente fenomenológica son complementarios, no operan al mismo nivel, ya que cada uno conserva su singularidad. Sin embargo, ambos buscan la naturaleza de las cosas, las experiencias de las personas y el significado que otorgan a los sucesos de su vida cotidiana. Ambos tienen como propósito describir, comprender y explicar, abordando aspectos como la cultura, la acción social, el lenguaje y las formas de organización. Además, ambos retoman las expresiones histórico-sociales de las personas.

Por lo tanto, se puede afirmar que fenomenología e investigación cualitativa difícilmente pueden abordarse de manera separada, ya que cada una está presente en la otra. Esto se debe a que ambas intentan recuperar de las personas su sentir, pensar, vivir su pasado y presente, y el significado que otorgan al mundo social que las rodea. La fenomenología se orienta a describir y comprender las experiencias vividas, explorando cómo las personas interpretan su realidad y le otorgan sentido (Castillo Sanguino, 2021).

En este estudio, la fenomenología es pertinente porque: Permite indagar en la vivencia subjetiva de las personas adultas mayores respecto a su salud, la necesidad de apoyo y las dificultades para adherirse al tratamiento. Reconoce la experiencia de los familiares como un fenómeno vivido, cargado de significados sobre el cuidado, la responsabilidad y el acompañamiento. Integra la perspectiva de los trabajadores sociales, quienes también interpretan la realidad de estas redes y su impacto en la atención sanitaria. Este enfoque posibilita captar la esencia de la experiencia, sin reducirla a indicadores cuantitativos.

3.3.3. Hibridación del enfoque cualitativo y la fenomenología en la investigación.

La hibridación se logra al combinar los principios del método cualitativo con la orientación fenomenológica en todas las fases del estudio:

Diseño de la investigación: El enfoque cualitativo determinó la estrategia (entrevistas, observación), mientras que la fenomenología orientó a las preguntas hacia la exploración de la experiencia vivida, no solo de hechos.

Recolección de datos: Las entrevistas semiestructuradas se centraron en cómo viven y perciben los participantes el apoyo familiar y la adherencia, indagando emociones, significados y sentidos, en lugar de limitarse a conductas observables.

Análisis de datos: Se aplicó análisis fenomenológico temático, buscando categorías emergentes que expresen la esencia de la experiencia (por ejemplo, “sentirse acompañado”, “confusión en el tratamiento”, “carga emocional del familiar”).

Interpretación: La interpretación no se limitó a describir, sino que buscó comprender la estructura del significado detrás de la experiencia, integrando contexto social y cultural.

En síntesis, la fenomenología actuó como marco epistemológico que otorga sentido a la elección cualitativa, asegurando que el estudio no solo describa hechos, sino que revele cómo los actores experimentan y significan la adherencia y las redes familiares.

3.4. Técnicas: Instrumentos

Según Vélez (2003) las técnicas de investigación son herramientas o procedimientos específicos que permiten al investigador recolectar información relevante y significativa sobre el fenómeno de estudio, enmarcadas dentro de una metodología y un método previamente definidos. Vélez enfatiza que las técnicas no son autónomas ni simples instrumentos mecánicos, sino que deben estar articuladas al saber teórico y al contexto

social, permitiendo una relación dinámica entre el "saber" y el "hacer" en la investigación social.

Para esta investigación se utilizaron las técnicas de entrevistas semiestructuradas y grupos focales para la recolección de datos, con un guion basado en categorías teóricas como apoyo emocional, instrumental, informativo y afectivo, así como adherencia terapéutica (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2023; Rivas, 2021). Se elaborará un diario de campo para registrar observaciones contextuales.

3.4.1. Entrevistas semiestructuradas:

Fueron ideales para indagar en las experiencias personales de las personas adultas mayores respecto a las redes de apoyo y su adherencia al tratamiento. Permiten flexibilidad para profundizar en los temas emergentes y obtener relatos ricos y detallados (Kvale & Brinkmann, 2015; Flick, 2015). Esta técnica facilitó la exploración de las percepciones individuales sobre los tipos de redes de apoyo, barreras, facilitadores y el papel del apoyo afectivo y emocional, en coherencia con los objetivos y preguntas de investigación.

Por su parte Ruiz et al., 2002 señala que la entrevista semiestructurada es una técnica de recolección de datos cualitativa en la que el investigador elabora previamente un guion con los temas o aspectos que desea abordar, pero deja abiertas las preguntas para permitir respuestas amplias y matizadas por parte del entrevistado. Esto posibilita que el entrevistador adapte el orden y la formulación de las preguntas según el desarrollo de la conversación y las aportaciones del entrevistado, facilitando así la profundización en los temas relevantes y la obtención de información rica y contextualizada (Ruiz et al., 2002)

En cuanto a la técnica de observación participante, según Angrosino (2012) facilita el registro de dinámicas familiares y sociales en el contexto de la consulta externa. Permite observar comportamientos, interacciones y situaciones que pueden no ser

verbalizadas en entrevistas, enriqueciendo la comprensión de cómo se manifiestan las redes de apoyo en la vida cotidiana de las personas adultas mayores.

3.4.2. *Diario de campo:*

En este estudio se recurrió al diario de campo como una de las principales herramientas del hacer metodológico, por tratarse de una técnica central en la investigación cualitativa que posibilita registrar de manera sistemática y organizada no solo lo que ocurre en el escenario de estudio, sino también las vivencias, impresiones y reflexiones del investigador a lo largo del proceso. En la línea de lo planteado por Emerson et al. (2011), el uso del diario de campo permite transformar las observaciones y experiencias cotidianas en descripciones densas que luego pueden ser revisadas, comparadas y analizadas, convirtiéndose en un insumo fundamental para la construcción e interpretación de los datos.

Asimismo, este recurso favorece una comprensión más profunda y contextualizada de los fenómenos sociales, al integrar notas sobre interacciones, diálogos, gestos, ambientes y emociones que difícilmente podrían captarse mediante técnicas más estructuradas. De este modo, el diario de campo no solo funciona como un registro cronológico de lo observado, sino también como un espacio de elaboración reflexiva donde el investigador va afinando sus categorías de análisis, identificando tensiones y emergentes del trabajo de campo y revisando su propia posición en la investigación

3.5. Descripción del acceso al campo

El trabajo de campo se realizó en la consulta externa del Hospital General de Culiacán (HGC), un espacio en el que convergen personas adultas mayores con diversas condiciones crónicas. Este escenario resulta idóneo debido a la diversidad de usuarios y a la posibilidad de observar interacciones familiares y sociales relevantes para el estudio (Bravo y Hervás, 2016).

La consulta externa del HGC constituye un entorno estratégico para la investigación, ya que en este espacio se atiende a una población diversa de personas adultas mayores provenientes de distintos contextos socioeconómicos y familiares. Esta heterogeneidad permite captar una variedad de experiencias, percepciones y dinámicas de apoyo que enriquecen el análisis cualitativo. Además, la naturaleza ambulatoria del servicio facilita la observación directa de los procesos de acompañamiento, toma de decisiones y participación de familiares en el cuidado y en la adherencia al tratamiento.

El entorno hospitalario también favorece la identificación de barreras y facilitadores específicos vinculados con la adherencia terapéutica, como el acceso a recursos, la comunicación entre profesionales de la salud, pacientes y familias, así como las estrategias de afrontamiento frente a enfermedades crónicas. La presencia de equipos multidisciplinarios y la interacción cotidiana entre usuarios y personal sanitario ofrecen un contexto realista y dinámico para comprender cómo se configuran y operan las redes de apoyo en la vida cotidiana de las personas adultas mayores.

Por tanto, la consulta externa del HGC no solo ofrece un escenario logísticamente accesible, sino que proporciona una riqueza contextual y relacional indispensable para el abordaje cualitativo de las redes de apoyo familiar y su influencia en la adherencia al tratamiento en la población adulta mayor.

3.5.1. Acceso al campo.

Para garantizar la integridad ética de la investigación, se estableció contacto con la unidad médica mediante una autorización formal, asegurando el respeto a la confidencialidad y la voluntariedad de las personas participantes. Se cumplieron los estándares éticos establecidos para la investigación con seres humanos, incluyendo el consentimiento informado y la protección de datos personales, conforme a la normativa vigente.

Como estrategia de acceso al campo, se solicitó formalmente permiso a la dirección del Hospital General de Culiacán (HGC) para realizar la investigación. Dicha solicitud fue recibida y aprobada por las autoridades competentes, lo que permitió el acceso al campo para la realización de entrevistas y demás técnicas previstas en el estudio. Asimismo, se mantuvo coordinación constante con el área de Trabajo Social del hospital y con la jefatura de consulta externa, lo que facilitó el acercamiento a la población objetivo.

Una vez cumplidos los requisitos institucionales, se presentaron diversas situaciones que dificultaron el desarrollo del trabajo de campo, principalmente el contexto de violencia presente en la entidad, el cual obstaculizó el acceso continuo al hospital. A ello se sumó la dificultad para encontrar personas dispuestas a participar en las entrevistas, ya que, derivado de dicha problemática, algunos pacientes preferían evitar proporcionar información que pudiera hacerlos sentir incómodos o vulnerables.

Con el apoyo de las trabajadoras sociales de la consulta externa, se logró la participación de cinco personas adultas mayores en las entrevistas, así como de cinco familiares acompañantes y cinco trabajadoras sociales que laboran en el área de consulta externa.

3.5.2. Participantes.

- 5 Personas adultas mayores, de más de 65 años.
- 5 Familiares acompañantes de las personas adultas mayores.
- 5 Profesionistas de Trabajo Social.

Es importante destacar que la selección de participantes se realizó de manera intencional, buscando obtener una muestra diversa y representativa de la población objetivo. A pesar de los desafíos, se logró obtener una muestra total de 15 participantes, lo que permitió obtener una visión más completa de la situación estudiada.

3.5.3. Criterios de inclusión y exclusión.

- En este estudio, se consideran como sujetos de investigación a las personas adultas mayores de 65 años o más, que se encuentran en un proceso de seguimiento médico en el área de consulta externa del hospital y que requieren tratamiento continuo para preservar su salud. Estas personas, que han vivido experiencias y trayectorias de vida únicas, enfrentan desafíos significativos para cumplir con su tratamiento médico, lo que afecta su calidad de vida y su bienestar general.
- Entre los sujetos de investigación, se incluyen también a los familiares responsables o cuidadores, quienes juegan un papel fundamental en el apoyo y cuidado de las personas adultas mayores. Estos familiares, que a menudo asumen un rol de cuidador sin previo aviso, enfrentan sus propias luchas y desafíos para proporcionar el cuidado necesario, lo que puede afectar su propia salud y bienestar.
- Además, se consideran como sujetos relevantes a los profesionales de Trabajo Social del hospital, quienes han observado y reportado con preocupación la disminución de la adherencia al tratamiento en las personas adultas mayores que carecen de un entorno familiar que los respalde. Estos profesionales, con su experiencia y conocimiento, ofrecen una perspectiva valiosa sobre las barreras y desafíos que enfrentan las personas adultas mayores y sus familias en el proceso de cuidado y tratamiento.
- Diversidad en género, estado civil, nivel educativo y tipo de red de apoyo.
- Estrategia de Contacto. Selección intencional con apoyo del área de Trabajo Social, priorizando la heterogeneidad de experiencias.

3.5.4. Consideraciones éticas.

En la investigación el consentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato son elementos fundamentales en el desarrollo de esta. Cuidar a las personas que colaboran en el estudio es primordial. Se garantizó el cumplimiento de los principios éticos de la investigación social: respeto, confidencialidad, consentimiento informado y no maleficencia. Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente con fines académicos y se resguardará la identidad de los participantes mediante el uso de seudónimos.

Para González Ávila (2002) el consentimiento informado tiene la finalidad de “asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta sólo cuando ésta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen por voluntad propia con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos” (p. 101). Es decir, es un instrumento ético, con el cual se tiene el compromiso de explicar a las personas en que consiste la colaboración, es decir, cual es objetivo de la misma, riesgos, beneficios y hasta donde implica su participación y en qué condiciones. En cuanto a la confidencialidad, es un compromiso que se establece con las personas para no publicar cierta información que los señale. El anonimato permite guardar los nombres y cierta información con la finalidad que nadie sepa quiénes son los colaboradores de la investigación.

3.6. Organización de la información recabada

En esta investigación, el registro de los datos se realizó mediante grabación de audio de las entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado de las personas participantes. Posteriormente, los audios fueron transcritos de manera literal en archivos digitales de texto, conservando expresiones, pausas y giros lingüísticos relevantes para el análisis cualitativo. Este procedimiento se alinea con las recomendaciones para asegurar la fidelidad entre el discurso original y el material analizado.

La organización y el almacenamiento de la información se llevaron a cabo en carpetas digitales estructuradas por tipo de participante (familiares cuidadores y trabajadoras sociales), resguardadas en dispositivos protegidos con contraseña, a fin de garantizar la confidencialidad y el resguardo ético de los datos. Cada transcripción se identificó con un código alfanumérico que evita el uso de nombres reales (por ejemplo, “PAM1”, “PAM2” ...para personas adultas mayores, “FAM1”, “FAM2” ... para familiares y “TS1”, “TS2” ... para trabajadoras sociales), lo que permite identificar los casos sin comprometer la identidad de las personas.

Para el proceso de análisis, se construyó una matriz de contenido categorial en la que se organizaron los fragmentos de texto (unidades de significado) en columnas de categoría, subcategoría, teoría de interpretación y narrativa-discurso tanto de la persona adulta mayor, del familiar y del profesional de Trabajo Social, de acuerdo con los principios del análisis de contenido cualitativo. En las transcripciones se emplearon abreviaturas consensuadas (por ejemplo, “PAM” para persona adulta mayor, “HGC” para Hospital General de Culiacán) y símbolos sencillos para marcar pausas (...) o énfasis (mayúsculas en expresiones resaltadas por el/la entrevistado/a), procurando mantener la legibilidad sin perder información relevante para la interpretación de los discursos.

3.6.1. Método de análisis de la información

El análisis de datos se realizó de acuerdo con el enfoque y los objetivos de la investigación, utilizando el análisis de contenido como método principal. Esta elección se fundamenta en la corriente fenomenológica, la cual busca comprender los significados y las experiencias de los sujetos en su contexto natural (Behar, 2008; Taylor y Bogdan, 1986, 1987; Urteaga, s/f).

El análisis de contenido permite recuperar el discurso de los sujetos y comprender los significados y las representaciones sociales que subyacen a sus acciones y

experiencias (Krippendorff, 2019). De manera complementaria, Flick (2015) señala que el enfoque cualitativo busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores, lo cual se alinea con los objetivos de esta investigación.

Además, el análisis de los datos se llevó a cabo mediante el análisis de contenido, el cual constituye una técnica de investigación que permite examinar y sistematizar información derivada de diversas formas de comunicación, facilitando la identificación de significados, tendencias y categorías de análisis relevantes para el estudio (Hernández Sampieri & Mendoza, 2018).

A su vez, se empleó un enfoque deductivo que permitió construir categorías y temas a partir de la información recopilada. Para ello, se utilizaron categorías previamente definidas, como “personas adultas mayores”, “redes de apoyo familiar” y “adherencia al tratamiento”, así como categorías emergentes identificadas durante la interpretación de los datos, entre ellas “factores facilitadores y limitantes”.

3.6.2. Técnicas de recopilación y análisis de datos

La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, previa obtención del consentimiento informado de los participantes. Las entrevistas fueron grabadas en audio utilizando un teléfono celular y posteriormente transcritas con el apoyo del programa informático TurboScribe.ai.GoUnlimited para la transcripción de audio a texto.

3.6.3. Validación del instrumento

La validación del instrumento de recopilación de datos se realizó mediante el juicio de expertos, quienes evaluaron la pertinencia y claridad de las preguntas y categorías de análisis.

3.7. Proceso de codificación

El enfoque de esta investigación es predominantemente deductivo, en la medida en que el análisis parte de un marco conceptual previamente construido a partir de la literatura sobre redes de apoyo familiar, adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, vulnerabilidad y trabajo sociales en el ámbito de la salud. Con base en estos referentes teóricos se definieron las categorías analíticas iniciales (como “persona adulta mayor”, “redes de apoyo familiar”, “adherencia al tratamiento”, “barreras para la adherencia”, “cuidadores familiares” y “práctica profesional de trabajo social”), las cuales orientaron tanto el diseño de los instrumentos como la organización posterior de la información.

Las entrevistas en profundidad a familiares cuidadores y a trabajadoras sociales se emplearon para contrastar estas categorías con la realidad empírica del Hospital General de Culiacán, identificar cómo se concretan en las experiencias de los sujetos y, en su caso, refinar o complementar el marco teórico inicial. En este sentido, se trata de un proceso de codificación axial guiado teóricamente, en el que los datos empíricos se interpretan a la luz de categorías previas, más que generarse desde una lógica puramente inductiva.

Para el análisis de la información se utilizó un proceso de codificación organizado en dos momentos: una codificación abierta inicial y una codificación axial posterior. En una primera fase, se realizó la codificación abierta, identificando unidades de significado y asignando códigos descriptivos a los fragmentos más relevantes de las entrevistas.

En una segunda fase, se procedió a la codificación axial, agrupando los códigos abiertos en categorías y subcategorías analíticas más amplias (por ejemplo, “persona adulta mayor”, “redes de apoyo familiar y social”, “adherencia al tratamiento”, “barreras para la adherencia” y “cuidadores familiares”), y estableciendo relaciones entre condiciones, acciones y consecuencias en torno al papel de la familia en la adherencia al tratamiento.

Este proceso permitió pasar de unidades discretas de significado a conjuntos categoriales más integrados, articulando la experiencia de las personas adultas mayores, de los familiares cuidadores y del personal de trabajo social.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1. Hallazgos

El presente capítulo expone los resultados obtenidos a partir del trabajo de campo realizado en la consulta externa del Hospital General de Culiacán, con personas adultas mayores, sus familiares cuidadores y profesionales de Trabajo Social. Estos hallazgos corresponden a una fase exploratoria-analítica del proceso investigativo y constituyen avances interpretativos que permiten identificar patrones, tensiones y significados en torno al papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento médico.

El análisis se organiza en función de las categorías y subcategorías construidas en el marco teórico y refinadas en la matriz analítica “Análisis Redes Apoyo Familiar”, recuperando las voces de los actores participantes y articulándolas con los objetivos de la investigación. Desde un enfoque cualitativo y fenomenológico, se privilegia la comprensión de las experiencias vividas, las percepciones y las prácticas cotidianas que influyen en el seguimiento terapéutico de las personas adultas mayores, considerando tanto los recursos familiares como las condiciones institucionales e interprofesionales.

Tabla 1: Matriz de análisis red de apoyo familiar

Categoría	Subcategoría	Fundamento teórico	Narrativa PAM (síntesis)	Narrativas familiares (síntesis)	Narrativa TS (síntesis)
1. Redes de Apoyo Familiar	1.1 Acompañamiento físico	Teoría de Redes Sociales (Sluzki, 1996): El acompañamiento físico representa el apoyo tangible más visible de la red primaria	"Mi hija se encarga de todo, de los medicamentos, traerme al hospital, de sacar las citas" (PAM1); "Mi esposo siempre me acompaña cada vez que tengo que asistir" (PAM2)	"Nosotros somos las que la trasladamos, yo me hago cargo" (Fam1); "Le brindo todo lo que está en mi alcance, traerlo al hospital" (Fam2)	"30-35% vienen solos. El acompañamiento es fundamental" (TS2); "Pobrecitos vienen solos, desorientados, con autoestima baja" (TS3)
1. Redes de Apoyo Familiar	1.2 Apoyo económico	Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1979): Los recursos materiales del microsistema familiar influyen directamente en la adherencia	"El medicamento está bien caro y no se puede comprar" (PAM2); "Recibimos apoyo del gobierno, 3 mil pesos para cubrir gastos" (PAM5)	"En algunas ocasiones me he frustrado por lo económico" (Fam2); "Cuando no hay medicina aquí, la tiene que comprar" (Fam4)	"La economía es factor clave, venir acompañado es un gasto" (TS1); "Si no hay apoyo económico familiar, el paciente queda" (TS4)
1. Redes de Apoyo Familiar	1.3 Apoyo emocional	Teoría del Apoyo Social (House, 1981): El apoyo emocional reduce estrés y mejora bienestar psicológico del paciente	"Me siento muy bien cuando mi hija me acompaña, hasta se me quitan los dolores" (PAM3); "Me hacen sentir bien" (PAM4)	"Me siento bien porque estoy disfrutando de mi madre" (Fam1); "Me causa satisfacción saber que está conmigo" (Fam2)	"Cuando vienen solos traen la autoestima bien baja. El sentirse apapachados es fundamental" (TS3); "Impacta muchísimo cuando vienen solos" (TS5)
1. Redes de Apoyo Familiar	1.4 Apoyo instrumental	Teoría de Intercambio Social: El apoyo instrumental incluye ayuda práctica y gestión de tareas médicas	"Mi hija se encarga de recordarme medicamentos y citas" (PAM5); "Yo sola tengo que cuidarme" (PAM2)	"Estoy pendiente de sus citas y medicamentos" (Fam2); "Superviso en la mañana, mediodía y noche" (Fam1)	"Los tengo que orientar desde que llegan, sacar fichas, explicarles" (TS3); "Uno tiene que acompañarlos a rayos X, laboratorio" (TS1)

2. Adherencia al Tratamiento	2.1 Asistencia a citas médicas	Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974): La adherencia depende de percepción de severidad y barreras	"No soy muy cumplido" (PAM1); "Algunas citas se me han pasado porque no había estudios" (PAM2)	"Ahorita ya tenemos dos semanas viniendo, venimos y nos dicen venga otro día" (Fam1)	"Se les pasan las citas por confusión porque no entendieron" (TS1); "Sin acompañante, probabilidad de abandono es alta" (TS2)
2. Adherencia al Tratamiento	2.2 Toma de medicamentos	Teoría de Autorregulación (Leventhal, 1984): Capacidad del paciente para manejar régimen terapéutico	"Siempre me los tomo" (PAM1); "Las pastillas que no me dan aquí no me las estoy tomando porque están caras" (PAM2)	"A veces no se las toma correctamente" (Fam2); "Hay veces que me gana y se pone doble insulina" (Fam1)	"No saben cómo tomarse el medicamento. Es importante que lo acompañe familiar" (TS1)
2. Adherencia al Tratamiento	2.3 Seguimiento de indicaciones	Modelo Cognitivo-Conductual: Comprensión y memoria influyen en cumplimiento	"Hago todo lo que me indican los doctores" (PAM3); "No me operaron porque fui a orinar antes del estudio" (Fam4)	"No puede cumplir con ciertas reglas como anotar presión las 24 horas" (Fam1)	"No captan al 100% la información. Se van con otra idea" (TS2); "Si uno joven no retiene, menos las personas adultas mayores" (TS4)
3. Barreras para Adherencia	3.1 Barreras institucionales	Teoría de Acceso a Servicios de Salud (Penchansky & Thomas, 1981): Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad	"Muchas vueltas, muchas filas de un lado a otro" (PAM1); "No había material para estudios" (PAM2)	"Falta medicina, es mucho lujo para poca cosa" (Fam1); "Nunca tienen todo el medicamento" (Fam4)	"Desabasto permanente, saturación de servicios" (TS3); "Cancelaciones médicas exageradas sin relevo" (TS5)
3. Barreras Para Adherencia	3.2 Barreras económicas	Determinantes Sociales de Salud (OMS): Condiciones socioeconómicas afectan acceso	"No tengo para el transporte" (PAM5); "Tengo que ver cómo le hago para surtir medicamento" (PAM5)	"No tengo carro, no tengo dinero" (Fam2); "Batallamos porque no hay trabajo" (PAM2)	"No tienen ni para venir" (TS4); "Muchos no tienen para el camión" (TS1)

3. Barreras Para Adherencia	3.3 Barreras cognitivas	Teoría del Envejecimiento Cognitivo: Declive en memoria y funciones ejecutivas	"No saben a qué vienen" (TS5); "No entienden las indicaciones" (TS2)	"Su memoria le afecta, hay veces que la miro temblorosa" (Fam1)	"No entienden, no traen documentación completa" (TS1); "Andan perdidos, no saben ni con quién tienen cita" (TS5)
3. Barreras para Adherencia	3.4 Abandono familiar	Teoría del Abandono Geriátrico: Negligencia y desvinculación afectiva familiar	"Solo mi hija se hace cargo, nada más ella" (PAM1-Manuel); "Tengo 4 hijos, pero solo uno me apoya" (PAM2)	"Mis hermanos no se quieren hacer cargo, para todo tienen pretextos" (Fam1-Elda); "Mis hermanos no participan" (Fam2)	"El abandono social es la situación más común, 30-35% vienen solos" (TS2-Rosa); "Dicen que tienen familia, pero nadie los acompaña" (TS3)
4. Cuidadores Familiares	4.1 Carga del cuidador	Teoría de la Sobrecarga del Cuidador (Zarit, 1980): Tensión física, emocional y social	"Yo quisiera hacer más por ella, pero a veces no puedo" (Fam1); "Me parto en dos entre mis hijos y mi mamá" (Fam1)	"No puedo salir, siempre estoy en casa" (Fam2); "Me ha hecho decir ya no vengo cuando anda enojado" (Fam4)	"Cuidadores se frustran, necesitan apoyo" (TS2)
4. Cuidadores Familiares	4.2 Satisfacción del cuidador	Modelo de Calidad de Vida del Cuidador: Aspectos positivos del cuidado	"Me siento bien porque estoy disfrutando de mi madre" (Fam1); "Me siento a gusto" (Fam4)	"Me causa tranquilidad y satisfacción" (Fam2); "Me siento a gusto porque hay que colaborar" (Fam3)	"Se satisface uno cuando puede ayudar al paciente" (TS4)
4. Cuidadores Familiares	4.3 Necesidades del cuidador	Modelo de Necesidades del Cuidador Familiar: Información, capacitación, descanso	"Me falta que ella no sea tan terca" (Fam1); "Necesito más apoyo económico" (Fam2)	"No puedo cumplir con anotar presión 24 horas" (Fam1)	"Falta capacitación en trato digno y empatía" (TS3); "Hacen falta herramientas para Trabajo Social" (TS3)

5. Intervención Trabajo Social	5.1 Orientación y gestoría	Modelo de Intervención de TS: Orientación, gestoría, coordinación y mediación	"He recibido bastante apoyo con medicamentos" (PAM5)	"Explican muy bien" (Fam1)	"Orientación, consejería, gestoría para ofrecer servicios" (TS2); "Les traduzco las indicaciones en lenguaje sencillo" (TS3)
5. Intervención Trabajo Social	5.2 Contacto con familiares	Modelo de Intervención Familiar en Crisis: Activación de red de apoyo	"Conseguimos número de familiar para notificar" (TS1); "Se contacta al familiar para explicar importancia de acompañamiento" (TS2)	"Armamos el teléfono hasta que contactamos a una amiga" (TS4); "Les decimos que el médico necesita al familiar" (TS3)	
5. Intervención Trabajo Social	5.3 Limitaciones institucionales	Teoría de Recursos y Capacidades Institucionales: Restricciones estructurales	"No lo he solicitado" (PAM1, PAM2, PAM3, PAM4)	"No hay estrategias formales para involucrar familia" (TS1); "No hay seguimiento real ni programas fuertes" (TS3)	"No hacemos visitas domiciliarias" (TS1); "No hay políticas que fortalezcan rol familiar" (TS2)

4.1.2. Caracterización general de los participantes

Los resultados muestran que las personas adultas mayores que acuden a la consulta externa presentan trayectorias de salud atravesadas por enfermedades crónico-degenerativas (cardiopatías, cáncer, diabetes, artritis, problemas visuales y de próstata, entre otras), que exigen seguimiento médico continuo, consumo regular de medicamentos y realización periódica de estudios clínicos. Estas trayectorias se traducen en múltiples visitas al hospital, reprogramaciones de citas y contactos reiterados con distintos servicios, lo que hace especialmente relevante la presencia de redes de apoyo estables.

En cuanto a las redes de apoyo, se identifican configuraciones familiares heterogéneas que van desde adultos mayores acompañados de manera constante por hijas, esposos, hermanos o cuñadas, hasta personas que llegan solas o que dependen de apoyos esporádicos de vecinos, comadres o amistades. La diversidad de arreglos familiares evidencia que la mera existencia de familiares no garantiza una red funcional; en varios casos, el cuidado se concentra en una sola persona (generalmente una hija cuidadora), mientras otros miembros se mantienen ausentes o poco implicados, lo que condiciona de forma desigual la adherencia al tratamiento.

Desde la perspectiva de los trabajadores sociales, la población adulta mayor atendida en consulta externa se encuentra, en su mayoría, en condiciones de vulnerabilidad social, vinculadas a ingresos limitados, deterioro físico, dificultades cognitivas y escaso acceso a redes formales de cuidado. A este panorama se suman las dificultades para el traslado derivadas del costo del transporte, la inseguridad y la violencia presentes en la ciudad, factores que inciden directamente en la posibilidad de acudir acompañado y mantener la continuidad terapéutica.

El análisis de contenido categorial permitió agrupar las unidades de significado de las entrevistas en cinco grandes categorías: redes de apoyo familiar ; barreras para la adherencia al tratamiento; cuidadores familiares; profesional de Trabajo Social; factores institucionales y estructurales; Estas categorías se definieron a partir del marco conceptual y se depuraron mediante codificación axial en la tabla 1 “Matriz de Análisis Red de Apoyo Familiar”, lo que posibilitó articular los discursos de los distintos actores en torno a ejes comunes de interpretación.

Los resultados se presentan en apartados correspondientes a cada una de estas categorías, integrando citas textuales seleccionadas de las entrevistas, cuadros de categorías y subcategorías y memos interpretativos que conectan los hallazgos con el marco teórico. De este modo se favorece una lectura comparativa de las voces de las personas adultas mayores, de sus familiares y del personal de Trabajo Social en relación con las redes de apoyo y la adherencia al tratamiento.

4.1.3. Categorías analizadas

El primer apartado se centra en las redes de apoyo familiar y social, describiendo la presencia de cuidadores principales (especialmente hijas cuidadoras), la participación de redes ampliadas (como comadres o conocidos) y las situaciones de ausencia de acompañamiento o abandono social. Este análisis permite identificar cómo la configuración de las redes influye en la experiencia de enfermedad y en el uso de los servicios de salud.

El segundo apartado aborda la adherencia al tratamiento, poniendo énfasis en la supervisión familiar de la medicación, las dificultades para recordar citas, las barreras para desplazarse a estudios y el riesgo de abandono del tratamiento en ausencia de redes sólidas. Aquí se incorporan cuadros que relacionan subcategorías (por ejemplo, “acuden

solos”, “acompañamiento a estudios”, “errores en la administración de medicamentos”) con fragmentos de discurso y su interpretación.

En un tercer apartado se presentan las barreras para la adherencia, de carácter familiar, social, económico e institucional. Entre los obstáculos se documentan la falta de corresponsabilidad entre hermanos, el abandono social y las limitaciones económicas para acudir acompañado o cubrir gastos de traslado. Entre los facilitadores destacan el apoyo logístico (traslados, compra de medicamentos), el acompañamiento a consultas y la claridad de las indicaciones médicas. Estos elementos se muestran mediante matrices categoriales que integran categorías, subcategorías y citas clave.

También se incluye un apartado sobre el impacto emocional y subjetivo del cuidado, sustentado principalmente en las entrevistas a familiares. En él se analizan sentimientos de satisfacción, gratitud y sentido positivo del cuidado, junto con la experiencia de sobrecarga y la vivencia de “partirse en dos” entre distintas responsabilidades. Este apartado complementa la mirada estructural al incorporar la dimensión vivencial de los sujetos, lo que permite una comprensión más integral de la realidad estudiada.

El siguiente apartado se dedicó a la práctica profesional del Trabajo Social en el hospital y describe acciones como la detección de casos sin red familiar, el contacto con familiares, la orientación sobre la importancia del acompañamiento y la propuesta de intervenciones más estructuradas, por ejemplo, visitas domiciliarias o módulos de información. En este marco, se analizan las tensiones entre intervenciones de carácter reactivo y la necesidad de desarrollar estrategias sistemáticas orientadas al fortalecimiento de las redes de apoyo.

Estos resultados se presentan mediante cuadros y esquemas que muestran la relación entre dichos factores y las condiciones de vulnerabilidad de las personas adultas mayores.

En conjunto, los apartados, cuadros categoriales, memos y esquemas que conforman este capítulo permiten dar respuesta a los objetivos y preguntas de investigación, al mostrar cómo las redes de apoyo familiar, las condiciones institucionales y las prácticas profesionales se entrecruzan en la construcción de la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores atendidas en el Hospital General de Culiacán.

4.2. Redes de apoyo familiar y social

4.2.1. Redes de apoyo familiar: presencia, ausencia y funcionalidad

En coherencia con el objetivo general, que busca analizar la percepción y experiencia de personas adultas mayores, familias y profesionales de Trabajo Social sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento, los resultados muestran que dichas redes se configuran principalmente en torno a un cuidador o cuidadora principal, casi siempre una hija, el cónyuge u otra mujer de la familia. Esta figura asume el traslado al hospital, la gestión de citas y estudios, así como el acompañamiento durante la consulta, mientras que Trabajo Social observa que entre un 30 y 35% de los pacientes llegan solos y desorientados, lo que refleja la coexistencia de redes familiares activas y de situaciones de escaso o nulo apoyo.

En relación con el objetivo específico 1, “Describir la participación de los familiares de personas adultas mayores en el proceso de tratamiento y seguimiento médico”, la tabla 1 “Matriz de Análisis Red de Apoyo Familiar” evidencia una participación familiar que combina dimensiones física, económica, emocional e instrumental. Por un lado, los familiares se encargan de traer al adulto mayor, supervisar la toma de medicamentos, recordar citas y realizar trámites, pero también de aportar

recursos económicos para transporte y fármacos que el hospital no proporciona, aun cuando esto les genera frustración y preocupación por la falta de dinero. Asimismo, expresan satisfacción y tranquilidad por poder cuidar, al tiempo que reconocen la sobrecarga que implica “partirse en dos” entre el cuidado y otras responsabilidades, lo que permite caracterizar su participación como intensa pero desigual, concentrada en pocas personas dentro de la familia.

En cuanto al objetivo específico 2, “Analizar las percepciones de los profesionales de Trabajo Social sobre lo que significa la red de apoyo familiar en la adherencia terapéutica”, los trabajadores sociales consideran el acompañamiento familiar como un componente “fundamental” para la adherencia. Desde su mirada, la red de apoyo no solo traslada físicamente al paciente, sino que lo sostiene emocionalmente, le ayuda a comprender indicaciones y a organizar su régimen terapéutico; cuando esta red está ausente, señalan un aumento claro en la probabilidad de abandono, mayor desorientación y autoestima baja en las personas adultas mayores. Además, identifican el abandono social como una de las situaciones más frecuentes, con pacientes que refieren tener familia, pero acuden siempre solos, lo que refuerza la centralidad de la red familiar en el mantenimiento del tratamiento.

Por otro lado, los hallazgos sobre apoyo económico, emocional e instrumental permiten responder al objetivo específico 3, “Identificar los factores que favorecen o dificultan la participación de las redes familiares en el tratamiento”. Favorecen dicha participación la cercanía afectiva, la disponibilidad de tiempo, la organización para turnarse en el cuidado y la existencia de algunos apoyos económicos (pensiones o programas sociales); en cambio, la precariedad económica, la falta de corresponsabilidad entre hermanos, la distancia geográfica y las exigencias del propio sistema de salud dificultan que la red familiar pueda estar presente de manera constante. Así, la

investigación muestra que la red de apoyo familiar no es un recurso dado, sino una construcción dinámica atravesada por condiciones materiales, afectivas e institucionales que, cuando se articulan favorablemente, posibilitan la adherencia, y cuando se debilitan, colocan a las personas adultas mayores en mayor riesgo de abandono terapéutico.

El análisis incorpora memos analíticos donde se discute cómo la presencia o ausencia de ciertos recursos familiares y económicos modula la capacidad de las personas adultas mayores para seguir los tratamientos prescritos. Esto permite vincular los resultados empíricos con los determinantes sociales de la salud y con los enfoques de apoyo social descritos en el marco teórico. Tal y como se puede apreciar en la figura 1.

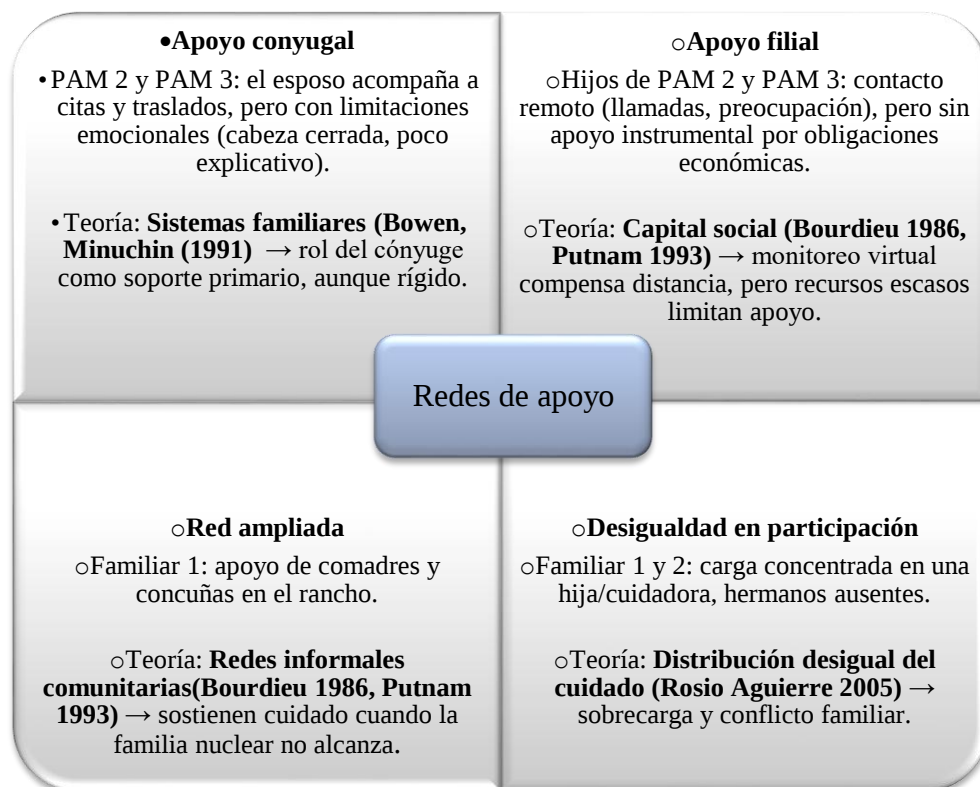


Figura 3: Redes de apoyo

Uno de los hallazgos más relevantes es que la presencia de la familia no siempre se traduce en una red de apoyo efectiva. En los discursos de las personas adultas mayores y de los profesionales de Trabajo Social, emerge la distinción entre:

- Familias presentes, pero poco involucradas,
- Familias ausentes por razones laborales, económicas o relacionales,
- Y redes familiares activas que asumen un rol constante en el cuidado.

El análisis sugiere que la funcionalidad de la red de apoyo está más vinculada a la calidad del acompañamiento que a su sola existencia. Cuando los familiares participan activamente en el proceso de atención (acompañando a consultas, recordando indicaciones médicas y apoyando en la administración de medicamentos) se observan mayores condiciones para la adherencia al tratamiento.

Por el contrario, en los casos donde el adulto mayor enfrenta la atención médica de manera individual, se identifican mayores dificultades para comprender los procedimientos institucionales, cumplir con los tiempos de atención y dar continuidad al tratamiento prescrito.

4.3. Adherencia al tratamiento

En sintonía con el objetivo general, que plantea analizar la percepción y experiencia de personas adultas mayores, sus familias y profesionales de Trabajo Social sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento, los hallazgos de la categoría Adherencia al tratamiento muestran que la continuidad terapéutica depende fuertemente de la presencia, calidad y estabilidad de ese apoyo. La asistencia a citas, la toma correcta de medicamentos y el seguimiento de indicaciones no se explican solo por la voluntad individual del adulto mayor, sino por la forma en que la familia y el entorno institucional acompañan o dificultan estos procesos.

Respecto al objetivo específico 1, “Describir la participación de los familiares de personas adultas mayores en el proceso de tratamiento y seguimiento médico”, la tabla 1 “Matriz de Análisis Red de Apoyo Familiar “ evidencia que los familiares intervienen de manera directa en la asistencia a citas y en el manejo del régimen terapéutico. Son quienes organizan horarios, (acompañan con frecuencia al hospital) recuerdan fechas y, en

muchos casos, deciden volver otro día cuando se les informa que falta material para estudios o que una consulta fue cancelada, lo que implica tiempo y gasto adicional. En la toma de medicamentos, los cuidadores relatan que vigilan dosis y horarios, aunque también reconocen errores frecuentes cuando el adulto mayor se automedica, como duplicar insulina o no respetar intervalos, lo que muestra que la participación familiar puede tanto corregir como, en ocasiones, no alcanzar a contener las dificultades propias del tratamiento.

En relación con el objetivo específico 2, “Analizar las percepciones de los profesionales de Trabajo Social sobre lo que significa la red de apoyo familiar en la adherencia terapéutica”, el personal de Trabajo Social considera que la red familiar es un elemento clave para que la adherencia sea posible en la práctica cotidiana. Desde su experiencia, muchas inasistencias o fallas en el tratamiento se deben a confusión con fechas, incomprensión de indicaciones o desconocimiento sobre la forma correcta de tomar los medicamentos, situaciones que se agravan cuando la persona adulta mayor llega sola. Por ello enfatizan que la presencia de un acompañante facilita que la información se comprenda y se recuerde mejor, reduce la probabilidad de que “se les pasen” las citas y permite corregir a tiempo errores en la administración de fármacos.

Finalmente, los resultados de esta categoría aportan elementos para el objetivo específico 3, “Identificar los factores que favorecen o dificultan la participación de las redes familiares en el tratamiento”, al mostrar cómo distintos obstáculos estructurales y familiares se traducen en problemas concretos de adherencia. Favorecen la adherencia las familias que se organizan para acompañar, supervisar medicamentos y gestionar soluciones cuando hay desabasto; en cambio, la falta de recursos económicos, la necesidad de hacer muchas visitas, el cansancio por largas esperas y la ausencia de corresponsabilidad entre hermanos generan omisión de citas, interrupciones en la toma

de medicamentos y dificultades para sostener instrucciones más complejas, como llevar registros diarios de presión o glucosa. Así, la categoría de adherencia confirma que el tratamiento médico no se sostiene en el adulto mayor de manera aislada, sino en la articulación entre redes de apoyo familiar y condiciones institucionales que pueden potenciar o debilitar ese esfuerzo.

Así mismo en la adherencia al tratamiento, las cuidadoras relatan que revisan la insulina “en la mañana, mediodía y en la noche”, preparan pastilleros y preguntan de forma constante si la persona ya tomó su medicamento, mientras que algunas personas adultas mayores admiten que “si no me dicen, se me pasa” o que incluso han llegado a aplicarse doble dosis por confusión. Estas narrativas son coherentes con los modelos de adherencia en enfermedades crónicas, los cuales plantean que el cumplimiento terapéutico no depende únicamente de la motivación individual, sino de una combinación de capacidades cognitivas, comprensión de las indicaciones y apoyos externos.

Desde esta perspectiva, el apoyo familiar funciona como un “dispositivo de compensación” frente a fallas de memoria, dificultades de lectura o escasa alfabetización en salud. En este sentido, se subraya que la familia no solo acompaña, sino que literalmente traduce, recuerda y supervisa, convirtiéndose en un actor co-terapéutico. Sin embargo, también se pone de relieve que, cuando la familia falta o se encuentra debilitada, los riesgos de errores y abandono del tratamiento aumentan de manera significativa.

Además, en las entrevistas la adherencia al tratamiento aparece marcada por una combinación de apoyos y obstáculos. Por un lado, PAM 2 y PAM 3 señalan que el seguimiento de su tratamiento resulta relativamente sencillo gracias a la confianza que han construido con su doctora, lo que puede interpretarse desde la noción de alianza terapéutica de Bordin, en la que la calidad de la relación médico-paciente actúa como un facilitador clave del cumplimiento terapéutico.

Al mismo tiempo, emergen barreras logísticas, como citas perdidas por conflictos de agenda, falta de material y dificultades de transporte desde Navolato, por ejemplo, que interrumpen la continuidad del proceso. Leídas desde una lógica comparativa, estas situaciones muestran cómo obstáculos externos van modulando de manera dinámica la adherencia. A ello se suman limitaciones económicas (medicamentos costosos, recibos de luz elevados, hijos con obligaciones propias y la frustración de los familiares por no contar siempre con recursos ni transporte) que, desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner, evidencian el peso de los factores macrosociales en la posibilidad real de seguir el tratamiento.

Frente a este escenario, la supervisión familiar que ejercen los cuidadores principales, al vigilar horarios y corregir errores en la administración de insulina u otros medicamentos, se configura como el sostén inmediato de la adherencia. De este modo, el rol del cuidador principal se convierte en un dispositivo de supervisión intensiva, sin el cual el régimen terapéutico difícilmente podría sostenerse. Lo anterior se explica de manera gráfica en la figura 2.

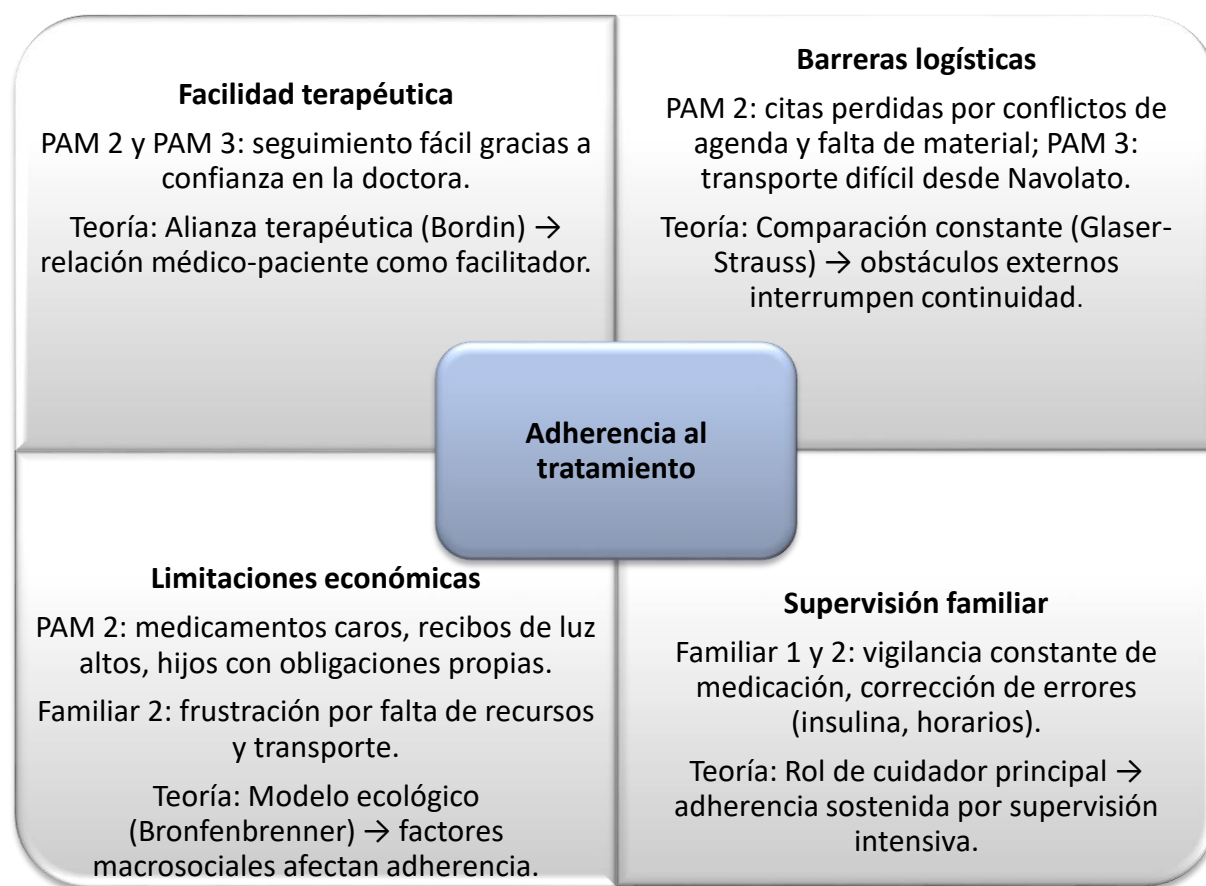


Figura 4: Adherencia al tratamiento.

4.3.1. Acompañamiento familiar y adherencia al tratamiento

Por lo mencionado anteriormente los resultados preliminares permiten identificar una relación estrecha entre acompañamiento familiar y adherencia terapéutica. Desde la voz de los participantes, el acompañamiento no se limita a una ayuda instrumental, sino que incluye dimensiones emocionales y simbólicas que inciden directamente en la motivación del adulto mayor para seguir su tratamiento.

En este sentido, el acompañamiento familiar cumple funciones clave como:

- Facilitar la comprensión de indicaciones médicas,
- Apoyar en la gestión de citas y trámites administrativos,
- Brindar contención emocional ante el desgaste que implica la enfermedad.

El análisis inicial muestra que la falta de acompañamiento incrementa el riesgo de olvido de indicaciones, abandono parcial del tratamiento o incumplimiento en la toma de medicamentos, especialmente en personas adultas mayores con deterioro físico o cognitivo.

4.3.2. Barreras sociales e institucionales para la adherencia

Además de los factores familiares, los resultados preliminares evidencian la presencia de barreras institucionales que inciden en la adherencia al tratamiento. Entre las más mencionadas se encuentran:

Los largos tiempos de espera para acceder a consulta con especialistas, la complejidad de los trámites administrativos, y la falta de información clara y accesible para las personas adultas mayores. Estas barreras adquieren mayor impacto cuando el adulto mayor no cuenta con una red de apoyo que lo respalde. En estos casos, la ausencia de acompañamiento familiar profundiza la sensación de desorientación, cansancio y, en algunos casos, desmotivación para continuar con el proceso terapéutico.

Estos hallazgos iniciales refuerzan la pertinencia de continuar profundizando en el análisis, incorporando un diálogo más sistemático con el marco teórico y ampliando la interpretación de las experiencias de los actores involucrados. El capítulo sienta así las bases para una discusión posterior que permita comprender, desde el Trabajo Social, los desafíos y posibilidades de fortalecer la adherencia al tratamiento mediante redes de apoyo familiar más sólidas y articuladas.

En los relatos de las trabajadoras sociales aparece con fuerza la idea de que “la mayor situación es que vienen solos” y que, en esos casos, “no te entienden al cien por ciento” o “se les pasa la cita por confusiones”. Estas observaciones empíricas dialogan con la literatura sobre alfabetización en salud, la cual señala que las personas con menores recursos educativos y sin acompañamiento presentan mayores dificultades para

comprender indicaciones médicas complejas, seguir esquemas de medicación o navegar en sistemas sanitarios burocratizados.

Desde una discusión analítica, puede afirmarse que la ausencia de una red familiar convierte a la persona mayor en un sujeto que enfrenta en soledad no solo la enfermedad, sino también la complejidad del entorno hospitalario, lo que obliga a los servicios (en particular al trabajo social) a operar como una red secundaria de apoyo. No obstante, las propias trabajadoras sociales reconocen que su intervención suele ser reactiva y carece de protocolos consolidados para involucrar a la familia, lo que abre un espacio crítico para proponer estrategias institucionales orientadas a la construcción y el fortalecimiento de redes de apoyo.

4.3.3. Factores obstaculizadores y facilitadores

En cuanto a los factores obstaculizadores, las cuidadoras narran con frustración que sus hermanos “no se quieren hacer cargo” y que les dicen “para eso estás tú”, lo que evidencia conflictos y una ausencia de corresponsabilidad familiar. Estas voces permiten leer, desde la teoría de la sobrecarga del cuidador, cómo el mandato moral de cuidar recae de manera desproporcionada sobre una hija (casi siempre mujer), mientras otros miembros de la familia se desentienden. En la discusión, el investigador puede señalar que esta distribución desigual no solo genera desgaste físico y emocional, sino que también limita la capacidad de la red para sostener el acompañamiento a largo plazo. Esto podría traducirse en discontinuidades en la adherencia si el cuidador principal enferma, se agota o debe atender otras responsabilidades.

A ello se suman las limitaciones económicas que las PAM, sus familiares y las trabajadoras sociales describen: “no tienen para el cambio a la orden”, “venir acompañado es un gasto”. Estos elementos se interpretan a la luz de los determinantes sociales de la salud, mostrando que la pobreza condiciona tanto la posibilidad de acompañar como la

de cubrir medicamentos y estudios. De este modo, la adherencia queda atravesada por la situación socioeconómica del hogar.

Como factores facilitadores, el apoyo logístico (traslados, trámites y compra de medicamentos), así como el acompañamiento a consultas y estudios, se identifican como claves para que la persona mayor complete el circuito de atención. Asimismo, las trabajadoras sociales destacan la importancia de indicaciones médicas claras y adaptadas, como recetas con códigos visuales y explicaciones detalladas, las cuales, al combinarse con la mediación del familiar, mejoran la comprensión y el cumplimiento del tratamiento. Desde la teoría del apoyo social 1970 y de la alfabetización en salud, estos elementos muestran cómo los recursos familiares e informativos modulan la relación entre enfermedad crónica y adherencia terapéutica.

4.4. Práctica profesional de trabajo social y factores institucionales

Las entrevistas a trabajadoras sociales permiten identificar una práctica centrada principalmente en la detección de casos sin red familiar, el contacto con posibles familiares y la orientación general sobre los procesos hospitalarios. Cuando detectan que una persona adulta mayor acude sola, suelen recabar datos de algún familiar, realizar llamadas telefónicas y explicar la importancia de que el paciente asista acompañado en futuras consultas.

Asimismo, brindan consejería y gestionan servicios cuando la persona se encuentra en mal estado o no puede desplazarse. No obstante, las propias profesionales reconocen que estas acciones son mayormente reactivas y que no existen “estrategias” formales ni programas específicos para involucrar de manera sistemática a las familias.

En el plano institucional se señalan carencias de medicamentos y estudios, además de problemas de señalización y la ausencia de módulos de información. Estas deficiencias

se presentan en un hospital descrito como “muy grande” y complejo de recorrer para las PAM.

A ello se suma la percepción de que las políticas y programas sociales se centran en apoyos económicos sin fortalecer el rol de la familia cuidadora, lo que deja a las personas mayores en una situación de vulnerabilidad estructural.

Desde el enfoque ecológico del Trabajo Social y la teoría de determinantes sociales de la salud, estos hallazgos muestran que la adherencia no depende únicamente de la voluntad del paciente y su familia, sino también de las condiciones institucionales y de política social que facilitan o entorpecen el proceso de cuidado.

Desde el Trabajo Social, se reconoce que estas condiciones estructurales requieren ser abordadas de manera integral, articulando el apoyo familiar con estrategias institucionales de orientación y acompañamiento.

4.4.1. El papel del trabajo social en la articulación de redes de apoyo

Un hallazgo transversal en los resultados preliminares es el reconocimiento del Trabajo Social como un actor estratégico en la identificación y fortalecimiento de las redes de apoyo familiar. Los profesionales entrevistados señalan que su intervención permite:

- Detectar situaciones de abandono o fragilidad familiar,
- Orientar a las familias sobre la importancia del acompañamiento,
- Canalizar apoyos institucionales y comunitarios.

Lo que sugiere, cuando existe una intervención oportuna del Trabajo Social, se incrementan las posibilidades de que el adulto mayor cuente con un entorno más favorable para la adherencia al tratamiento. No obstante, también se reconocen limitaciones asociadas a la carga laboral y a la falta de recursos institucionales suficientes.

4.4.2. Impacto emocional y subjetivo del cuidado

Finalmente, el análisis de contenido evidencia una dimensión emocional compleja tanto en familiares como en personas adultas mayores. Las cuidadoras expresan

sentimientos de satisfacción, amor y gratitud por “disfrutar” a la madre o al familiar que cuidan, señalando que el cuidado les permite estar más cerca y “agradecer a Dios” por poder acompañarla en esta etapa. Al mismo tiempo relatan sobrecarga, cansancio y tensión entre roles, describiendo que se “parten en dos” entre las responsabilidades con sus hijos, pareja y la persona mayor, y que los conflictos con otros familiares aumentan la carga emocional.

Las PAM, por su parte, muestran agradecimiento por el apoyo recibido, pero también preocupación por ser una carga para sus familias, miedo a la enfermedad y angustia por la situación económica. Desde la teoría de la sobrecarga del cuidador y del cuidado como vínculo afectivo, estos resultados permiten comprender que las redes de apoyo no son solo dispositivos funcionales para la adherencia, sino también escenarios de significados, tensiones y negociaciones emocionales que influyen en la sostenibilidad del cuidado en el tiempo.

En conjunto, el desarrollo de estas categorías y subcategorías, apoyado en la narrativa de PAM, familiares y trabajadoras sociales, muestra cómo las redes de apoyo familiar, los factores estructurales y las prácticas profesionales se entrelazan para explicar los grados de adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores en la consulta externa del Hospital General de Culiacán.

4.5. Conclusión

El estudio permite concluir que las redes de apoyo familiar constituyen un elemento central para comprender la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores con enfermedad crónica que asisten a la consulta externa del Hospital General de Culiacán. A lo largo de las entrevistas se evidencia que la presencia de un cuidador principal (en su mayoría hijas o cónyuges) y, en algunos casos, de una red ampliada de parientes y conocidos, se traduce en acompañamiento a consultas, organización de citas, supervisión

de medicación y apoyo logístico para la realización de estudios, configurando a la familia como un actor co-terapéutico sin el cual muchas personas mayores no podrían sostener su tratamiento.

Al mismo tiempo, los hallazgos muestran que la ausencia de acompañamiento, el abandono social, la falta de corresponsabilidad entre hermanos y las limitaciones económicas operan como factores que debilitan la red de apoyo y obstaculizan la adherencia, incrementando el riesgo de errores en la administración de medicamentos, inasistencias y suspensión del tratamiento. Estos resultados confirman, desde los enfoques de apoyo y determinantes sociales de la salud, que la adherencia no puede entenderse como una decisión individual, sino como un proceso relacional y condicionado por las condiciones materiales y vinculares de las familias.

La investigación también evidencia que el área de Trabajo Social cumple un papel relevante como puente entre las personas adultas mayores, sus familias y el sistema de salud, mediante la detección de casos sin red, el contacto con familiares, la orientación y la gestión de apoyos, aunque su intervención se mantiene mayoritariamente reactiva y con escaso respaldo en políticas y programas que fortalezcan de manera estructural el rol de la familia cuidadora. Esto plantea la necesidad de transitar hacia estrategias institucionales más sistemáticas (como módulos de información, intervenciones educativas y, en casos de alta vulnerabilidad, visitas domiciliarias) que reconozcan y acompañen a las redes familiares en su función de soporte al tratamiento.

Finalmente, el análisis del choque emocional revela que el cuidado se vive de forma ambivalente: las familias expresan satisfacción y sentido positivo por “disfrutar” a la persona mayor, pero también cansancio, tensión entre roles y sensación de carga concentrada, mientras que las personas adultas mayores agradecen el apoyo recibido, a la vez que sienten preocupación por ser una carga y por situación económica. Incorporar

esta dimensión subjetiva permite concluir que cualquier intervención orientada a mejorar la adherencia debe contemplar no solo aspectos clínicos y organizativos, sino también el bienestar emocional de quienes cuidan y de quienes son cuidados, promoviendo condiciones de corresponsabilidad y reconocimiento que hagan sostenible el cuidado familiar en el tiempo.

En conjunto, los resultados permiten afirmar que la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores no depende exclusivamente de la prescripción médica, sino de una red compleja de factores sociales, familiares e institucionales. La red de apoyo familiar emerge como un elemento central, aunque no homogéneo, cuya funcionalidad está condicionada por dinámicas relacionales, condiciones socioeconómicas y contextos de vida específicos.

4.6. Propuesta de Intervención

La presente propuesta de intervención se inscribe en el campo del Trabajo Social Hospitalario, reconociendo la importancia de la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores atendidas en la consulta externa del Hospital General de Culiacán. Este grupo poblacional enfrenta diversas condiciones biopsicosociales que pueden influir en el seguimiento adecuado de sus tratamientos médicos, tales como limitaciones económicas, redes de apoyo insuficientes, bajo nivel de comprensión de las indicaciones médicas y presencia de enfermedades crónicas.

Desde el enfoque del Trabajo Social, se busca intervenir de manera integral, considerando no solo la dimensión clínica, sino también los factores sociales y familiares que inciden en el proceso de salud-enfermedad-atención. En este sentido, la propuesta tiene como objetivo fortalecer la adherencia terapéutica mediante estrategias de acompañamiento, orientación y vinculación con recursos institucionales y comunitarios.

Asimismo, se plantea el desarrollo de acciones dirigidas a la educación para la

salud, el fortalecimiento de redes de apoyo y la promoción de la corresponsabilidad entre pacientes, familiares y personal de salud, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y contribuir a la eficacia de los tratamientos médicos indicados.

Justificación

La adherencia al tratamiento en personas adultas mayores representa un desafío significativo en el ámbito de la salud pública, especialmente en contextos hospitalarios donde la continuidad del cuidado depende en gran medida de factores externos al entorno clínico. En la consulta externa del Hospital General de Culiacán, se observa que muchos pacientes enfrentan dificultades para seguir adecuadamente sus tratamientos, lo que puede derivar en complicaciones de salud, reingresos hospitalarios y deterioro en su calidad de vida.

Esta problemática no solo responde a aspectos médicos, sino también a condiciones sociales, económicas y familiares que influyen directamente en el comportamiento del paciente. En este sentido, el Trabajo Social Hospitalario juega un papel fundamental al identificar y atender estos factores, promoviendo intervenciones que favorezcan el apego terapéutico.

La relevancia de esta propuesta radica en la necesidad de implementar estrategias integrales que fortalezcan la adherencia al tratamiento, contribuyendo así a mejorar los resultados en salud y optimizar el uso de los servicios hospitalarios. Además, responde a la creciente demanda de atención especializada para la población adulta mayor, la cual requiere abordajes diferenciados y centrados en sus necesidades específicas.

Tabla 2: Descripción general de la propuesta de intervención

Elemento	Contenido
Título	Propuesta de Intervención
Área de intervención	Trabajo Social Hospitalario
Población objetivo	Personas adultas mayores atendidas en la consulta externa del Hospital General de Culiacán
Problemática central	Dificultades en la adherencia al tratamiento médico

Factores identificados	Limitaciones económicas, redes de apoyo insuficientes, bajo nivel de comprensión de las indicaciones médicas y presencia de enfermedades crónicas
Enfoque de intervención	Biopsicosocial
Estrategias principales	Acompañamiento, orientación y vinculación con recursos institucionales y comunitarios
Finalidad	Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y contribuir a la eficacia de los tratamientos médicos indicados

Tabla 3 : Justificación de la propuesta

Aspecto	Descripción
Problema identificado	Dificultades para seguir adecuadamente los tratamientos médicos
Consecuencias	Complicaciones de salud, reingresos hospitalarios y deterioro de la calidad de vida
Factores asociados	Sociales, económicos y familiares
Papel del Trabajo Social Hospitalario	Identificar y atender factores que afectan el apego terapéutico
Necesidad detectada	Implementar estrategias integrales que fortalezcan la adherencia al tratamiento
Beneficios esperados	Mejorar resultados en salud y optimizar el uso de los servicios hospitalarios
Pertinencia social	Atención especializada para la creciente población adulta mayor

Objetivo General

Fortalecer la adherencia al tratamiento en personas adultas mayores atendidas en la consulta externa del Hospital General de Culiacán, mediante una intervención de Trabajo Social Hospitalario con enfoque biopsicosocial.

Objetivos Específicos

Tabla 4: Objetivos específicos

No.	Objetivo
1	Identificar los factores sociales, familiares y económicos que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en personas adultas mayores.

2	Diseñar e implementar estrategias de orientación y educación para la salud dirigidas a pacientes y sus familias.
3	Promover el fortalecimiento de redes de apoyo familiares y comunitarias que favorezcan el seguimiento del tratamiento.
4	Vincular a los pacientes con recursos institucionales y programas de apoyo que faciliten el acceso a medicamentos y servicios de salud.
5	Evaluar el impacto de la intervención en el nivel de adherencia terapéutica de los pacientes.

Metodología de Intervención

Tabla 5: Metodología de intervención

Metodología	
<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
Enfoque	Cualitativo
Alcance	Aplicado
Modelo de atención	Biopsicosocial
Método	Método de caso propio del Trabajo Social
Tipo de intervención	Socioeducativa y de acompañamiento
Ámbito	Consulta externa del Hospital General de Culiacán
Población objetivo	
<i>Población</i>	<i>Características</i>
Personas adultas mayores	60 años y más
Condición	Presentan dificultades en la adherencia al tratamiento médico.
Participantes complementarios	Familiares o cuidadores
Técnicas e instrumentos	
<i>Técnicas e instrumentos</i>	<i>Finalidad</i>
Entrevista semiestructurada	Identificar factores de riesgo social
Estudio socioeconómico	Conocer condiciones económicas y sociales

Observación directa	Identificar comportamientos y condiciones del entorno
Registro de casos	Seguimiento de la intervención
Guías de orientación y material educativo	Educación para la salud

Tabla 6: Fases de la intervención

Fase	Actividades
1. Diagnóstico	Identificación de pacientes con baja adherencia al tratamiento. Análisis de factores sociales, económicos y familiares. Elaboración de un diagnóstico social individual.
2. Planeación	Diseño de estrategias de intervención personalizadas. Establecimiento de objetivos por caso. Coordinación con el equipo de salud.
3. Ejecución	Orientación individual y familiar sobre el tratamiento. Educación para la salud (uso de medicamentos, citas, alimentación, etc.). Canalización a programas de apoyo (medicamentos, asistencia social). Fortalecimiento de redes de apoyo.
4. Evaluación	Seguimiento de casos. Valoración del nivel de adherencia antes y después de la intervención. Registro de avances y ajustes en la estrategia.

Temporalidad

La intervención puede desarrollarse en un periodo de **3 a 6 meses**, dependiendo del número de pacientes y la dinámica institucional.

Tabla 7: Evaluación e indicadores

Evaluación	Indicadores
Seguimiento de casos	Asistencia a citas médicas
Valoración del nivel de adherencia antes y después de la intervención	Cumplimiento en la toma de medicamentos
Registro de avances y ajustes en la estrategia	Participación familiar en el cuidado Disminución de complicaciones o reingresos

Matriz integral de intervención

Tabla 8: Matriz integral de la intervención

Diagnóstico	Planeación	Ejecución	Evaluación
Identificación de pacientes con baja adherencia	Diseño de estrategias personalizadas	Orientación individual y familiar	Seguimiento de casos
Análisis de factores sociales, económicos y familiares	Establecimiento de objetivos por caso	Educación para la salud	Valoración de adherencia antes y después
Elaboración del diagnóstico social individual	Coordinación con el equipo de salud	Canalización a programas de apoyo	Registro de avances
		Fortalecimiento de redes de apoyo	Ajustes a la estrategia

El Trabajo Social Hospitalario se configura como un área de intervención profesional orientada a la atención integral de los pacientes dentro de las instituciones de salud, considerando la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad. Desde este enfoque, el trabajador social actúa como mediador entre el paciente, su familia y el sistema de salud, promoviendo condiciones que favorezcan el bienestar y la recuperación.

Uno de los conceptos centrales en esta propuesta es la adherencia al tratamiento, entendida como el grado en que el comportamiento de una persona (toma de medicamentos, seguimiento de dietas, cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones acordadas con el personal de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de adherencia es un problema multidimensional

influido por factores relacionados con el paciente, el sistema de salud, la enfermedad, el tratamiento y el entorno socioeconómico.

En el caso de las personas adultas mayores, la adherencia al tratamiento puede verse afectada por múltiples condiciones, tales como el deterioro cognitivo, la polifarmacia, la dependencia funcional, el aislamiento social y las limitaciones económicas. Además, la presencia de enfermedades crónicas incrementa la complejidad del seguimiento terapéutico, haciendo necesario un acompañamiento continuo.

Desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, propuesto por Engel, G. (1977), se reconoce que la salud no puede ser comprendida únicamente desde lo biológico, sino que implica la interacción de factores psicológicos y sociales. Este modelo sustenta la intervención del Trabajo Social, al permitir un abordaje integral centrado en la persona y su contexto.

Asimismo, el concepto de redes de apoyo social resulta fundamental, ya que estas influyen directamente en la capacidad del adulto mayor para cumplir con su tratamiento. Las redes familiares, comunitarias e institucionales pueden actuar como factores protectores al brindar apoyo emocional, instrumental e informativo.

Por otro lado, la educación para la salud se posiciona como una estrategia clave para mejorar la adherencia terapéutica, al favorecer la comprensión del tratamiento, fortalecer la toma de decisiones informadas y promover conductas saludables. En este sentido, el trabajador social desempeña un papel importante como facilitador de procesos educativos adaptados a las características de la población adulta mayor.

Finalmente, la intervención social en el ámbito hospitalario se orienta hacia la promoción de la autonomía, la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y la mejora

en la calidad de vida, lo cual resulta especialmente relevante en contextos de envejecimiento poblacional.

Referencias Bibliográficas

- Alhambra, B. T., Blouws, T. A., Gil, S. A., Durá, F. E., & Z. Kalula, S. (2021). Older people's dialogue about loneliness and social support: a cross-cultural qualitative study conducted in Spain and South Africa (Diálogo entre las personas mayores sobre la soledad y el apoyo social: un estudio cualitativo transcultural en España y Sudáfrica). *International Journal of Social Psychology*, 36(3), 424-457. [HTML]
- Álvarez-Gayou, J. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. *Editorial Paidós Mexicana*, S. A., 1er. Ed. México.
<http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3750>
- Angrosino, M. (2012). Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. *Ediciones Morata*. S. L., Madrid, España,
<https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u3/angrosino-etnografia.pdf>
- Arreola-Rissa, C., Castilleja, F., Mock, C. N y Monge Margalli, J. (2001). En busca de la excelencia atención en la del trauma en México: ¿dónde estamos? ¿Hacia dónde debemos ir? *Trauma*, 4(3), 81-84 <https://www.mediagraphic.com/pdfs/trauma/tm-2001/tm013b.pdf>
- Arias, C., Sabatini, B., Scolni, M., & Tauler. (2020). Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38 (3), 1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7901>
- Aylas Blas, S. (2024). Limitado soporte familiar, abandono del paciente adulto mayor, departamento de salud mental adulto y geronte, Hospital Hermilio Valdizan.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstreams/e9788559-107b-4193-a372-2444156dfc55/download>

- Barros C. (1994) Apoyo social y bienestar del adulto mayor. *Documento Instituto de Sociología*. No 60. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Behar, D. (2008) Introducción a la Metodología de la Investigación. Shalom.
- Beitia, M. C.& Villagrán, A. G. (2024). Trabajo social familiar en el campo gerontológico. Una experiencia de formación de grado en la región Comahue-Argentina. *Revista IURIS*, No. 19.2, pp.13-23.
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/iuris/issue/download/333/239>
- Bello, E., & Montoya C. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*.
- Bernal, C. A. (2006). Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Pearson educación. México.
- Berrío C. (2023). Factores asociados a la percepción de discriminación: edadismo y calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Salud Pública*,
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10594976/>
- Bonilla, L. M. B., Espinosa, L. C., & Lugo, R. L. C. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Revista Científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la formación y la Enseñanza de la Psicología* [Internet].
- Bravo, M. J., & Hervás, M. (2016). Redes de apoyo y calidad de vida en personas mayores. *Trabajo Social Global*, 6 (11), 45-62.
- Bronfenbrenner, U. (1981). Ecology of Human Development: Experiments by Nature and design. Cambridge: Harvard University Press.
- Camelo, V. A. R. & Figueroa, R. (2024). Transformaciones emocionales: Vivencias de adultos mayores frente a su calidad de vida. *uniminuto.edu*

- Castilla, L. V. (2020). Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10882/10322>.
- Castro, M. B. (2015). El papel de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 199-208.
- Carbonell, J; Carbonell, M y González M. N. (2012) Las Familias en el siglo XXI: Una mirada desde el Derecho. Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de investigaciones jurídicas. Serie: Estudios Jurídicos, Núm. 205. Coordinadora México. Editorial: Elvia Lucía Flores Ávalos.
- Castillo Sanguino, N. (2021). Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social (ReLMIS)*, (20), 7–18.
- Cazau, P. (2006) Introducción a la investigación en ciencias sociales. Buenos Aires.
- Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2022). Examina el panorama actual del envejecimiento en la región, así como los avances y desafíos para el ejercicio de los derechos y la inclusión de las personas mayores. Quinta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/noticias/cepal-examina-panorama-actual-envejecimiento-la-region-asi-como-avances-desafios-ejercicio>
- Chadi, M. (2000). Redes sociales en el trabajo social. Buenos Aires, Argentina: Editorial espacio.
- Chang Ruiz . J. F. (2024). Afrontamiento y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica, Clínica Villa María, 2023.

http://purl.org/coar/resource_type/c_7a1f.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] (2018). Las Familias Y Su Protección Jurídica. Recuperado De:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Materia_l/trip-familias-juridicas.pdf.

Cohen, S., y Syme, S. L. (1985). Social support and health. Academic Press.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const]. Art. 4. 30 de junio de 2025 (México).

Curipoma Méndez, S. B., Ordoñez Nagua, R. M., & Sotomayor Preciado, A. M. (2024).

Factores Asociados de la Calidad de Vida del Cuidador Primario en Personas Dependientes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 10655-10673. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12229

Denzin, NK, y Lincoln, YS (Eds.). (2018). Manual SAGE de Investigación Cualitativa (5.ª ed.). Los Ángeles, CA: Sage

De, A., & Hernández, M. (2021). Redes de apoyo social y su importancia en la intervención social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 34(2), 287-299. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/70209>

De Pina, V. R (2005). Diccionario de Derecho. Editorial, Porrúa. México.

DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207–218.

Domínguez, J. L. N., Bruno, F., Montelongo, D. B. C., Guajardo, L. G. V., & González, L. C.C. (2024). Redes de apoyo social en las personas mayores de tres centros de salud en Saltillo, Coahuila, México. *Horizonte Académico*, 4(2), 306-327. <https://doi.org/10.70208/3007.8245.v4.n2.46>

Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. (2011). Writing ethnographic fieldnotes (2nd ed.). University of Chicago Press.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Farías, J. E. S., & Hernández, V. H. S. (2024). Vitalidad en el adulto mayor: preservación y mejoramiento. *Temas selectos en medicina interna* 2020, 233.
- Farombi, O. (2019). Formación y rol del cuidador en el cuidado del adulto mayor dependiente. *Salud y Bienestar Social*, 3(2), 52-57.
- Fernández, J., & Matos, L. (2023). La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano: una visión integral del progreso individual y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 15(2), 45-62.
- Fernández-Silva, C. A., López-Andrade, C. I., & Merino Jara, C. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2201-2214. recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2201.pdf>.
- Flick, U. (2015). Introducción a la investigación cualitativa (5a ed.). Ediciones Morata.
- Flores, F. (2022). El cuidado de las personas mayores: Un derecho fundamental en ciernes. *Teoría & Derecho. Revista de pensamiento jurídico* <https://doi.org/10.36151/TD.2022.054>
- Förster, J. & López, I. (2022). Neurodesarrollo humano: un proceso de cambio continuo de un sistema abierto y sensible al contexto. *Revista Médica Clínica Las Condes* DOI: [10.1016/j.rmcl.2022.06.001](https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.001)
- Fusté, B. M., Pérez, I. M., & Paz, E. L. E. (2018). *Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos del municipio de Camajuaní, Cuba*. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-12.
- Galton, F. (1883). Inquiries into human faculty and its development. Londres: *Macmillan Co.* <https://galton.org/books/human-faculty/text/galton-1883-human-faculty->

- Galvis Palacios, L. F., López-Díaz, L., & Velásquez, V. F. (2018). Patrones culturales de cuidado familiar al adulto mayor en condición de discapacidad y pobreza. *Índex de Enfermeria*, 27(3), 170-174.
- Gallardo L.P. (2013). Redes de apoyo social en personas mayores chilenas. Aspectos estructurales y funcionales. *Revista Trabajo Social*, 84, 9-18.
<https://revistatrabajosocial.uc.cl/index.php/RTS/article/view/83786>
- García, L. M. R., Arizala, B. A. A., & García, F. J. G. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(5), 268-273.
- Gómez, J., & Bravo, F. (2021). El futuro de las pensiones en España: desafíos y reformas recientes. *Mediterráneo Económico* 34. Editorial Cajamar Caja Rural. <https://publicacionescajamar.es/wp-content/uploads/2021/06/el-futuro-de-las-pensiones-en-espana-me34.pdf>
- González Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85-103.
<https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>
- Gonzales Benitez , I. (2018). El apoyo familiar: acontecimientos significativos de vida familiar. *Psicología-Online*. <https://www.psicologia-online.com/el-apoyo-familiar-acontecimientos-significativos-de-vida-familiar-2825.html>.
- Henao, M. D., Ochoa, N. A., Sarrazola, H. A., & Acevedo, O. S. (2023). Fortaleciendo vínculos sociales y familiares para el bienestar de los adultos.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2017). *Metodología de la Investigación*. Sexta ed., McGraw-Hill / Interamericana

editores, S.A. Pp. 601, www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf

Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education.

Homans, G. C. (1961). Social behavior: Its elementary forms. Harcourt, Brace & World. 63(6). Pp. 1339-1341. <https://www.jstor.org/stable/666871>

Hooley, B., Mtenga, S., & Tediosi, F. (2022). Informal support networks of tanzanians with chronic diseases: predictors of support provision and treatment adherence. *International journal of public health*, 67, 1605366. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605366>.

House J. S., Landis, K.R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*. 241(4865), pp. 540-5. doi: 10.1126/science.3399889. PMID: 3399889.

Huenchuan, Sandra & Sosa, Zulma, 2003. Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile, Notas de Población, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) <https://ideas.repec.org/a/ecr/col071/12752.html>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM] (2023). Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>.

Izquierdo, R. A. S. (2023). Soporte familiar y adherencia al tratamiento de hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica del hospital regional de Lambayeque, 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/10915>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2022). Esperanza de vida al nacer. https://cuentame.inegi.org.mx/descubre/poblacion/esperanza_de_vida/

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID](2023). Recuperado de:
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf>.

Intriago Alcívar, I. D. (2024). Trabajo Social y Resiliencia en las Personas Adultas Mayores de la Comunidad San Eloy, Cantón Rocafuerte, Año 2024. *Reincisol.*, 3(6), 6110–6125. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)6110-6125](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)6110-6125).

Isla P. (2000) El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados*. Año IV, N.7 y 8. <https://www.index-f.com/cultura/7pdf/7-187-3005.pdf>

Jaraba Suarez, S. J., Muñoz Acuña, D., & Pomar Hoyos, M. M. (2021). Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardiaca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 23 <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.mat>

Krippendorff, K. (2019). Content analysis: An introduction to its methodology (4th ed.). SAGE Publications, Inc. Un. California, United States of America. https://www.metodos.work/wp-content/uploads/2020/05/content_analysis-krippendorff-book.pdf

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Inter Views: Learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). SAGE Publications, Inc. Un. California, United States of America.

Laqui Quispe, Y. X. (2020). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antihipertensivo en el paciente adulto y adulto mayor del hospital Ilo 2018.

Lambiase, S. M., Tolli, M. V., González, C. T., Majul, E., Pezzola, F., Requejo, N., & Robert, Y. (2020). Redes de apoyo social y calidad de vida percibida de los

- adultos mayores del Gran Mendoza. Universidad de Congreso. Carrera de Psicología.
- Lizcano, C. D., Cardona, A. D., Segura, C. A., Segura, C. A., Agudelo, C. M. C., & Muñoz, R. D. (2020). Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. 2016. CES psicología, 13(2), 144-165.
- Londoño, N. & Cubides, M. A. (2021). Maltrato al adulto mayor institucionalizado—una revisión sistemática. Revista de la Universidad Industrial de Santander, Vol. 53. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21022>
- Martín Alfonso, Libertad. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública, 32(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&tlng=es.
- Martin L, Grau J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J, eds. Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones. Universidad de Guadalajara.
- Medina, J. R. (2016). El abandono del adulto mayor y su incidencia a la mendicidad en la ciudad de Quito en el año 2014. Quito.
- Molés Julio, María Pilar, Esteve Clavero, Aurora, Lucas Miralles, María Vicenta, & Folch Ayora, Ana. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. Epub 21 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Monroy, K., Rivas, E., & López, M. (2012). Rol socioeconómico y la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial en México. Revista Colombiana de Cardiología, 19(4), 234-241.
- Moreno, Y. C. C. (2021). El papel de la familia en la formación de valores ambientales. Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas. redalyc.org.

- Muñoz, A. D., Olarte, C., María, T. & Salamanca, R. E. (2021). Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Global*, 20(61), 1-22. Epub 01 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412831>.
- Naranjo Arequipa, M. A. (2023). Impacto psicosocial en cuidadores primarios familiares informales de pacientes diagnosticados con cáncer en la ciudad de Quito en el año 2023, Tesis doctorado Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/25315>
- Nieto Poveda. E. C., & Parra Oralte, C. F. (2021). Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes. *REDIIS / Revista De Investigación E Innovación En Salud*, 4(4), 10–25. <https://doi.org/10.23850/rediis.v4i4.3324>.
- Pérez-Pavón, A., Villegas-Villegas, A., López-Franco, Y., Casas-Patiño, D., Rodríguez-Torres, A. (2023). Síndromes geriátricos y abandono. *Revista Finlay* 13(4). <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1292>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). Plan de acción para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Envejecimiento y salud.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024) Autocuidado para la salud y el bienestar <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being#:~:text=La%20OMS%20define%20el%20autocuidado,de%20la%20salud%20o%20asistencial>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2024). Desafíos Globales Envejecimiento <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>.

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (1991). Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (Resolución 46/91). Asamblea General de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principles/>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (s. f.). International Day of Families. ONU. <https://www.un.org/es/observances/international-day-of-families#:~:text=A%20pesar%20de%20que%20el%20concepto%20de, constituye%20la%20unidad%20b%C3%A1sica%20de%20la%20sociedad.&text=Finalmente%2C%20en%20su%20resoluci%C3%B3n%2044/82%20el%209,proclam%C3%B3%20el%20A%C3%B1o%20Internacional%20de%20la%20Familia>

Parodi JF, Nieto, G. W, Téllez WA, Ventocilla, G.I, Runzer, C. F. M, Taype, R. A. (2021) Velocidad de marcha y desarrollo de trastornos neurocognitivos en adultos mayores: resultados de una cohorte peruana. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.

- Parsons, T. (1951). El sistema social. Free Press. Traductor, Jiménez Blanco, J. & Corolla Pérez, J., Editorial Revista de Occidente, España.
- Pérez Muñoz, B. A. (2024). Soporte familiar y calidad de vida en adultos mayores: Comunidad Laicas Doroteas de la Fressinetti, distrito de José Leonardo Ortiz, 2023. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/12565>
- Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2018-2024).
- Plan Estatal de Desarrollo de Sinaloa (PES, 2021-2027)
- Plan Municipal de Desarrollo de Culiacán (PMD, 2021-204)
- Preciado, A.,M., Zhunio, F. I., Ajila, A. B., & Peláez, P. A., (2022). Funcionamiento cognitivo de la vejez y la dependencia del adulto mayor. *Domingo Científico*, 8(3), 722-734. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8637898.pdf>
- Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo [PROFEDET] (2018). La seguridad social y sus beneficios. <https://www.gob.mx/profedet/es/articulos/seguridad-social?idiom=es>
- Ramos, A. (2020). El abandono en la vejez: Representaciones sociales en personas adultas mayores. *Revista de Educación y Desarrollo*, 55, 1-15. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/55/55_Ramos.pdf
- Ramírez, P. M., Aguilera, M. R., Salamanca, F. C., Salgado, C. C., San Martín, S. C., & Segura, D. C. (2018). Mayores cuidando mayores: sus percepciones desde una mirada integral. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(2), 83-108.
- Red de Apoyo y Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores. (2025). *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(5). <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/19616>
- Reyes, T. I., Castillo, H. J. A. (2011) El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cubana Invest Bioméd*; 30(3):

p. 454- 459.

- Rivas, R. E. (2021). Dimensiones que afectan la adherencia terapéutica en personas mayores con hipertensión o diabetes tipo 2 en Araucanía, Chile. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica* <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/45422>
- Rivero, P. y del Pilar, M. (2021). Programa de Educación para la Salud para mejorar la calidad de vida de las cuidadoras informales de familiares o cónyuges con Alzheimer. url.edu
- Robledo, M. C. A., Duque, S. C. P., Hernández, C. J. A., Ruiz, V. M. A., & Zapata M. R. B. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. *Revista CES Derecho*, 13(2), 132-160. scielo.org.co
- Rodríguez, D. C. (2021). Investigación sobre Percepción de la sociedad hacia la familia y los nuevos modelos de familia. ull.es
- Rojas, S. R. (2013) Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdés. México.
- Ruiz, O. J. I., Aristegui, R., & Melgosa, A. (2002). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez, R. I. G., & Tovar, J. G. (2018). El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 4(3), 191-198.
- Sandoval, A. S. L. (s.f.). La vejez multidimensional. Apuntes para una contribución de la sociología a la formulación de políticas públicas... academia.edu.
- Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud [SINBA] (2025). http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/cubos/cubosis2025_sinba.htm

- Soriano, R., y De la Torre, C. (2003). Trabajo social con adultos mayores. En intervención para mejorar su calidad de vida y su entorno familiar.
- Sotomayor Preciado, A., Zhunio Bermeo, F. I., Ajila Saraguro, A.B., & Pelaez Días, P. A. (2022). Funcionamiento cognitivo de la vejez y la dependencia del adulto mayor. *Dominio de las Ciencias*, 8(3), 722-734.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637898>
- Suárez Acuña. M. C. (2022). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto con hipertensión arterial. *Microred de salud Mancos_Áncash*, 2022.
<https://hdl.handle.net/20.500.13032/28519>
- Suárez Cid, L., & Gross Tur, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 98(1), 88-97.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100088&lng=es&tlng=es.
- Taylor y Bogdan (1987) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986) Introducción: ir hacia la gente, en Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México, Paidós, páginas 15-27
- Teutli, M., K. M. (2022). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en estomatología.
https://www.researchgate.net/publication/371163961_Factores_asociados_a_la_Adherencia_al_Tratamiento_en_Estomatologia
- Torío, L. S., Viñuela, H. P. y García, P. O. (2018). Experiencias de vejez vital. Senior cohousing: autonomía y participación. *Aula Abierta*, 47(1), 79-86.
- Trejo Morales, C. (2009). Calidad de vida del cuidador: Instrumento de medición. [Instrumento validado, $\alpha = .78$]. Citado en estudios mexicanos de cuidados

familiares.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2023). Adherencia terapéutica y redes de apoyo de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 92.

Repositorio UNAM, <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3678852>

Urteaga (s/f) El pensamiento de Alfred Schutz: una sociología fenomenológica. Vasco

Valdés, M., et al. (2020). Relación entre nivel socioeconómico y el apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Medicina General y de Familia*, 9(2), 61-65

Vasilachis, G. I. (2006) Estrategias de investigación cualitativa. España.

World Health Organization. (1995). WHOQOL: Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

Zambrano, J. F. I., y Torres, Y. A. M. (2023). Rol de la orientación familiar en la adherencia terapéutica de los adultos mayores con diabetes tipo 2. Revisión sistemática narrativa en el contexto latinoamericano: Role of family counseling in the therapeutic adherence of older adults with type 2 diabetes. Narrative systematic review in the Latin American context. *Latam: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(4), 48.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. doi: 10.1093/geront/20.6.649. PMID: 7203086.

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2018). Manual de apoyo y evaluación de problemas en la familia del paciente con demencia (3a ed.). Médica Panamericana.

Anexos.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL CULIACÁN
POSGRADO EN TRABAJO SOCIAL
MAESTRÍA 2024-2026



GUION DE ENTREVISTA PARA ADULTO MAYOR

Introducción (leer al participante):

"Buenos días/tardes, soy Tamara Cristina García Ovalles, estudiante de la Maestría en Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Estoy realizando una investigación sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que acuden a consulta externa. Me gustaría conocer su experiencia sobre este tema. La información es confidencial y será utilizada únicamente con fines académicos. ¿Me permite grabar esta entrevista para facilitar su transcripción, además le solicito me firme la hoja del consentimiento informado.

Datos generales del entrevistado (uso interno del investigador):

1. Nombre:
 2. Edad:
 3. Sexo:
 4. Estado civil:
 5. Domicilio:
 6. ¿Vive solo o acompañado?
 7. ¿Con quién vive actualmente?
 8. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
-

Experiencia en el tratamiento médico y la adherencia

9. ¿Por qué motivo acude al Hospital General?
10. ¿Desde hace cuánto tiempo está en tratamiento?
11. ¿Qué tan fácil o difícil le ha resultado seguir el tratamiento indicado por el médico?
12. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos o asistir a sus citas? ¿Por qué?

Red de apoyo familiar

11. ¿Quién lo acompaña regularmente a sus consultas médicas?
12. ¿Recibe ayuda de algún familiar para asistir al hospital, comprar medicamentos o hacer trámites? Especifique...
13. ¿Siente que su familia está pendiente de su salud? Por que...
14. ¿A quién recurre cuando tiene dudas sobre su tratamiento o se siente mal?
15. ¿Hay alguien en su familia que se encargue de recordarle sus medicamentos o citas?

Impacto del apoyo familiar en su tratamiento

16. ¿Cree que el apoyo de su familia le ayuda a seguir con su tratamiento?
17. ¿Qué cosas concretas hacen sus familiares que le facilitan su tratamiento?
18. ¿En algún momento ha sentido que necesita más apoyo del que recibe?
19. ¿Cómo se siente emocionalmente cuando lo acompañan o ayudan en su tratamiento?
20. ¿Qué pasaría con su tratamiento si no tuviera el apoyo familiar actual?

Reflexión final

21. ¿Qué cree que se podría mejorar en su entorno familiar para que usted siga su tratamiento?
22. ¿Desea agregar algo más sobre su experiencia con su tratamiento o su familia?
23. ¿Ha recibido apoyo del departamento de Trabajo social de este hospital? ¿Cuándo y cómo?

Firma de la entrevistadora:- _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL CULIACÁN
POSGRADO EN TRABAJO SOCIAL
MAESTRÍA 2024-2026



GUION DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

Introducción (leer al participante):

"Buenos días/tardes, mi nombre es Tamara Cristina García Ovalles] y formo parte de un proyecto de investigación de la Maestría en Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Esta entrevista busca conocer su experiencia y percepción sobre el cuidado y apoyo que brinda a su familiar adulto mayor que recibe atención médica en el Hospital General de Culiacán. La información que usted comparta será confidencial, y sus respuestas ayudarán a mejorar el acompañamiento a las personas mayores en sus tratamientos médicos. No hay respuestas correctas o incorrectas; nos interesa su experiencia personal. Puede interrumpir la entrevista en cualquier momento si así lo desea. ¿Me autoriza a grabar la entrevista únicamente para fines de transcripción?"

Datos generales del entrevistado (uso interno del investigador):

- Nombre (opcional): _____
- Edad: _____
- Ocupación: _____
- Nivel de escolaridad: _____
- Parentesco con el adulto mayor: _____
- ¿Convivencia? (¿Vive con él/ella? Sí/No) _____
- ¿A qué se dedica actualmente? _____
- Fecha y lugar de la entrevista: _____

Contexto del adulto mayor

5. ¿Qué diagnóstico o enfermedad padece su familiar?
6. ¿Desde hace cuánto tiempo está en tratamiento?
7. ¿Cuántas veces ha tenido que asistir al hospital con él/ella?
8. ¿Sabe usted cómo es el proceso para agendar citas o recoger medicamentos?

funciones como red de apoyo

9. ¿Qué tipo de apoyo le brinda a su familiar (emocional, transporte, trámites, medicamentos)?
10. ¿Quién más en la familia lo apoya? Y como?
11. ¿Siente que es suficiente el apoyo familiar que recibe?
12. ¿Con qué frecuencia supervisa si toma sus medicamentos o acude a sus citas?

Percepción sobre la adherencia al tratamiento

13. ¿Considera que su familiar sigue correctamente el tratamiento médico?
14. ¿Qué dificultades ha observado que afectan su adherencia al tratamiento?
15. ¿Cómo considera que el apoyo de la familia ayuda a que su familiar cumpla o no cumpla con el tratamiento?
16. ¿Qué cree que haría su familiar si no contara con el apoyo que le dan?
17. ¿Qué ha sido lo más difícil de acompañarlo en este proceso?
18. ¿Quiénes más de la familia participan activamente en el cuidado o tratamiento?
¿Cómo colaboran?
 1. ¿Hay alguien que no participe y por qué?
19. ¿Qué siente o piensa usted al cuidar y apoyar a su familiar adulto mayor?
 1. ¿Le genera satisfacción, cansancio, preocupación, alegría?

● **Reflexión final**

17. ¿Qué necesidades ha tenido como cuidador o familiar en este proceso?

18. Desde su experiencia, ¿qué podría hacerse para mejorar el tratamiento y la atención médica de su familiar?

1. ¿Cambios en el hospital?
2. ¿Más apoyo familiar?
3. ¿Más información médica?

19. ¿Desea compartir alguna experiencia significativa que haya vivido durante este proceso?

¡Gracias!

Firma de la entrevistadora: _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL CULIACÁN
POSGRADO EN TRABAJO SOCIAL
MAESTRÍA 2024-2026



GUIÓN DE ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL DEL
HOSPITAL GENERAL DE CULIACÁN.

Datos generales del entrevistado (uso interno del investigador):

- Nombre (opcional): _____
- ¿En qué áreas del hospital realiza su labor?: _____
- Años de experiencia en el Hospital General: _____
- Fecha: _____

Introducción (leer al participante):

"Buenos días/tardes, soy Tamara Cristina García Ovalles, estudiante de la Maestría en Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Estoy realizando una investigación sobre el papel de las redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas adultas mayores que acuden a consulta externa. Me gustaría conocer su experiencia profesional sobre este tema. La información es confidencial y será utilizada únicamente con fines académicos. ¿Me permite grabar esta entrevista para facilitar su transcripción?"

Observaciones sobre el adulto mayor

5. ¿Cuál es la situación más común que enfrentan los adultos mayores en consulta externa?
6. ¿Ha observado si acuden solos o acompañados con frecuencia?
7. ¿Qué dificultades enfrentan cuando llegan sin acompañamiento?

Redes de apoyo familiar

8. ¿Qué impacto tiene, desde su punto de vista, la ausencia o presencia de redes familiares en la adherencia al tratamiento de estas personas adultas mayores?
 1. ¿Influye en la asistencia a las consultas?

2. ¿en el cumplimiento de indicaciones médicas?
 9. ¿Qué tipo de apoyo familiar considera más importante para la adherencia al tratamiento?
 10. ¿Existen casos en los que la familia no apoya? ¿Cómo afecta eso al paciente?
 11. ¿Qué estrategias usan desde Trabajo Social para involucrar a la familia?
-

Factores que favorecen o dificultan la adherencia

12. ¿Cuáles son los principales factores familiares o sociales que favorecen que una persona mayor cumpla su tratamiento?
 1. Apoyo emocional, económico, acompañamiento físico, conocimiento del tratamiento.
 13. ¿Qué elementos ha observado que favorecen que el adulto mayor cumpla con su tratamiento?
 14. ¿Qué factores sociales, económicos o familiares obstaculizan la adherencia?
 15. ¿Qué tipo de intervenciones considera más efectivas para mejorar este proceso?
-

Reflexión final

15. ¿Qué se podría mejorar desde el hospital o desde el entorno familiar para apoyar mejor a esta población?
16. ¿Considera que hay suficientes políticas o programas que fortalezcan el rol de la familia en el cuidado del adulto mayor?
17. ¿Qué acciones o estrategias implementa el área de Trabajo Social del hospital para apoyar a los adultos mayores que carecen de redes familiares?
18. ¿Qué recomendaciones haría usted para fortalecer el apoyo familiar en estos procesos?
19. En su experiencia, ¿qué papel juega la comunicación entre el equipo médico, la familia y el área de Trabajo Social?
20. ¿Desea agregar alguna reflexión o recomendación final desde su experiencia?

Firma de la entrevistadora: _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL CULIACÁN
POSGRADO EN TRABAJO SOCIAL
MAESTRÍA 2024-2026



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN ENTREVISTAS DE INVESTIGACIÓN

Título del proyecto:

“Redes de apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de las personas mayores en la consulta externa del Hospital General de Culiacán”

Investigadora responsable:

Tamara Cristina García Ovalles
Estudiante de la Maestría en Trabajo Social
Universidad Autónoma de Sinaloa

Directora de tesis:

Dra. Marisela Rivera Montoya

Propósito de la investigación:

La presente investigación busca conocer las experiencias, percepciones y opiniones de los familiares y del personal de Trabajo Social sobre el papel de las redes de apoyo familiar en el seguimiento de los tratamientos médicos de las personas adultas mayores que reciben atención en el Hospital General de Culiacán.

Participación voluntaria:

- Su participación es totalmente voluntaria.
- Puede retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su acceso a los servicios del hospital ni a ningún beneficio personal.

Procedimiento:

- Se le realizará una entrevista semiestructurada que durará entre 30 y 40 minutos.
- Con su permiso, la entrevista será grabada únicamente para facilitar su transcripción y análisis posterior.

- Las respuestas serán confidenciales y utilizadas exclusivamente con fines académicos.
-

Riesgos y beneficios:

- Esta investigación no implica riesgos físicos ni psicológicos.
 - La participación no implica un beneficio directo, pero aportará información valiosa para mejorar la atención a las personas adultas mayores y su adherencia a tratamientos médicos.
-

Confidencialidad:

- Su identidad permanecerá anónima; los datos serán tratados con estricta confidencialidad.
 - Los resultados se presentarán de forma global, sin identificar nombres o datos personales.
-

Autorización para grabación:

- ☐ Sí autorizo la grabación de la entrevista.
 - ☐ No autorizo la grabación de la entrevista. (En este caso, se tomará nota escrita.)
-

Consentimiento:

Declaro que he leído y comprendido la información anterior, he tenido la oportunidad de preguntar y todas mis dudas han sido aclaradas. Acepto participar de manera voluntaria en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del investigador/a: _____