Facultad humanidades
Instituto de Sociología
Carrera de Sociología

Estrategias familiares para el cuidado de la salud de los adultos mayores dependientes severamente

Memoria para optar al Grado de Licencia en Sociología y al Título Profesional de Sociólogo

DANILO DÍAZ GALINDO

Profesor guía:

Jorge Chuaqui Kettlun

Mayo, 2016

Valparaíso, Chile

Contenido

Introducción 5
Problematización 6
Pregunta de investigación 11
Objetivo General 11
Objetivos específicos 11
Relevancias 12
Relevancia teórica: 12
Relevancia práctica 12
Marco teórico. 13
Capítulo I. Posicionamiento del problema en la teoría sociológica. 14
La irrupción de la agencia en la relación Acción/Estructura; una puerta de entrada a la comprensión de la complejidad en la escena moderna. 14
Archer; abarcar la complejidad desde la relación de emergencia y estructura. 14
Herramientas de análisis para la comprensión de la Agencia, la teoría de los campos de Pierre Bourdieu. 15
Representaciones sociales; instrumentos para interpretar la realidad. 21
Capítulo II. La salud cómo campo social; La posición del adulto mayor. 23
El constructo salud-enfermedad y su abordaje teórico 23
La hegemonía del enfoque biomédico en las estructuras sociales de la salud. 25
El mercado de la salud; privatización y mercantilización de las atenciones en salud 26
La salud en el caso de los adultos mayores 27
La importancia de las redes sociales en la salud de los adultos mayores 30
El rol del apoyo familiar en la salud de los adultos mayores 32
Capítulo III. El fenómeno de la dependencia. 35
El fenómeno de la dependencia. 35
La relación entre la persona dependiente y su(s) cuidador(es). 37
Los niveles de la dependencia y la forma en que se mide. 39
Índice de Katz. 42
Índice de Barthel. 43
Marco metodológico 45
Tipo de estudio 45
Tipo de diseño de investigación 45
Universo y muestra 46
Matriz de Muestreo 51

- Universo: Redes de apoyo familiares que asistan en los cuidados de salud de un adulto mayor dependiente severamente. 51

- Muestra: Redes de apoyo familiares urbanas que asistan en los cuidados de salud de un adulto mayor dependiente severamente tanto en la región de Valparaíso como del Biobío. 51

Técnica de producción de datos 51

Técnica de análisis de datos 52

Calidad de diseño 52

Plan de trabajo. 54

Condiciones éticas. 55

Análisis 56

La relación entre las estrategias familiares y las estructuras del campo social de los cuidados en salud. 57

Análisis de las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente en función a la conformación del grupo familiar y las características de sus miembros 68

Cómo se transmiten las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente. 76

Como se trasforman las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente. 84

Conclusiones. 89

Bibliografía 98

Introducción

En esta investigación buscaremos responder como están constituidas las estrategias que los grupos familiares generan para poder enfrentar los cuidados de algún pariente adulto mayor que se encuentre en una condición de dependencia severa, en este sentido, nuestro foco está puesto en entender cómo esta realidad es sobrellevada de manera cotidiana y doméstica por las familias. Es importante mencionar que el fenómeno de la dependencia a lo menos implica a dos actores, aquel que necesita de la asistencia y aquel que la proporciona. Desde nuestra investigación, abordaremos esta relación desde el punto de vista de la familia, en tanto constituye la principal y más eficaz red de apoyo con la que cuentan los adultos mayores para la prevención y cuidados de su salud. Para lograrlo, trabajaremos principalmente desde el enfoque Bourdiano de la teoría de los campos sociales, puesto que consideramos que esta perspectiva nos estrega un esquema analítico muy funcional y capaz de hacerse cargo de la complejidad en la escena moderna.

Problematización

Para entender el contexto en el que se posiciona nuestro problema de investigación, es necesario poner atención a las alteraciones que se han producido en las características tanto demográficas como epidemiológicas de la población chilena. Según es posible constatar en diversas investigaciones, desde la segunda mitad del siglo veinte que nuestro país viene experimentando, en función de los grandes cambios sociales y económicos asociados a las reformas neoliberales, un contiguo y acelerado proceso de envejecimiento de su estructura poblacional (Aedo, 1996), (Olmos & Silva, 2010).

En el caso de nuestro país, la transición demográfica nos habla de una fuerte metamorfosis en los indicadores vitales de la población, los cuales han venido transitando desde un estado inicial, caracterizado por una alta tasa de natalidad y una alta tasa de mortalidad, hacia un estado avanzado, en donde las tasas de natalidad y mortalidad decaen sostenidamente. Es así, como una población que estaba predominantemente constituida por personas jóvenes, en donde era posible observar un alto número de nacimientos, al mismo tiempo que un alto número de muertes en edades tempranas, termina por transmutarse continuamente hacia una sociedad en donde los nacimientos se ven fuertemente mermados y las muertes ocurren en edades mucho más avanzadas (Szot, 2003).

Según las estadísticas oficiales, en el año 1982 el grupo etario de adultos mayores constituía el 5.8% de la población total (INE, 2013). Según los datos de la encuesta CASEN, ya en el año 2013, el porcentaje de población adulta mayor equivalía a un 16,7% de la población total (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Estas cifras nos evidencian cuan acelerado está el proceso de envejecimiento de nuestra población y cómo el peso relativo de la población adulta mayor no deja de incrementarse.

Complementariamente a este aumento en la prevalencia de los adultos mayores, es necesario observar los aspectos epidemiológicos de esta transición. En el caso de Chile, la mayor longevidad de la población se asocia a un mejoramiento en las condiciones sociales de control de la salud, principalmente explicado por el desarrollo tecnológico y científico. No obstante, cuando la población logra vivir más años, son las enfermedades crónicas las que toman fuerte protagonismo, esto debido al mayor tiempo de exposición que tienen las personas a factores de riesgo de su salud, ejemplos de estos son el tabaquismo, el sedentarismo, la contaminación o la mala alimentación entre muchos otros más (Szot, 2003). "*Cuando las enfermedades de este tipo (crónicas) son diagnosticadas en adultos mayores no son curables, y si no se tratan adecuada y oportunamente tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan fuertemente la autonomía de las personas"* (Menéndez, Guevara, Arcia, & León, 2005, pág. 353). En la actualidad, la alta preponderancia de las enfermedades crónicas genera un fuerte

impacto en la autonomía de los adultos mayores. El cómo estos son asistidos por sus familiares, en términos de cuáles son las estrategias que utilizan, constituye el elemento nuclear de nuestra investigación, quedando fuera de este análisis aquellos adultos mayores que están internados en instituciones privadas de cuidados de salud.

Es importante señalar en este punto, que los factores que intervienen en la salud no son sólo de orden biológico y ambiental, sino que también psicológicos, sociales y culturales, lo que nos permite enfrentar el fenómeno de la salud como un fenómeno más complejo, dinámico y multidimensional (Lolas, Florenzano, Gyarmati, & Trejo, 1992). En este marco, se entiende que la enfermedad y la salud son experimentadas por los seres humanos de formas diversas, según las particularidades de sus organismos, los estilos de vida asumidos, la acción de los sistemas de salud, sus redes sociales, la cultura y organización de la sociedad y el lugar que ocupen en ésta.

En este sentido, no es tan sólo la presencia o ausencia de una enfermedad lo que ataña la autonomía de una persona, sino que esta puede provocarse también por razones tanto psíquicas como sociales; *"Los mayores riesgos de que haya una disminución de la capacidad funcional están asociados con el deterioro cognoscitivo, la depresión, un índice de masa corporal mayor o menor de lo normal, la evaluación de la propia salud como mala y el hábito de fumar"* (Menéndez, Guevara, Arcia, & León, 2005, pág. 354).

Cuando los adultos mayores ven mermada la capacidad que tienen para valerse por sí mismos, generan la necesidad de ser asistidos por un tercero o terceros, quienes les ayudan a enfrentar las distintas actividades de la vida cotidiana, este fenómeno se denomina dependencia.

En general, la dependencia se entiende como; *"la dificultad o incapacidad que padece una persona, que la obliga a solicitar ayuda de un tercero para poder realizar las actividades cotidianas"* (Puga en Superintendencia de salud, 2008, pág. 14). Es necesario mencionar que la dependencia no es un fenómeno únicamente relacionable a la vejez, puesto este puede presentarse a cualquier edad, no obstante, está muy fuertemente relacionado a las edades más avanzadas por el deterioro lógico del curso de la vida (Superintendencia de Salud, 2008).

La condición de dependencia puede presentarse en distintas intensidades, desde aquellos que necesitan la ayuda constante de un tercero para poder realizar cualquier actividad, hasta aquellos que sólo necesitan ayuda para realizar algunas tareas específicas del día a día (SENAMA, 2009). Los estudios que han desarrollado la temática, coinciden en conceptualizar la dependencia a través de tres niveles según el grado de intensidad que esta presenta, ya sea, dependencia leve, moderada o severa

(Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011). Nuestra investigación está centrada en aquellos casos en donde la dependencia es severa.

Es esencial tener en consideración que el fenómeno de la dependencia a lo menos implica a dos actores, por una parte, aquel que se encuentra en la situación de dependencia y por otra, la persona que asume los cuidados de esta a quien se le denomina el cuidador. En la mayoría de los estudios que han enfrentado la temática en Chile (INE, 2013) (MINSAL, 2009) (SENAMA, 2009), se ha profundizado en el fenómeno a través de la relación de dos elementos, el dependiente y el cuidador, siendo generalmente los hijos(as), esposos(as) y nueros(as) quienes ejercen el rol de cuidador. Aun cuando la relevancia de la figura del cuidador es indiscutible, desde nuestra investigación, consideramos que hay beneficios aun no suficientemente aprovechados al ampliar el cuadro de análisis a uno que involucre el grupo familiar en su conjunto.

Está demostrado que los adultos mayores que poseen amplias relaciones sociales muestran mejores resultados de salud y autonomía. Se considera que la amplitud de las redes sociales, la frecuencia de los contactos con amistades y la fuerza de la red familiar, opera como una protección frente a la discapacidad, frenando su progreso e incrementando el grado de recuperación (Rosero, Castro, Puga, & Glaser, 2007). En el caso de los adultos mayores, es muy común observar, por diversas razones de índole social, como la jubilación, fallecimientos, falta de recursos, que las redes sociales se ven fuertemente disminuidas. En este sentido, es muy importante señalar que la familia constituye la primera red de apoyo social que poseen los individuos a través de toda su vida, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz desde la percepción de los propios individuos (Louro, 2003).

El hecho de cuidar de personas mayores dependientes, sobre todo cuando existe algún grado de demencia, se asocia a consecuencias negativas para la salud tanto física como psicológica de los cuidadores y del grupo familiar (Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher, & Knight, 2007). Por lo que la dependencia podría entenderse también como una complicación a la salud familiar en su conjunto.

Con el afán de contribuir al conocimiento en la materia, hemos decidido poner el foco en un aspecto aun no suficientemente iluminado del fenómeno de la dependencia, ampliando el análisis de la relación dependiente cuidador a uno que considera al grupo familiar en su conjunto, para poder entender como la familia reacciona, o de manera más específica, el cómo están estructuradas las estrategias para enfrentar los cuidados de un adulto mayor dependiente severamente. Este enfoque nos permitirá entender cómo el fenómeno de la dependencia es sobrellevado en los hogares de manera cotidiana.

Para poder lograrlo, hemos decidido utilizar como enfoque teórico parte de la teorización realizada por la socióloga británica M. Archer, introduciéndonos a través de la perspectiva sociológica de la emergencia, como también las teorizaciones del sociólogo francés P. Bourdieu, particularmente de su teoría del habitus y los campos sociales, la cual nos proporciona un esquema analítico conciso y funcional, muy capaz de hacerse cargo de la complejidad de las relaciones en la escena moderna.

En su teoría de los campos sociales, Bourdieu nos habla de una configuración de relaciones objetivas entre diferentes piezas de un determinado campo social. Estas posiciones definen objetivamente la existencia y las determinaciones que imponen a sus ocupantes, en función de las diferentes especies de poder o capital que estos disponen. Esta posesión de capital, implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo social de los cuidados en salud, generando un fenómeno de diferenciación social, en donde existen posiciones más y menos favorables (Bourdieu & Wacquant, 2005).

Cabe destacar que desde diversos estudios se converge en señalar que el campo social de los cuidados en salud en Chile tiene dos características que les condicionan de manera importante, por una parte, la fuerte hegemonía del enfoque biomédico en las prácticas de salud, ya sea tanto en las practicas institucionalizadas como en las que se llevan a cabo en términos domésticos (Grippo, 2006), y, también, el alto grado de mercantilización de la salud y la segregación que por sus altos costos se desprende (Fiscalía Nacional Económica , 2012).

En este contexto, a través del concepto de habitus podemos entender cómo los agentes racionalizan las operaciones prácticas, al resolver las necesidades del presente inmediato con esquemas heredados del pasado. Esta forma de proceder, representa un tipo de racionalidad socialmente limitada por las condiciones que produjeron el habitus de las familias, el cual está expresado en las respuestas que estos tienen ante situaciones nuevas e inesperadas (Bourdieu P. , 2004).

Desde este enfoque, las formas en las cuales los grupos familiares reaccionan se denominan estrategias, y son entendidas como; *"la propensión a actuar que nace de la relación entre un campo y un sistema de disposiciones ajustado al juego que propone, un sentido del juego y de lo que está en juego que implica al mismo tiempo una inclinación y una capacidad de jugar el juego, ambas por igual social e históricamente constituidas y no universalmente dadas"* (Bourdieu & Wacquant, 2005, pág. 177). Es decir, la forma en la cual los agentes actúan en un determinado campo, en relación a su historia personal y el lugar que tienen dentro de la sociedad.

En conclusión, producto del acelerado envejecimiento de la sociedad chilena, la figura del adulto mayor cada vez adquiere mayor prevalencia, del mismo modo que las enfermedades crónicas, las cuales atañan fuertemente la autonomía de este segmento de la población. La pérdida de autonomía genera en los adultos mayores la necesidad de asistencias por parte de terceros, este fenómeno se denomina dependencia. Nuestra investigación está centrada en aquellos casos severos, en los cuales los adultos mayores necesitan de una asistencia continua para poder realizar las actividades básicas de cada día. En este sentido, la red familiar juega un rol clave, puesto que es el principal recurso de protección de la salud con el que cuentan los mayores. Es por esta razón que, a través del enfoque de los campos sociales de Bourdieu, pretendemos adentrarnos en la comprensión profunda del *Cómo están hoy, en nuestra sociedad, estructuradas las estrategias familiares para el cuidado de los adultos mayores dependientes severamente.*

Pregunta de investigación

¿Cómo están estructuradas las estrategias familiares para enfrentar el cuidado de la salud de los adultos mayores dependientes severamente?

Objetivo General

Describir cómo están estructuradas las estrategias familiares para enfrentar el cuidado de la salud de los adultos mayores dependientes severamente.

Objetivos específicos

1) Describir cómo se relacionan las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente con las estructuras del campo social de los cuidados en salud.

2) Analizar las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente en función a la conformación del grupo familiar y las características de sus miembros.

3) Determinar cómo se trasmiten las estrategias que utilizan las familias para el cuidado de la salud de los adultos mayores dependientes.

4) Determinar cómo se transforman las estrategias que utilizan las familias para el cuidado de la salud de los adultos mayores dependientes.

Relevancias

Relevancia teórica: En cuanto a lo teórico, el principal aporte que se impulsa desde esta investigación consiste en proponer un foco de análisis distinto sobre la dependencia, el cual no está centrando tan sólo en la relación del cuidador y del dependiente, como se encuentra reiteradamente en los estudios sobre la dependencia (SENAMA, 2009) (Superintendencia de Salud, 2008) (Menéndez, Guevara, Arcia, & León, 2005), sino que, desde nuestra propuesta, ampliar el análisis a las redes familiares que operan para enfrentar los cuidados de la salud de los adultos mayores dependientes.

Hemos tomado esta decisión teórica, puesto que sabemos que la amplitud de las redes sociales y la fuerza de la red familiar, opera como un escudo frente a la discapacidad, frenando el progreso e incrementando el grado de recuperación (Rosero, Castro, Puga, & Glaser, 2007). Al mismo tiempo, sabemos que la familia constituye la primera red de apoyo social que poseen los individuos a través de toda su vida y que se reconoce el apoyo que esta ofrece como el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz desde la percepción de los propios individuos (Louro, 2003).

Por otra parte, al enfrentar el problema desde la teoría de los campos sociales de Bourdieu, somos conscientes que incorporamos una mayor profundidad teórica a un fenómeno que se ha venido tratando principalmente de manera micro sociológica, nuestra reflexión incorpora la influencia de las estructuras sociales sobre los grupos familiares, entendiendo que es altamente relevante considerar el contexto social en el cual se encuentran las familias para poder entender el porqué de sus acciones.

Relevancia práctica**:** En un sentido práctico, encontrándonos en una sociedad que experimenta un acelerado envejecimiento de su población, al mismo tiempo que un importante auge de las enfermedades tanto crónicas como invalidantes, se vuelve cada vez más relevante profundizar en las problemáticas que aquejan al segmento mayor de la población. En este sentido, ciertamente la temática de la dependencia se vuelve más reconocible e importante para nuestra sociedad. Por otra parte el fenómeno de la dependencia, según los estudios revisados, sobre todo en sus grados más avanzados, puede generar perjuicio en la salud de sus cuidadores y afectar al grupo familiar (Louro, 2003). Es por esta razón que es de alta relevancia el desarrollo de conocimiento sobre el impacto de la dependencia en su contexto social, de este modo, se vuelve posible cuestionar las asistencias que, desde los servicios de salud tanto privados como públicos y las políticas de gobierno, se prestan a los adultos mayores y sus familias. Logrando finalmente levantar la mirada críticamente sobre un campo social de la salud y una sociedad fuertemente mercantilizada y con un alto nivel de diferenciación social.

Marco teórico.

A través de esta investigación pretendemos adentrarnos en la comprensión profunda de las estrategias de cuidado de la salud de los adultos mayores dependientes severamente, del rol que juegan las familias en tanto redes sociales y del impacto de este fenómeno sobre estas. Para poder lograrlo, debemos hacernos de un enfoque sociológico que sea capaz de dar cuenta de la complejidad de la escena moderna y sus relaciones. Con este propósito, hemos diseñado un marco teórico presentado en tres capítulos, los cuales están configurados desde los aspectos más generales a los más específicos de nuestro problema de investigación.

En el primero capítulo, tenemos por objetivo posicionarnos dentro de una perspectiva sociológica y presentar las principales herramientas teóricas con las cuales, a grueso modo, se ha desarrollado nuestra investigación. En este sentido, nuestra investigación adhiere a la perspectiva de la emergencia en lo social. Hemos tomado el enfoque del Habitús de Bourdieu como referente de cómo estructurar nuestra sociología. Finalmente, en este capítulo, se presentan los principales conceptos de análisis que han sido utilizados en el desarrollo nuestro objeto. Destacamos la teoría de los campos de Bourdieu desde donde tomamos conceptos clave como; *estrategia, campo social, capitales* y *habitus*.

El nuestro segundo capítulo, desarrollamos el campo social de los cuidados en salud, la posición que tienen las familias en este. Con este propósito, en primera instancia, se profundiza en el constructo salud/enfermedad y en su abordaje teórico, para posteriormente centrarnos de lleno en la salud desde el punto de vista del adulto mayor, otorgando una principal importancia a la influencia que tienen las redes sociales sobre la salud de estos, destacando el rol clave de la familia como garante de la salud.

En el tercer capítulo, desarrollamos la temática de la dependencia y sus conceptos clave, el cómo está definida, la relación que existe entre el dependiente y sus cuidadores, los distintos niveles que existen de dependencia y los instrumentos que se utilizan para su medición/evaluación.

Capítulo I. Posicionamiento del problema en la teoría sociológica.

La irrupción de la agencia en la relación Acción/Estructura; una puerta de entrada a la comprensión de la complejidad en la escena moderna.

La relación acción/estructura ha estado de manera inmanente al desarrollo de la sociología y nos servirá como una excelente puerta de entrada para presentar los elementos teóricos de nuestra investigación. Esta relación ha resistido, a través de múltiples ejemplos, poner el énfasis tanto en la acción como en la estructura, desde la perspectiva de la acción, esta sería capaz de subordinar a la estructura al poner el foco en la capacidad de modificar la escena que tienen los individuos, y, por el contrario, desde la perspectiva de la estructura, se pondría el acento en la influencia determinadora que tienen las estructuras sobre los actos de los individuos. Independiente de cuál sea la forma en la cual esta relación se presente, e independiente del innegable aporte que ha traído el análisis sociológico, ha emergido una fuerte crítica sobre éstas maneras polarizadas de abordar la sociología, principalmente sobre los aspectos deterministas y reduccionistas presentes en estas formas de entender el juego entre la acción y la estructura (Archer, 2009) (Mascareño, 2002).

En el contexto del diseño de nuestra investigación, tomaremos en consideración los argumentos presentes tanto en la crítica de Archer como en la Bourdieu sobre estos reduccionismos. Con la finalidad de hacernos de una sociología más actualizada, enfrentando la complejidad de la sociedad moderna de una manera más eficiente, principalmente a través de la incorporación de la variable temporal en el análisis sociológico. En este sentido, consideramos importante mencionar el gran aporte de la secuencia morfogenética de Archer, para poder, desde ahí, centrarnos en la teoría del habitus y los campos sociales de Bourdieu, la cual nos servirá como la tierra fértil desde donde desarrollar nuestro proyecto y así poder responder a nuestro objetivo.

Archer; abarcar la complejidad desde la relación de emergencia y estructura.

La socióloga Margaret Archer, en quien sólo nos detendremos brevemente, nos presenta una revisión crítica sobre los reduccionismos, tanto aquellos que ponen el énfasis a la función determinadora de la estructura, como aquellos que híper valorizan la subjetividad, denominándolos conflacionismos, puesto que para ella desarrollan teorizaciones unidimensionales que terminan reduciendo uno de los elementos a otro

(Archer, 2009). En consecuencia, Archer nos proporciona un planteamiento que pretende superar estos conflacionismos. Este esfuerzo se traduce en un enfoque denominado secuencia morfogenética, el cual opera en la siguiente lógica; "*La(s) estructura(s)(sociales) anteceden lógicamente a la(s) acción(es) que la(s) transforman, siendo la elaboración de estructura(s) lógicamente posterior a esa interacción"* (Archer, 2009, pág. 47). En este modo de abordar la relación tanto la acción como la estructura conservan su autonomía (Archer, 2009).

En esta secuencia lógica el concepto de emergencia toma particular relevancia. Este es entendido como "*la comprensión de acción y estructura como niveles de lo social con propiedades autónomas mutuamente irreductibles que se relacionan por medio de irritaciones en secuencias temporales diferenciadas"* (Mascareño, 2002, pág. 217). Llevándolo a un lenguaje más sencillo, podríamos entender esta relación en la siguiente lógica; a lo largo de la historia de vida de los agentes, estos incorporan ciertos condicionamientos a su vida, propios de las condiciones en las cuales se han desarrollado, los cuales les sirven para poder sobrellevar las necesidades del día a día, y al mismo tiempo, al actuar en base a estos condicionamientos, estos también los reproducen, modificando las nuevas condiciones estructurales que condicionarán a los nuevos agentes, así en un dialogo entre emergencia y estructura continuo que se mantiene en el tiempo.

Así, el punto inicial y central de la teorización de Archer resulta ser el hecho problemático de que en la sociedad: *"Somos simultáneamente libres y estamos constreñidos, y tenemos también alguna conciencia de ello"* (Archer, 2009, pág. 30).

Herramientas de análisis para la comprensión de la Agencia, la teoría de los campos de Pierre Bourdieu.

Sobre la relación entre la agencia y la estructura, Bourdieu, al igual que Archer, toma una posición crítica sobre los determinismos, tanto aquellos que proporcionan un valor determinante a la estructura, como aquellos que híper valorizan la subjetivad de los individuos (Aguilar, 2008).

La forma mediante la cual el autor se enfrenta a esta relación es a través del concepto de habitus. A través de este concepto, se reconoce la capacidad de los sujetos de estructurar el mundo social, aun cuando se advierte que dicha estructuración no obedece necesariamente a una acción deliberada y consiente, sino que más bien funciona dentro de una lógica práctica, que persigue un beneficio ya sea material o simbólico y se

plasma en prácticas como resultado de la conjugación de distintas disposiciones adquiridas en la propia experiencia social, es decir, en la trayectoria de vida de cada agente (Aguilar, 2008) (Bourdieu P. , 2007).

Como se ha anticipado, nuestra investigación se articula principalmente desde la utilización de las herramientas del enfoque Bourdiano que la teoría de los campos sociales nos facilita. En este sentido, tomamos como eje principal los conceptos de *Estrategias, campo y habitus*. Está opción teórica, se ha tomado en consideración al gran potencial explicativo que observamos en esta teorización, sobre el cual hemos decidido diseñar nuestro problema específico de investigación.

Adentrándonos en la lógica de Bourdieu, observamos que en ella se plantea que la acción humana no funciona como una reacción instantánea sobre los estímulos inmediatos, sino que más bien esta reacción que generan los individuos siempre está impregnada de la historia de esas personas. En este sentido, el concepto habitus opera de manera "racional", como la precondición de una práctica económica de recursos adecuada, las cuales desembocan en estrategias prácticas de acción, la cual está definida por la posesión de capitales mínimos, necesarios para tomar las oportunidades que están ofrecidas en el campo para todos. A través de estas disposiciones los agentes pueden estimar, mediante el uso de una inducción práctica, lo que deben apostar, una estimación de lo que se ve posible, controlando el riesgo de las acciones, e invirtiendo adecuadamente sus recursos a disposición. Estás disposiciones solo pueden ser adquiridas bajo condiciones social y económicamente dadas. La incorporación de estos condicionamientos se representa a través del concepto habitus (Bourdieu P. , 2007).

> *"Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones producen Habitus, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar con estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consiente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlas, objetivamente reguladas y regulares, sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta* (Bourdieu P. , 2007, pág. 86)*".*

En consecuencia, hablar de habitus es aseverar que lo individual, lo subjetivo, es social y colectivo. El habitus es una subjetividad socializada, que "*...resulta de la homogeneidad de las condiciones de existencia, lo que hace que las prácticas puedan*

estar objetivamente concertadas sin calculo estratégico ni referencia consiente a una norma". (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005, pág. 186). A través del concepto de Habitus, el autor logra de alguna manera fundir la dicotomía Agencia-Estructura, incorporando las estructuras dentro de los individuos, quienes las reciben producto de su formación en un medio determinado. En este sentido, los agentes logran aprehender conocimientos prácticos que les permiten resolver situaciones cotidianas. Es preciso decir que la asimilación de estas estructuras se da en un proceso inconsciente, impidiendo que uno pueda usar estas disposiciones con total conciencia y voluntad.

Por otra parte, la relación entre habitus y campo se entiende de dos maneras, tanto como una relación de condicionamiento, en el sentido de que el campo estructura al habitus, el cual funciona como el producto de la encarnación de las necesidades inmanentes de un conjunto de campos que se superponen, y en un segundo sentido, en donde se entiende que la relación campo/habitus consiste en una relación de conocimiento, en donde el habitus contribuye a construir el campo como un mundo significativo, dotado tanto de sentido como de valor, en donde vale la pena invertir. De estas relaciones se obtienen dos implicancias fundamentales, en primer lugar, que la relación de conocimiento depende de la relación de conocimiento que le precede y que, por tanto, modela las estructuras de habitus. Por otra parte, que la ciencia social opera esencialmente como un conocimiento del conocimiento y que por tanto debe hacer lugar a una fenomenología sociológicamente fundada en la experiencia primaria del campo, más precisamente de las invariantes y variaciones de la relación entre diferentes tipos de campos y habitus (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005) (Bourdieu P. , 2007).

Desde la teoría de los campos, la realidad social existe tanto en las cosas, como en la mente de los agentes, tanto en el campo en sí mismo, como en los habitus que lo significan. Es por esto, que cuando un habitus se encuentra en un mundo social del cual es producto, le es muy sencilla la identificación y entendimiento de los elementos que en él se encuentran. Siendo el habitus algo así como "lo social encarnado", de él se desprenden las estrategias que reconocen elementos y operan como una "intuición de juego", indicando de manera inconsciente cuales son las mejores operaciones que se pueden ejecutar, es de este modo que se entiende que los agentes sin ser racionales actúen de manera razonable (Bourdieu P. , 2007). Finamente en relación al concepto habitus se vuelve necesario precisar que este sistema de disposiciones está constantemente sujeto a experiencias nuevas, las cuales, modifican o refuerzan las

estructuras existentes. En este sentido, aun cuando las disposiciones son perdurables en el tiempo, en ningún caso son eternas e inalterables.

Continuando con la comprensión de Bourdieu, identificamos otro concepto que de manera principal se aplica en el diseño de su teoría, y al de nuestra investigación, correspondiente al de campo social;

> "*Un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología etc.)* (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005, pág. 150).

En palabras de Bourdieu, se utiliza la analogía de un "juego" en donde los sujetos disputan valores específicos dentro de un campo social, se asume que los jugadores tienen distintos capitales repartidos de manera desigual, las posiciones de los sujetos en el campo están configuradas en función a la eficacia de los capitales que disponen, pudiendo ejercer una influencia hacia su favor, tomando una posición de poder, o tomar una posición desfavorable en relación al interés pretendido. Es preciso decir que entre los sujetos pertenecientes a un determinado campo existen relaciones de fuerza que estructuran el campo (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005).

> *"Podemos representarnos a los jugadores como si cada uno de ellos tuviera una pila de fichas de colores y cada color correspondiese a una especie dada de capital, de manera tal que su fuerza relativa de juego, su posición en el espacio de juego como así los movimientos que haga, más o menos arriesgados o cautos, subversivos o conservadores, dependerán tanto del número total de fichas como la composición de las pilas de fichas que conserve, esto es, del volumen y estructura de su capital.* (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005, pág. 152)*"*

Algunas leyes de funcionamiento de los campos son las siguientes: a) Los campos se definen estableciendo lo que está en juego en cada uno de ellos y funcionan porque hay agentes dispuestos a jugar y jugarse en ellos. b) Los habitus ajustados al campo son la condición y el resultado de su funcionamiento. La relación entre el habitus y el campo es una relación de condicionamiento, el campo estructura el habitus, que es

el producto de la incorporación inmanente de ese campo, pero es también una relación de conocimiento o construcción cognitiva, el habitus contribuye a constituir el campo como un mundo significante, dotado de sentido y valor, en el cual vale la pena invertir energía. c) Las posiciones de los agentes en los campos depende del capital específico, por lo tanto, son espacios desigualmente estructurados por los poderes acumulados de los ocupantes, que depende tanto de la dinámica del campo como del volumen y estructura del capital global de los agentes. d) La dinámica del campo está dada por la competencia y la lucha entre agentes que procuran mantener o ampliar su capital acumulado. e) Las estrategias de subversión o conservación del campo y el capital distribuido en él dependen de la posición que ocupan los agentes y el habitus correspondiente. En este sentido, la toma de posición en relación con la lucha o competencia en el campo está orientada por el habitus adquirido (Bourdieu P. , 2004).

Por su parte, el concepto de capital se entiende, desde la teoría de Bourdieu, como todo aquellos que pueda ser usado en las "apuestas" de los sujetos, algo así como un instrumento de apropiación de las oportunidades que están teóricamente ofrecidas para todos quienes participan en un determinado campo. Se describe como una "energía social" que tiene la capacidad de producir efectos en la competencia social, un poder que le permite a los actores concretos realizar sus intereses, trayendo por consecuencia lógica, una dinámica desigual de apropiación de recursos. Cabe mencionar, siguiendo la línea de Bourdieu, que todo puede ser valorizado, basta que haya alguien interesado en reconocer aquél capital como un bien deseable. (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005).

El capital puede presentarse bajo cuatro formas fundamentales, cada una con sus subtipos, estas corresponden a; capital económico, capital cultural, capital social y capital simbólico.

a) El capital económico tiene la característica de ser un capital socialmente reconocido como tal, es decir, un medio para ejercer poder tanto sobre los recursos o sobre las personas directamente, en cualquier proceso convencional de apropiación de bienes y servicios, su uso es legítimo, no existe la necesidad de ocultar este tipo de dominación, puesto que se encuentra claramente objetivada y con sus derechos bien definidos. La manera más convencional de expresar este capital es a través del dinero, tanto en su posesión directa, como en la posesión de un patrimonio material. Este capital está sujeto a una lógica de escasez, en donde los recursos son limitados o escasos, pero necesidades se entienden como

infinitas (Martínez, 2014) (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005)

b) El capital cultural, se relaciona con la cantidad de información, instrucción o acceso a esta, pudiendo estar presente de tres maneras; encarnado, objetivado o institucionalizado; a) El capital encarnado o incorporado, se entiende como aquel conocimiento incorporado en las prácticas, por ejemplo, la forma de hablar, caminar o comportarse. Determinadas formas de comportamiento, ejecutadas en determinados contextos, traerán consigo ventajas comparativas por sobre aquellos no sepan adaptarse a la escena. b) El capital cultural objetivado, consiste en disponer de los medios de consumo de objetos culturales, en tener para sí mismo las disposiciones y conocimientos para la apreciación legitima de bienes culturales. c) El capital cultural institucionalizado, se entiende de manera similar a como se entiende el título de una propiedad intransferible, en donde se certifica un valor homogéneo para todos los que posean este capital, la manera más práctica de entender este uso, es observar la relación existente entre titulaciones académicas y las escalas de funcionarios (Martínez, 2014). (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005)
c) El capital social, corresponde a la suma de los recursos, ya sean reales o potenciales, de los que se hace acreedor un grupo o individuo, que le son propiciados por pertenecer a una red perdurable de relaciones más o menos institucionalizadas de mutua familiaridad y reconocimiento (Martínez, 2014) (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005).
d) El capital simbólico, corresponde a la forma que toman los distintos tipos de capital en tanto son percibidos y reconocidos como legítimos por los demás, es la forma que adquieren los capitales cuando son percibidos a través de categorías de percepción relacionadas a distintas jerarquizaciones en la estructura de la distribución de esta especie de capital. Este capital opera en la lógica de la distinción y sus derechos son más difusos, puesto que no están definidos o defendidos en instituciones políticas, sino más bien se vinculan directamente a la persona o a la posición social de esta (Martínez, 2014) (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005).

Por último, el concepto que juega un rol medular en la configuración de nuestra investigación, el de estrategia. Las estrategias dependen de la posición en el campo, visto tanto en la distribución de capitales específicos, como del punto de vista que tenga sobre el campo. El concepto se estrategia está íntimamente ligado a la lógica del concepto inversión, el cual es entendido en la teorización de Bourdieu como;

> "…*la propensión a actuar que nace de la relación entre un campo y un sistema de disposiciones ajustado al juego que propone, un sentido del juego y de lo que está en juego que implica al mismo tiempo una inclinación y una capacidad de jugar el juego, ambas por igual social e históricamente constituidas y no universalmente dadas".* (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005, pág. 177)

En este sentido, es el habitus el que racionaliza las operaciones de la práctica, las estrategias, al resolver las necesidades del presente inmediato con los esquemas heredados del pasado, estableciendo las potencialidades objetivas. El tipo de racionalidad que plantea Bourdieu no corresponde a un actor que actúa de manera racional, sino que más bien es un tipo de racionalidad socialmente limitada por las condiciones que produjeron el habitus, que se expresa economizando las respuestas de los agentes ante situaciones nuevas e inesperadas. Los sistemas de disposición se ajustan virtualmente al mundo social objetivo, de tal forma que el habitus genera posibilidades reales de acción. Sin ser enteramente racionales, los agentes son razonables. La racionalidad de las prácticas está acorde a un tipo de lógica que no es la de la lógica, más bien lo propio de ellas es la imprecisión y la improvisación (Bourdieu P. , 2004).

Bourdieu utiliza la noción de habitus en el sentido de que ésta informa sobre la existencia de una sistematicidad a lo largo del tiempo en un conjunto de prácticas que tienen una dirección o intencionalidad objetiva sin ser necesariamente asumida de una manera consiente. Lo que realiza no es descartar la intencionalidad de los agentes en sus prácticas, sino plantear que el habitus orienta objetivamente a las prácticas porque actúa identificando las oportunidades y restricciones que le son impuestas a los agentes. En este sentido, el habitus "gestiona" las estrategias de los agentes porque establece las potencialidades objetivas inmediatamente dadas en el presente inmediato (Bourdieu P. , 2007).

Lo posible e imposible está implícito en las condiciones objetivas e incorporado en el habitus en cual determina las expectativas subjetivas de los agentes, sin la necesidad de una toma de conciencia, "lo que se debe hacer" o "lo que se debe decir". Este ajuste, si bien es regular a lo largo del tiempo y regularizado por las condiciones que impone el habitus, no significa que excluya la inventiva de los agentes, los cuales son siempre capaces de improvisar limitadamente ante coyunturas nuevas (Bourdieu P. , 2004).

Representaciones sociales; instrumentos para interpretar la realidad.

Un concepto que entrega mucha utilidad a la hora de profundizar en las subjetividades de los agentes del campo de la salud, es el de representación social, el

cual ha sido trabajado tanto en la sociología como en la psicología. Como primera aproximación a este, nos detenemos en la definición que entrega Moscovici *"Por representación social se entiende la elaboración de un objeto social por la comunidad en torno a hechos o entidades culturalmente relevantes"* (Moscovici, 1995) En relación a lo planteado con anterioridad, en el marco del enfoque que se está trabajando en esta investigación, la caracterización social de los contenidos de las representaciones sociales tiene una estrecha relación con las condiciones de contexto en las cuales surgen, las comunicaciones mediante las cuales circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción de los agentes; "*Podemos decir que las representaciones se originan al interior de campos específicos y que es la estructura de relaciones objetivas entre posiciones de los agentes de campo la que (…) determina las formas que pueden tener de ellas los agentes del campo"* (Bourdieu P. , Creencias artísticas y bienes simbolicos. Elementos para una sociología de la cultura, 2003) En este sentido, la significación cultural de la vida social está dada tanto por la base material como por las ideas que existen, en un proceso en el cual ambas dimensiones se condicionan mutuamente generando múltiples resultados de acuerdo a las distintas posiciones en el campo.

Las representaciones sociales conforman el pensamiento de "sentido común" de los agentes, constituyendo de paso, la forma en la cual se aprehenden los sucesos de la vida cotidiana, las características del entorno, las informaciones y a las personas con las que se relacionan. Se dan en dos niveles analíticos tanto en los discursos como en las prácticas. (Menéndez E. , 2002). Son sistemas de valores e ideas que tienen como funciones ser instrumentos para interpretar la realidad, guiar las prácticas y orientar las relaciones sociales entre los sujetos. Todo grupo elabora representaciones sociales, las cuales funcionan como un sistema de referencias para sus integrantes. *"Las personas poseen diferentes sistemas de valores según el grupo al cual pertenecen, de modo que, frente a un mismo objeto de representación, grupos diferentes poseen representaciones sociales diversas de acuerdo a sus intereses, su posición ideológica, su bagaje cultural y la distancia que mantienen con el objeto"* (Moscovici, 1995).

Capítulo II. La salud cómo campo social; La posición del adulto mayor.

El constructo salud-enfermedad y su abordaje teórico.

Desde ya varias décadas que se sostiene que el significado del concepto "salud" es cambiante en relación al tiempo, puesto que este se construye y desarrolla en base a referentes históricos, sociales, filosóficos y médicos característicos de cada época y sociedad. En este sentido, se señala que *"el concepto de salud no es estático ni ahistórico, cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad… se reconoce hoy, desde diferentes perspectivas de análisis, que en cualquier sociedad la definición del término salud no es estrictamente biológica, sino primariamente social"*. (Bersh, 1987, pág. 28).

En el campo de los cuidados en salud, la hegemonía de las ideas se constituye en buena parte por la capacidad de dar respuesta y de "demostrar" superioridad en el plano tecnológico frente a otras formas de pensamiento de la salud-enfermedad. En este sentido, tomamos los planteamientos de Batinof, quien indica que las definiciones de salud/enfermedad están constituidas por lo menos por tres elementos fundamentales; a) una selección de problemas y fenómenos que afectan a grupos de población seleccionados, b) una enumeración de hechos, que en su contenido son asumidos como relevantes, suficientes y necesarios para describir los problemas seleccionados y c) una explicación, es decir la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los problemas. La concepción de salud de un determinado grupo de población es entendida como un conjunto de problemas de salud, descritos y explicados desde la perspectiva de un actor social; es decir, de alguien que decide una conducta determinada en función de esa situación (Batinof, 2011).

Las posiciones de carácter más tradicionales en salud, basadas principalmente en un enfoque biomédico, en el cual se exacerba el factor biológico, han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, los cuales ofrecen una mayor capacidad de comprender la complejidad real de los procesos determinantes de la salud, permitiéndonos acercarnos al entendimiento de las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y los grupos sociales. (Castellanos, 1998). Es así como se ha avanzado a una comprensión de la salud, abordada desde diversas disciplinas y perspectivas, concebida como un concepto complejo y multidimensional.

En la actualidad presenciamos una fuerte irrupción de miradas más multidisciplinarias de la salud destacando el enfoque biopsicosocial, el cual incorpora los aspectos psicológicos y sociales de las personas. Desde esta perspectiva, se promueven ideas más acordes a la mirada de los derechos humanos, tales como el respeto a la autonomía, la capacidad para poder ejercer los derechos ciudadanos y acceder a los bienes sociales. Estos valores se encuentran presentes en conceptos tales como el de inclusión, participación social y autodeterminación, orientado la intervención hacia un buen ejercicio de los derechos y un desarrollo integral, tanto emocional, físico y material (Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher, & Knight, 2007).

En este contexto, irrumpe con fuerza el enfoque de los determinantes sociales en la salud, esto es, "*las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel local, nacional y/o mundial"* (OMS, 2009), para dar cuenta que el acceso a servicios de salud institucionalizados no es ni el único, ni el más importante factor para enfrentar el problema de la salud pública.

Considerando lo anterior, es posible constatar que en el campo de los cuidados en salud no solo conviven distintas nociones relativas a la salud y la enfermedad, sino que además estas nociones no son necesariamente todas provenientes del ámbito científico, pudiendo provenir también desde distintas tradiciones culturales o espirituales, alcanzando o no niveles de sincretismo entre sí. En la actualidad existe una tendencia a repensar los conocimientos producidos por las distintas culturas sobre el proceso de salud-enfermedad, intentando romper así el excesivo eurocentrismo y el cientificismo imperante en la materia (Alarcón, Vidal, & Neira, 2003).

Para nuestra investigación es muy importante considerar las prácticas de cuidado de la salud realizadas en el ámbito familiar, para esto tomaremos la sistematización propuesta por Arteaga, quien entiende la atención de salud como un sistema cultural local, el que estaría compuesto por tres dimensiones que se superponen.

La primera de ellas, corresponde al sector profesional, aquí se encuentra el enfoque médico y las prácticas de psicoterapia, con esta dimensión identificamos el modelo hegemónico científico propiciado por las instituciones de salud, tanto privadas como públicas.

La segunda dimensión, corresponde a la medicina popular, en donde se consideran las prácticas y creencias de los mismos sujetos para el control de la

enfermedad, las cuales son ejecutadas de manera doméstica, en donde se funden creencias y conocimientos tanto de la medicina profesional como tradicional.

Por último, la tercera dimensión corresponde a la medicina tradicional, la cual varía de región en región y está ligada a la cultura propia o heredada de los sectores, en este sentido, corresponde a un concepto hueco que debe llenarse dependiendo las características propias de cada lugar, es así como en el caso de Chile corresponden a medicinas tradicionales aquellas que provienen de la cultura de campo y de las distintas etnias originarias (Arteaga, 2010).

La hegemonía del enfoque biomédico en las estructuras sociales de la salud.

Como ya ha sido mencionado, Bourdieu define los campos sociales como sistemas de relaciones de fuerza en donde los agentes dan luchas por legitimar sus posiciones actuales, así como por alcanzar nuevas y mejores posiciones.

> *"Se trata de espacios estructurados de posiciones, a los cuales están ligadas cierto número de propiedades que pueden ser analizadas independientemente de las características de quieres las ocupan, y se definen, entre otras cosas, definiendo lo que está en juego y los intereses específicos de los mismos"* (Bourdieu P. , Creencias artísticas y bienes simbolicos. Elementos para una sociología de la cultura, 2003).

En este sentido, al explorar la bibliografía disponible, nos percatamos que en el campo de la salud las atenciones formales están fuertemente determinado por una concepción hegemónica sobre la salud centrada en la biología individual, desde la cual se determina el espacio a través del enfoque que se ha denominado como biomédico, en el cual no existe mucha consideración al carácter social del fenómeno de la salud, sino que más bien se centra de manera individual en cada sujeto. El modelo hegemónico biomédico implica un fuerte asistencialismo médico, el cual determina las relaciones entre usuarios y efectores, quedando los primeros en una posición pasiva dependiente y los segundos en una posición de poder. (Grippo, 2006)

> "*La corporación médica, opera como intelectuales orgánicos de la clase dominante en la construcción de la hegemonía que se expresa en torno del sector salud, el médico es al mismo tiempo el principal agente del conocimiento… a través de relaciones y de instituciones legitimadoras de sus actos y discursos, dentro de un esquema corporativo, el profesional médico reproduce de forma contradictoria las concepciones sobre salud/enfermedad de forma positivista, desconociendo todos los aspectos sociales envueltos tanto en la definición como en la práctica de los cuidados de salud" (*De Sousa Minayo en Grippo, 2006).

Es importante mencionar que, dentro de la práctica profesional en salud, siendo los médicos los encargados de entregar los diagnósticos, es la figura de las enfermeras (os) las quienes gestionan los cuidados y asistencias a los pacientes (Estefano & Paravic, 2010).

Algunos estudios sobre el campo de la salud, indican que el modelo biomédico muchas veces no ejecuta el completo control y seguimiento de los procesos de enfermedad, quedando estos en manos de la capacidad estratégica de los involucrados, quienes a pesar de reconocer el poder hegemónico del médico y estar bajo la subordinación a la medicación, generan visiones críticas a partir de las experiencias tanto de los profesionales y su técnica como del sistema de asistencia y servicio del que hacen uso. (Grippo, 2006)

Sobre lo anterior, hay un punto importante que se desprende y va en el sentido de nuestra investigación, consistente en que los agentes reinterpretan el esquema de los que deberían ser sus comportamientos, de acuerdo al patrón biomédico dominante, usándolo de acuerdo a sus propios intereses inmediatos y concepciones particulares, trayendo por consecuencia que en el campo de la salud la mayor parte de las actividades referidas al proceso de enfermedad/atención se realizan a nivel del grupo doméstico y de micro grupos. Se trata de actividades de auto atención, las cuales muchas veces se realizan dentro de los propios hogares en función de los recursos y conocimientos con los que cuentan los agentes (Menéndez E. , 2002).

El mercado de la salud; privatización y mercantilización de las atenciones en salud

Desde otro ángulo, al enfocarnos en las instituciones que estructuran el campo de los cuidados en salud en Chile, observamos que desde las implementaciones de las reformas neoliberales en la décadas de los setenta, que las instituciones y la economía chilena ha venido experimentando una fuerte apertura hacía el mercado, de tal manera que muchos de los servicios básicos de salud que estaban proporcionados y garantizados por el estado, han sido sistemáticamente traspasados desde la esfera pública a la privada generando un cambio radical en la manera de concebir el rol del estado en las políticas pública (Olmos & Silva, El rol del Estado Chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar, 2010).

Anteriormente a estas reformas de corte neoliberal, entre los años 1952 a 1981, el sistema nacional de salud tenía cobertura universal a toda la población, al mismo tiempo que su acceso era gratuito y totalmente financiado por el estado. En el año 1981 el gobierno dictatorial del momento tomo una serie de medidas orientadas a la inserción en

el mercado del campo de la salud, las más relevantes entre ellas fueron; la fragmentación del sistema de salud nacional, la reducción considerable del gasto público, la implementación de los institutos de salud previsional (ISAPRES), la descentralización de la atención primaria y hospitalaria transfiriéndose está a la administración de los municipios y finalmente el establecimiento de cuotas de recuperación en los servicios de salud del sector público en el año 1986, vale decir, establecer la lógica de mercado en la salud pública. (Homedes & Ugalde, 2002).

En términos doctrinarios, la implementación de las políticas de salud de corte neoliberal, se identifica principalmente con las políticas impulsadas desde el Banco mundial y el Fondo monetario internacional, plasmadas en el "*Informe sobre el desarrollo mundial 1993; invertir en salud".* Este informe sostiene que las políticas impulsadas giraban en dos puntos fundamentales, en primer lugar, el fomentar la compatibilización de la administración de la salud con la doctrina neoliberal, principalmente a través del ejercicio de posicionarla dentro del ámbito de la inversión privada, dejándola solo bajo ciertas condiciones puntuales como tarea pública. Y, en segundo lugar, fomentar el ajuste de presupuesto fiscal, el cual implica disminuir el gasto público en salud como medida impulsadora de desarrollo (Laurell, 2011).

En la actualidad, las consecuencias de la privatización de los servicios de salud se traducen en la configuración de un mercado que entrega muy buenas oportunidades de renta cada año, el cual considera a las ISAPRES, las farmacias, las industrias farmacológicas y los empresarios de la salud y médicos (Benado, 2012) Generando, por otra parte, la exclusión de los grupos con menos capacidad económica de ciertos servicios de salud más elitistas. Según datos del *"Estudio de la Salud privada en Chile"* realizado en el año 2012, se observa que Chile es uno de los países en donde proporcionalmente más valor tienen los cuidados en salud del mundo. (Fiscalía Nacional Económica , 2012). Evidenciando que el capital económico que los chilenos poseen es un factor determinante en el acceso efectivo a los servicios de salud.

La salud en el caso de los adultos mayores

Tras una ardua revisión de la bibliografía disponible en relación a los adultos mayores, es posible constatar que desde la década de los sesenta que nuestro país viene experimentando un contiguo y acelerado proceso de cambio en su estructura poblacional, el cual a grueso modo se explica fundamentalmente por la alteración en las principales causas de enfermedad y muerte de sus habitantes (Aedo, 1996).

La transición demográfica, corresponde a un proceso de evolución de las características demográficas de la población, en donde se transita desde un estado inicial, caracterizado fundamentalmente por una alta tasa de natalidad y una alta tasa mortalidad, hacia un estado avanzado, en donde las tasas de natalidad y mortalidad decaen sostenidamente. Es así, como una población que predominantemente está constituida por personas jóvenes, en donde se puede observar un alto número de nacimientos al mismo tiempo que un alto número de muertes en edades tempranas, termina por modificarse continuamente hacia una sociedad en donde los nacimientos se ven fuertemente mermados y las muertes ocurren en edades mucho más avanzadas. De tal manera que en la medida en que más se intensifica este proceso, termina prevaleciendo más fuertemente la figura del adulto mayor (Szot, 2003).

Por su parte, el concepto de transición epistemológica funciona de forma complementaria al de transición demográfica, tomando por asunto principal el dar cuenta de las modificaciones en las causas de enfermedad y muerte de la población en la medida en que su estructura demográfica va cambiando. Del mismo modo que en la transición demográfica, la transición epistemológica oscila entre una fase inicial a una tardía. En la fase inicial, cuando predomina la población joven, se observa una predominancia de las enfermedades y causas de muerte de tipo infecciosas, traumatismos, envenenamientos y violencia, mientras que en la fase tardía, donde las personas viven una mayor cantidad de años, se encuentran expuestas durante un mayor periodo de tiempo a la influencia de factores de riesgo, prevaleciendo fuertemente las enfermedades de tipo crónicas, convirtiendo a estás en las principales causas de morbilidad y mortalidad (Szot, 2003).

De acuerdo a las cifras que se pueden obtener desde el Instituto Nacional de Estadísticas, se puede evidenciar con claridad cómo la población chilena viene experimentando fuertemente el fenómeno de una transición demográfica avanzada, es decir el aumento sostenido del número de personas mayores de 60 años. Las cifras indican que ya en el año 1982, el grupo etario de adultos mayores constituía el 5.8% de la población total, ya en el 2013 el porcentaje de población adulta mayor equivalía a un 16,7% de la población total (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Es importante considerar que no tan solo la cantidad relativa de adultos es la que ha aumentado, sino que al mismo tiempo se han elevado considerablemente las esperanzas de vida tanto para hombres como para mujeres, llegando a los 76 y 80 años respectivamente (INE, 2013).

En este escenario, se vuelve muy importante reflexionar sobre la calidad de vida en la vejes. Según estudios (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad

Católica de Chile, 2011), la calidad de vida para las personas mayores puede entenderse a través de cuatro conceptos clave.

En primer lugar, la especificidad, el cual indica que la calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

En segundo lugar, la multidimensionalidad, que nos indica que la calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal,salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socioambiental, redes de apoyo y servicios sociales. Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones. Desde esta vertiente, se entiende al adulto mayor como *"un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores"* (Fernández en Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

El tercer elemento corresponde a los aspectos objetivos, se trata de los aspectos observables que contribuyen al bienestar, como, por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

El último elemento corresponde a los aspectos subjetivos, como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

Desde las cifras oficiales propiciadas por la encuesta CASEN, en donde se abordan temáticas que conciernen a los adultos mayores, es posible hacerse una idea de

cuál es la realidad socio demográfica de Chile a este respecto. A continuación, se presentarán algunas de las cifras e indicadores que se han considerado más relevantes;

Al observar la pirámide poblacional de Chile hasta el 2013, se observa que un 16,7% de la población total de chilenos tiene más de 60 años, quienes en su conjunto conforman la categoría de adultos mayores. Sobre estos datos, se observa que un 42,7% de los adultos mayores son hombres y un 57,3% de ellos mujeres. Es importante destacar que mientras más avanzado es el tramo de edad, más preponderante es el porcentaje de mujeres en comparación al de hombres, llegando a doblar a los hombres en el tramo de personas mayores de 80 años o más, fenómeno que se explica principalmente porque el hombre adopta estilos de vida más perjudiciales para su salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Un dato muy relevante en el contexto de nuestra investigación, corresponde a aquel que nos habla del porcentaje de personas mayores que vive en pareja, arrojando que el 75,3% de los hombres adultos mayores vive en pareja y que tan sólo el 44,1% de las mujeres adultas mayores lo hace. En términos generales, el 57%5 de la población adulta mayor vive en pareja. En otro plano, es relevante destacar que el 60% de los adultos mayores ejerce el rol de jefe de hogar y este está ejecutado mayoritariamente por hombres. Tan solo el 11% de los adultos mayores vive solo (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

En cuanto a las ocupaciones y participaciones de los adultos mayores, es relevante destacar que tan sólo el 27,6% tiene una ocupación formal y que, por tanto, el 72,4% de esta población se encuentra inactivo. El motivo principal de la inactividad en los adultos mayores corresponde a una situación de jubilación, pensión o montepiado. Es importante mencionar que un 42,8% de los adultos mayores hombres trabaja y que de las mujeres tan sólo lo hace un 16,2% lo hace. En cuanto a la participación de los adultos mayores en organizaciones o grupos sociales, principalmente destacan aquellas agrupaciones de índole religiosas con un 9,9%, tanto como las juntas de vecinos 8,9% y las agrupaciones de adultos mayores 6,5%. (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

En relación a las cifras recientemente expuestas, es posible considerar que, en términos generales, por razones sociales, existen importantes diferencias apreciables en cuanto al sexo en la calidad de vida de los adultos mayores, haciendo de esta distinción un importante aspecto a la hora de profundizar en la vida que llevan, ya sea desde el enfoque de la dependencia, o cualquier otro.

La importancia de las redes sociales en la salud de los adultos mayores

Muchos estudios han demostrado que una gama de enfermedades suele ir precedida de acontecimientos vitales estresantes provenientes desde el núcleo familiar, en este sentido, por ejemplo, se ha demostrado la relación directa entre el estrés crónico y el aumento de los casos de faringitis estreptocócica (Mayer y Haggerty en Yurss, 2001. Pág 76). Se ha determinado que el suceso vital que produce mayor estres es la muerte del conyuge, repercutiendo directamente en la tasa de mortalidad. Por otra parte, el divorcio o separación de la pareja tambien incide en el aumento de la mortalidad por enfermedad. En el caso de la vejez, se ha demostrado que la mortalidad es más alta en aquellos sujetos que están aislados socialmente, argumentando la importancia que significa la familia sobre la salud de los mayores (Yurss, 2001).

En una sociedad en donde cada vez más se intensifica la prevalencia de individuos mayores, del mismo modo, cada vez más se vuelven relevantes las problemáticas relacionadas a las condiciones de vida y la salud de estos. Desde la literatura, se sostiene que el estudio de la vida, o la calidad de vida, de los adultos mayores, debe ser abordada desde las diversas dimensiones en las cuales esta está constituida, la salud, la educación, el trabajo, las actividades de tiempo libre, la situación económica, el entorno físico y social, la vida familiar, la vivienda, el vecindario, la comunidad, las condiciones de justicia y delincuencia, los medios de transporte y comunicaciones a disposición, la política y religión (Escobar, Puga, & Martín, 2008).

En el caso de los adultos mayores, se indica como factor de alta relevancia, el hecho de que a avanzadas edades se presenta una mayor probabilidad de que se pierdan, o se vean fuertemente mermadas las relaciones sociales, por diversas razones, ya sea producto de algunos sucesos característicos de esta edad, tales como la jubilación, la viudez, o por características personales, como la salud o la posesión de escasos recursos educativos. Por consecuencia, los adultos mayores, en general, cuentan con menores posibilidades de recibir el apoyo social necesario para enfrentar los diversos acontecimientos problemáticos propios de la vida cotidiana. Es posible observar en los estudios disponibles, que los adultos mayores que mantienen un pobre o nulo contacto con sus familiares, son portadores en su mayoría de algún tipo de patología psiquiátrica, llegando a caer, en casos extremos, en una condición de lo que se denomina como "muerte social", la cual es de sobremanera perjudicial para la salud tanto física como psicológica de los mayores, quienes incluso llegan a perder la conciencia de su propia existencia. Por el contrario, los mayores que poseen amplias relaciones sociales, tienen mayores probabilidades de sobrevivir, mostrando mejores resultados de salud y autonomía. Es así, como la amplitud de las redes sociales, la frecuencia de los contactos con amistades y la fuerza de la red familiar, operar como un escudo frente a la

discapacidad, frenando el progreso e incrementando el grado de recuperación (Rosero, Castro, Puga, & Glaser, 2007).

La definición de relaciones sociales; "*Hace referencia al conjunto de personas con las que interacciona el individuo, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas, y a las interacciones que se producen en dichos vínculos"* (Escobar, Puga, & Martín, 2008, pág. 638). Desde los estudios disponibles, se recalca la necesidad de diferenciar entre la estructura social y sus funciones, desplegando el concepto de "red social" para remitirse a los aspectos estructurales las relaciones sociales, comprendiendo el tejido de individuos con los que se tienen relaciones interpersonales y las características de los vínculos que se establecen, en términos de número de miembros, frecuencia de los contactos, diversidad de los vínculos, reciprocidad o intimidad. La integración social de los adultos mayores se produce mediante dos tipos de redes a grandes rasgos; las redes informales, las que comprenden vínculos con familiares y amigos, y las redes formales, de carácter más institucionalizado. Por su parte, la función de las relaciones sociales, o también entendido como apoyo social, hace referencia a las interacciones personales dentro de la estructura, al contenido relacional que estás proporcionan, apoyo instrumental, emocional, vinculación social, influencia social. Cabe mencionar que es posible que de una relación social se desprenda un contenido negativo hacía la persona también (Escobar, Puga, & Martín, 2008).

El rol del apoyo familiar en la salud de los adultos mayores

Las familias constituyen una red social de carácter informal, no obstante, esta es entendida como una red primaria, en donde el principal motivo en base al cual operan las relaciones es el afecto y el principal lazo que une a los miembros es el parentesco (Bonet, 2006)

A grandes rasgos, la familia es el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción tanto biológica como social de los seres humanos. Constituyendo la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie, en ese sentido, es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social. En este espacio, se satisfacen necesidades que se encuentran en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud, ya sean estás en tanto a lo biológico, psicológico y social. Desde la teoría se puede observar que la familia constituye la primera red de apoyo social que poseen los individuos a través de toda su vida, y que, por lo tanto, en términos generales, se reconoce que esta instancia ejerce las funciones de protección frente a las tensiones de la vida cotidiana. En este sentido, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus

daños, así como el más eficaz desde la percepción de los individuos en relación al contexto social (Louro, 2003).

Las familias pueden estar compuestas y definidas de diversas maneras, para el caso de nuestra investigación tomaremos la tipología propuesta por la CEPAL. El eje principal de esta tipología radica en la existencia o no de un núcleo conyugal completo (pareja, pareja e hijos) o incompleto (padre e hijo, madre e hijo) en torno a quien se declare como jefe de hogar. En este sentido, la constitución del núcleo conyugal queda definida por las relaciones de parentesco de los restantes miembros respecto del jefe de hogar. Los tipos de hogares y familias en esta definición son los siguientes;

a) Hogar unipersonal: hogar constituido por una persona sola, independiente de la presencia de servicios domésticos.
b) Familia nuclear biparental sin hijos: hogar que presenta un núcleo conyugal constituido por el jefe de hogar y su cónyuge, sin la presencia de otros miembros, tanto parientes, como no parientes.
c) Familia nuclear biparental con hijos: hogar que presenta un núcleo conyugal constituido por el jefe de hogar y su cónyuge, y uno o más hijos del primero. Sin presencia de otros miembros, ya sean parientes, como no parientes.
d) Familia nuclear mono parental con jefe hombre: hogar que presenta un núcleo conyugal incompleto, constituido por el jefe de hogar masculino y uno o más hijos de este.
e) Familia nuclear mono parental con jefe mujer: hogar que presenta un núcleo conyugal incompleto, constituido por el jefe de hogar femenino y uno o más hijos de este.
f) Familia extensa: hogar que puede presentar un núcleo conyugal completo o incompleto, más otros parientes del jefe de hogar. Sin presencia de miembros no parientes del jefe de hogar.
g) Familia compuesta: hogar que puede presentar un núcleo familiar completo como incompleto, que puede tener o no otros parientes del jefe de hogar, y que tiene otros miembros del hogar no parientes del jefe de hogar.
h) Hogar sin núcleo conyugal: hogar en donde no se conforma un nucleo conyugal, con presencia de otros parientes de jefe de hogar y/o no parientes del jefe de hogar. Este tipo de hogar se conforma por dos personas o más. (CEPAL , 2004)

Producto de la relevancia de la familia como recurso en la salud, se ha desarrollado un enfoque de atención sanitaria orientado a la familia, el cual viene a ampliar el enfoque biomédico tradicional, posicionándose desde la vertiente del enfoque biopsicosocial. Una de las premisas básicas de este enfoque consiste en afirmar que los diversos subsistemas (el biológico, individual, familiar, comunitario, etc.) mantienen

una relación de influencia recíproca, de tal forma que pueden afectar tanto a la salud, como a la enfermedad. A la luz de esta premisa, se desprende la idea de que una combinación de la atención individual con la familiar, volvería mucho más eficiente las intervenciones asistenciales. En este sentido, el foco principal de la atención sanitaria sigue siendo el paciente, sólo que desde esta mirada se incluye su contexto familiar, para ampliar a la persona en más dimensiones que influyen en su estado de salud. Desde este enfoque se entiende que la familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamientos relacionados a la salud, por lo tanto, son un importante recurso en el tratamiento de cualquier enfermedad. No obstante, es importante enfrentar las situaciones de enfermedad desde la triada paciente, familia y profesional sanitario (Yurss, 2001).

Capítulo III. El fenómeno de la dependencia.

El fenómeno de la dependencia.

Los cambios que se producen en la medida en que vamos envejeciendo, ya sean tanto de índole biológica como social, van haciendo a las personas mayores mucho más susceptibles de caer en condición de dependencia. Un número no menor de adultos mayores ven mermada su capacidad física, psíquica o intelectual, trayendo por consecuencia una reducción en su capacidad de autovalencia, generando la necesidad de ser asistidos por terceros, quienes los ayudan a enfrentar las distintas actividades más elementales de la vida cotidiana, como comer, cocinar, asearse, vestirse, usar el baño, o algunas otras de carácter más instrumental como, usar el teléfono, comprar, preparar comida, utilizar transporte, tomar medicamentos, administrar dinero, entre muchas más.

Para adentrarnos en esta temática, comenzaremos definiendo qué es lo que entendemos por autovalencia. Un adulto mayor autovalente es aquel capaz de realizar en forma autónoma las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

Es importante advertir que en algunos casos los adultos mayores pueden manifestar una perdida en la capacidad funcional más allá de lo explicable por su condición de salud. Este fenómeno se denomina “exceso de incapacidad” y se produce por dos razones; a) Un sistema sobreprotector en donde se trata a los adultos mayores como si fuesen incapaces de hacer cosas por sí mismos. b) Ciertas características ambientales de la vivienda y el entorno que imposibilitan el desempeño normal de los adultos mayores, por ejemplo, tener problemas de movilidad y vivir en una casa con escaleras (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

El concepto de autonomía, hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas y el derecho para tomar sus propias decisiones acerca de su propio plan de vida. Se opone al de heteronomía que es la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. Desde algunas vertientes más multidisciplinarias, se propone un modelo centrado en el respeto a la dignidad y derechos de las personas, cualquiera sea su situación de discapacidad o dependencia, haciendo principal hincapié en el principio de autonomía como base de la dignidad de los mayores, procurando proteger que las personas tengan derecho a mantener el control de su vida y puedan actuar con libertad (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

Por contraparte, la dependencia se entiende como *"la dificultad o incapacidad que padece una persona, que la obliga a solicitar ayuda de un tercero para poder realizar las actividades cotidianas"* (Puga en Superintendencia de salud, 2008, pág. 14), o, en otras palabras; "*un atributo que poseen las personas que consiste en tener la necesidad de una asistencia o ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria"* (Casado en Superintendencia de salud, 2008, pág. 14).

A grueso modo, la principal razón por las cual una persona puede poseer el atributo de la dependencia, corresponde a la falta o perdida la de capacidad física, síquica o intelectual. Existe consenso en entender que el concepto de dependencia se vincula poderosamente con las funciones sociales, incluso por sobre las funciones orgánicas, considerándose un problema ligado más a la esfera social que a la salud en sí misma. Es importante mencionar que la dependencia como fenómeno no es únicamente asociable a la vejez, puesto que esta condición podría presentarse en cualquier momento de la vida por diversas situaciones, la posesión de malformaciones congénitas, problemas de salud mental o como consecuencia de algún accidente en donde se pierden algunas capacidades (Superintendencia de Salud, 2008). No obstante, cualquiera podría caer en condición de dependencia, según las cifras oficiales (Ministerio de Desarrollo Social, 2013), es una temática fuertemente asociada a la vejez y al deterioro natural del curso lógico de la vida, y su importancia se intensifica sobre todo en una sociedad que cada vez se vuelve más adulta.

Es habitual que el fenómeno de la dependencia surja a raíz de una enfermedad o deficiencia en algún órgano o sistema del cuerpo humano, ya sea de índole congénita, traumática, inflamatoria, infecciosa o degenerativa. Es importante diferenciar la dependencia de la discapacidad, el término dependencia se utiliza cuando la discapacidad se prolonga en el tiempo volviéndose crónica y en donde además se vuelven necesarias intervenciones duraderas y el apoyo asistencial sistemático de un tercero, en cambio cuando la discapacidad puede sobrellevarse de manera autónoma, o la dependencia se acota a un lapso de tiempo determinado, se entiende que estas situaciones no corresponden a un fenómeno de dependencia. (SENAMA, 2009)

Desde los estudios y sistematizaciones propuestos por el ministerio de salud, la dependencia puede verse determinada por cinco factores;

a) Fragilidad, problemas de movilidad y enfermedades. En este caso, se entienden aquellas problemáticas asociadas al deterioro de alguno de los sistemas vitales del organismo, ya sea respiratorio, cardiovascular, o cualquier otro, generando una disminución en la capacidad física del afectado, en su movilidad, afectando por consecuencia la capacidad de enfrentar las actividades básicas e instrumentales de la

vida cotidiana. Aun cuando este tipo de deterioro está presente de manera natural en todos, se pueden observar profundas diferencias en las condiciones biológicas de los sujetos. Estos casos en buena medida están marcados también por el padecimiento de enfermedades crónicas, tales como la hipertensión arterial, diabetes, melitus, accidentes vasculares cerebrales, enfermedades respiratorias crónicas, Parkinson, demencia, artrosis, osteoporosis, etc.

b) Problemas de limitaciones sensoriales; principalmente aquellos problemas que implican una limitación en la capacidad de audición o visión de las personas mayores, en estos casos la capacidad de interacción con el medio tanto físico como social se ven afectados, complicando la capacidad de autonomía de la persona.

c) Consumo de fármacos; La fuerte presencia de enfermedades de cualquier tipo que se observan en la etapa avanzada de la vida humana, generalmente traen asociado un consumo de fármacos, los cuales a su vez pueden traer consigo efectos secundarios no deseados, tales como la confusión, deterioro cognitivo, efectos sedantes, los cuales tienden a aumentar la dependencia de los sujetos.

d) Factores psicológicos, los trastornos cognitivos asociados al padecimiento de demencias como el Alzheimer o los que se desarrollan tras sufrir accidentes cardiovasculares, son de los problemas que más severamente afectan en la dependencia de las personas mayores, puesto que limitan su capacidad intelectual y la capacidad que tienen de recordar, de comunicar y en definitiva de hacer acciones cotidianas. La depresión también en un fenómeno psicológico que contribuye significativamente a la dependencia, generalmente conlleva un fenómeno de aislamiento social, genera una visión negativa de uno mismo, fortaleciendo el deterioro cognitivo y funcional.

e) Factores ambientales; en este caso se hace alusión tanto al ambiente físico en donde vive la persona mayor, como a las actitudes y comportamientos de las personas cercanas que comparten el espacio. (MINSAL, 2009)

La relación entre la persona dependiente y su(s) cuidador(es).

Es esencial tener en consideración que el fenómeno de la dependencia a lo menos implica a dos actores, por una parte, aquel que se encuentra en la situación de dependencia y por otra, la persona que asume los cuidados de esta a quien se le denomina el cuidador. No obstante, la condición de dependencia de alguien puede involucrar a más personas, las cuales pueden intervenir de distintas maneras.

En la mayoría de los estudios oficiales sobre la dependencia se genera una relación de tan sólo dos elementos, el dependiente y el cuidador, principalmente son los

hijos(as), esposos(as) y nueros(as) quienes ejercen el rol de cuidador (SENAMA, 2009). Aun cuando es importante la figura del cuidador como aquel que asume la responsabilidad primeramente y acompaña a la persona dependiente, consideramos que es la familia en su conjunto la que se ve involucrada (Louro, 2003). Sobre este punto se articula una de las principales aportaciones de nuestra investigación, al configurar el análisis desde una perspectiva más amplia, que involucra en el enfoque a la familia en su conjunto.

Cuando las familias se encuentran repentinamente frente a la situación de algún pariente, ya sea padre, madre, abuelo, abuela, esposo, esposa, hermano, primo etc. fuertemente deteriorado, debe reaccionar para enfrentar la escena, viéndose muchas veces alteradas las configuraciones y comportamientos cotidianos, significando cambios en la manera en la cual estaban distribuidos los roles, pasando muchas veces los hijos o nietos a liderar las situaciones. Es importante considerar en este punto, que las condiciones materiales, recursos, o capitales desde la perspectiva de Bourdieu, influyen considerablemente en la gravedad que pueda significar tener un pariente dependiente, en este sentido, por ejemplo, cuando se cuenta con una casa grande en donde se puede recibir a alguien más, o contratar los servicios profesionales de enfermeras para el cuidado de los mayores, sin duda que el impacto sobre la calidad de vida del grupo familiar se ve diferentemente afectada según la posición social del grupo, pudiéndose generar distanciamientos y discusiones al interior del grupo familiar. (Domínguez, 1998)

Según losada y compañía, en su estudio sobre la temática de los cuidados informales, se indica que el hecho de cuidar de personas mayores dependientes, en particular cuando existe algún grado de demencia, suele asociarse a consecuencias negativas para la salud física y psicológica de los cuidadores. Se ha evidenciado que un significativo número de cuidadores padece de depresión o ansiedad, además existe en ellos una fuerte presencia en el uso de medicamentos y un mayor número de problemas crónicos de salud. Por otra parte, es significativo señalar que la función de cuidador no tan sólo afecta a su salud, sino que además en áreas importantes de la de la vida como el ocio, el tiempo libre y las relaciones personales. Es importante señalar que la escasez de los recursos de apoyo hacia los cuidadores convierte la situación de cuidados en un desafío altamente demandante para ellos, quienes muchas veces terminan manifestando niveles de malestar subjetivo y físico altos, los cuales, a su vez, impiden que puedan proporcionar los cuidados de una manera adecuada. (Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher, & Knight, 2007).

El panorama actual de la atención de la dependencia en Chile, mantiene a las familias como principales fuentes de apoyo a las personas mayores dependientes (SENAMA, 2009), estos deben ser considerados como un referente clave a la hora de

evaluar, diagnosticar e intervenir con las personas mayores que presentan una situación de dependencia, particularmente cuando esta está asociada a cuadros de demencia, accidentes cerebro-vasculares y enfermedades mentales, puesto que son ellos quienes tienen una relación más cercana y un acceso más directo a la persona mayor. Además, los cuidadores familiares disponen del conocimiento sobre la historia biográfica y los aspectos más personales de la persona dependiente, los cuales resultan de relevancia para los profesionales intervinientes, tanto en la evaluación de la persona mayor como en la planificación de las intervenciones que deban realizarse. El perfil de los cuidadores en general corresponde con mujeres que proporcionan ayuda de alta intensidad y gran duración, presentan bajos niveles de apoyo social, ingresos económicos escasos y nivel educativo bajo, no realizan actividad laboral formal y en muchos casos, consideran que no tienen otra alternativa que asumir personalmente el rol de cuidadoras, lo cual las ha llevado a tener que frenar o limitar su desarrollo y autorrealización personal. Estas características sitúan a estas personas ante un mayor riesgo de ocurrencia de consecuencias negativas para su bienestar mental y físico. (Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher, & Knight, 2007)

Los niveles de la dependencia y la forma en que se mide.

La dependencia puede presentarse en destinas intensidades, en casos más intensos, donde la persona necesita de asistencia y cuidado las veinticuatro horas del día, o en situaciones donde solamente se ve imposibilitado de realizar alguna de las varias actividades de la vida cotidiana, necesitando asistencia exclusivamente para enfrentar esa necesidad. La dependencia a la asistencia de un tercero puede ir agudizándose en el tiempo, siempre hacia más, puesto que la dependencia no se considera como tal en casos transitorios donde la persona es dependiente temporalmente mientras se recupera de una situación particular, por lo que en términos generales se considera la dependencia como un punto de llegada definitivo, generando la necesidad sistemática de una asistencia a largo plazo. (SENAMA, 2009)

La evaluación de esta esfera funcional en adultos mayores es de suma importancia, puesto que esta permite generar tratamientos y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de estos. Con este propósito es que hoy en día se utilizan escalas para poder conocer la situación basal de los mayores, determinar en qué condiciones se encuentra a través de información estandarizada, para poder así establecer tratamientos específicos e ir valorando la respuesta a estos. Por función se entiende la capacidad de ejecutar las acciones que componen el quehacer diario de manera autónoma, es decir, la manera deseada de ejecutar acciones tanto a nivel individual como social. (Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011)

En cuanto a lo metodológico de la medición de la dependencia hay dos aspectos importantes a considerar, en primer lugar, el qué se entiende por personas dependiente y en segundo, cuan dependiente es la persona. En la literatura al respecto, se encuentran dos herramientas clave a la hora de definir la dependencia, por una parte, las "Actividades básicas de la vida diaria" (ABVD) y por otra las que se denominan "Actividades instrumentales de la vida diaria" (AIVD). Aun cuando estas definiciones no son completamente estandarizadas en los criterios que involucran, se han adoptado en la mayoría de los estudios oficiales al respecto sin sufrir demasiadas modificaciones. (Superintendencia de Salud, 2008)

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y otros inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Son actividades universales, se realizan de alguna u otra forma en todas las culturas y no están diferenciadas por sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia. Se miden mediante la observación directa, siendo las escalas más utilizadas el índice de Katz, el indice de Barthel y la escala funcional de la Cruz Roja. (Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011)

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad especifica (hacer compras, preparar comida, realizar limpieza doméstica, manejo de finanzas, usar el teléfono, lavar ropa, utilizar medios de trasporte, gestionar medicación) Es decir, actividades que permiten la relación con el entorno. La principal limitación a la hora de medir esta variable consiste en la dependencia que presenta sobre otros factores como el sexo, la cultura, y las preferencias personales. La mayor utilidad de esta variable se encuentra en poder a través de ella predecir los primeros grados de deterioro en la capacidad de autovalencia. Los instrumentos que destacan para poder medir en este sentido corresponden a la escala de Lawton y Brody. Dentro de las actividades instrumentales de la vida diaria, existe una subdivisión que hace referencia a las actividades avanzadas de la vida diaria, las que valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportivas. (Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011)

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
Vestirse
Bañarse
Comer
Asearse
Levantarse de la cama y acostarse
Deambular (moverse dentro del hogar)
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
Utilizar el teléfono
Comprar
Cocinar
Limpieza del hogar
Lavar ropa
Utilizar medios de transporte
Gestionar la medicación
Llevar las cuentas

Fuente: Casado (2007:2)

(Casado en Superintendencia de salud, 2008)

Es importante mencionar que con el afan de validar nuestra investigacion adoptaremos las mismas herramientas de medicion que desde la mayoria de los estudios se utilizan, puesto que es la forma con la cual se ha venido trabajando la dependencia desde decadas, independientemente de los reparos que sobre estas se puedan hacer. Escapa a nuestras capacidades generar un instrumento de medicion propio, no obstante consideramos que esto no es un factor imposibilitante a la hora de cumplir con nuestros objetivos.

Así es como desde los años sesenta que se vienen diseñando instrumentos para poder medir la dependencia, las principales diferencias que se pueden observar entre ellos se encuentran en los siguientes puntos 1) las actividades de la vida diaria que deben considerarse, 2) el modo en que la falta de autonomía para realizar cada una de las actividades se suma para derivar en una medida global de dependencia y 3) el método de recolección de la información; ya sea de los mismos sujetos involucrados o por parte de los familiares que están a su cuidado. (Superintendencia de Salud, 2008).

Aun cuando se pueden identificar diversos instrumentos de medición de la dependencia, hay dos que resaltan por sobre el resto, estos corresponden al índice de Katz y al índice de Barthel. Cabe mencionar que estos índices son los que se utilizan en los diversos estudios oficiales que existen al respecto en Chile (Superintendencia de Salud, 2008).

El índice de Katz, fue uno de los primeros instrumentos diseñados para la medición de la dependencia. La hipótesis que subyace en esta herramienta, es que las funciones o actividades más esenciales para la supervivencia de los sujetos, como por

ejemplo comer, son las menos complejas, además son las primeras que se adquieren en la niñez y son las últimas en perderse en el proceso de envejecimiento, por el contrario, aquellas funciones más complejas y menos básicas para la supervivencia, como bañarse, se adquieren más tarde y se pierden más temprano. Este instrumento evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando las seis funciones básicas de la vida diaria ya presentadas (ABVD). Las personas se clasifican en uno de los ocho niveles de dependencia del índice, el cual oscila entre A; independiente de todas las funciones y G; dependiente de todas las funciones. Las funciones están ordenadas de manera jerárquica, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango. El orden es poder lavarse, vestirse, usar el retrete, movilización, continencia de esfínteres, alimentación. (Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011).

Índice de Katz.

Categoría de dependencia	Descripción
A	Independiente para comer, deambular, asearse, levantarse de la cama/acostarse, vestirse y bañarse.
B	Independiente en todas las actividades, excepto una, de las contempladas en A.
C	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse y otra actividad.
D	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse y otra actividad.
E	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse, asearse y otra actividad.
F	Independiente en todas las actividades contempladas en A, excepto bañarse, vestirse, asearse, deambular y otra actividad.
G	Dependiente en las 6 actividades.
Otra	Dependiente en al menos 2 actividades, pero no clasificable como C, D, E o F.

Fuente: Casado (2007:8)

(Casado en Superintendencia de salud, 2008)

El índice de Barthel por su parte, contempla diez actividades asociadas a las ABVD, de este índice no se desprenden categorías de dependencia, sino que entrega un ordenamiento de los individuos sometidos a evaluación, yendo desde la total dependencia 0 puntos, hasta la total autonomía 100 puntos. y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa). Algunos autores han propuesto el

punto de corte en 60 por encima del cual implica independencia. (Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011)

Índice de Barthel.

Actividad analizada	Puntos por ítem	
	Con ayuda	Independi
Comer	5	10
Levantarse de la cama y acostarse	5 – 10	15
Asearse (lavarse la cara, peinarse, afeitarse, etc.)	0	5
Utilizar el servicio	5	10
Bañarse	0	5
Desplazamiento dentro del hogar	10 – 0*	15
Subir y bajar escaleras	5	10
Vestirse (inckuye abrochamiento de zapatos)	5	10
Continencia urinaria	5	10
Continencia fecal	5	10

* Sólo si no puede andar.

Fuente: Casado (2007, pp. 9)

(Casado en Superintendencia de salud, 2008)

La dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo leve a lo severo, esto según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para la realización. Desde el ministerio de salud se ha categorizado la dependencia de una manera mucho más funcional, a través de tres grupos importantes, dependencia severa, dependencia moderada y dependencia leve, clasificación que está en todos los estudios oficiales y que utilizaremos para nuestros fines.

a) Por dependencia severa se entiende; todos los individuos con limitaciones funcionales severas que siempre necesitan ayuda, entiéndase todos los individuos postrados, aquellos que están confinados a una cama, todos los sujetos que presenten demencia en cualquier grado, todos aquellos que presenten alguna incapacidad para realizar alguna de las ABVD (excepto bañarse) o incapacidad para realizar dos de las AIVD. (SENAMA, 2009)

b) Por dependencia moderada se entiende; Aquellas personas que producto de alguna limitación funcional requieran asistencia siempre o casi siempre en los siguientes ámbitos: Incapacidad para bañarse, requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos ABVD, requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 3AIVD, incapacidad para efectuar una AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD. (SENAMA, 2009)

c) Por dependencia leve se entiende; aquellas personas con incapacidad para efectuar una AIVD, necesita ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD, necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos AIVD. (SENAMA, 2009).

Marco metodológico

Tipo de estudio

En términos metodológicos, el tipo de estudio se define de carácter exploratorio/descriptivo. El componente exploratorio está presente en tanto pretendemos iluminar cierta zona de conocimiento acerca de la dependencia en los adultos mayores poco estudiada, en este caso el cómo las familias, en tanto red, estructuran las estrategias para el cuidado de los adultos mayores dependientes y el cómo se vive en la práctica cotidiana esta realidad. El componente descriptivo está presente en tanto nos proponemos describir este proceso de estructuración de estrategias familiares, entender cuáles son los componentes que las constituyen y las lógicas que están de fondo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003). Por otra parte, en la literatura revisada fueron reveladas piezas claves acerca del enfoque de la dependencia. Estas piezas bibliográficas hicieron presuponer ciertas dimensiones a partir de las cuales fue llevado adelante el proyecto.

Tipo de diseño de investigación

Para el caso de esta investigación hemos seleccionado un diseño de carácter cualitativo debido a que es la alternativa más pertinente para llevar a cabo los objetivos propuestos. Este diseño *"busca describir que existe – en la realidad -, cómo varía en diferentes circunstancias y cuáles son las causas subyacentes. Intenta describir cómo las personas dan sentido a su entorno y de qué manera lo interpretan"* (Delgado, Fernández, Ferreira, & Mogollón, 2006, pág. 11).

Para entender el proceso de estructuración de estrategias familiares, la presente investigación debe adentrarse en el terreno de las subjetividades, ahondar en las concepciones de salud, enfermedad, dependencia, en las deliberaciones que sustentan los tipos de cuidado, entre otras más, por lo que este tipo de diseño se ajusta al tratar *de "comprender la complejidad y significados de la experiencia humana"* (Delgado, Fernández, Ferreira, & Mogollón, 2006, pág. 23)

El diseño de esta investigación, será de tipo no experimental y emergente. No experimental, ya que, si bien podemos identificar las variables centrales de nuestro estudio, éstas no serán manipuladas ni sometidas a distintas mediciones con el fin de encontrar posibles relaciones entre ellas. Por el contrario, se intentará conocer cómo se articulan en torno a un relato que expresa el proceso de estructuración de estrategias por parte de las familias. Emergente, puesto que consiste en un diseño flexible que, a lo largo de la investigación, sabemos podría verse alterado, sobre todo, luego del comienzo del trabajo de campo (Valles M. , 1998).

Por último, se trata de un diseño de corte transversal, que no precisa de distintos acercamientos a su objeto de estudio a lo largo del tiempo para poder observar, por ejemplo, el cómo ha cambiado. Nuestra investigación se desarrollará por medio de algunas aproximaciones bien orientadas y realizadas durante un tiempo estimativo determinado según la técnica de producción de datos a emplear.

Universo y muestra

La muestra es una de las etapas substánciales para cualquier investigación cualitativa, puesto que los resultados dependen en gran medida de esta (Delgado, Fernández, Ferreira, & Mogollón, 2006). Tomando en consideración las reflexiones de Valles para el muestreo cualitativo (Valles M. , 1998), una de las primeras decisiones que debemos tomar corresponde a selección del contexto, para a través de él dar paso a la selección de los casos individuales. Para el caso de nuestra investigación, el contexto corresponde a los grupos familiares, en cuanto redes de apoyo, que brindan cuidados de salud a adultos mayores que presentan un alto grado de dependencia, por lo que necesitan ser asistidos constantemente. La familia constituye la primera red de apoyo social que poseen los individuos a través de toda su vida, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz desde la percepción de los propios individuos (Louro, 2003). En el campo de los cuidados en salud la salud la mayor parte de las actividades referidas al proceso de enfermedad/atención se realizan a nivel del grupo doméstico. Tratándose de actividades de auto atención que se realizan dentro de los propios hogares en función de los recursos y conocimientos con los que cuentan los agentes (Menéndez E. , 2002).

Se trabajará en base a un muestreo no probabilístico de tipo intencional guiado por criterios extraídos desde la bibliografía estudiada. El diseño de la muestra nos permitirá seleccionar “un conjunto de unidades del universo de estudio de acuerdo a determinados criterios que el investigador considera relevante en función de sus objetivos de investigación” (Sautu, Boniolo, Dalle, & & Elbert, 2005). Cada unidad de muestreo será seleccionada a través de los criterios que serán determinados considerando su potencial de información en relación a nuestro objetivo general (Martínez-Salgado, 2012).

Las unidades de muestreo serán seleccionadas según criterios de representatividad del discurso y los significados (Fernández de Sanmamed, 2006), es decir, tratando de representar cada una de las posiciones que componen la realidad de las familias que tienen a su cargo adultos mayores dependientes severamente, considerando que cada entrevistado se relaciona a una clase o categoría, entendida como una posición

y una perspectiva especifica en una estructura (Canales, 2006). Es muy importante destacar que algunos de los criterios que se incorporan en el diseño de nuestra muestra corresponden a categorías ya utilizadas en investigaciones anteriores relativas al mismo tema, las que por cierto han tenido una principal importancia al momento de orientarnos en la construcción de nuestro problema, alguna de las investigaciones que han inspirado la nuestra corresponden a: (SENAMA, 2009), (Yurss, 2001), (Louro, 2003), (Trigas, Ferreira, & Meijide, 2011).

Según los fines de nuestra investigación la muestra se conformará a partir de los siguientes criterios que han de cumplir, según sea el caso, las unidades de muestreo;

En primer lugar, señalar que el criterio más importante consiste en pertenecer a la red de apoyo familiar de un adulto mayor dependiente severamente.

El grado de dependencia que posea el adulto mayor asistido también constituye un criterio importante, cabe señalar que el concepto de dependencia está definido de manera estratificada en tres niveles, dependencia leve, moderada y severa, no obstante, nuestra investigación está orientada a los casos de mayor gravedad solamente, es decir aquellos de dependencia severa.

Por otra parte, consideramos importante considerar el factor socioeconómico, separando en familias que posean un alto capital económico, por una parte, y otras que posean un bajo capital económico.

El criterio geográfico de nuestra investigación se acota a la quinta región de Valparaíso y la octava región del Biobío, puesto que de esta forma reducimos el campo de estudio a uno abordable en relación a los recursos de esta investigación.

Finalmente consideraremos el criterio del volumen de red de apoyo familiar, haciendo relación a la cantidad de personas con la que efectivamente están involucradas en los cuidados del adulto mayor.

El cómo están definidos estos criterios en detalle y los criterios que hemos decidido no incorporar a nuestro estudio, en términos de criterios de inclusión y exclusión serán presentados a continuación;

Ya en nuestro marco teórico hemos presentado los argumentos que nos hacen considerar la importancia de la red familiar como factor en la salud de los adultos mayores. En este sentido, dividiremos a familias en aquellas que constituyan una red de apoyo extensa en cuanto a sus integrantes, de otras que representaran una red de apoyo precarias en cuanto a la cantidad de integrantes (Louro, 2003) (SENAMA, 2009). Esta dimensión se vincula con el capital social de Bourdieu, quien lo define como la suma de

recursos, ya sean reales o potenciales, de los que se hace acreedor un grupo, por el hecho de pertenecer a esta red perdurable de relaciones (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005).

En consecuencia, agruparemos a las familias en dos grupos, a) *las redes de apoyo familiar extensas*, en donde es posible observar que las actividades domésticas diarias de los cuidados de los adultos mayores son divididas por lo menos por tres miembros, y, además, existen otros miembros que aportan de manera económica, participando ocasionalmente en los cuidados o visitas. Por contraparte, agruparemos a b) *las redes de apoyo familiar precarias*, es decir aquellas en donde las actividades domésticas diarias de los cuidados recaigan principalmente en un familiar, el cual puede estar apoyado por otros, pero sin dejar de ser quien carga con la mayor parte de la responsabilidad y los costos asociados a los cuidados, esto implica un máximo de tres familiares que intervienen en los cuidados domésticos de algún mayor.

En el contexto de un sistema de salud altamente mercantilizado, sin duda para las familias el factor económico marca diferencias importantes en cuanto a las posibilidades de cuidados en salud a los cuales acceder. Se vuelve muy importante para nosotros poder captar en nuestra muestra la diferenciación social de las familias en distintas clases.

En este sentido, a través del grado de inversión económica en salud, o en palabras de Bourdieu, el grado de capital económico invertido en los cuidados de salud, agruparemos a las redes familiares en dos grupos, aquellos que pertenecen a un grupo *con alto capital económico invertido en cuidados de salud* (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005), es decir, que cuenten con servicios privados de enfermeras, atenciones de médicos, ambulancias, cuidadores, que sea usuario del sistema de salud privado, pudiendo sobrellevar cómodamente los gastos asociados a los cuidados. Por contraparte, los grupos familiares con un *precario capital económico invertido en salud*, es decir, que pertenecen a una situación socioeconómica vulnerable. Estas familias serán contactadas a través programa de *Seguridades y oportunidades* del FOSIS, a través de gestiones con la Ilustre municipalidad de Penco, quienes nos facilitaron el contacto con familias vulnerables que tienen a su cuidado un adulto mayor dependiente severamente, y que se tratan en el servicio público.

Basándonos en la bibliografía revisada observamos que los distintos grados de déficit en la autonomía de los mayores repercute de distintas maneras en el grupo familiar, en la medida en que la condición de dependencia se agudiza, se asocian mayores complicaciones para el grupo familiar (Yurss, 2001). Son varios los esfuerzos que se han realizado por conceptualizar y medir los grados de dependencia, para el caso

de nuestra investigación adherimos a las definiciones del ministerio de salud, puesto que se ha categorizado de una manera mucho más funcional, además de la ventaja que nos significa que esta clasificación sea la que se utiliza en los diversos estudios oficiales de gobierno sobre la temática. En consecuencia, por dependencia severa entenderemos a; todos los individuos con limitaciones funcionales severas que siempre necesitan ayuda, entiéndase todos los individuos postrados, todos los sujetos que presenten demencia en cualquier grado, todos aquellos que presenten alguna incapacidad para realizar alguna de las ABVD (excepto bañarse) o incapacidad para realizar dos de las AIVD. (SENAMA, 2009).

Como criterio excluyente, por razones prácticas de recursos y capacidad humana, nuestra investigación se acota a familias de la región de Valparaíso y de la región del Biobío, se procurará entrevistar solamente a aquellos grupos familiares de características urbanas, dejando de lado a aquellas familias que vivan en la ruralidad.

Es importante indicar que independientemente de cómo esté configurada la familia, procuraremos acceder al familiar que maneje de mejor manera la información acerca de los cuidados que se imparten en el hogar, en este sentido se vuelve un criterio excluyente el no compartir el hogar con el adulto mayor dependiente. Para el caso de nuestra investigación la figura del cuidador no adquiere relevancia particular, puesto que el interés está puesto en conocer las dinámicas familiares.

Algunos de los criterios presentes en otras investigaciones sobre los adultos mayores que hemos decidido no incorporar en el diseño de nuestro estudio corresponden a: edad, nivel educacional, zona de residencia urbano/rural, trabajo e ingresos, participación social. El criterio de la edad no ha sido incorporado, en primer lugar, porque al hablar de adultos mayores estamos haciendo referencia a sujetos mayores de 60 años, por otra parte, la pérdida de autonomía responde a situaciones particulares que escapan a la edad, en donde no necesariamente los casos más graves se relacionan con las edades más avanzadas, por lo que estimamos que, aun cuando, ciertamente sería útil generar un estudio que abarque a los adultos mayores en estrados más específicos de edad, ese ejercicio tendría más sentido en una investigación que tenga la capacidad de abarcar a más población de estudio. En cuanto al nivel educacional y la situación previsional de los adultos mayores, consideramos que aun cuando su relación con la calidad de la salud en la vejez está bastante demostrada, escapa al eje central en el cual está centrada nuestra investigación, decidiendo en base a un criterio metodológico dejar de lado estos indicadores para así enfrentar directamente el objeto de estudio. En el mismo sentido, entendemos que sería valioso desarrollar el factor de la zona de residencia, en términos de rural y urbano, pero por un asunto de abordar de la manera más eficiente nuestro objeto enfocaremos no consideraremos esta distinción. El trabajo y

la participación social como criterios quedan fuera para nosotros puesto que en los grados más avanzados de dependencia las personas quedan imposibilitadas de realizar estas actividades, por lo que son dimensiones que nos prestarían mucha utilidad. Es importante señalar que independientemente que estos criterios no configuren directamente el marco muestral, están incorporados en la pauta de entrevista como valiosos elementos a considerar.

En definitiva, nuestra muestra quedara conformada por familias urbanas que habiten tanto la región de Valparaíso como la del Biobío, que sean parte de la red de apoyo para la asistencia en los cuidados de algún adulto mayor dependiente severamente, diferenciados por la extensión del grupo familiar y por la inversión de capital económico en la asistencia de salud de los adultos mayores. El tamaño muestral se definirá, primero, según los criterios de muestreo y, luego, por los criterios de saturación, que nos indica que la recogida de la información finaliza cuando esta última deja de aportar aspectos importantes al problema de investigación y por criterios prácticos, en cuanto al tiempo asignado para realizar la presente investigación. En este caso el tamaño muestral, a diferencia del muestreo cuantitativo que busca una representación estadística, el muestreo cualitativo más que una generalización, busca que el objeto de un estudio se pueda entender mejor, en cuanto a sus significados, con el desarrollo de conceptos (Valles M. , 1998).

Matriz de Muestreo

Familiar perteneciente a red de apoyo de un adulto mayor dependiente severamente	**Tipo de inversión de capital económico**	
	Alta	Baja
Extensión de la red de apoyo familiar		
Extensa	**2**	**3**
Precaria	**2**	**3**

- Universo: Redes de apoyo familiares que asistan en los cuidados de salud de un adulto mayor dependiente severamente.

- Muestra: Redes de apoyo familiares urbanas que asistan en los cuidados de salud de un adulto mayor dependiente severamente tanto en la región de Valparaíso como del Biobío.

Técnica de producción de datos

Para describir como las familias estructuran sus estrategias familiares para los cuidados de un adulto mayor dependiente se utilizará la entrevista en profundidad. A partir de este tipo de entrevista se articula una particular relación de conocimiento entre el investigador y el/los entrevistados, la que se caracteriza por ser dialógica, espontanea, concentrada y de intensidad variable (Gaínza, 2006). Así, podemos acceder a las dimensiones simbólicas y motivacionales que se movilizan en cada uno de los entrevistados, todo eso por medio de sus palabras y del modo en el que se desenvuelven en el contexto de la entrevista.

En el mismo sentido, la estrategia a utilizar será la entrevista no estructurada, en la cual el investigador no dirige la conversación durante todo el momento a partir de una pauta definida, sino que sólo ofrece los estímulos necesarios para orientar esta conversación según los objetivos propuestos, así los entrevistados pueden hablar con naturalidad y profundidad en base a preguntas más libres y abiertas (Gaínza, 2006). Esto es fundamental, ya que buscamos que los entrevistados compartan un proceso de deliberación de decisiones y estructuración de acciones en base a creencias, cuestión que involucra dimensiones de la vida personal de cada uno de ellos, como las dificultades que han experimentado, el funcionamiento de su propio grupo familiar, por ejemplo.

Según esto y a partir de los objetivos de nuestra investigación, se ha elaborado una pauta temática que guiara las entrevistas.

Técnica de análisis de datos

El análisis de los datos obtenidos se realizará por medio del análisis de contenido, el cual constituye una técnica para la interpretación tanto de, textos, entrevistas, discursos y documentos. El análisis de contenido se basa en la lectura como instrumento de recogida de información, lectura que a diferencia de la lectura común debe realizarse siguiendo cierta sistematización. La característica fundamental del análisis de contenido, que la distingue de otras técnicas de investigación sociológica, es que se trata de una técnica que combina intrínsecamente la observación y producción de datos y la interpretación o análisis de estos mismos. Todo contenido de texto puede ser interpretado de una forma directa y manifiesta, o bien de una forma soterrada de su sentido latente. Por tanto, se puede percibir de un texto, el contenido manifiesto, obvio, directo que es representación y expresión del sentido que el autor pretende comunicar. Todos los datos expresos, los que el autor quiere decir, como os latentes, lo que sin pretenderlo toman sentido y pueden ser captados dentro de un contexto. El contexto es un marco de referencia que contiene toda esa información que el lector puede conocer de antemano, o inferir a partir del texto mismo, para captar el contenido y significado de tpdp lo que dice el texto (Andréu, 2000). En este sentido, texto y contexto son dos aspectos fundamentales en el análisis de contenidos. *"El análisis de contenido es una técnica de investigación para formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto"* (Andréu, 2000, pág. 3).

Nuestro análisis de contenido se realizará siguiendo los pasos estipulados en (Andréu, 2000), quien determina que existen cinco componentes clave del análisis de contenido.

- Determinar el objeto o tema de análisis.
- Determinar las reglas de codificación.
- Determinar el sistema de Categorías.
- Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización.
- Generar inferencias.

Calidad de diseño

Esta se fundamenta en las tres categorías propuestas por Valles: credibilidad, transferibilidad y dependencia. En primer lugar, la credibilidad se relaciona con el uso

de las técnicas de producción de datos en función con los objetivos de la investigación. En nuestro caso, hemos seleccionado la técnica de la entrevista en profundidad y de tipo no estructurada, teniendo siempre presente que debemos conseguir las condiciones necesarias para que las y los familiares entrevistados puedan relatarnos las distintas reacciones que en su grupo familiar han acontecido. Por su parte, la transferibilidad se consigue con el muestreo, el cual está orientado a la representación de las posiciones que integran y se relacionan en el espacio de la dependencia; por eso se han seleccionado y elaborado cuidadosamente cada uno de los criterios del muestreo. Finalmente, la dependibilidad se refiere a la revisión o auditoria externa que se haga de la documentación tanto utilizada como obtenida de la investigación (Valles M. , 1998). Este último criterio de calidad no será cumplido en un cien por ciento, sin embargo, cada una de las etapas de esta investigación han sido acompañadas de un trabajo de asesoramiento y comentarios grupales, en el cual hemos nutrido y revisado constantemente nuestro proyecto.

Plan de trabajo.

		2016				
	Actividades	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**
Preparación del Trabajo de Campo	Preparación y propuesta de investigación	Semana 1				
	Trabajo en Marco Teórico y Metodologíco	Semana 1, 2 y 3				
	"Prueba de aplicación De entrevista	Semana 3				
	Revisión de conceptos y de entrevista	Semana 4				
Trabajo de Campo	Realización de Entrevistas		Semana 1, 2,3,4			
	transcripción de los datos			Semana 1, 2 y 3		
Análisis de Datos obtenidos	Analisis de los datos			Semana 4	Semana 1, 2 y 3	
	Redacción del informe final				Semana 4	Semana 1 y 2
	Presentación de resultados					Semana 3

Condiciones éticas.

Para asegurar la tranquilidad y la honestidad de cada uno de los familares durante el transcurso de las entrevistas: Verificaremos que la participación de los familiares en las entrevistas esté acordada bajo un consentimiento informado, en el cual se expongan las condiciones y garantías necesarias para el desarrollo de la investigación. Además, por medio de este mismo consentimiento informado, resguardaremos el anonimato de todos los informantes que participen en la investigación. Es por esto que, al momento del análisis, se utilizaran nombres ficticios para reseñar o citar extractos de las entrevistas.

Asimismo, esclareceremos oportuna y claramente los fines de nuestra investigación, de modo que no surjan malos entendidos o consecuencias imprevistas. Esto mismo, permitirá que las líneas temáticas centrales de la entrevista puedan ser conocidas por los familiares entrevistados.

Por último, procuraremos los medios necesarios para dar a conocer los resultados de nuestra investigación a cada uno de los familiares participantes.

Análisis

En este apartado serán analizadas las entrevistas realizadas a representantes clave de diez redes de apoyo familiares que tienen a su cuidado algún adulto mayor dependiente severamente. Cómo ya ha sido presentado, nuestra muestra esta estructurada en base a dos criterios clave, por una parte, el nivel de capital económico, diferenciado en capital económico alto CEA y capital económico bajo CEB, y, por otra parte, el nivel de capital social, diferenciado en, redes de apoyo familiar con un nivel de capital social alto CSA y redes de apoyo familiar con un capital social bajo CSB, desplegando de su conjunción cuatro tipos de grupos familiares distintos:

1) CEA-CSA, Beatriz de 45 años y Victoria de 67 años.

2) CEA-CSB, Chary 55 años y Raquel de 57 años.

3) CEB-CSA, Claudia 20 años, Carmen 47 años y Mirta 45 años.

4) CEB-CSB, Pamela 40 años, Javiera 40 años y Teresa

Según la técnica de análisis de datos detallada en el marco metodológico, aplicaremos un análisis sociológico de contenido a nuestras entrevistas, esto con la finalidad de entender a través del discurso de los mismos familiares, en relación con la los elementos teóricos presentados, el cómo estos estructuran sus estrategias de cuidados en la salud de los adultos mayores dependientes. Este análisis será presentado en base a cuatro ejes, por una parte, la relación entre la estructuración de estrategias y las estructuras sociales del campo social de los cuidados en salud, en segundo lugar, la relación entre la estructuración de estrategias familiares de cuidados de la salud de adultos mayores y la constitución de la red familiar, en tercer lugar, el cómo son transmitidas estas estrategias, es decir, de donde provienen los elementos que la constituyen, y finalmente, el cómo se trasforman estas las estrategias.

Algunas entrevistas han sido modificadas para facilitar la comprensión de las mismas.

La relación entre las estrategias familiares y las estructuras del campo social de los cuidados en salud.

Una buena forma de introducirnos al análisis de esta relación, es considerando el marco referencial propuesto por Facundo Arteaga, quien sostiene que las atenciones en salud están constituidas en tres dimensiones; la medicina profesional, la medicina tradicional y la medicina popular (Arteaga, 2010). Al contrastar los elementos que componen esta distinción con los relatos de nuestros entrevistados, en primera instancia, podemos distinguir claramente la fuerte influencia del enfoque medico profesional por sobre las prácticas de atención y cuidado impartidas por los familiares. La prioridad que estos le entregan a la dimensión medico profesional es evidenciada al observar como realizan insistentes esfuerzos por conseguir vincularse, y adaptar sus estrategias, a los lineamientos ofrecidos en este tipo de instituciones;

---*"…yo por lo menos no, o será que soy catete, pero no he tenido problema, porque como le digo, las veces que yo he llamado he tenido respuesta, he ido al hospital también, me he contactado con la persona de postrados, hemos tenido conversaciones, hemos acordado bien, me dice tal fecha le parece y tal fecha ellos llegan, el horario no, porque el horario, yo no puedo disponer del horario de ellos, y el día que ellos toquen la puerta yo voy a estar acá, así que gracias a dios se me han abierto puertas" (Carmen, 47 años).*

El modelo biomédico, presente tanto en la atención de los médicos como de las enfermeras, genera un interés primordial en la pretensión de los familiares, en esta lógica, invierten muchos de sus recursos, ya sea su tiempo o su dinero. Este tipo de atenciones están marcadas por un fuerte asistencialismo, determinando las relaciones a una dinámica de usuarios y efectores, remitiendo a los primeros a una posición pasiva y a los segundos a una posición de poder (Grippo, 2006). En este contexto de desigualdad, se entiende el por qué las familias están presionadas a tomar un rol activo en la gestión de las atenciones;

--- *"…viene kinesiología, enfermeras, doctores, pero cada dos veces al año, eso es lo que yo reclamo, y antiguamente como no venían yo tenía que llevarla y ahí se me complicaba, pero llegaba igual al consultorio pedía hora y la llevaba cada vez que necesitaba, pero después ya no pude más y ahora tengo que esperar a que venga el doctor, hoy hablo con la enfermera y digo sabe que necesito un cuidado extra de que venga el doctor, porque a todo esto mi mama tiene un problema en un pulmón porque mi papa era fumador, y por eso tiene que estar con inhalador permanente, tiene Alzheimer, epilepsia, problemas al corazón, tiene la presión alta" (Mirta, 45 años).*

Es importante considerar que, en el contexto de adultos mayores dependientes severamente, la gran mayoría de las atenciones de médicos y enfermeras deben realizarse en los hogares de los pacientes, esto por varias razones. La primera, corresponde a que para los familiares les es muy difícil poder movilizar a los mayores

por el delicado estado de salud en que se encuentran, incluso en los casos más agudos podría tratarse de personas deshuesadas. Por otra parte, pudimos constatar desde los relatos de las familias con bajo capital económico, que la carencia de dinero necesario para movilizar a un adulto mayor, ya sea tener vehículo propio o contratar algún servicio privado de traslado, constituye una limitante a la hora de concurrir a algún establecimiento de servicios de salud, entendiendo además que la locomoción pública no tiene las características mínimas necesarias para trasladar a personas en esta condición. Finalmente, un importante factor a considerar, corresponde al hecho de que muchas las familias cuidadoras están reducidas tan sólo a una mujer que cuenta un apoyo muy bajo de los demás miembros, llevándose toda la responsabilidad del cuidado, las cuales, por razones prácticas de envergadura física, se ven imposibilitadas de poder levantar a los mayores dependientes gravemente, quienes pocas veces tienen la capacidad de desplazarse por sus medios y llevarlos a un establecimiento de salud;

--- *"…hace no mucho que vinieron a tomarle exámenes, todos sus controles son a la casa, si necesito doctor, nutricionista, exámenes, todo a domicilio, porque yo no la puedo sacar, ella no coordina los pasos y yo no podría levantarla" (Pamela, 40 años).*

En esta búsqueda de recursos de salud llevada por las familias, sobre todo en aquellos familiares que se encuentran en una situación vulnerable socioeconómicamente, se observa que no solamente estos recursos gestionados a través de él servicio público de salud, sino que además, incorporándose a una serie de programas y agrupaciones sociales destinadas a ayudar a familias en esta situación, destacando los servicios de asistencia social de los municipios, las juntas de vecinos, agrupaciones de familiares de postrados, diversas agrupaciones del adulto mayor, es así como a través de la vinculación y la participación activa en reuniones, logran obtener una serie de recursos, servicios e instrucciones de cuidado;

---*"…yo me he incorporado a programas donde me ayudan con los pañales, donde me cooperan, tengo que rebuscármelas por que no puedo salir a trabajar… los del programa de adultos mayores, de los postrados, del hospital, las asistencias sociales del hospital, me ha servido mucho, no soy de andar lloriqueando en las municipalidades, pero trato de acercarme donde más pueda" (Pamela, 40 años).*

Cabe destacar, que las gestiones para solicitar estos diversos beneficios ofrecidos, amerita para las familias una fuerte insistencia en aquello, siendo muchos procesos de búsqueda de este tipo fallidos, principalmente por la burocracia de las instituciones, o por la falta de tiempo para seguir dedicando a esta función de los cuidadores;

--- *"…incluso la vez que fui a preguntar no me supieron indicar y me pelotearon por todos lados, porque se supone que te daban un curso, pero así muy cortito para la gente*

que cuidaba adultos mayores y además te pagaban mensualmente no se po´, así como veinte lucas, por parte del gobierno como cuidador, pero mira me pelotearon tanto, fui tantas veces, que dije ya chao" (Beatriz, 45 años)

Cuando las tareas de cuidado del adulto mayor de una red familiar muy precaria, una o dos personas a cargo de los cuidados, el tiempo libre a disposición es escaso, viéndose dificultados de participar en las distintas ayudas asistenciales, no pudiendo en definitiva conectar con algunos de los recursos ofrecidos.

Por otra parte, según el relato de los familiares más vulnerables, estas asistencias sociales no solucionan por completo las expectativas o necesidades que estos poseen, sino más bien disminuyen el peso, principalmente económico, que los cuidados ameritan. Un buen ejemplo para observar esta situación corresponde a la demanda de pañales, puesto que es un bien que se necesita en abundancia, constantemente, y tiene un valor muy alto en el mercado;

--- *"…donde va a la reunión mi abuelita, le dan un paquete de pañales, porque la he visto llegar con eso, pero no es suficiente, de la pensión que gana mi abuelo hay que gastar mucho más* (Claudia, 20 años).

---*"…dime una cosa le dije yo le dije a mi hermana, cuantos pañales se le cambian a mi mama al día…sabes lo que cuesta un paquete de pañales, tú no sabes todo lo que gasta mi hermana, la plata de mi mami se gasta toda en ella, y mi hermana está gastando más de la plata de ella para darle a mi mama, que "anda a comprar una posta para hacerle una sopita de posta a la mama, una pechuguita deshuesada, eso es gasto les dijo, entonces, porque mi mami ya no está comiendo de lo que nosotros comemos, a ella hay que hacerle cosas especiales, no es que coma mucho, pero si hay cositas que se consumen en ella y todo va sumando" (Carmen, 47 años).*

Como ya ha sido presentado, según datos del *"Estudio de la Salud privada en Chile"* realizado en el año 2012, se observa que Chile es uno de los países en donde proporcionalmente más valor tienen los cuidados en salud del mundo (Fiscalía Nacional Económica , 2012). Esta característica lamentable de los cuidados en salud en Chile, genera una fuerte desigualdad en los recursos involucrados para las familias, permitiendo a cierto grupo de familias acomodadas económicamente recibir atenciones de salud directamente en sus hogares, incluso en el momento en que estas lo estimen conveniente, sin tener la necesidad de insistir y competir por recursos públicos;

--- *"…si lo hemos usado como seis veces (servicio de ambulancias y atenciones de salud privada Help), antes no los habíamos molestado, pero yo a mi mama si toce muy feo llamo no más y llegan, son bien buenos, me siento segura con eso, porque yo a mi mama no estoy para cargarla, con mucha suerte en la noche la juanita (empleada) que es flaquita se la puede, pero ponerla arriba de un auto no me arriesgo, entonces yo necesito el "Help", me da tranquilidad y seguridad" (Victoria, 67 años).*

La atención privada en el hogar de servicios como “Help”, atenciones privadas de ambulancias, médicos, paramédicos y enfermeras en el hogar, se contrastan fuertemente con las atenciones del servicio público, en donde las experiencias están cargadas más bien de una insatisfacción por el servicio prestado, principalmente por la saturación de recursos, manifestada principalmente en la prolongada espera para los controles médicos;

--- *“…el problema es el tiempo que ellos tienen no es mucho, porque tienen mucha gente postrada, no tienen la capacidad suficiente, les falta, más encima y lo que da más rabia, es que no pudieron venir en esos momentos porque no había móvil, ese es el problema que radica aquí, que no hay móviles, te dicen llegamos tal día, pero no llego porque no había móvil para transportarlos, o sea que ridiculez más grande, cuando podrían pagar un taxi, o colectivo y llegar el especialista a la casa, pero no llegan porque no hay móvil para transportar a los especialistas, entonces se pierden esas horas, no porque no quisieran venir sino porque no tienen cómo, es importante que eso deje de suceder”* (Mirta, 45 años).

Del mismo modo en que es posible comprar directamente atenciones en salud, es posible también comprar los servicios de empleadas y enfermeras particulares, quienes a nivel doméstico diariamente ejecutan las atenciones que necesiten los mayores, alivianando fuertemente la carga del grupo familiar;

--- *“…la alimentación y la limpieza implica gastos que hay que asumir, la enfermera es caro, caro po, no cobra menos de quinientos mil pesos al mes, aparte de que a ella hay que alimentarla, lavar su ropa, tiene que dormir, aparte de todo y tiene que descansar de repente, entonces cuando ella descansa tenemos que hacer todo nosotros, hacer las cosas uno, cuando ella no está, cuando no está la nana tenemos que cambiarle hasta los pañales, y medio que no sabemos hacerlo muy bien (Raquel, 57 años).*

--- *“…pagar a una nana también significa un gasto más o menos caro, porque hay que cuidarla de día y de noche, entonces la misma nana que ya la conocía la empezó a cuidar, o sea la misma nana que ellos tenían, ahora en vez de ir unas horas como iba antes, ahora tiene que quedarse a dormir y levantarse en la noche y terrible parece “zombie”, así de en las noches ir a buscar tubos ir a buscar trapos, paños, porque se puede caer de la cama, de repente empieza a tiritar así, entonces hay que estar de noche viéndola todo el rato, (Raquel, 57 años).*

Por otra parte, volviendo al planteamiento de Arteaga, se vuelve muy claro ver cómo el acceso a atenciones médicas es el bien más pretendido por los grupos familiares, al mismo tiempo que el dinero es el capital más eficaz para poder hacerse de estás. Las restantes dimensiones, tanto de medicina popular como tradicional, de las atenciones en salud, queda remitida a pequeños retazos muy complementarios de prácticas que están definidas fuertemente en la lógica biomédica, el ejemplo más

reiterado presente en el relato de los cuidados cotidianos es el uso de infusiones de yerbas;

--- *"…a mi mama siempre, yo le puedo hacer agüitas de mentita cosas así si es que tuviese un problema estomacal, pero yo nunca le administro algo que no sea indicación del doctor, sea medicina natural o de la otra, siempre todo se controla, porque me llego el otro día un remedio que no corresponde que me lo estaban dando y el doctor me dijo después que era el mismo que ya estaba tomando y que casi se lo dábamos doble, entonces ahí se llevaron los remedios para entregarlos, y me dijo por qué no se lo administró, porque yo nunca le he administrado algo que no conozco" (Mirta, 45 años).*

--- *"…solamente es la instrucción del médico y las aguas de yerba que usa ella, usa mucho la malva rosa y la melisa, eso es lo que ella toma, medicina alternativa no, nunca me han hablado de eso tampoco, solamente los medicamentos tradicionales que son las pastillas" (Carmen, 47 años).*

Como hemos mencionado con anterioridad, desde la perspectiva de Bourdieu, el campo social de los cuidados en salud, opera como una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas por la situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies de poder. En este sentido, es posible comparar, a modo de analogía, el comportamiento de los integrantes de un campo social con la dinámica de un "juego", en donde los jugadores, que tienen distintos capitales repartidos desigualmente, ocupan diferentes posiciones según la eficiencia de los capitales que poseen. (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005). Al analizar desde esta lógica Bourdiana el relato de los familiares, observamos que los capitales que más fuertemente se valoran por los familiares para enfrentar los cuidados de los mayores corresponden al capital económico y al capital social;

--- *"… Somos ocho (hermanos), incluso desde el extranjero hay algunos que mandan su cuota, hicimos una reunión, tomamos un acuerdo y se ha respetado hasta ahora, claro no todo es parejo, si mi hermana tiene una jubilación pequeña serán treinta lucas no más, y otro trecientas lucas y así nos vamos y no hay conflicto por que lo dejamos a conciencia… por ejemplo hoy en la mañana con el bono de las fiestas patrias compre puros pañales, la revente al tiro, de repente guardo una colita para los galones de oxígeno, o sea, si yo sumara a lo mejor tendría que pedirles más a mis hermanos, pero felizmente yo estoy entre las de mejor pasar" (Victoria, 67 años).*

Como se puede apreciar en la cita anterior, cuando la red familiar tiene una condición económica poderosa, el proceso de ponerse de acuerdo en cómo se organizarán y en el cómo financiarán los cuidados se da de una manera mucho menos traumática. El aporte económico en el caso de muchos grupos familiares se da en dinero directamente, generando que aquel familiar que tiene en su hogar al adulto mayor, el cual más directamente ejerce las atenciones de cuidado cotidianas al mayor, también

deba cumplir la función de un administrador económico de los recursos del cuidado de este;

--- *"…sí, porque el tema de que tú tienes que tratar de llevar un control mensual, y como te dije anteriormente, no todos los medicamentos te los dan en el consultorio y lamentablemente, lo más caros y hay que comprarlos, el que te recetan y ella con su pensión obviamente los costos no dan, entonces uno entre la familia aporta un aporte mensual… entre sus hijos los cuatro que hay llevamos los gastos asociados, si porque son hartas cositas, que el doctor, las cosas personales, todo lo que conlleva su vivir diario… como es hablado no ha habido problema, nunca ha faltado uno, tenemos la bendición de que somos unidas, yo creo que eso ayuda mucho, porque si hubiese una abertura complica, pero no hay así que cero posibilidades de que haya problema, y como yo tengo el cien por ciento de apoyo sobre mí, estoy tranquila en ese aspecto" (Chary, 56 años).*

Las redes familiares amplias, en donde varios miembros participan activamente de los cuidados de los mayores es posible observar otra forma de administrar y aportar económicamente, la cual corresponde a que cada familiar contribuye directamente en una necesidad específica, asumiendo en alguna medida distintos roles, este tipo de apoyo sólo es posible en casos donde los cuidados están enfrentados en dinámicas de grupo, puesto que existen varios miembros en conocimiento de las necesidades del mayor, y por consecuencia, de las maneras en las cuales se puede aportar;

--- *"…entre todos, su jubilación, mi hermana por ejemplo aporta los pañales, la Aída (cuñada medico) todo lo que es los remedios, mi tío lo que le falte, o sea la cama el oxígeno lo que falte, mi mama todo lo que es supermercado y alimentación, y dentro de su jubilación que es la mínima (de su abuela) bueno se le compran todas sus cosas, los calzones, los pantis, las colonias, bueno y aporta también un poco para la alimentación, o sea que aquí no hay temas acá como de la plata, "a que esto es mío, a que esto es tuyo" (Beatriz, 45 años).*

Como se ha dicho el capital económico es el más legitimado y eficaz en el campo social de los cuidados en salud, aquellas redes familiares que ocupan posiciones de privilegio, tienen una fuerte ventaja a la hora de costear las distintas necesidades que nacen de los cuidados de un mayor, pudiendo acceder a servicios solamente reservados para grupos que cuenten con un patrimonio económico alto;

--- *"…vienen doctores, enfermeras, paramédicos (privados), y le explican a la nana como tiene que hacerlo, entonces ha ido aprendiendo, mi marido también aprende, bueno y todos en realidad, por ejemplo, cuando empezó a escararse, se le empezaron a salir los pellejitos en las partes donde está el contacto con la cama, tanto en los pies como en las piernas como en las nalgas, ahí nos explicaron cómo hacer las curaciones, tuvimos que aprender a curarla, a ponerle parches y a limpiarla (Raquel, 56 años).*

En este mismo sentido, una dimensión importante en la cual se evidencian diferencias importantes a raíz de la diferenciación socioeconómicas, consiste en la

capacidad de remodelar o adaptar las condiciones estructurales del hogar, para poder hacer más fáciles y llevaderos los cuidados domésticos del día a día;

--- *"… mi tío le adapto el baño ella tiene un baño bien grande, con el trabajo de todos claro, no hay escalones en la casa y el baño es gigante y en la tasa del baño, a los lados, hay dos barandas que se pusieron, para que ella se afirme para pararse y se afirme para sentarse, de ahí está a un paso al lavamanos, ahí se afirma y al tiro tiene otro tomador y después tiene otro adentro de la ducha para poder seguir moviéndose, y es un receptáculo entonces ella tiene que levantar un pie para meterse, y en ese momento cuando casi no podía estar parada la duchaba sentada, entonces se pusieron dos sillas así como grandotas, si le decíamos la micro más o menos, y la manguera esta que te digo, no si esta todo adaptado para que ella pueda estar, no y después vino mi tío y hubo que verle una silla de ruedas, ahí vino mi tío y le puso una rampla porque igual en el verano me gusta sacarla a dar una vuelta, que tome sol aire que vea las flores y ahí puso una rampla que ya no es tema, su pieza es amplia esta la cama de ella y la de mi tía, tiene un sistema especial con audífonos para escuchar la tele por que como también esta sorda" (Beatriz, 45 años).*

Desde la perspectiva de los grupos familiares que tienen un capital económico alto, manifiesta en sus relatos, es posible señalar que estos logran percibir claramente la posición de privilegio en la cual se encuentran, independientemente que aun así consideren que la demanda de recursos que implican los cuidados en su caso también es alta, al ponerse en el lugar de aquellos que tienen menos recursos para enfrentar los cuidados entienden que se trata de situaciones mucho más complejas de llevar;

--- *"…sería inmanejable para una mujer que tenga un solo hijo, por eso las ponen en asilos, es inmanejable, aquí gastamos un palo y medio, claro los turnos de las niñas, los pañales, la cosa ya no lo noto, pañales toallas húmedas, guantes, cremas, la colonita, todo, es harto, pero lo peor es los pañales, está dentro de lo que calculamos en todo caso* (Victoria, 67 años).

Por contraparte a lo señalado anteriormente, para los grupos que poseen un capital económico bajo, el ponerse de acuerdo en el cómo se costearan los gastos representa una dificultad mayor, puesto que los gastos siempre son altos y cada miembro cuenta con menos capacidad de aportar. Pudiéndose observar en este proceso la existencia de discusiones y distanciamientos entre los familiares producto de la distribución y recopilación del dinero, sobre todo en el caso de hermanos, los cuales tienden a argumentar que también tienen la responsabilidad de sus familias y que no pueden hacerse cargo de alguien más, cargándole, por consecuencia, en mayor medida la responsabilidad a un solo miembro;

--- *"…Vinieron ellos (sus hermanos), hicieron sus reuniones y vinieron acá me dicen la mamá cuanto te da a ti, cincuenta mil pesos me dijo mi hermana, ya, cincuenta te vamos a dar entonces me dijo, oye le dije yo, haber momentito, porque debería yo recibirles a ustedes cincuenta mil pesos de la pensión de la mama, si la mama está conmigo. Y a mí me dio rabia ahí yo reaccioné y les dije mira, si la mama está en tu casa las pensiones*

llegan a tu casa, si la mama está en la tuya llegan a la tuya y si está en la mía deberían llegar a la mía, por lo tanto, ustedes quieren la plata, ahí están las pensiones, yo no me hago cargo de eso, yo no me pago de eso y ahí está la mama, llévensela, con sus pensiones, ustedes quieren la pensión, llévense a la mama con sus pensiones, se lo dije a mis hermanos" (Carmen, 47 años).

Producto de la poca colaboración en cuanto a los costos o cuidados de los mayores en los casos más vulnerables, es reiterativo encontrar situaciones de diferencia y distanciamiento entre aquel que dentro del grupo familiar carga con la situación más fuertemente y aquellos miembros que actúan de manera pasiva en la red de cuidados;

--- *"…no y cuando me hablan (sus hermanos) por wathsapp y me preguntan por su madre yo no respondo, encuentro que es facilitarle mucho las cosas, respondiendo donde está su madre, ellos saben dónde está, yo no le cerraría la puerta a ninguno, el que quiera venir las puertas están abiertas, solamente que no esperen que yo los atienda, pero vienen a ver a su mamá, (Pamela, 40 años).*

--- *"…ese tema es como bien complicado porque si bien ella tuvo ocho hijos, al final no tenía ninguno, porque en el momento en que los padres están bien en una etapa productiva por decirlo así todos están cerca, pero en el momento en que la enfermedad ya se desarrolló todos desaparecieron, más los nietos que también desaparecieron, antes ella tenía la casa completa, la venían a ver todos, porque ella atendía ella cocinaba, y cuando ella entre comillas empezó a ser un cacho ya nadie llego" (Pamela, 40 años).*

En los niveles más vulnerables, saciar las necesidades más básicas de mantención del grupo familiar cómo la alimentación, el agua o la calefacción, representa una dificultad prioritaria, por lo cual los grupos familiares buscan administrar de la manera más eficiente, los recursos a su disposición, para enfrentar el día a día del grupo familiar y los cuidados de salud de los mayores dependientes;

--- *"…a veces falta cualquier cosa y uno tiene que ver cómo se las arregla, su pensión alcanza para pagar eso y nos queda la nada misma, este mes gastamos como ochenta y cinco lucas en luz y agua, así que igual es el factor económico (el que determina) las necesidades que él va pasando, a veces hay para comprarle sus cosas y a veces no y nos vamos en esa, como para tenerle a él las cosas que le faltan, he tratado de invertir lo mejor que he podido la plata" (Teresa, 45 años).*

--- *"…sus alimentos y sus pañales son carísimos y no duran nada, yo en ese sentido he sido bien inteligente, porque peso que tenemos nos vamos aperando de "ensure" y pañales" (Pamela, 40 años).*
--- *"…Mi hermano nos da algo, pero nosotros igual con su pensión, y a veces yo también con mis costuras, como para ir comprándole la leche, eso es lo que hay que verle todos los días y la fruta que no tiene que faltarle igual, son cómo los gastos básicos que hay que hacer" (Teresa, 45 años).*

Desde la perspectiva Bourdiana, continuando con el análisis, el capital social también constituye una de las herramientas de mayor eficacia a la hora de desarrollar

estrategias de cuidado de mayores, principalmente porque la tarea de cuidar a un adulto mayor dependiente severamente tiene un alto nivel de demanda en atenciones dentro del hogar, al mismo tiempo que las necesidad de salir a conseguir, o gestionar, los recursos básicos del hogar, por lo que en la medida en que más fuerte sea la red familiar, menos desgaste cae en sus miembros. En este sentido, las relaciones familiares "*hacen referencia al conjunto de personas con las que interacciona el individuo, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas, y a las interacciones que se producen en dichos vínculos"* (Escobar, Puga, & Martín, 2008, pág. 638)

Escobar et al, nos presentaba que el apoyo social es la función de las relaciones familiares, y que este pueden dividirse en cuatro categorías; apoyo instrumental, emocional, vinculación social, influencia social (Escobar, Puga, & Martín, 2008)

--- *"...constantemente estamos conversando todo de cómo está y eso, la próxima semana viene la gloria (hermana) ella viene a ver a mi mama, y para el dieciocho, se van rotando mis hermanas de Santiago, viene una y después la otra, tratan de venir una vez al mes, yo les pido eso, que vengan por lo menos na vez al mes, y que la saquen a pasear, yo digo si van a venir y vienen en auto por favor saquen a pasear a mi mama, porque a veces yo no tengo tiempo para sacarla porque o estoy muy ocupada o estoy muy cansada, entonces cuando estas en la casa y cansada lo único que quieres es descansar, prefiero que lo hagan así si es que pueden, la semana pasada vino una de ellas y la saco a pasear, la saco a almorzar afuera y a ella le hace bien" (Chary, 56 años).*

En este caso, podemos observar cómo en una red familiar participativa no tan sólo contribuye en las atenciones mismas del adulto mayor, asistiendo en la importante necesidad afectiva y recreativa, sino que, además, contribuye a la salud familiar al alivianar la carga de aquel o aquellos que pasan más tiempo a los cuidados del mayor. Siendo posible constatar que en las redes familiares que se distribuyen las funciones de manera más equitativa, los miembros que constituyen estas redes pueden atender a sus necesidades personales de una mejor forma sin tener que abandonar drásticamente sus actividades;

--- *"...mi mama, yo y la señora Ana mientras tanto, los fines de semana que estamos las dos lo hacemos entre las dos, mientras tanto nos toca con la señora Ana en la semana, y cuando no estoy, porque lunes y martes me toca clases temprano, le toca a la señora Ana y así… se asume como una responsabilidad, no es un problema porque todos saben que no queremos llevarlo a un asilo de ancianos, porque él es miembro de la familia entonces sentimos la responsabilidad de cuidarlo, eso no trae problemas, sino que hay que estar preocupados de quien se queda no más, a veces no se pueden hacer cosas importantes, no se puede ir a otro lugar a recrearse ni salir, porque está él acá" (Claudia, 20 años).*

Dentro de los relatos, es posible identificar otra forma de división en las funciones dentro de las estrategias familiares, la cual tiene relación con una lógica de roles, en las cuales los distintos miembros asumen una función específica de los cuidados;

--- *"…le dije sabes que hermana te voy a pedir un favor, te delego la parte de la salud, tú te encargas de eso, tienes los teléfonos de todo el personal y pregunta y conversa haz lo que quieras esta es también tu casa, per que yo fui profesora, no es mi vocación por la salud, así que ella la tomo y se puso contenta… y yo esa noche dormí como un bebe, porque antes a veces sentía ruidos en la pieza de al lado, y yo no soy tan relajada, que te pasa me decía mi marido, sentí ruido, "Juana que paso", "no fuimos al baño, no se preocupe está todo bien, entonces se vio afectado mi descanso, pero me relaje cuando la pilar se hizo cargo" (Victoria, 67 años).*

---*"…yo organice, yo estoy a cargo, organizo todo, tengo el teléfono de las niñas por caso de emergencia, y mi hermana también los tiene por si me pasa algo a mí, y como a ella le encanta la salud, a mí no me gusta la salud, todo lo que es afírmale a mi mama cuando viene el kinesiólogo, mi mama tiene tratamiento con kinesiólogo, viene a la casa cuando se enferma, hay que golpearle, le sacan todo, para mí eso es un suplicio, lo hago pero no es muy tolerable para mí, para mi hermana si, para ella es parte de su vida, al haber trabajado tanto tiempo en salud, pero aquí la que corta el queque soy yo, si yo en la mañana veo una manchita de sangre por que se rasco, ya listo a comprar las cosas y que se yo" (Victoria, 67 años).*

En las organizaciones solidarias de los grupos familiares, en donde existen instancias de reunión y acuerdos para determinar las maneras en las cuales se va a proceder con los cuidados de los adultos mayores, independientemente de que buena parte de las responsabilidades recaigan sobre uno de los miembros, este cuenta con el apoyo de una red fuerte de apoyo que le facilita en mucho el peso de ésta. En este sentido, la carga de los cuidados no corresponde solamente a los aspectos económicos, sino que envuelve una serie de necesidades que implican la intervención directa, como quedarse cuidando, ejecutar atenciones, preparar alimentos, mudar, entre muchas más, sin dejar de lado las necesidades propias del cuidador;

--- *"…en ese minuto no venían... bueno llego un minuto que yo les pedí ayuda en qué sentido, en que por lo menos me dieran un fin de semana, y que paso no empezamos a turnar un fin de semana cada uno, para que yo pudiera tener un relajo, entonces así ellos venían un fin de semana sábado y domingo le tocaba a las mujeres, porque el hombre no participó de esto, somos cuatro mujeres, entonces fue eso que yo les pedí encarecidamente que necesitaba ayuda porque yo ya no daba más, tu sabes que también uno tiene una familia detrás, tú tienes maridos hijos, entonces inconscientemente también te perjudica el ambiente familiar, porque dejas de hacer tu vida para dedicarla a otra persona que te necesita, entonces para mí fue fuerte" (Chary, 56 años).*

Es posible constatar en el relato de aquellos familiares que llevan la mayor parte de los cuidados, que bajo ciertas circunstancias muchas veces se ven sobrepasados,

debiendo estos solicitar apoyo en su red familiar, el cual debe apelarse e incluso exigirse, puesto que no todos los familiares dimensionan el peso de los cuidados y las eventuales consecuencias negativas que estos pueden traer.

En este sentido, la red de apoyo familiar ciertamente puede operar como un fuerte apoyo en el proceso de los cuidados, facilitando en muchos aspectos las demandas que estos exigen, esto siempre y cuando exista una cohesión y cooperación entre el grupo, puesto que, de modo contrario, la familia puede transformarse en un obstáculo más a la hora de enfrentar cuidados, esto principalmente por las discrepancias de los miembros, la poca cooperación o por asuntos de dinero;

--- *"…pero es todo un circulo, mi hermana que vive en Santiago ponte tú, viene al menos una vez al mes y ella trae de Santiago los pañales, todos aportan, por otro lado tengo un tío que aporta con lo que uno necesite económicamente, el vuela, si necesita máquina para oxigenar, si necesita el tubo de oxígeno, la cuestión esta que le mide la saturación, y su esposa es pediatra, entonces todo lo que es remedio ella abastece, cachay, pero es una red general, o sea tu lo llamas el corre y así poh, estamos todos pendientes de ella, o sea mis hijos igual, la maya la más chica que tiene doce, ella le lleva la onda le mete conversa, la baja, la aterriza, la otra vez se nos cayó, corrimos todos y mi hijo no se dé adonde saco fuerza y la levanto, porque además pesa cien kilos tu comprenderás" (Beatriz, 45 años)*

En el mismo sentido, los cuidadores que fuertemente cargan con el peso de las atenciones cotidianas encuentran una fuente importante de apoyo emocional, más allá de lo práctico, en su grupo familiar directo, hijos o esposo, el cual juega un rol clave también para sentirse apoyados y validados en la función que están llevando y en el cómo la están llevando, repercutiendo anímicamente en estas personas y, por ciento, también en la calidad de los cuidados.

--- *"…ellos igual me han apoyado siempre no ha habido un conflicto en ese aspecto, entonces no podría decir que ellos me reclaman, al contrario, sino que me dicen "mama quédate tranquila porque tu haz hecho todo lo mejor por tu madre, tienes que estar tranquila tú lo has dado todo" no te sientas culpable de nada, ellos siempre han estado ahí conmigo, no podría decir nada en contra que haya repercutido en ese aspecto porque no es así, tengo el apoyo cien por ciento de ellos y siempre lo he tenido" (Chary, 56 años).*

Análisis de las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente en función a la conformación del grupo familiar y las características de sus miembros

En el caso de los adultos mayores, se indica como factor de alta relevancia sobre su salud, el que estos presenten una mayor probabilidad de ver fuertemente disminuidas sus relaciones sociales, esto pues, generalmente, están asociado a ciertos fenómenos sociales particulares de su grupo etario, tales como, la viudez, la jubilación, la pérdida de su salud, o la posesión de escasos recursos económicos. Siendo sus familias, la principal red de contención con la que cuentan y el más influente factor que determina su bienestar tanto físico como psicológico. Es así, como los mayores que poseen amplias relaciones sociales tienen mayores probabilidades de sobrevivir, mostrando mejores resultados tanto en su salud como en su autonomía (Rosero, Castro, Puga, & Glaser, 2007).

La mayor parte de las actividades de atención a la salud de los adultos mayores dependientes se realizan a nivel doméstico y son ejecutadas por su grupo familiar, ciertamente, de manera diferenciada, en función a los recursos y conocimientos con los que cuentan (Menéndez E. , 2002).

A continuación, se presenta, en palabras de los mismos familiares, algunos relatos para hacerse una buena impresión de lo que significa cuidar de un adulto mayor severamente dependiente en la cotidianidad;

--- *"…empezando desde temprano, de la mañana, por decirle mi esposo se va a las 7 del trabajo y yo al tiro, él va a su pieza a verla porque yo no estoy tranquila ósea de repente digo yo como estará, estará muerta. Pero últimamente duermo en la cama de al lado. Me acuesto tarde sí, porque voy al dormitorio de mi esposo no lo puedo dejar sólo, vemos una película y así él se queda dormido yo me pongo a tejer y me da sueño y yo me voy a acostar me acuesto con ella, con mi mama, en la cama de al lado, en su pieza, pero ya a las siete mi esposo se va al trabajo, ahí me levanto, lo primero que hago es ordenar la cama en que dormí y después me voy al aseo de ella, mudo pañales, la limpio, le cambio su ropita que hay que cambiarle, si hay que sacar sabanas le cambio las sabanas y le doy su leche y sus remedios, y ahí yo ya me voy a la ducha que se yo, y empiezo el ajetreo de la casa porque yo a las una tengo que tener el almuerzo, porque mi esposo viene a almorzar, tengo la mesa puesta lista, mi mama almuerza a las doce y media, a las doce y media ella almuerza y mudo pañales, ya termino con mi mama y sigo con mi esposo, termino con él y ya me queda un rato para mí, almorzar, lavar loza, ordenar, y a las cuatro y media ya estoy con el otro pañal, porque, depende de lo que ella haya almorzado también, y a las cuatro y media su pañal y su leche, y después en la noche, que es el último pañal que le hago yo a las diez y media, los medicamentos, ver si la cama esta mojada o no esta mojada, ha y lo otro, que tengo cada media hora que darla vuelta para un lado, después dos horas más para el otro lado, levantarles sus pies, levantarle su cuerpo…" (Carmen, 47 años).*

Como se puede observar en este relato, muchas de las atenciones corresponden en buena medida a actividades básicas de cualquier persona, alimentarse, asearse, recrearse, por supuesto que también existen, de acuerdo a la necesidad particular del adulto mayor, una serie de momentos de atenciones de características más propias de la medicina formal, como la suministración de alimentos o prácticas de kinesiología, no obstante, estas sólo ocupan un breve momento del día. En este sentido, es importante destacar que mucho del cuidado de un adulto mayor en esta condición corresponde a estar ahí a su lado, observándolo y acompañándolo por si necesita algo;

--- *"…lo primero en la mañana yo al llegar la despierto, depende el horario la dejo dormir, pero yo me vengo temprano como a las 7: 15 de la mañana antes de que se valla alguien, entonces después paso al dormitorio a eso de las 10 y empiezo a despertarla, empiezo a hablarle sus palabritas, y cuando ya esa despierta la ubico para poder darle su desayuno y los medicamentos, después ella sigue durmiendo y de ahí la despierto antes de las 12, depende si esta despierta antes, y ahí hay que mudarla, levantarla, cambiarla y hay días en que hay que bañarla, y tenerla lista antes de las 1 para darle su almuerzo, después del almuerzo ella duerme, despierta la espero un poco y la llevo al baño, y hace todas sus necesidades, lo que se supone que debería hacer en el pañal no lo hace gracias a dios lo hace en el baño, yo la llevo siempre al baño, como que le calculo justo, entonces después de eso tengo que hacerle el lavado de dientes, se lo hago tres veces al día, al levantarla, después de almuerzo y en la noche, y peinarla, y más encima le canto, tenemos un stock de canciones, después vienen sus ejercicios, a veces alcanzo a hacerlos en la mañana y a veces no, ejercicios de kinesiología se los hago todos, de pierna de brazo de manito" (*Mirta, 45 años)

Uno de los aspectos que se presenta como problemático, consiste en que por mucho que existan varios miembros involucrados en los cuidados, por razones prácticas, el adulto mayor debe permanecer en un solo hogar, sometiéndose a las formas y cuidados que allí se le ofrecen. En este sentido, los miembros que tienen directo cuidado sobre ellos, y que comparten el hogar con él , toman una posición de liderazgo en sus cuidados, determinando el cómo se llevaran a cabo estos. El resto de los familiares, aun cuando participe activamente, debe aceptar "las reglas de la casa", esta situación también genera en muchos casos diferencias y distanciamientos;

--- *"…los primeros días que salió del hospital yo arme una cama al lado porque tengo catre clínico al lado arme una cama de una plaza, entonces ellos dijeron (hermanos): ya nos vamos a turnar: una noche tu una noche yo, para que yo descansara, pero eso no ocurrió mi hermano vino una vez mi hermana venía día por medio porque mi hermano que vive conmigo se quedaba él… quiero irme a chiguayante y la nani se viene a dormir me decía porque él tiene su pareja yo lo entiendo él tiene su pareja. Ni un problema ándate si ella se viene a dormir y resulta que mi hermana llegaba a las 11:30 de la noche cuando ya mi mama estaba mudada y después se iba a las 6:15 de la mañana sin cambiar un pañal y día por medio, entonces no me sirve" (Carmen, 47 años).*

Como ya ha sido estipulado, la dependencia se entiende como *"la dificultad o incapacidad que padece una persona, que la obliga a solicitar ayuda de un tercero para*

poder realizar las actividades cotidianas" (Puga en Superintendencia de salud, 2008, pág. 14). Como se ha dicho, la gran mayoría de las atenciones que reciben los adultos mayores tienen relación con las actividades básicas, ya sea, alimentarse, asearse, vestirse, recrearse, entre otras, por lo que la presencia en el día a día se vuele el recurso más preciado, siendo aquellos familiares que comparten la cotidianidad los que más fuertemente conocen los tratamientos de estos y las formas de asistirlos.

--- *"…haber, estar siempre pendiente de ella, sus pañales su desayuno, su almuerzo, la rutina diaria es básicamente eso, porque ella no tiene un tema de conversación, igual a ella le ponemos música, la hacemos bailar, cantar, para que ella no se deteriore más y tenga un poco de calidad de vida" (Pamela, 45 años).*

Es posible observar en los relatos de las estrategias familiares para enfrentar los cuidados de los mayores dependientes, la fuerte estructuración de rutinas diarias, en las que se puede observar con claridad una especie de "guion" el cual debe replicarse a diario, incluso en casos en donde los sistemas llegan a niveles más altos de coordinación entre los familiares, estos asumen roles e intervenciones específicas, las cuales se orquestan en buena medida por la experiencia acumulada, logrando niveles de especificidad muy altos en relación a las necesidades y recursos disponibles. En este sentido, es muy observar como son los familiares los que mejor que nadie conocen las necesidades de los mayores;

--- *"…Ya ponte tú, ocho de la mañana mi mama le lleva el desayuno, ella lo prepara y se lo lleva a la cama, ha bueno, además ella tiene su catre clínico, que fue un aporte de mi tío, le compro un catre mortal, sube baja todo automático, ahí se incorpora un poco, y se le sirve pan de molde con mermelada por ejemplo que le gusta a ella, o manjar y agua, no toma ni te ni café nunca le gusto, toma agüita, ahora le están echando Melissa a ver si está más tranquilita, y su pancito de molde cortadito chiquitito, porque dentadura no tiene y las placas nunca le funcionaron fue un desastre, nunca le quedaron bien. Y después yo llego a las 10 15 por ahí, la levanto, la siento en la silla me la llevo al baño hace sus necesidades la limpio y la meto a la ducha, ella se ducha todos los días, yo la ducho todos los días, es más hay una encatrado en el baño que te mueres, sale una manguera de jardín y abajo tenemos la cuestión, entonces yo le hago así (gesto de refregar) la enjabono por la espalda, la enjuago, le reviso que no tenga llagas, por que como es tan gordita tiene pliegues en sus zonas, en sus partes íntimas, le reviso, le echo cremitas y de ahí la visto, su calefactor, mi mama ya te tiene a esa altura en invierno la salamandra prendida y ahí la instalamos, bien tapada, ahora lo que puede hacer, no se le exige nada, antes siempre estaban sus diarios sus revistas, después como a las dos se le da el almuerzo, lo prepara mi mama o yo, nos turnamos no tenemos tema con eso, y ahí se le da su almuerzo, todo bien picadito, porque eso no puede faltar más su postre, de ahí si hace mucho frio yo la acuesto le pongo pijama y la acuesto para que duerma siesta acostada, o si no se sienta en su berger en la pieza, y ahí bueno, se le entregaba esto para pintar sus mándalas, porque por ejemplo era seca pal crochet hasta que ya no pudo más, ni siquiera la cadenita, o sea ya no pudo, los manteles los*

hacia ella y ahí se queda, después se le da la once que es más o menos lo mismo, su pancito con queso con lo que sea su agüita de ahí yo la llevo al baño, sus necesidades, pañal, se lava las manos, le echo su colonia y a la cama bien tapada bien arropada, y ahí viene la otra parte de mi tía, que empieza toda la noche que si esto que si pascual que la panadería si cerraron o no, hacia atrás años luz, se está acordando de un abogado hace cincuenta años atrás, y clarita, lo que es el pasado lo maneja impresionante, pero el presente lo elimina, la amaya la lleva al presente (nieta) le pregunta cómo le fue en el colegio, a mí me (reconoce) yo soy la regalona, de repente pregunta y la otra, le dice a mis tías, la que viene a acostarme no va a venir no ha llegado, soy yo po la nieta de toda la vida, a veces ando con el pelo tomado y me lo tengo que cortar, y ahí me reconoce, y no es la vista por que a veces a mi tía le hace así el gesto como de las Lucas, porque me tienen que pagar cachay" (Beatriz, 45 años).

Desde los estudios sobre la dependencia se indica que, en general, el perfil de los cuidadores, corresponde con mujeres que proporcionan ayuda de alta intensidad y gran duración, presentan bajos niveles de apoyo social, ingresos económicos escasos y nivel educativo bajo, no realizan actividad laboral formal y en muchos casos, consideran que no tienen otra alternativa que asumir personalmente el rol de cuidadoras lo cual las ha llevado a tener que limitar su desarrollo personal. Estas características sitúan a estas personas ante un mayor riesgo de ocurrencia de consecuencias negativas para su bienestar mental y físico. (Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher, & Knight, 2007). En el caso de nuestro estudio este perfil sólo corresponde a uno entre tres más, los cuales han sido construidos en base a criterios teóricos, solamente con el afán de contrastar como opera el fenómeno bajo otras circunstancias, no obstante por supuesto que somos conscientes que el perfil que el perfil de los cuidadores en los menos casos tiene una fuerte red de apoyo y una condición socioeconómica alta;

--- *"… tú no tienes el tiempo ni siquiera para un teléfono, no tienes tiempo para nada y la gente se aburre, de todas mis amistades una sola me quedo, no hay vida social, no se puede cuando tu cumples bien tu rol, porque a lo mejor yo podría salir y la dejo no más porque sé que no se va a bajar de la cama y salgo, pero no podría… ahora estoy como tranquila asumida, pero de primera no porque igual es chocante que tu hija te reclame de cuando hay un momento para mí, ahora no tanto pero cuando era más pequeña, lógico, poder salir, pasear, de por ultimo ir a sus reuniones de curso, ni a eso podía ir, ya después con el tiempo lo asumí, ya lo tengo tan asumido, que la verdad ni siquiera quiero pensarlo, le digo a mi hija de que por algo pasan las cosas y hay que asumirlo no más, pero lo hago con mucho amor, no me pesa , no me siento que ando lloriqueando, ni que yo deje mi vida por mi mama" (Pamela, 40 años)*

--- *"de hecho, yo me separe por esto, totalmente porque yo opte por mi madre… yo opté por lo más lógico en realidad, no se ya a esta altura si era lo más lógico, lo mejor o lo peor, pero es lo que yo sentí en ese momento y sigo sintiendo en realidad, eso me afecto mucho, hasta el día de hoy lo cuestiono, pero ya está nada que hacer, no hay tiempo ni siquiera para salir a tomarte un café, mi vida antes era como súper activa" (Pamela, 45 años).*

En el caso de las cuidadoras que corresponden al perfil clásico, las que más fuertemente se ven afectadas, se puede observar en sus relatos el cómo a propósito de asumir los cuidados de algún adulto mayor, su padre o madre, su calidad de vida se ve afectada cada vez con más intensidad, se abandonan los proyectos personales, se pierden las amistades, las relaciones amorosas, la salud tanto física como psicológica. No obstante, los perjuicios de esta condición también pueden extenderse a otros, el caso de sus hijos, quienes por una parte pueden significar un apoyo importante, pero también se ven afectados, por los tiempos que tienen de sus madres, por la escasez de recursos, por muchas veces tener que participar activamente de estos cuidados;

--- *"…más que en mi en mi hija porque de pasar a tener nuestro departamento donde vivíamos la dos y nos coordinábamos, tuvo que pasar otra vez a hacer su vida junto a su abuelita y a ayudarme con su abuelita, porque hay momentos en los que yo tengo que salir a comprar y ella tiene que hacerse cargo de su abuelita, en parte igual es triste porque siento que le estoy quitando parte de su juventud porque a ella no le corresponde, porque ese es mi deber no el de ella, es triste" (Pamela, 40 años).*

Como se ha dicho, en el caso de las(os) cuidadores que menos asistidos están por su grupo familiar, pareciera ser un común denominador el ver muy disminuidas sus relaciones sociales, al tener la obligación de asistir continuamente a sus padres o madres, pero por otra parte, otro de los aspectos reiterados consiste en el deterioro de la salud, tanto física como psicológica, de aquellos que más fuertemente ejecutan el rol de cuidador, ya sea por el desgaste mismo de las actividades diarias, o por la incapacidad de poder asistir a controles de salud.

--- *"…Yo soy discapacitada, tengo una discapacidad, he postergado últimamente mi operación lamentablemente por mí, bien para mi mama porque, me costó cuatro años para lograr una hora en el hospital y me llega y estoy con el caso de mi mama encima, entonces no pude" (Carmen, 47 años).*

--- *"…yo estoy desgastada, mi cuerpo ya no es el mismo, de hecho, yo he bajado cualquier cantidad de peso, yo baje diez kilos de un viaje, de hecho, el doctor me dijo que tenía que hacerme exámenes, pero tampoco tuve tiempo para eso, no puedo, con quien la dejo, no me puedo ir a hacer mis exámenes, yo tenía pensado decirle a la señorita que viene aquí en Lirquén, si podían hacerme los exámenes aquí en la casa, porque los exámenes aquí en el consultorio son a las siete ocho de la mañana y yo con quien dejo a mi mama si aquí todos salen a trabajar, entonces no tengo con quien dejarla, mi salud se ha desgastado duermo poco" (Carmen 47).*

Desde el punto de vista de las propias cuidadoras más vulnerables, estas señalan la demanda particular que tienen de atenciones en salud, encontrándose en una situación de desventaja frente a otros, puesto que no tienen el mismo tiempo y además entendiendo que no solamente están a cargo de su propia salud, sino que llevan la responsabilidad de alguien más. Es posible sostener en este sentido que el estado de salud del cuidador ataña directamente a aquel que tiene a su cargo, estando en una relación muy directa;

--- *"...y que el cuidador que no puede asistir por la razón que sea, porque tiene que estar todo el día en casa, también tenga la posibilidad de ir a sus controles, porque para cuidar a un enfermo en este caso mi mama yo la amo y adoro, pero también la persona tiene que estar bien en salud en todo para poder cuidarla bien también" (Mirta,45 años).*

En el mismo sentido de lo anterior, otro aspecto que se ataña producto asistencia de familiares mayores dependientes corresponde a la salud psíquica y emocional, puesto que el lazo que una a cuidador y dependiente en el caso de las familias está asociado fuertemente a um componente, desde este punto de vista, sostienen, no hay que olvidar que se trata de un ser querido que se encuentra fuertemente deteriorado en su salud, muchas veces al borde de la muerte;

--- *"...me complica mucho porque mi abuela me crio y es mi madre, entonces es difícil, mi mama tuvo que firmar porque se podía ir en sueños, y está conectada a maquinas, eso, si me ha traído complicaciones en lo emocional, igual me afecta en los tiempos de estudio, porque siempre estoy pensando en eso" (Claudia, 20 años).*

No obstante, no todo repercute negativamente en relación a los cuidados, desde la mirada de los familiares existen una serie de valoraciones positivas sobre responder de buena forma a las necesidades de un ser querido, puesto que consideran que estos actos corresponden a la forma correcta de proceder, generando una fuerte valoración de sí mismos y de la función que realizan;

--- *"...positivo y negativo como todas las cosas, positivo en el sentido de que es un ejemplo para las hijas de que cuidamos a nuestros padres, ellas vieron de que cuidaron a nuestros padres entonces a lo mejor ellas van a hacer lo mismo, van a tener esa cosa de proteger a los ancianos, eso yo creo que es lo positivo, y lo negativo, el tiempo libre, no íbamos a estar haciendo fiestas, celebrábamos los cumpleaños así tranquilos no más, lo otro es que te limita salir, no puedes salir ni el sábado ni el domingo, tienes que estar en la casa, lo económico también por que los cuidados salen caros, te deja como preso, un poco igual verla sufrir verla en ese estado, porque ella era una persona muy dinámica y energética, entonces yo que la conocí bien era como malo, aparte que era muy inteligente, veía como bajo el agua, entonces después verla que casi ni habla, entonces es un cambio que da pena igual" (Raquel, 57 años).*

Como ya se ha dicho, la dinámica de los cuidados domésticos en el caso de aquellos grupos familiares que trabajan en conjunto repercute de una manera mucho más afable entre sus miembros, logrando proteger de mejor manera la salud del adulto mayor dependiente, tanto como la de los propios miembros;

--- *"...aun cuando es mucho, somos ocho, entonces todo es distinto, por eso digo en broma, mi mama sin pensar en eso, porque decía yo no tuve los hijos para que me estuvieran, pero digo yo, es lo mejor que le pudo pasar a mi mama tener hijos, bueno tuvo los que llegaron no más porque no se cuidaba por la época" (Victoria, 67 años).*

Continuando desde otro enfoque, observamos que los determinantes sociales en la salud, esto es, "las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel local, nacional y/o mundial" (OMS, 2009), son elementos importantes a considerar a la hora de analizar la salud de un miembro o un grupo familiar, en este sentido entendemos que el acceso a servicios de salud institucionalizados no es ni el único, ni el más importante, factor para enfrentar el problema de la salud pública.

En este sentido, importante considerar que las condiciones materiales, influyen considerablemente en la gravedad que pueda significar tener un pariente dependiente, por ejemplo, cuando se cuenta con una casa grande en donde se puede recibir a alguien más, o contratar los servicios profesionales de enfermeras para el cuidado de los mayores, sin duda que el impacto sobre la calidad de vida del grupo familiar se ve diferentemente afectada según la posición social del grupo.

Desde esta dimensión se observa que uno de los aspectos estructurales de las casas que más problemas genera corresponde al baño, los cuales en general nunca están adaptados para las necesidades especiales de personas con movimientos limitados y dependientes. Cabe señalar en este sentido, que son los grupos de altos recursos económicos aquellos tienen los medios para poder adaptar, remodelar, las estructuras del hogar;

---*"…como es casa de un piso, los baños fue lo único que tuvimos que remodelar, ponerle barandas, los toma manos, los toma pasillos, pero eso, anda más que eso, gracias a dios la casa está lista para, y como ves tu aquí al salir al patio tampoco tienen escalas así que todo es adecuado para ella para que pueda caminar, aquí si se ha caído ha sido afuera, y fue porque se le cruzo el perro y perdió el equilibrio" (Chary,56 años).*

El ejemplo anterior hace referencia a un grupo familiar que tuvo la capacidad económica de poder enfrentar por cuenta propia los costos que implican adaptar un baño a las necesidades especiales de un adulto mayor dependiente, en este sentido de manera directa son ellos realizan la adaptación. En el caso contrario, las familias que no cuentan con los recursos necesarios para, por tus propios medios, remodelar la estructura de la casa, deben gestionarlos a través de asistencias sociales, principalmente del municipio, los recursos para que llevar a cabo esta adaptación, en un proceso que no es inmediato y puede tardar mucho tiempo en realizarse, por lo que mientras tanto deben enfrentar la situación de la manera que les sea posible;

--- *"…el problema mío principal es el baño, porque esta casa no estaba adaptada para las sillas de ruedas, yo fui a postular a la cuestión de postrados, para que me dieran el asunto del baño especial que necesita ella, me dijeron que tenía que estar en una junta de vecinos, y aquí no hay una junta de vecinos todavía, así que estoy estancada como quien dice, porque mi idea es que le hagan un baño aquí afuerita de la pieza de mi*

mama para poder entrar con la silla de ruedas, porque para bañarla tengo que estar con otra persona, logramos bañarla en el baño, pero hay que pararse en la tasa del baño y ahí hay que tirar agua no más con la ducha, hacerlo rápido que caiga el agua no más y después secar todo, pero lograr hacerlo, porque hay que hacerlo de vez en cuando igual" (Mirta, 45 años).

--- *"el baño, el hecho de que quede tan lejos, además me angustia el no tener esas barreras especiales que tienen los baños de los adultos mayores, porque todo el peso en este caso lo hago yo, porque ella no haya en donde afirmarse que, en mí, entonces ese sería como un sueño para mí, adaptar el baño para ella, de barreras, más espacio, más cómodo para ella, ya estoy gestionando una cama clínica a través del municipio tambien" (Pamela, 40 años).*

--- *"…sólo la habitación que es muy pequeña y que la comparte con mi abuelita, ella siempre dice que se pega en las piernas ahí porque no hay espacio, pero está en un proyecto en que le van a hacer una ampliación acá y ahí ella habló en penco con algún trabajador social, y le dijo que una vez que estuviera lista la habitación le iban a implementar un pasillo para que mi abuelito pudiese sujetarse, algunas ayudas técnicas, pero falta aún para eso… el baño lo mismo, van a hacer uno atrás para facilitarle que haya una manilla o algo" (Claudia, 20 años).*

Aunque el baño tiene una preponderancia especial en cuanto a las estructuras que favorecen o desfavorecen los cuidados domésticos de los mayores dependientes, la casa en general puede afectar de manera positiva o negativa también, en este sentido de destacan las escaleras, entradas, camas, patios, rampas, la amplitud del espacio entre otros más;

--- *"…no, porque incluso al frente está el baño de ella, mi mama tiene baño portátil en la pieza, tiene piso especial, la cama clínica tiene todo, tiene un buen pasar para la enfermedad que tiene, ella tiene un patio rico afuera, a ella siempre se le sacaba a la terraza, hasta hace el verano pasado, mi mama caminaba apenas, pero iba tomadita, miraba las flores, eso le gustaba, tomar sol en la terraza, pero este año ha sido más difícil, todo, le ha dado dos bronconeumonías y empezamos con el pánico, pero hay calefacción aquí, yo puse calefacción aquí en esta casa, era muy helado para ella y al final hicimos toda una inversión aquí en la casa con calefacción central, eso se hizo por ella y también pensando en nosotros que también ya estamos en tercera edad, para que vamos a andar con cosas, pero nació de una necesidad de ella, porque se hiela muy rápido" (Victoria, 67 años).*

En el ejemplo anterior se muestra la fuerte remodelación que realizo una familia para tener en las mejores condiciones posibles al adulto mayor, incluso incorporando calefacción central a la casa para el invierno. Cuando, por el contrario, la estructura del hogar es deficiente, las familias tienen que adaptarse de la mejor manera que les sea posible a la incorporación de un miembro con necesidades especiales, priorizando muchas veces la comodidad de aquellos que más la necesitan;

--- *"…Mi casa yo la tengo a medio terminar, pero su pieza esta abrigada, está bien abrigadita, le dimos prioridad a su dormitorio por supuesto" (Carmen, 47 años).*

Cómo se transmiten las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente.

Cuando las familias se encuentran repentinamente frente a la situación de que algún pariente cae en una condición de dependencia severa, estos se ven forzados a reaccionar de alguna forma, para esto echan mano, consciente o inconscientemente, a los recursos con los que cuentan y a los conocimientos que tienen. Desde la perspectiva de Bourdieu, es el habitus el que racionaliza las operaciones de la práctica, desde donde se estructuran las estrategias, para de esta forma enfrentar y resolver las necesidades del presente inmediato, en este proceso, donde participan los esquemas heredados del pasado, se establecen las potencialidades objetivas esperables, no de manera racional, sino que más bien en un tipo de racionalidad socialmente limitada por las condiciones que produjeron el habitus. Sin ser enteramente racionales, los agentes son razonables. La racionalidad de las prácticas está acorde a un tipo de lógica que no es la de la lógica, más bien lo propio de ellas es la imprecisión y la improvisación (Bourdieu P. , 2004).

Estas acciones prácticas, estratégicas, también se ven determinadas por la posesión de capitales mínimos para poder realizarse. Los agentes pueden estimar lo que deben apostar, de lo que se ve posible conseguir, controlando los riesgos de las acciones, al invertir adecuadamente los recursos que se tiene a disposición. (Bourdieu P. , 2007).

Al analizar los relatos de los familiares, se vuelve reiterativo observar que en las justificaciones de aquellos que asumen la responsabilidad de cuidar la salud de algún familiar adulto mayor dependiente severamente, en el sentido del porque lo hacen, sobre todo en caso de sus propias madres y padres, los entrevistados indican que esta decisión se toma como respuesta a lo que ellos consideran ha sido una entrega valiosa de cuidados y afectos por parte de sus padres cuando ellos eran niños o jóvenes dependientes, en este sentido, cuidar de quienes ya cuidaron muy bien de ti constituye una "una vuelta de mano", en este mismo sentido, aluden fuertemente a un sentimiento de afecto y gratitud;

--- *"…si yo siempre le he dicho a ella, cuando me decía "hija yo tanto que te hago trabajar" mama cuando nosotros éramos pequeños tu nos cuidaste, y ahora nos corresponde cuidarte a ti, esa fue siempre mi respuesta, porque es así, porque al final los padres pasan a ser niños y se da vuelta la mano entonces si tu no tienes quien te lo vea no puedes dejarlo de lado"(Chary, 56 años).*

--- *"…esto es toda una cadena, porque ella es el matriarcado, ella fue un pilar muy importante en la familia porque ella quedo viuda muy joven a los 40, después quedo viuda mi mama a los 37, con nosotros muy chicos y ella nos sacó a toda la familia adelante, entonces es un agradecimiento tan enorme, de mucho devolver la mano" (Beatriz, 45 años)*

Este traspaso de valores que se da dentro de las familias, esta forma de entender el afecto, genera que a los cuidadores, en el momento en que las circunstancias ameriten, les sea muy lógico el asumir el rol de cuidador, sin cuestionarlo demasiado, entienden que es una especie de deber el no dar la espalda, ni abandonar, a sus familiares, esto independientemente de que sea un proceso desgastante y agotador;

--- *"... yo lo asumí no más, y yo la adoro entonces para mí es un tema de una vuelta de manos no más, igual a mí en todo este tiempo, separada y toda la cuestión, debiese buscarme un trabajo, pero cómo la dejo sola, pa´ eso también se necesitan recursos económicos para contratar a alguien que la vea, que le haga lo que hago yo, entonces es como todo un tema, y ella tampoco se acostumbraría, no es menor para una persona estar desnuda frente a otra y la confianza, ella me dice tú me conocis cada uno de mis pliegues y hartos que son le digo yo porque es gordita, re gordita, lo que pasa es que en fondo la familia nosotros, no somos como muy cuáticos, así como vamos a conversar, va a haber reunión, esta todo organizado, ellas se apoyan mucho en mi porque yo me manejo mucho en todo lo que es la parte médica y además en mi fuerza, ahora te digo al tiro estoy echa pebre, mi espalda, mi rodilla, porque hay que hacer mucha fuerza con ella" (Beatriz, 45 años).*

La anterior cita es muy iluminadora en dos sentidos importantes, por una parte, hace referencia a la cercanía entre el cuidador y el dependiente, dejando ver que en los cuidados hay muchas situaciones intimas, el aseo personal, la desnudez, en donde la confianza es un elemento clave, en lo que se entiende como un respeto a la comodidad del mayor, en ese sentido, algunos familiares indican que no sería lo mismo que los cuidados fuesen realizados por otra persona, siendo ellos, los más cercanos, las personas idóneas para esta situación.

--- *"...preferimos que este aquí, porque la soledad es muy terrible, o sea la angustia, si tenis tu rato lucido, que en ella son bastantes, y no vei a nadie de los que son los tuyos, que fuerte po, muy fuerte, o sea si esta echa pipi, "parece que me pase", y se le cambia la sabana los pañales se le limpia todo, en un hogar crei que te van a pescar si te measte y estay hasta el cogote, cuando te toque y punto po, de ahí vienen los enfriamientos, las bronquitis y te fuiste te moriste a nadie le importo, entonces yo creo que hay que dar la vida y todos los esfuerzos por que se los merece además, ahora no sé qué pasara en los casos de las personas que no han cosechado, o sea que no han sembrado para cosechar esto, que deben a ver muchos casos, "que voy a ir a cuidar a esa viaja que me hizo la vida imposible" porque también no todos los abuelitos son buenos" (Beatriz, 45 años).*

Es importante destacar que, en alguna medida, en la idea de la vuelta de manos a aquellos que se entregaron en su momento por mí, desde la perspectiva de los cuidadores, se esconde, a veces explicita y a veces implícitamente, una concepción de que el mayor se merece los cuidados, se los ha ganado por haber sido bueno con la familia, por su entrega, dando a entender que es por algo que no todos los mayores son cuidados de esta forma, con tanta dedicación.

--- *"…para mí no es sacrificio cuidar a mi mama, tampoco el trabajo, tampoco el esfuerzo, porque la mama para mi es amor, yo digo la mejor medicina para ella es el amor que uno le puede dar, ella está aquí como la ve usted por el amor que yo le he dado, por el amor que le dio mi papa, el amor de mi hija, de mi hermano, el amor en general" (Mirta, 45 años).*

Por otra parte, este relato alude a la dimensión económica que está detrás de este tipo de decisiones también, "*pero cómo la dejo sola, pa´ eso también se necesitan recursos económicos para contratar a alguien que la vea, que le haga lo que hago yo, entonces es como todo un tema, y ella tampoco se acostumbraría".* En alguna medida, es posible entender que muchas familias, en un sentido práctico, tampoco tienen otra opción para enfrentar los cuidados de los mayores, no obstante, en sus relatos este no es el factor más relevante, sino que prima la dimensión afectiva.

Una fuente importante de conocimientos prácticos, en cuanto a los cuidados de los mayores dependientes, nace de la practica misma de cuidarlos, en este sentido, observamos que en algunos casos los cuidadores dentro de su historia personal ya han cuidado de otros mayores, en estos casos lo más común es que las mujeres sean las "encargadas" de asumir principalmente esta responsabilidad, incluso cuando se trata del cuidado de los padres de sus esposos. En este punto, es necesario indicar que existe una importante diferenciación por género en las prácticas de cuidado;

--- *"…yo hace 15 años atrás cuide a mi suegra, tres años, ella tiene dos hijas, son cinco hijos y a ella le amputaron su pierna, alcanzo a vivir con mi cuñada un año y se orinaba se hacía de todo entonces, un día mi esposo la pillo a mi cuñada, que le estaba sacando la camisa fuerte y "te volviste a mear" le dice y le da un palmazo en la cabeza. Al día siguiente mi suegra estaba aquí conmigo, yo le cedí mi dormitorio porque faltaba un dormitorio y me fui a dormir a la cocina, hasta que hicimos una cocina y la que era cocina la ocupé yo de dormitorio, entonces nosotros ya teníamos experiencia, entonces para mí y más aún mi madre, claro me es pesado, me las he sufrido todas, me las he llorado, de pensar como era ella y en las condiciones en las que está." (Carmen, 47 años).*

Esta situación, en la cual los esposos delegan a sus esposas los cuidados de sus padres, es asumida no como una imposición, sino que, de manera natural, bajo la idea de que las mujeres en general tienen una mayor sensibilidad a la hora de cuidar, y que, por tanto, en alguna medida les corresponde hacerse cargo de estas situaciones. Este proceso, como cualquier otro de cuidados de este tipo, genera mucho desgaste para las cuidadoras, no obstante, no se traduce en discusiones o enfrentamientos entre las parejas.

--- *"…Pero él me devolvió la mano, el igual se sentía responsable por que como yo cuide a su mama durante seis meses allá en mi casa de villa alemana, también me paso*

la cuenta, al final y me empecé a enfermar, no dormía en las noches tenía la guata así, tenía el colon mal, ahora es todo lo contrario he adelgazado, y el cree que me debe eso, y yo le digo que no porque lo que yo hice lo hice por él, porque los hombres en general no tienen la habilidad, paciencia, tino, y todo lo que significa en este caso cuidar a la mama o al papá, él podía tener todo el cariño el mundo, pero conmigo era distinto yo como mujer tratarla, también lo hubiese hecho por mi papa, o sea lo hice de hecho, pero el siente que me está devolviendo la mano y yo creo que no, que no es el caso, pero bien en ese aspecto no tengo nada que decir"
(Chary, 56 años).

En este punto, es necesario evidenciar una limitación que hemos identificado en cuanto a cómo hemos estructurado las herramientas con las cueles enfrentamos nuestro análisis, vale decir, que consideramos hubiese sido de mucha utilidad, aun cuando medular, el agregar un análisis desde la perspectiva del género, puesto que muchas de las practicas, y las ideas que están detrás de ellas podrían profundizarse desde la perspectiva del patriarcado, ya que es posible observar cierto sometimiento de las mujeres a la obligación de cuidar de los mayores, puesto que esto no sería un trabajo de hombres.

Otra las experiencias familiares de cuidado de mayores que se da en algunos casos, corresponde a aquellos que han tenido que cuidar tanto a su padre como a su madre, es importante señalar que, en general, los hombres por llevar estilos de vida más nocivos pierden su salud antes que las mujeres, por lo que existen grupos familiares que han tenido la oportunidad de cuidar al padre y luego a la madre logrando generar una importante experiencia, aprendiendo de sus errores y replicando aquellas estrategias que han traído éxito;

--- *"…si mi madre con sus medicamentos, es insulina dependiente, pero nosotros para ser honestos, entre familia, a mi papa lo cuidamos tanto, él tuvo una cirrosis hepática y lo cuidamos tanto, mi mama es viuda hace 16 años, le quitamos tanto y al final tanto que le quitamos de cosas y sabíamos que se iba a morir, pero le privamos de tantas cosa, entonces con mi mama dijimos no, fue un aprendizaje, dijimos no con la mama no vamos a hacer lo mismo, independientemente de que si algunas veces hay restricciones, si ella en su minuto se quiere comer su pedazo de chocolate démosle no más, no se va a comer la barra de chocolate entera, pero si una chica, o galletas, ella cuando iba sola a comprar al supermercado ella se traía una bolsa llena de galletas y dulces" (Chary, 56 años).*

Otra fuente importante de estructuración de las prácticas de cuidado también se haya en las experiencias personales que han tenido los cuidadores en esta temática, pero esta vez, en el sentido de la participación que han tenido en distintas agrupaciones o experiencias de este tipo, destacándose las agrupaciones religiosas y las juntas de vecinos. Cabe destacar, que muchas de las asistencias que reciben los cuidadores, nacen la organización de otros grupos de cuidadores, los cuales logran un nivel mayor de estructuración, y por tanto un poder mayor en sus intervenciones;

--- *"…yo trabajo para un grupo de postrados, como voluntaria y me ha resultado. Nunca pensé que iba a llegar yo a esta situación en mi caso propio con mi mamá, porque yo a todo esto, yo trabajé en el hospital higueras y hospital lirquen como voluntaria en damas de la luz y hacíamos todo este tipo de ayuda a los postrados y gente hospitalizada que no los iban a ver, pero nos asociamos con grupo de amigos de la población para ayudar sin saber que aquí dentro de la población había ocho postrados" (Carmen, 47 años).*

Una característica importante de estas asistencias impartidas por agrupaciones sociales no profesionales de la salud es que, aun cuando no perteneces a las instituciones de la salud de carácter formal, de igual forma cumplen un rol activo en el traspaso de información técnica, desde la perspectiva médica, en las formas correctas con las cuales se debe asistir a los mayores, es importante esta característica, puesto que en estas instancias se funde el apoyo entre pares, puesto que muchos de sus miembros también son cuidadores, con herramientas del enfoque biomédico;

--- *"…ahora me recordé que mi abuelita si participa de un, no me acuerdo bien (agrupación de familiares de postrados), pero ahí le enseñaron los cuidados del adulto mayor, en Penco, tenía que ir como dos meses al mes, a charlas, ahí recibía asistencia técnica para los cuidados, para las heridas y cómo tenía que moverlos, y cómo tenía que desplazarlo en el poco espacio que hay adentro, entonces todas esas cosas las aprendía ella, ella me enseñó a mí por ejemplo y yo le enseñe a mi mama, cómo ponerlo en la cama para que no se le hagan heridas y todas esas cosas" (Claudia, 20 años).*

Como ya ha sido mencionado en el análisis, dentro del campo de los cuidados en salud, además de la propia experiencia de las familias, una de las principales fuentes de la estructuración de las prácticas de cuidado de la salud proviene de las distintas estructuras formales de salud, principalmente de la atención médica y de las enfermeras, quienes, a través de su misma práctica profesional, traspasan conocimientos y formas, que desde esa perspectiva son las más adecuadas, para enfrentar eficientemente los cuidados de los mayores. En este sentido, es posible observar cómo a lo largo del tiempo los cuidadores adquieren un mayor nivel de experticia técnica a la hora de intervenir en sus familiares. Es importante señalar también, que muchos de los procesos de cuidados de adultos mayores dependientes pueden llegar a extenderse por varios años, permitiendo a los cuidadores obtener un manejo muy acabado de las prácticas de cuidado;

---*"…me los enseño la kinesióloga de los postrados, ahí me enseñaron a hacerlo, para que ella mantuviera la fuerza, en sus manos y todo, ella tiene artrosis en sus manos, en la cadera en todas partes, pero gracias a mis ejercicios la otra vez la vio el médico y no tiene ninguna malformación nada, pero he mantenido eso, la saco a pasear si esta bonito el día en sillas de ruedas, a veces tres veces al día o una, dependiendo del día, y conversa con los vecinos y después volvemos para acá y una fruta un jugo galletitas, y así uno va intercalando" (Mirta,45 años)*

Sobre este punto, algunos estudios indican que el modelo biomédico muchas veces no ejecuta el completo control y seguimiento de los procesos de enfermedad, sobre todo de aquellos que se realizan en el hogar, quedando estos en manos de la capacidad estratégica de los involucrados, quienes a pesar de reconocer el poder hegemónico del médico y estar bajo la subordinación a la medicación, generan visiones críticas a partir de las experiencias tanto de los profesionales y su técnica (Grippo, 2006).

--- *"…nunca he tenido una discrepancia con los doctores, exceptuando ahora que se le quito la insulina, porque mi mama se quejaba mucho de la cuestión de los pinchazos, pero fue por una decisión no mía, sino que conversada con la geriatra, porque la cantidad de insulina que ingería mi mama era mínima entonces ante eso se vio la oportunidad de que en vez de eso se le aumentara la dosis de pastillas, entonces en vez de tomar dos pastillas al día tomaba tres, y ante eso, exámenes que se le han ido haciendo ella está bien, está compensada no le ha dado ningún alta ni baja de azúcar, se ha mantenido bien, la semana pasada le hicimos exámenes y a pesar de que es diabética está bien"(Chary, 56 años).*

Así cómo es posible encontrar, en la mayoría de los casos, familias que se encuentran muy alineadas a las indicaciones médicas, tratando de aplicar de la forma más rigurosa las instrucciones que directamente se les han entregado, también hay grupos familiares que manifiestan un nivel de empoderamiento mayor, asociado niveles de formación más altos, en donde de manera interna se deciden los procedimientos a realizar bajo determinadas situaciones, incluso llegando a rechazar la atención medica convencional. En estos casos, es cuando de manera más clara se puede observar elementos de la medicina tradicional mezclados con las atenciones de carácter medico científico;

--- *"…ella no es de remedios ni de nada, esa vez ella se recuperó aquí en la casa, con sopita de posta, con mantenerla más ventilada, con oxígeno, todo eso lo manejaba yo, nebulizarla abrirle, el pecho, igual hemos llamado como tres veces a la "Help", cuando la hemos visto, así como chuta que le paso, porque hay veces en que se queda dormida ahí y no sabes, no reacciona los brazos se les caen, pero hospitalizaciones y eso no" (Beatriz, 45 años).*

Algunos grupos familiares cuentan con miembros empoderados de un alto capital cultural en cuanto a conocimientos técnicos en medicina, ya sean estos médicos, paramédicos, enfermeras, o en grados menos incluso un hijo con estudios universitarios está dotado, comparativamente con el resto de los miembros, de un capital cultural mayor que le otorga mayor peso en sus opiniones, es posible observar que en estos casos las familias confían en las opiniones de estos y aplican sus indicaciones;

--- *"…a ver mira en todo caso nada que decir, porque vienen y la vacunan acá, si ella tiene sus carnet y sus cosas, pero llevarla pa allá, no poh, si es sana, como te de repente*

se empieza un poco a obstruir, pero la sacamos al tiro, o viene la Aída (cuñada pediatra) y me dice démosle antibióticos, y ahí yo me hago mi lista de rutina de remedios y la veo yo, es que para que otra opinión más, y no se puede trasladar si eso es lo otro, y en caso ya de ultra emergencia llamar a la Help" (Beatriz, 45 años).

Por último, en cuanto al cómo se trasmiten las estrategias familiares, es necesario considerar que muchos de los lineamientos con los cuales son definidas las intervenciones en adultos mayores dependientes, provienen de la propia voluntad de los mayores, ya sea la voluntad plasmada cuando estos tenían la lucidez necesaria para expresarla directamente, o en base a las expresiones que estos tuvieron cuando se encontraban con buena salud.

--- *"…Lo principal para mí, es respetarle lo que ella pidió en vida, me refiero a cuando ella podía expresarse, pero hay que respetarle lo que ella quería, igual que mi papa me pidió tales cosas cuando ya no estuviese y al final luche y todos se enojaron mucho, (Mirta, 45 años).*

En este sentido, se vuelve relevante el concepto de autonomía, el cual hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas y el derecho para tomar sus propias decisiones acerca de su propio plan de vida. Este concepto, se opone al de heteronomía, el cual se entiende como la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. Desde algunas vertientes más multidisciplinarias, se propone un modelo centrado en el respeto a la dignidad y derechos de las personas, cualquiera sea su situación de discapacidad o dependencia, haciendo principal hincapié en el principio de autonomía como base de la dignidad de los mayores, procurando proteger que las personas tengan derecho a mantener el control de su vida y puedan actuar con libertad (Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

--- *"…si le dejaba la ropita lista y cuando podía la ayudaba, trataba de dejar que ella también hiciera sus cosas sola para que no se sintiera menos cavada, porque ella en algunos minutos captaba todo también, entonces para que no se sintiera mal dejaba que ella hiciera sus cosas, si po´, porque hay que tratar de que sea un poquito independiente, aunque ella en este minuto tiende a ser más independiente, pero en su minuto fue tratar de darle un poquito de libertad, o sea si salía a caminar por aquí, "mamita si pero con cuidado" pero no a la calle sola, por ningún motivo, si era necesario cerrar la puerta con llave afuera, porque en su minuto de repente abría puertas y era complicado" (Chary, 56 años).*

Sobre esta dimensión, es muy importante considerar, sobre todo cuando existe un deterioro en las capacidades mentales de los mayores, que este proceso de perdida de la autonomía, en algunos casos sucede de forma paulatina.

---*"… No, o sea mandona era, súper toma la vida, pero ahora ya no po, o sea si yo le digo, nos vamos a almorzar y nos vamos a dormir la siesta con pijama, "hay pero no tengo ganas de acostarme", no te vas a acostar igual no más, porque hace frio, porque te puedes enfriar, por el bien de ella, igual ella es súper dócil y es súper agradecida, lo único de repente se pone agresiva cuando cree que, a ver por decirte "llama por teléfono a Adriano", y la gran mayoría están todos muertos los que quiere llamar, entonces "pásame la guía de teléfono" y ahí empieza a subir el tono, ahí es cuando a veces también me llaman o llaman a la Amaya porque ella también le baja un poco, porque eso sí que nos da susto, que le venga un arrebato de esa impotencia de no poder entender y como si le estuvieses haciendo tonta, le genera frustración y como que se van en mala con el que tienen cerca, entonces siempre como que todos les roban o los mienten, los más cercanos siempre, claro entonces se ponen agresivos" (Beatriz, 45 años).*

Como se puede observar en la anterior cita, en la medida en que las personas, producto del deterioro cognitivo por cualquiera de sus razones, termina por ingresar a una dinámica de cuidado muy vertical por parte de sus familiares, los cuales, desde lo que consideran correcto, y más saludable para el mayor, estipulan cuales son los tratamientos y las rutinas que estos deben seguir, muchas veces incluso en contra de su voluntad.

Como se trasforman las estrategias familiares de cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente.

Desde el principio de la relación de dependencia entre un adulto mayor y su grupo familiar, esta representa un desafío para los familiares, principalmente puesto que las herramientas para enfrentar esta situación son muy escasas, en este sentido, las familias sin proceder de manera enteramente racional actúan de manera razonable, en consideración a las ideas y recursos tiene al respecto. Desde la perspectiva de Bourdieu, esta racionalidad manifiesta en las prácticas está acorde a un tipo de lógica que no es la de la lógica, sino que más bien en una lógica de imprecisión e improvisación (Bourdieu P. , 2004).

Esta logica de la improvisacion se ve muy claramente manifista en los relatos, al observar como a través del ensayo y error las familias pulen sus estrategias, improvisando los metodos. En esta lógica, la observación directa de los comportamientos cotidianos pareciera ser el primer método de alerta de que algunos comportamientos no andan bien;

--- *"…no tenía ninguna experiencia, nada, tuve algunos episodios muy fuertes, el hecho de que se escapara y no encontrarla, yo me empecé a dar cuanta cuando ella empezó a esconder las cosas, escondía todo, le robaban todo según ella, ahí me di cuenta de que algo raro estaba pasando con ella, porque ella era una mujer muy activa y de la noche a la mañana esta enfermedad la freno, es una enfermedad muy cruel, no sé si para ellos, porque ellos viven en su mundo, pero para uno que tu mama no te reconozca, es parte de la vida no más" (Pamela, 40 años).*

Frente a las anomalías de las condiciones de salud de los mayores, ya sean estas abruptas o paulatinas, el comportamiento que más se reitera es el tenerlos más cerca para la supervisión directa de sus conductas, en este sentido, los adultos mayores que viven solos obligan a generar cambios drásticos en la cotidianidad de las familias, muchas veces implicando cambios de domicilio, ya sea que las familias, o partes de estas, se van a vivir con ellos;

--- *"…mi mama vivía en cauquenes en el campo y ella se trasladó para acá, porque yo vivía solamente con mis abuelos, … ahora cada uno tiene su función, nos organizamos en ese sentido, la tía por ejemplo se encarga solamente de la alimentación, nosotras tres de la limpieza, tuvimos que improvisar los que estábamos aquí en la casa no más, no teníamos la experiencia, yo algo había observado entonces con mi mama hemos ido aprendiendo un poco más, porque había que hacerlo" (Claudia, 20 años).*

O, por el contrario, son los mayores los que son llevados al hogar de algún familiar que hará principalmente el rol de cuidador, generando la obligación de generar adaptaciones importantes, ya sea en la estructura misma del hogar, como en las dinámicas internas de los miembros que lo constituyen;

… "…entonces mi esposo me dijo como sea hacemos algo, un dormitorio y podemos hacer una cocina y lo hicimos, para que la puedas traer me dijo y tu estés tranquila, porque yo no estaba tranquila, porque si bien es cierto el problema a mi discapacidad, me cuesta mucho desplazarme, a momentos estoy con mucho dolor entonces me costaba llegar allá" (Carmen, 47años).

Producto de los fuertes cambios en la cotidianidad de los grupos familiares, y de la poca experticia en los procesos, es que en el camino de aprendizaje para encontrar las maneras más eficientes para enfrentar esta nueva situación se cometen muchos errores, los cuales tienen relación con las dinámicas más simples de la cotidianidad;

--- *"…lo hago al cien por ciento, o sea es mi preocupación del día, a veces ni como, ella primero y después yo, antes almorzaba con ella, pero me di cuenta que estaba actuando mal porque ella comía primero y después a mí se e enfriaba la comida, y tengo que estar almorzada antes que ella despierte, porque tengo que llevarla al baño y empezar otra vez" (Mirta, 45 años).*

En cuanto a los tratamientos y las formas de enfrentarlos, las familias también pasan por procesos de experimentación, los cuales solo corresponden a dimensiones particulares del tratamiento, puesto en la gran mayoría de los casos están guiados por algún especialista, siendo en los espacios que quedan libre de indicación directa de los profesionales las oportunidades para que los familiares puedan intervenir;

--- *"... La otra vez, le estábamos dando melatonina para ver si duerme mejor porque habla toda la noche, si es súper desgastante, entonces la otra vez mi tía dijo probemos con dos melatoninas y no la podíamos despertar al otro día, porque ella no toma remedio, entonces su cuerpo cualquier remedio lo absorbe pero el triple que cualquier normal, y al otro día así que no podíamos despertarla, obviamente nos asustamos, pero ya yo dije démosle un poquito de manjar, un poquito de agua con azúcar, y siempre decimos " es como el ave fenix", derrepende hu!"(gesto de despertar)" (Beatriz, 45 años).*

En cuanto a las instancias de transformación de las estrategias de cuidado, se puede observar como las familias realizan procesos de reflexión y autorregulación de las estrategias llevadas, en este sentido, es común observar que cuando alguno de los cuidadores manifiesta un deterioro importante en su condición de salud es la propia familia la que decide poner freno a estas conductas nocivas, siendo principalmente los hijos de los cuidadores más involucrados los que advierten los peligros de las practicas, pidiendo a los afectados que modifiquen ciertos comportamientos, sobre todo aquellos que dicen relación con el descanso;

--- *"…mi familia por lo menos en ese aspecto si, ahí te puedo decir que me tratan como cabra chica, me retan, para que yo reaccione, me dicen esta bueno mama, está bueno chary, entonces yo digo "pero es que" y no, por si para eso tú tienes gente allá que trabaje y que te cuida a los abuelitos, entonces tú tienes que darte tu tiempo y cuidarte, bueno y mis hermanas también en ese aspecto sentía yo el apoyo y me decían tienes que*

tomarte tu tiempo, porque si no a la larga igual te vay a enfermar me dijeron, así que empecé a hacer caso, me estoy portando bien (Chary, 56 años).

En los casos en que por razones de no tener colaboración, o relevos, en las funciones de cuidado, como ya se ha dicho, es cuando las cuidadoras corren más peligro de ver damnificada su salud, en este sentido se genera una fuerte contradicción en la disposición de las cuidadoras, puesto que por una parte advierten que deben detener la intensidad de los cuidados, y por otra parte, son conscientes que el trabajo que ellas hacen, y en la intensidad en que lo hacen, es producto de que no hay otros miembros dispuestos a realizarlos, es por esto que en ciertos casos, a pesar de las advertencias, las cuidadoras deciden continuar con las atenciones que entregan poniendo en riesgo su propia salud;

--- *"cuando recién me hice cargo de ella sí, porque ellos (mis hijos) venían con una situación de mi suegra y me toco toda la pega a mí, sus hijas nunca se hicieron cargo, entonces no querían que yo volviera a las mismas, a mi edad y con mi discapacidad, nosotros queremos mama para rato me decían, no queremos que tu pases esas situaciones mama cuídate, pero yo tampoco puedo abandonar a mi mama, es mi mama, es lo mismo que yo pienso que ellos harían por mí" (Carmen, 47 años).*

En los casos en donde los cuidadores tienen, u obtienen apoyo extra, a propósito del deterioro en su propia salud, las dinámicas de cuidado cambian y se vuelven más solidarias, en los relatos, se observa que estos cambios suceden posteriormente a que, ya sea el mismo cuidador, o sus familiares, advierten que la situación se está volviendo perjudicial;

--- *"…mi familia me dijo esta bueno, tienes que descasar, sí, pero es que no puedo dejar el buque solo, "no" también está tu salud, así que tuve que hacer caso y ahora vengo día por medio, entonces vine ahora día jueves y ya no vengo hasta el sábado, descanso entre comillas" (Chary, 56 años).*

Este proceso de rectificación de las estrategias asumidas, sobre todo cuando se carga la responsabilidad a uno muy por sobre el resto, no siempre nace por la protección del grupo familiar hacia aquel que está viéndose afectado, en los peores casos es el propio afligido quien debe dirigirse al resto y reclamar por su salud, recibiendo incluso la desaprobación de los demás por abandonar las funciones que a los ojos de ellos le corresponden, esta situación evidencia que en los grupos familiares en que no existe una participación solidaria, o compartida, el resto de los miembros no dimensiona el peso, y las consecuencias, de asumir los cuidados de un adulto mayor dependiente a diario. Por otra parte, no es solamente el hecho de verse en una situación de salud complicada la razón por la cual un cuidador reclama por colaboración, sino que también a veces lo hace para poder atender las situaciones de su vida personal, como por proyectarse en una vida en pareja por ejemplo, es importante en este sentido también mencionar que la

culpa atribuida por abandonar sus funciones, a los ojos del grupo familiar, también es un proceso que las mujeres llevan en su propia conciencia, sintiendo culpa, por no poder seguir cumpliendo este rol de la manera en la que lo ha venido haciendo por algún tiempo;

--- *"...para ellos es muy fácil en una posición, porque para toda la gente que cuida postrados siempre va a existir ese conflicto entre las familias, porque para los demás es muy fácil decir puta total ella se queda ahí, y después puta porque dejaste a mi mami sola, porque para mí fue complicado cuando me fui a vivir con mi esposo, fue complicado porque todo el mundo se me hecho encima, así como "y quien la va ver de noche si le pasa algo", cómo tirando la culpa a uno, ahí fue difícil y muy difícil y recién en septiembre como que se dieron cuenta que yo ya necesitaba ayuda, el verme a mi colapsada en ese sentido, de verme con pena, de ver que ellos no lo entendían, que yo quería hacer mi vida, y no estaba haciendo nada malo, pero me juzgaban cómo que yo estaba cometiendo un gran error... les dije y en el momento todos reaccionaron de diferentes maneras, cómo que ellos veían la parte de la mama no más, veían que ya no iba a tener a alguien que la cuidé en la noche, porque yo estaba siempre en la camita al lado de ella, porque tenía mi cama ahí, y es increíble que yo no dormía bien, porque siempre estaba pendiente, y con el tiempo igual en las noches casi no dormía tampoco allá, porque está pendiente me quedaba esa responsabilidad, y después ya ahora duermo en la noche y sé que en la mañana aquí va a estar bien, pero igual no duermo todas las noches" (Mirta, 45 años).*

Por otra parte, como ya se ha dicho, las estrategias cambian en la medida en que la condición de salud de los mayores dependientes va empeorando, los familiares deben adaptarse continuamente a eventuales nuevas necesidades que van brotando a propósito de la intensificación del deterioro en la salud de los dependientes, esto puede significar, la necesidad de usar pañales, puesto que el mayor ya no puede caminar hacia el baño, la necesidad de aprender y aplicar ejercicios de kinesiología, sobre todo en el caso de los postrados, las técnicas anti escaras y diversas curaciones. Por otra parte, es posible también que otro familiar caiga en condición de dependencia también, lo cual implicaría doblegar los esfuerzos en cuidados, modificando profundamente las estrategias llevadas por el grupo;

--- *"...Algo relevante es que ahora también vamos a tener que cuidar a mi abuelita porque ella ya no va a poder hacer fuerza y vamos a tener que incluir a alguien permanente acá en la casa, para que los cuide a los dos cuando nosotros no estemos, entonces mi mama está en la decisión de dejar de trabajar o de contratar a alguien, y con mi tío pagar a medias para que los cuiden, entonces ahí están viendo, como mi abuela está en el hospital, entonces ahora va a haber que cuidarlo a los dos, a mi abuelita el cirujano le dijo que tenía prohibido hacer fuerza porque o si no se le va a seguir acumulando sangre en el cerebro y no vamos a poder drenarla bien, ella esta diabética y tiene una anemia severa, el anestesista dijo que podía correr el riesgo de irse en sueño, entonces ahora hay que cuidar a los dos, eso es cómo lo más relevante, y se está discutiendo cómo se va a hacer" (Claudia, 20 años).*

Finalmente, es posible observar en algunos de los relatos, asociados principalmente a aquellos casos de grupos familiares con menos recursos a su haber, que, en el transcurso del tiempo, a propósito de las diversas tensiones que genera tener al cuidado a un adulto mayor dependiente severamente, las familias entran en conflictos entre sus miembros, por lo cual las dinámicas surgen ciertos distanciamientos, o cambios en las reglas domésticas. En este sentido hay que considerar, que muchas veces a propósito de los cuidados de los mayores distintas familias nucleares, que en su conjunto conforman la red familiar del adulto mayor, se ven compartiendo el espacio domestico de una familia nuclear, la cual en algunos casos exige valer su autoridad sobre los espacios;

---*"...mi hermano, o sea mi hermano venía a mandar en mi casa, y eso era lo que mis hijos se enojaban y me criticaban, mi esposo no, mi esposo siempre silencioso, mama pero porque tú tienes que permitir esto, si es tu casa, mama esto no, tú tienes que hablar, mama tu estas tomándote una once llegan ellos y que muden a la mama, no que tú te levantes de la mesa por ir donde la mama y mudarle un pañal o darle un remedio, ellos están aquí que ellos lo hagan, nunca te dicen te ayudo Gina, que tengo que hacer, nunca me lo dijeron, si ella es su mama, nunca han cambiado un pañal" (Carmen, 47 años).*

Como se ha expuesto son diversas las razones por lo cual las distintas estrategias familiares se van modificando a lo largo del tiempo, algunas de las más importantes que se han podido rescatar dentro de los relatos que hemos revisado corresponden a, adaptaciones a las nuevas demandas y necesidades de los mayores dependientes, por complicaciones en la salud de alguno de sus cuidadores o cualquier otro miembro que amerite dedicar atención de cuidados en él, o por distanciamientos en los miembros de la red familiar

Conclusiones.

En relación a las tres dimensiones sobre las cuales están construidas las prácticas de cuidado en la salud según Arteaga, la medicina profesional, tradicional y popular (Arteaga, 2010). Hemos podido constatar que las estrategias familiares que se llevan a cabo para cuidar a los adultos mayores dependientes severamente, están fuertemente influenciadas por la medicina profesional, la cual, a su vez, está estructurada desde los lineamientos del enfoque biomédico de la salud. Esta concepción de la salud, en la cual se exacerba el factor biológico como principal indicador de buena o mala salud, se traspasa a los familiares a través de la práctica de los médicos y las enfermeras, quienes, envestidos de una fuerte autoridad, determinan las maneras correctas e incorrectas de prestar los cuidados a los adultos mayores (Grippo, 2006). Batinof, indica que las definiciones de salud/enfermedad están constituidas por lo menos por tres elementos fundamentales; una selección de problemas y fenómenos que afectan a grupos de población seleccionados, una enumeración de hechos, que en su contenido son asumidos como relevantes, suficientes y necesarios para describir los problemas seleccionados y una explicación sobre ellos (Batinof, 2011).

En cuanto a las dimensiones tradicional y popular de las prácticas de cuidado de la salud propuestas por Arteaga (Arteaga, 2010), es posible encontrar muy pocas alusiones a estas en los relatos de las estrategias llevadas a cabo por los familiares de adultos mayores dependientes severamente, estas alusiones, que parecen ser retazos aislados dentro de prácticas fuertemente determinadas por la postura médica, se observan levemente en el uso de ciertas infusiones de yerba, como la melisa, la menta y otras más, que son utilizadas con diversos motivos como contrarrestar los problemas estomacales, tranquilizar y disminuir el mal olor de la orina. Por otra parte, también ha sido posible observar cierta creencia que determinadas preparaciones de alimentos, como la sopa de pollo, colabora fuertemente en la recuperación de estados de salud considerados negativos. Por último, cabe destacar que la autoridad medica se impone tan fuertemente, que los familiares indican, como si esto fuese una práctica bien aprendida, que ellos no le darían nada a los mayores que no lo haya receta un médico con anterioridad.

Producto de la convicción en que la práctica médica es la mejor forma de cuidar a los mayores, los grupos familiares realizan sistemáticos esfuerzos por acceder a la mayor cantidad de atenciones y recursos de este tipo. En este sentido, desde la lógica de Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, Una invitacion a la sociologia reflexiva, 2005), las familias compiten dentro del campo social de los cuidados en salud por obtener los mejores recursos que les sea posible. Es importante destacar que esta competencia no

todos tienen las mismas herramientas para hacerse de los recursos en disputa. Desde nuestro análisis, hemos identificado que tanto el capital económico, como el capital social, son los recursos que de mejor manera permiten acceder a los beneficios ofrecidos en el campo.

Por su parte, el capital económico permite acceder directamente a atenciones médicas, ya sea de enfermeras, paramédicos, kinesiólogos o médicos de manera privada, sin tener la necesidad de participar en la demorosa disputa por los recursos públicos, en la cual las familias se encuentran completamente sometidas a la disponibilidad de estos recursos, en el consultorio público más cercano, los cuales, deben abarcar una alta demanda de familias, esto por la gran cantidad de personas que abarca el sistema público. Dentro de los servicios privados que más destacan en las estrategias de aquellas familias con alto capital económico, se encuentra el servicio de ambulancias y atenciones privadas “Help”, quienes mediante pago de por medio, el cual se encuentra cerca de los sesenta mil pesos por afiliado mensual, acuden raudamente a las necesidades de estas familias, quienes pueden llegar a solicitar estos servicios hasta seis veces en un mes. Otro de los servicios reiterado en los grupos de alto capital económico, corresponde a las enfermeras que prestan servicio de manera privada en los hogares, las cuales realizan todas las atenciones cotidianas que implica tener a un mayor dependiente severamente en el hogar, desde asear, realizar curaciones, hasta cambiar pañales, ya sea de día o de noche, permitiendo a los familiares no tener que directamente verse involucrados en las atenciones de los mayores, ni tener que estar a la disposición de ellos las veinticuatro horas del día, permitiéndoles descansar y realizar las actividades normales de su cotidianidad.

Los beneficios de las atenciones privadas en salud, se oponen fuertemente a la realidad de aquellos grupos familiares que cuentan con un bajo capital económico, por ejemplo, el promedio de visitas que los médicos del servicio público realizan a las familias más vulnerables socioeconómicamente en un año es de dos atenciones, las cuales deben ser gestionadas de manera insistente por los grupos familiares, sin tener la posibilidad de elegir ni fecha, ni hora. Por otra parte, al no tener la capacidad de contratar los servicios de alguien que ejecute los cuidados que necesitan los adultos mayores, estos grupos no tienen más alternativa que enfrentar ellos mismos esta tarea, con los costos negativos que a estas atenciones están asociados. Un elemento muy importante a considerar es este sentido, es que en los casos más vulnerables socioeconómicamente, las familias deben administrar el capital económico que poseen, priorizando en las necesidades más básicas del hogar, como abastecerse de alimentos, calefacción y agua, dejando las demás necesidades, incluyendo las de los adultos mayores dependientes postergadas a un segundo plano.

La sociedad chilena es de las sociedades en las cuales más altos proporcionalmente los costos de los servicios de salud, en cualquiera de sus formas, clínicas, ISAPRES, o farmacias (Fiscalía Nacional Económica , 2012). En este contexto, es muy relevante destacar que los grupos familiares no solamente compiten por acceder a servicios de salud y atenciones médicas, sino que además estos deben procurar proveerse de una serie de insumos que son necesarios para poder realizar las atenciones de los mayores, pañales, cremas, catres clínicos, medicamentos, entro otros más, los cuales en el caso de las familias de alto capital económico se adquieren de manera directa, asumiendo la totalidad del costo, en nuestras entrevistas encontramos grupos familiares que gastan aproximadamente dos millones de pesos mensuales en los cuidados de un adulto mayor.

En los casos de las familias que no cuentan con el capital económico para enfrentar los gastos de manera privada y directa, existen una serie de ayudas sociales asistenciales, las cuales ofrecen diversos tipos de asistencias. Dentro de las más destacadas se encuentran las agrupaciones de postrados, agrupaciones de adultos mayores, los municipios y las asistencias sociales de los hospitales. Es importante mencionar que, para obtener los beneficios de estas agrupaciones o instituciones, en general, el requisito tiende a ser la participación activa, esa es la manera más común de gestionar los recursos. Lo problemático de este tipo de asistencias en este caso, es que los casos más vulnerables socialmente, no son tan solo aquellos que no tienen capital económico, sino que además aquellos grupos familiares en donde el capital social también es precario y la mayoría de los cuidados se concentran en tan solo una persona, la cual no cuenta con reemplazante que puedan asumir su rol mientras participa de las distintas organizaciones en las cuales podría obtener beneficios

Por último, en relación al capital económico, cabe indicar que las condiciones materiales del hogar, en cuanto estructura, repercuten directamente en el cómo son llevadas las practicas por los grupos familiares, en este sentido, se destaca la estructura del baño, habilitada para silla de ruedas o con pasamanos, la cama o catre clínico, rampas y accesos para personas con limitaciones de movimiento, calefacción, como en todos los casos anteriores, aquellas familias de alto capital económico tienen la capacidad de adaptar sin mayores inconvenientes la estructura del hogar. Por el contrario, las familias de bajo capital económico, no tienen la capacidad de adaptar las condiciones estructurales del hogar, por lo que deben apelar a gestionar, ya sea en los municipios o juntas de vecinos, los recursos para poder modificar aquellos aspectos de la casa que les representen una dificultar a la hora de atender las necesidades del mayor dependiente, hay que mencionar que estos proyectos son muy engorrosos de concretar y pueden no suceder, así como tardar muchísimo.

En las estrategias familiares para el cuidado de la salud de adultos mayores dependientes severamente, el capital social es un concepto clave, puesto que en la medida en que más personas estén involucradas directamente en los cuidados, o incluso en la gestión de los recursos que son necesarios, menos connotaciones negativas a raíz de los cuidados recaen sobre los miembros, esto puesto que no se sobrecarga a una, o algunas pocas, personas toda la responsabilidad, sino que distribuye más equitativamente, ya sea a través de relevos, o en base a un sistema roles, en los cuales distintos miembros de la red familiar asumen responsabilidades distintas, permitiéndole a todos tener a disposición más tiempo libre, mejor salud y no desatender por completo a las relaciones sociales o amorosas. Aun cuando las empleadas y enfermeras por definición no pertenecen a la red familiar, las funciones que estas desempeñan de igual manera alivianan contundentemente la carga de los familiares.

Dentro de los relatos encontramos una relación importante de mencionar entre el capital económico y el capital social, la cual funciona de la siguiente manera, en las familias en las cuales es capital económico es escaso, se generan más discusiones entre los miembros a propósito de los cuidados que demanda el familiar mayor dependiente, esto puesto que las atenciones demandan bastante dinero, sobre todo el caso en que hay que alimentar de manera diferente a los mayores, o estos deben usar pañales, es la organización económica una de las principales razones por la cual se producen roces entre los grupos familiares, posiblemente porque cada uno de los miembros prioriza el poder aportar a su núcleo familiar más cercano, dejando en una segunda categoría de prioridad al adulto mayor, el cual generalmente, cuando hay discusiones, corresponde a la madre o padre de un grupo de hermanos.

Otra razón importante por la cual se producen distanciamiento entre los grupos familiares, corresponde al hecho de que por razones de salud el adulto mayor que es dependiente severamente no puede andar moviendo de una casa en otra, generalmente este se queda en un solo hogar, y en cuidado directamente por uno de sus hijos, o nueras, los cuales tienen un contacto mucho más directo con él o ella, puesto que comparten la cotidianidad e las atenciones, en este sentido las diferencias se producen puesto que la familia dueña de casa es la que pone las reglas que deben respetarse por los demás, a los cuales no les queda otra que respetar las normas de la casa.

La familia es la principal del de apoyo con la que cuentan los adultos mayores dependientes severamente. El apoyo que estos reciben se da principalmente dentro del hogar y corresponde a las acciones básicas de la vida, como comer, asearse, recrearse y recibir las curaciones o tratamientos de carácter más formal. En ese sentido, es necesario mencionar que las atenciones más que demandar tiempo efectivo de los cuidadores, les obliga a estar constantemente supervisando e interviniendo, para los cambios de pañal,

las distintas comidas, las técnicas anti escaras y los distintos tratamientos, los cuales pueden significar una pequeña fracción del día pero que no les deja salir.

Nuestra investigación tiene el mérito de ampliar el perfil clásico del cuidador que se ha levantado desde diversas investigaciones. Este rol clásico del cuidador corresponde a una mujer de bajos recursos y con poco apoyo de su red familiar, la cual prácticamente debe sobrellevar la situación sola. Por supuesto que en cuanto a problemática social este es el perfil que en mayor medida se ve perjudicado por tener que cuidar de un mayor dependiente. Los otros tres tipos de perfiles de redes familiares que desde nuestra investigación se levanta, cuentan con alguna herramienta que les permite enfrentar de mejor manera las dificultades de la dependencia;

Aquellos grupos de alto capital económico y alto capital social, son los que en términos de recursos a su haber, mejor posicionados están en el campo social de los cuidados en salud, puesto que tienen la posibilidad económica de pagar servicios de salud privada, los cuales ciertamente ayudan a que llevar los cuidados sea más fácil, al mismo tiempo en que son varios miembros de la red familiar participando activamente de los cuidados, lo que, como ya se ha dicho, disminuye las problemáticas asociadas a llevar cuidados de este tipo.

Por su parte, aquellos grupos que cuentan con un alto capital económico, no obstante, el capital social de estos es bajo, de todas formas, tienen una importante ventaja comparativa, puesto que, como se ha dicho, cuando se dispone de un alto capital económico es posible contratar los servicios de cuidadores o enfermeras privadas, los cuales se hacen cargo de enfrentar los cuidados del mayor en el día a día.

Finalmente, aquellos grupo que tienen un bajo capital económico, pero al mismo tiempo participan de manera activa varios miembros de la red familiar, También tienen una importante ventaja por sobre el perfil clásico del cuidador, el cual consiste en que las consecuencias negativas relacionadas a enfrentar los de manera solitaria, se encuentran repartidas entre diversos actores que hacen proporcionalmente la carga de cuidado más liviana, teniendo tiempo a disposición incluso para gestionar los recursos que sea necesarios.

Uno de los aspectos negativos que se da principalmente en los caos de las cuidadoras del perfil clásico, es que muchas veces arrastran a sus hijos a la misma situación, forzándolos en alguna medida a participar también de los cuidados, incluso desde muy pequeños, por otra parte, al tener que vivir con el abuelo o abuela, que se encuentra en un estado de salud severamente dependiente conlleva una serie de limitaciones que se deben adoptar en la casa. Por otra parte, la dedicación y la participación en eventos importante de la vida de los hijos, como las fiestas, las

reuniones de colegio, y muchas otras. Entendiendo también, aunque esto es aplicable para todos los casos, que el tener a un ser querido altamente deteriorado en su salud, incluso con manifiestos grados de demencia, postrados o desahuciados.

No obstante, no todo es negativo, desde el punto de vista de las familias, se identifican algunos valores importantes que se desprenden del proceso de atenciones domésticas, por una parte se hace lo que se considera ven cuanto a valores de familia y amor, correcto. Por lo que también constituye un buen ejemplo para las generaciones más pequeña, las cuales crecerán sabiendo que se debe cuidar y proteger a los adultos mayores, generándose una nueva trasmisión de valores familiares de cuidado y dedicación.

En relación a lo anterior, es importante mencionar que también en alguna medida las estrategias de cuidado, en los cimientos que dan sentido a las practicas, están configuradas en relación a ciertos habitus familiares, los cuales están cargados de contenido simbólico y de maneras de reaccionar frente a la enfermedad de un ser cercano, en este caso, a la luz de las entrevistas, hemos podido identificar que detrás de estas prácticas estratégicas de cuidado se esconden algunas ideas importantes, por ejemplo, que aun cuando muchas veces el deterioro de los mayores llega de manera improvista y fuerza a las familias a reaccionar rápido, estas optan por ayudarlo, lo cual, en sus propios términos, es identificado como lo correcto, puesto que se está devolviendo la mano a alguien en sus tiempos de fortaleza física hizo una entrega hacia la familia, por lo que sería lo mínimo que se podría hacer por el, configurando las practicas conforme a estos valores. Desde este punto d vista se da a entender que detrás de las ideas de los familiares que cuidan a los mayores dependientes, se esconde la idea de que estos se lo merecen por todo lo que han hecho por la familia, que cuidarlos es la forma de agradecerles y que por ningún motivo se les puede dejar solos

El habitus de los valores familiares y cómo se debe cuidar de algún enfermo en la familia no es el único que hemos podido identificar, también es posible observar con claridad en los relatos de algunas mujeres, el cómo asumen sin cuestionar el rol que “les ha tocado”, simplemente porque son mujeres, o hermanas, lo cual desde la concepción de estas significa que tienen mayor sensibilidad y manejo para llevar los cuidados de salud de alguien más, puesto que los hombres carecerían de la capacidad para poder hacerlo bien. Llama la atención ver dentro de los relatos, que algunas mujeres ya contaban con la experiencia de haber cuidado a otros adultos mayores antes, no solamente a su padre o madre, lo cual también sucede por cierto, sino que además a su suegra, pero que son los maridos los que “asumen” los cuidados de su madre o padre y posteriormente delegan esta responsabilidad a sus esposas las que sin queja alguna asumen lo que les corresponde.

En cuando a las argumentaciones que se pueden observar del porque estas personas se hacen cargo de estos adultos mayores dependientes, una de ellas corresponde al miedo al asilo de ancianos, principalmente por la mala fama que estos se han hecho por la televisión. A raíz de algunos programas que han mostrado diversos maltratos a adultos mayores en televisión, varias familias tienen la idea de que allí los mayores serían maltratados, y en ningún caso atendidos de la forma en que ellas lo hacen, vale decir que nadie mejor que ellas conocen el verdadero peso de tener que cuidar de la salud de un mayor dependiente severamente.

Por último, en cuanto a las fuentes desde las cuales se estructuran las estrategias familiares de cuidado de los mayores dependientes, una que salta a la vista en los relatos, aun cuando no ha sido confesada de manera explícita, corresponde a aquellos casos que tienen la imposibilidad, más allá de lo afectivo, sino que, en económico, de ingresar a su pariente a algún asilo, o contratar a alguna otra persona que esté dispuesta a hacer las funciones de cuidador.

Esto ha sido en cuanto a aquellas disposiciones, habitus, que vienen de las distintas socializaciones de la historia personal. Ahora presentaremos a uno de los factores más determinantes a la hora de estructuras las practicas. En primer lugar, hacernos referencia a las distintas instituciones de salud que intervienen moldeando las prácticas y los pensamientos de las familias, esto principalmente a través de las practica medica impulsada por médicos y enfermeras. Por otra parte, las organizaciones sociales que pretenden colaborar las familias cuidadoras, como la agrupación de postrados, de adultos mayores, las juntas de vecinos, aparte de colaborar con insumos altamente necesarios como los pañales, también juega un rol a la ora de propagar las prácticas médicas, es decir , en muchas de estas reuniones se enseñan técnicas kinesiológicas, así como técnicas anti escaras, masajes y técnicas de manejo de adultos mayores de todo tipo, por lo que, en la medida en que pasa el tiempo los familiares a través de distintas fuentes terminas adquiriendo un alto nivel de experticia, entendiendo además que los procesos de cuidados pueden durar años, convirtiendo a los cuidadores que comparten la cotidianidad en piezas clave de la salud de los mayores, puesto que estos mejor que nadie conocen la realidad del estado de salud de sus parientes.

En el relato de las estructuraciones de estrategias llevadas a cabo por las familias, es importante destacar que en alguna medida las estrategias están configuradas en cierto respeto a lo que son, o fueron, en el caso de las enfermedades de carácter psicológico en donde los mayores tienen comprometida la capacidad de expresar su voluntad, esta idea se estructura cuando la familia toma decisiones en función de la personalidad del mayor, o los gustos, incluso por la opinión que en sus momentos de lucidez tenia directamente sobre las intervenciones médicas, como no querer terminar en un hospital por ejemplo,

esta vertiente es muy importante desde la vereda del enfoque bio-psico-social, puesto que el respeto a la dignidad y a la autonomía de los mayores es una pieza clave de estos enfoques de carácter más holísticos, es así como se puede encontrar en distintos relatos, distintas adaptaciones a lo ha sido la voluntad del mayor.

Por otra parte, son los mismos familiares los que determinan el momento en el cual los adultos mayores dejan de ser auto valentes, en relación a diversos episodios en los cuales ellos observan que los comportamientos de los mayores son erráticos e incluso peligros, ameritando una intervención familiar sobre ellos. Ahí es cuando hacerse cargo de ellos y ponerlos bajo su supervisión, muchas veces estos procesos, tanto de demencia senil como de Alzheimer, suceden paulatinamente, a momentos reconocen y a momentos no, esto es relevante puesto que una de las dependencia, indicada teóricamente, corresponde a una dinámica de sobre cuidado, en donde, desde la familia, se impide a un adulto mayor que haga cosas que eventualmente podrían hacer, en este sentido, no existe una formula específica para determinar cuándo un adulto mayor debe ceder su autonomía, sino más bien esto queda al criterio de la familia, por lo mismo es muy valioso desde el punto de vista de los estudios sobre la vejez, cuando las familias por iniciativa propia deciden respetar la autonomía de estos.

Son varias las razones por las cuales las estrategias se transforman, una de ellas corresponde, en el sentido práctico de Bourdieu, producto de esta lógica de improvisación, las familias entran en dinámicas propias del ensayo y error, es decir prueban ciertas formas con las cuales enfrentar los cuidados, las cuales se van perfeccionando y cambiando en la medida en que pasa el tiempo, hay que recordar que los procesos de dependencia pueden llegar a durar décadas. Otra fuente que pudimos identificar de las transformaciones de las estrategias familiares corresponde a los cambios en la condición de salud de los adultos mayores, por ejemplo, si este queda postrado, amerita un apoyo mayor por parte del grupo familiar, implicando algunas veces cambios importantes en la organización familiar, vale decir, cambios de casa de algunos miembros, como las hijas que vuelven donde sus madres o padres, o al revés, familias que reciben en su hogar a los adultos mayores para poder vigilarlos de una mejor manera, implicando cambios en la distribución de los espacios, remodelaciones estructurales, que ciertos miembros de la familia abandonen trabajos y se dediquen exclusivamente a los cuidados del mayor, por nombrar algunos de los presentes en los relatos revisados. En las entrevistas realizas, nos llamó la atención el caso en donde una familia que estaba enfrentando el caso de dependencia severa de un adulto mayor, en medio de este proceso, tuvo que hacerse cargo también de la esposa de este, la cual también se vio fuertemente afligida en su salud, lo cual afecto drásticamente la estructura de la estrategia que venían llevando, en este sentido cuando otro miembro de

la familia necesita de los cuidados de los demás, la familia se ve en la obligación de invertir más recursos para enfrentar la situación.

Por último, ha sido posible concluir que los grupos familiares pasar por periodos de reflexión, deliberaciones internas y autorregulación de las estrategias. En este sentido, son los hijos de los cuidadores que más fuertemente ejercen el rol de cuidador, los que al observar a sus madres manifestando altos grados de deterioro tanto físico como psicológico, intervienen para que su madre tome un descanso o genere un relevo, puesto que de continuar de esa forma podría ver gravemente afectada su salud. La familia nuclear de los cuidadores más activos, es la que ejerce un rol de cuidador del cuidador, valga la redundancia. En los casos de familias con menos capital económico, como cultural, se vuelve más difícil para las cuidadoras exigir colaboración o reemplazos, doy por ejemplo un caso en donde una mujer decidió ir a vivir con su pareja después de años de cuidar a su madre, a lo que su familia respondió, como si fuese un abandono de sus funciones, enjuiciándola desde el punto de vista de la salud de la madre, quien la cuidaría si ella no está, la mujer tuvo que insistir fuertemente en demostrar que su salud a lo largo de ese tiempo se había deteriorado fuertemente.

Bibliografía

Aedo, C. (1996). *Los problemas en la salud del adulto mayor y las enfermedades catastroficas.* Santiago : Estudios Públicos.

Aguilar, O. (2008). La teoría del habitus y la critica ralista al conflacionismo central. *Persona y sociedad*, 9-26.

Alarcón, A., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Elementos para la construcción de bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 1061-1065.

Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa.* Madrid: Fundamentos.

Andréu, J. (2000). *Las técnicas de análisis de contenido una revisión actualizada* . Genova : Departamento de Sociología Universidad de Genova.

Archer, M. (2009). *Teoría Social Realista: El Enfoque Morfogenético.* Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Arteaga, F. (2010). Rituales y remedios naturales; Las prácticas del autotratamiento en la pampa (Argentina). *Mitológicas, vol XXV*, 9-26.

Batinof, M. (2011). *El derecho a la participación en salud.* Córdoba. : Observatorio de prácticas en DD HH.

Becerril, V., Reyes, J., & Annick, M. (2011). Sistema de salud en Chile. *Salud pública de Mexico*, 132-143.

Benado, E. (12 de Junio de 2012). Urgente cambio en el mercado farmaceutico. *El Mostrador* .

Bersh, D. (1987). *El fenomeno de la salud.* Bogotá: OPS.OMS.

Bonet, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención . *Revista hispana para el análisis de redes sociales* .

Bourdieu, P. (2003). *Creencias artísticas y bienes simbolicos. Elementos para una sociología de la cultura.* Buenos Aires: Grupo Editorial Aurelia Rivera.

Bourdieu, P. (2004). Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu. *Revista Argentina de Sociología*.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico.* Buenos Aires: Siglo veintiuno.

Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). *Una invitacion a la sociologia reflexiva.* Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Cabrera, E. (1992). El modelo neoliberal en America Latina. *Revista del departamento de sociología Universidad Autonoma Metropolitana*.

Cabrera, E. J. (1992). El modelo neoliberal en America Latina. *Revista del departamento de sociología Universidad Automona Metropolitana*.

Canales, M. (2006). *Metodología de la investigación social.* Santiago: LOM.

Castellanos, P. (1998). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiologíco. *Revista facultad nacional de salud pública.*, 44-56.

Centro de geriatria y gerontología Pontificia Universidad Católica de Chile. (2011). *Guía de calidad de vida en la vejez, herramientas para vivir más y mejor.* Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

CEPAL . (2004). Cambios en las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces. (págs. 5-423). Santiago: Publicación de las Naciones Unidas.

Delgado, M., Fernández, M., Ferreira, M., & Mogollón, A. V. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud.* Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Delgado, M., Fernandéz, M., Ferreira, M., Mogollón, A., & Vargas, I. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud.* Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Domínguez, C. (1998). Cuidado informal, redes de apoyo y politicas de vejez. *Index de enfermería.*, 15-21.

Escobar, M., Puga, D., & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona. *Revista española de salud pública.*, 637-651.

Estefano, S., & Paravic, T. (2010). ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. *CIENCIA Y ENFERMERÍA v.16 n.3*, 33-39.

Fernández de Sanmamed, M. (2006). Diseño de estudios y diseños muestrales en ivestigación cualitativa. introduccion a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. *Bellaterra, Servei de publicacions de la Universitat autónoma de Barcelona*, 31-52.

Fiscalía Nacional Económica . (2012). *Mercado de la salud privada en Chile.* Santiago: Universidad Católica de Chile .

Gaínza, A. (2006). La entrevista en profundidad individual. . *Metodología de la investigación social*, 219-263.

Grippo, L. (2006). Acerca de la relación entre el campo de la salud, las representaciones de la salud de los usuarios adolecentes y sus representaciones de participación en el campo de la salud de la ciudad autonoma de Bueno Aires. *Anuario de investigaciones facultad de psicología UBA* , 131-138.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación.* Mexico: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2006). *Metodología de la investigacíon.* Mexico: McGraw Hill.

Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: Las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 54-62.

Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa rica. *Gac Sanit.*, 54-62.

INE. (2013). *Estadisticas vitales anuario 2013.* Santiago: Instituto nacional de estadísticas.

Laurell, A. (2011). La salud: de derecho social a mercancia. *Fundación Friedrich Ebert* , 22-33.

León, D., Rojas, M., & Campos, F. (2011). *GUIA DE CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ; HERRAMIENTAS PARA VIVIR MÁS Y MEJOR.* Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.

Lolas, F., Florenzano, R., Gyarmati, G., & Trejo, C. (1992). *Ciencias sociales y medicina.* Santiago: Universitaria .

Losada, A., Márquez, M., Peñacoba, C., Gallagher, D., & Knight, B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia, propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicologia conductual*, 57-76.

Louro, i. (2003). La familia en la determinación de la salud. . *Revista Cubana salud pública*, 48-51.

Martínez, J. (2014). *Las clases sociales y el capital en Pierre Bourdieu, un intento de aclaración.* Salamanca.: Universidad de Salamanca.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en la investigación cualitativa. Principios Basicos y algúnas controversias. *Cienc, saúde coleciva vol.17 no.3*, 613-619.

Mascareño, A. (2002). Acción, estructura y emergencia en la teoría sociológica. *Revista de sociología Universidad de Chile*, 217-256.

Menéndez, E. (2002). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. . *Cuadernos Medicos Sociales.*, 5-22.

Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., & León, E. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: Estudio comparativo en siete ciudades de America latina y el Caribe. . *Panam salud pública*, 353-361.

Ministerio de Desarrollo Social. (2013). *Encuesta CASEN Adulto Mayor.* Santiago.: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2009). *Manual de cuidado de personas dependientes y con pérdida de autonomía.* Santiago: Duplika.

Moscovici, S. (1995). *Psicología Social.* Barcelona: Paidós.

Olmos, C., & Silva, R. (2010). *El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar.* Santiago: Expansiva.

Olmos, C., & Silva, R. (2010). El rol del Estado Chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar. *Expansiva*.

OMS. (2009). *Informe comisión determinantes sociales de la salud organización mundial de la salud.* Bogotá.

Rosero, L., Castro, T., Puga, D., & Glaser, K. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Revista electronica Centro Centroamericano de población.*, 1- 21.

Sandoval, C. (2006). *Especialización en teoría, metodos y técnicas de investigación social* . Bogota: Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior .

Santaner, P. (2011). Por qué y cómo hacer analisis de discurso. *Cinta Moebio N°41*, 207-224.

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología.* Buenos Aires: CLACSO.

SENAMA. (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores.* Santiago.: Gobierno de Chile.

Superintendencia de Salud. (2008). *Dependencia en los adultos mayores en Chile.* Santiago: MINSAL.

Szot, J. (2003). La transición demografico- epidemiologica en Chile, 1960 - 2001. *Revista Española de Salud Pública*, 605-613.

Trigas, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clinica*, 11-16.

Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. .* Madrid: Sístesis.

Valles, M. (1998). *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Sintesis S.A.

Yurss, I. (2001). Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. *Anales sis San Navarra*, 73-82.