



Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH)

Departamento de Trabajo Social

Magíster en Intervención Social, mención Familia y Juventud.

**MUJERES CUIDADORAS DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES Y  
REPRESENTACIONES CULTURALES DE LAS RELACIONES DE GÉNERO.  
ESTUDIO DE CASO EN LA COMUNA DE SAN MIGUEL.**

**Tesis para optar al Grado de Magíster en Intervención Social, mención Familia.**

Autor: Walter Fabián Bilbao Vilches.

Profesor Guía: Justino Gómez de Benito.

**Santiago de Chile**

**2011**

## **DEDICATORIA**

*Dedico este trabajo a las diferentes personas que me han acompañado a través de todo este proceso de aprendizaje y superación. A todos aquellos que con una palabra de aliento, con su compañía o ayuda material hicieron posible la finalización de esta importante etapa de mi vida, en la que mi capacidad de resiliencia fue puesta a prueba y mis conocimientos se vieron profundizados.*

*A mis padres, Walter e Isabel, que con su paciencia y cariño han sabido iluminar este difícil camino de orientación profesional, a pesar de las dificultades que juntos hemos compartido desde siempre como familia.*

*A mis hermanas, Paola y Nathalie, que siempre han estado cerca de mí y cuya sola existencia me ha motivado a seguir siempre adelante.*

*A mi cuñado, el Dr. Luis Sepúlveda Morales, por su apoyo y amabilidad demostrados a lo largo de estos años, siendo también él testigo de este largo camino.*

*A mi sobrino, Diego, ilusión del porvenir...*

*A todos mis parientes, que siempre han apreciado mis cualidades y han seguido con interés mi trayectoria, agradecidos de los éxitos cosechados por las nuevas generaciones.*

*A mis compañeros y compañeras del Magíster en Intervención Social, menciones Familia y Juventud, de la Universidad Católica Silva Henríquez (UCSH), con quienes compartimos los diferentes momentos que marcaron este camino y que me permitieron conocer otras dimensiones de la realidad, como también entregar parte de mis conocimientos y capacidades al servicio de todos y todas.*

*A los amigos y amigas pertenecientes a las diferentes instancias y redes sociales que también configuran parte de mi vida cotidiana, que han acogido con interés mis inquietudes y me han brindado la oportunidad de dar los primeros pasos en lo que podría ser un promisorio futuro profesional, donde espero puedan verse reflejadas muchas de las competencias asimiladas a lo largo de todo este proceso.*

*A todas aquellas personas que con su pensamiento y ejemplo de vida han marcado mi interés por el mundo de las Ciencias Sociales y el análisis de la realidad cotidiana. Espero poder contribuir*

*humildemente a los esfuerzos que compartimos por materializar nuestras ideas en todos los ámbitos posibles de la comunidad.*

*A todo el cuerpo docente de nuestra casa de estudios, que ha compartido sus conocimientos con nosotros/as y que también han compartido otros gratos momentos, donde su calidad humana se ha visto plenamente reflejada, a la par de su incontestable labor profesional.*

*Finalmente, deseo dedicar este trabajo a todos aquellos que, al igual que yo, comparten la vocación e interés por la realidad social y hacen todo lo humanamente posible por mejorar los grandes aportes que ya se han hecho y llenar los espacios aún vacíos en el amplio espectro de nuestra contingencia: asistentes sociales, psicólogos, sociólogos y tantos otros profesionales ligados a las más diversas vertientes del conocimiento humano. A todos ellos, dedico mis más sinceros deseos de superación y éxito en todos los esfuerzos que el futuro les depare.*

*¡Muchas gracias a todos y a todas!*

**WALTER F. BILBAO VILCHES.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Mis agradecimientos al Profesor Justino Gómez De Benito, Director de la Escuela de Sociología de nuestra universidad, por su buena disposición y paciencia en la realización de esta tesis, en calidad de Profesor Guía.

A doña Gladys González, asistente social y representante del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), por su buena disposición en la entrega de las primeras fuentes que motivaron la realización de este trabajo y la orientación proporcionada en el enfoque sobre el cual se desarrolló el resto de la obra.

Al personal de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de San Miguel (Programa de postrados), por permitir el acceso al terreno y la entrega de los datos necesarios sobre los sujetos de estudio incluidos en esta investigación.

A las docentes Ana María Contreras D., Coordinadora Académica del Magíster en Intervención Social, y Ruth Lizana, Directora de la Escuela de Trabajo Social, por la disposición demostrada a través de todo este proceso, en la atención de nuestras inquietudes como estudiantes.

A las personas que constituyeron el objetivo de esta investigación, por permitirme adentrarme en su realidad cotidiana. Gracias por su paciencia y el ejemplo de resiliencia demostrado a través de sus invaluable testimonios.

A todos aquellos que posibilitaron la realización de esta tesis, mediante su ayuda material y también a quienes compartieron sus impresiones sobre la obra realizada.

Deseo a todos los que han colaborado el mayor de los éxitos y espero seguir compartiendo con ustedes las etapas que aún quedan por venir.

¡Suerte!

## INDICE

Resumen	7
Introducción	8
Problema de la investigación	11
Marco teórico	23
Objetivos generales	30
Objetivos específicos	30
Metodología de la investigación.	31
Análisis y validación de la información.	38
Resultados de la investigación	64
Discusión	73
Conclusiones.	83
Bibliografía	90
Anexos y apéndices	93

**Índice de ilustraciones y cuadros**

Cuadro comparativo comunas con mayor y menor porcentaje de

Adultos Mayores y población femenina .....40

## **RESUMEN:**

La presente investigación tiene por objeto conocer, describir e identificar la realidad y demandas sociales de la población femenina en la comuna de San Miguel, dedicada al cuidado de Adultos Mayores Dependientes, considerando la perspectiva de género como enfoque que permita constatar la percepción de los sujetos investigados, en un contexto que, a su vez, evidencia los cambios sociales surgidos en las últimas décadas, como variable que influye en la vida cotidiana del segmento considerado en esta ocasión. El complemento teórico de esta perspectiva se refleja en aportes fenomenológicos, con el propósito de evidenciar las condiciones típicas de quienes protagonizan el caso estudiado.

La realidad que se expone a lo largo de este estudio es puesta de manifiesto mediante una metodología que integra aspectos cualitativos y cuantitativos, consistente en entrevistas semiestructuradas y abiertas, acompañadas de un proceso de observación participante, la correspondiente utilización de un programa de análisis de datos y la validación de la información recogida, mediante datos estadísticos proporcionados durante la investigación.

Para la realización de la investigación, se ha considerado la necesidad de recurrir a fuentes brindadas por organismos como el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de San Miguel, que han brindado la posibilidad de acceder al terreno estudiado, mediante el contacto previo con los sujetos que constituyen el objetivo de este estudio.

Los resultados de la investigación se exponen al final del presente informe, incluyendo conclusiones del estudio; anexos de carácter cualitativo y cuantitativo; reflexiones y propuestas para la aplicación práctica de sus propósitos; e ilustraciones y cuadros que validan la información presentada.

La información, reflexiones y propuestas presentadas a lo largo de este informe están planteadas desde una perspectiva centrada en la Intervención Social, obedeciendo a la orientación de la presente mención de post-grado, específicamente en el campo de la familia, en un intento por dar a conocer nuevas visiones sobre su realidad actual y los nuevos desafíos que se presentan a quienes constituyen parte de ella.

## INTRODUCCION

- **Elección del tema: motivaciones y fundamentos.**

La motivación que acompaña el desarrollo del tema de esta investigación se contextualiza en una serie de estudios previos que intensifican una realidad cuyas aristas adquieren ribetes preocupantes: el progresivo aumento de la población senescente en nuestro país, las condiciones en las que ésta envejece y los efectos colaterales que esto tiene en un segmento de la población que ve disminuidas sus posibilidades de superación en diversos ámbitos de la vida cotidiana: las mujeres que asumen el cuidado de quienes en su núcleo familiar pasan a ostentar la condición de Adultos Mayores Dependientes.

Esta realidad adquiere aun más interés en un contexto donde la participación ciudadana se ve influida por las acciones que exigen de todo el concierto social una inclusión cada vez mayor de los sectores más postergados de nuestra vida cívica. Ello permite suponer dimensiones insospechadas, susceptibles de ser rastreadas en contextos poco evidentes de la vida cotidiana. De acuerdo a este antecedente, los Adultos Mayores Dependientes son un segmento de la población sobre el cual existen una serie de investigaciones que los caracterizan desde el punto de vista económico, étareo, social y psicológico, y que han ofrecido diversas soluciones destinadas a garantizarles el más alto nivel de vida posible.

Sin embargo, en toda investigación existen conclusiones y reflexiones finales, que cristalizan en propuestas que dejan abierta la posibilidad de ampliar los supuestos y resultados ya conocidos. En este sentido, los Adultos Mayores Dependientes poseen una serie de variables en su vida cotidiana que determinan su visión de mundo y su *modus vivendi*. Entre ellas, podemos mencionar: su realidad socioeconómica; su área geográfica; su nivel educacional, y también a quienes construyen la misma realidad social que ellos, porque son parte también de esa realidad.

En este sentido, el conocimiento de una realidad subjetiva (la de los Adultos Mayores Dependientes) conlleva inevitablemente a constatar la dinámica de quienes interactúan diariamente con quienes experimentan esa realidad (las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores). En otras palabras, todo esfuerzo de investigación y reflexión que se plantee en una obra de esta naturaleza, necesita objetivar toda una serie de subjetividades, siguiendo una impronta fenomenológica que busca conocer e interpretar dimensiones hasta ahora ignotas para el conocimiento humano.



La necesidad de llevar a cabo la interpretación de un fenómeno en particular implica también expresar las características generales del escenario y sujetos escogidos para una investigación. En este sentido, el escenario escogido ha sido la comuna de San Miguel, situada en la Región Metropolitana de Santiago, donde los procesos económicos y sociales propios de la postmodernidad han tenido casi las mismas características del resto de las comunas del país. En términos generales, San Miguel es una zona del Área Metropolitana, cuyas demandas socioeconómicas han determinado una serie de medidas tendientes a mejorar el nivel de vida de sus habitantes.

Sin embargo, pese a los logros conseguidos, San Miguel no logra satisfacer del todo las necesidades de una población que ha visto desarrollar sus procesos de convivencia en medio de continuos procesos de expansión territorial, crecimiento de la población, demandas educacionales y otros aspectos que rayan en las más elementales necesidades de la comunidad.

Todo este cuadro ofrecido por una población y espacio, que comparten características en común, posee sus efectos en un sector específico de la población sobre el cual no existen estudios en profundidad, pero del que ha sido posible obtener información que avala la preocupación por realizar el presente estudio. Esto se refiere a la información entregada por las instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de planes que beneficien a los sectores más postergados de nuestra sociedad. En esta ocasión, la información institucional ha determinado, en gran parte, que la población femenina de San Miguel, dedicada al cuidado de los Adultos Mayores, sea el segmento escogido para realizar esta investigación, a la luz de la credibilidad que merece el conocimiento de los expertos que pertenecen al campo institucional.

Por último, debe tenerse en cuenta que el carácter “dependiente” de un segmento de la población obliga también a considerar la realidad de quienes asumen la responsabilidad de esa “dependencia”: las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores. De esta manera, la realidad estudiada adquiere caracteres de “alteridad”, ante la necesidad de que todo actor social se reconozca en “el otro”, con todas las vicisitudes que implica esta relación.

- **Objetivos generales del informe**

De acuerdo a la necesidad de adentrarse en una dimensión desconocida, que se ha venido definiendo hasta ahora, la idea general del informe es presentar cómo se expresa la realidad cotidiana de las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes en la comuna de San

Miguel, teniendo en cuenta las necesidades socioeconómicas generadas en un contexto donde el segmento femenino de nuestra población exige cada vez mayor participación e integración a los constantes procesos de cambio experimentados en democracia.

La idea cardinal que inspira la realización de este estudio está, de acuerdo a lo anterior, centrada principalmente en la perspectiva de género que visualiza las nuevas condiciones en que se desarrolla la realidad estudiada. Las personas consideradas para esta investigación se enfrentan a una serie de situaciones que las obligan a redefinir sus roles, en relación a su condición de mujeres, ya que pueden ver mermadas o maximizadas sus posibilidades de realización personal, de acuerdo a las obligaciones propias de su vida cotidiana.

- **Metodología general utilizada durante la investigación.**

La metodología general utilizada durante la investigación es de carácter principalmente cualitativo, dando también espacio a una serie de informaciones de carácter cuantitativo, expresadas en datos de fuentes primarias, destinados a la validación de los datos recolectados.

Esta metodología se expresa, concretamente, en observaciones de carácter participante y entrevistas semiestructuradas, por considerarlas elementos que garantizan la mirada objetiva de un fenómeno y la libre expresión de los sujetos investigados, impidiendo toda manipulación de la realidad estudiada y poniendo entre paréntesis las propias pre-nociones que se puedan tener ante una investigación.

La fase cuantitativa está expresada en algunos cuadros y tablas proporcionados por las instituciones encargadas de atender casos como los aquí estudiados. Los funcionarios pertenecientes a estas instituciones han actuado, además, como informantes clave, al generar los contactos necesarios para la realización de las visitas y entrevistas a los sujetos investigados.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FUNDAMENTACIÓN:**

La Postmodernidad constituye un escenario que deviene en portador de una serie de condiciones económicas, sociales y culturales que se imponen a nivel mundial y obligan a redefinir los roles y nuevas formas de sociabilidad en la vida cotidiana, además de las necesidades relacionadas con esta nueva realidad económica, social, política y cultural. La nueva realidad impuesta globalmente en sus múltiples dimensiones económicas, sociales, políticas y culturales, adquiere características especiales en los países de América Latina. Chile, a dos años de elegir a un gobierno de derecha, se encuentra sometido a una redefinición de las políticas públicas que deberían beneficiar a los sectores más postergados de nuestra sociedad.

Uno de estos sectores lo constituyen los Adultos Mayores, segmento de la población que presenta un constante aumento y que obliga a los profesionales de las Ciencias Sociales a proyectar sus expectativas frente a este sector de la población, dadas las condiciones en las que ésta envejece, es decir, las necesidades que no están totalmente cubiertas por las políticas públicas y que redundan en detrimento de la calidad de vida.

El Censo de Población y Vivienda (2002) reveló la importancia de este sector en nuestra sociedad al dar a conocer la cifra según la cual en Chile existen 1,7 millones de personas con 60 o más años, lo que equivale a un 11,4% de la población nacional (CIEDESS, 2005). En tanto, la Encuesta Casen reveló que “para el año 2006 la población de adultos mayores ya constituye un 13% de los habitantes del país, con una cifra superior a dos millones de personas (...) dicha participación muestra un crecimiento progresivo, de especial acentuación en los últimos años, mientras que para el 2010 se estima que la tercera edad significará un 20% de la población” (CIEDESS, 2007-2008).<sup>1</sup>

Chile es uno de los países con mayor velocidad de envejecimiento en Latinoamérica. En el segmento mayor de 80 años, el crecimiento fue de 140%. Una cifra no menor si se considera que la expectativa de vida es de 81,5 años para las mujeres y 75,5 años para los hombres, incluso más alta que en países desarrollados como Estados Unidos. El aumento en la expectativa de vida de los/as chilenos/as implica que como sociedad debemos hacernos cargo de un aumento en la prevalencia de Adultos Mayores Dependientes. Los datos expuestos demuestran que, además, este porcentaje de crecimiento está presente en un sector específico de nuestra población de Adultos Mayores: la población femenina. Este segmento de la población, junto a su progresivo crecimiento, se ve

---

<sup>1</sup> A pesar del año estimado para esta predicción, la cita constituye un dato a considerar, en cuanto antecedente del envejecimiento progresivo de nuestra población.

también enfrentado a las condiciones en que se efectúa su aumento demográfico, máxime si la tendencia general de la población mundial apunta a un mayor nacimiento de mujeres que de hombres.

Las condiciones en que se manifiesta el aumento de este sector de la población se ve reflejada en los estudios previos que se han llevado a cabo por instituciones dedicadas al estudio de la realidad contemporánea. La más reciente investigación efectuada en nuestro país sobre los Adultos Mayores en Chile es la II Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida en la Vejez (2010), llevada a cabo por el Instituto de Sociología de la P. Universidad Católica de Chile (ISUC). Sus resultados revelan una aparente satisfacción en el nivel de vida de los Adultos Mayores, que no se condice con otros resultados arrojados por la misma encuesta, referentes a la situación económica de este segmento de la población. Según la Encuesta, *“(…) en términos generales, se observa un mejoramiento de la sensación de bienestar entre el 2007 y 2010, pasando de un 56% de personas mayores que se sentían satisfechas o muy satisfechas con su vida el 2007 a un 60% el 2010. Lo anterior se asocia principalmente a un mejoramiento de las condiciones económicas de las personas mayores encuestadas”* (ISUC, 2011).

Si bien el estudio en cuestión destaca una mayor satisfacción económica entre los Adultos Mayores, al mismo tiempo destaca otras condiciones según las cuales el envejecimiento en Chile presenta situaciones de inequidad que, a futuro, pueden significar un perjuicio a esas mismas condiciones económicas y, por ende, en contra de un mejor nivel de vida al interior de las familias. Esta paradoja es reconocida incluso por quienes han tomado parte en el desarrollo del mencionado estudio:

*“Pese a que hemos visto que, en muchos aspectos, los adultos mayores del 2010 se encuentran con mejor calidad de vida que el 2007, no hay que olvidar que si damos una mirada transversal a éstas, nos encontramos con fuertes inequidades en la manera en que envejecen los adultos mayores. Si bien en 2010 más de la mitad (60%) de los adultos mayores se siente satisfecho o muy satisfecho con su vida, cuatro de cada diez mayores no lo está. Entre los factores que explican esta falta de satisfacción con la vida, se encuentran tanto las peores condiciones de vida material y de salud como una menor participación en actividades sociales y cognitivas (como la lectura), y una peor evaluación tanto del funcionamiento familiar como de la capacidad de movilizar recursos de apoyo desde sus redes sociales y familiares”* (ISUC, 2011:95).

De acuerdo al análisis anterior, podría decirse que el modelo económico chileno cumple las funciones distributivas de la riqueza que están contempladas dentro del marco legal. En nuestro país, todo Adulto Mayor Dependiente está adscrito a un sistema de pensiones. Sin embargo, existe

una carencia asistencial dentro del modelo económico que está directamente relacionada con las condiciones que garantizan una futura existencia digna a las próximas generaciones que se integran paulatinamente al progresivo envejecimiento de nuestra población. El actual modelo de protección no es sustentable, teniendo en cuenta el aumento de dependientes y de envejecimiento; la disminución del tamaño familiar; y el debilitamiento de la familia.

En marzo de 2005, tuvo lugar en Santiago de Chile el coloquio *“Los Desafíos Actuales del Adulto Mayor: cambiando la visión negativa de la Tercera Edad”*, organizado por la Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). Entre sus primeras preocupaciones frente al envejecimiento, como fenómeno social, los expositores señalan tres preocupaciones importantes:

1. En primer lugar, se dice que *“(...) en el país, pese a que las personas mayores han alcanzado niveles de vida que, en término medio, nunca hasta ahora habían tenido acceso, la insuficiencia de recursos económicos sigue siendo uno de los principales motivos de preocupación (...)”* (CIEDESS, 2005: 7).
2. En segundo lugar, se dice que *“(...) de no mediar cambios significativos, se corre el riesgo de que el colectivo de gente mayor se constituya en un modelo social anómico, donde las personas mayores pueden convertirse en espectadores pasivos del crecimiento económico del país (...)”* (CIEDESS, 2005:, pág. 8).
3. En tercer lugar, se dice que *“(...) lo fundamental se centra en cómo el país logra establecer una relación equilibrada entre el desarrollo económico y provisión de servicios sociales para una población en crecimiento y con particulares necesidades (...)”* (CIEDESS, 2005: 9).

La Región Metropolitana es la segunda del país en tener personas mayores en el sistema público de salud. La autoevaluación de la salud es mejor en el campo que en la ciudad, donde, según información del SENAMA (González, entrevista a experto, 2011) la comuna de San Miguel es la que presenta mayor vulnerabilidad en este sentido, teniendo una gran cantidad de adultos mayores que dependen de una población mayoritariamente femenina, cuyas integrantes actúan como cuidadoras.

La información mencionada entregada en aquél momento encuentra su complemento en el Estudio Nacional de la Dependencia en Adultos Mayores (2009), desarrollado por la misma institución. El Estudio Nacional de la Dependencia en Adultos Mayores ofrece varios datos cuantitativos que señalan múltiples deficiencias experimentadas por la población femenina de Chile, residente en áreas urbanas, es decir, en sectores donde el progreso social, económico y cultural debiera presentar su máxima expresión, debido a la constante presencia de avances tecnológicos y científicos tan característicos al presente siglo. Según el estudio, un 24,1% de la población mayor de 60 años tiene algún grado de dependencia, cifra que servirá de base para las políticas futuras de este sector (SENAMA, 2009, p. 45). Más adelante, señala que uno de cada cuatro Adultos Mayores presenta algún tipo de dificultad en la realización de sus tareas habituales.

El 85,3% de los adultos mayores en Chile vive en compañía de alguien (SENAMA, 2009). A pesar de ser propietarios, los Adultos Mayores reciben bajos ingresos, revelan grandes problemas de discapacidad funcional y presentan dificultades para desplazarse, todos ellos factores que afectan negativamente sus condiciones de vida.

Según el Estudio Nacional de la Dependencia en Adultos Mayores (2009), las cuidadoras son mujeres que hace tiempo que no toman vacaciones, cuidan a su familiar más de 72 horas diarias, no comparten el cuidado y se sienten sobrecargadas (SENAMA, 2009, p. 63). La mayoría de las cuidadoras son mujeres que, a su vez, pueden ver acelerados sus procesos de deterioro. Debido al grado de compromiso diario que tienen las cuidadoras con los Adultos Mayores Dependientes y a las perspectivas que su actividad les puede ofrecer, desde el punto de vista de la salud física y mental, el presente proyecto de investigación busca concentrarse en este segmento de la población: las cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes, residentes en la comuna de San Miguel, de las que hasta la fecha no existe una investigación que permita captar su percepción de la cotidianeidad que exige su actividad, más allá de las investigaciones que ya se han hecho sobre Adultos Mayores Dependientes. Por último, existe una brecha entre necesidad de cuidado y presencia de cuidador que compromete el interés en llevar a cabo este proyecto.

Siguiendo la preocupación frente a las cuidadoras de Adultos Mayores, el estudio señala que de los cuidadores principales de las personas mayores con dependencia, el 85,6% son mujeres y el 14,4% son hombres (SENAMA, 2009, p.63). En seguida, se enseña un panorama general sobre la situación de las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes:

*“Muchas de estas mujeres, además de proveer cuidados a las personas mayores dependientes, continúan ejerciendo los otros roles domésticos y reproductivos, lo que sumado a su integración*

*cada vez mayor al mercado laboral, supone una altísima carga de trabajo. La sobrecarga de trabajo que sobrellevan las mujeres, las mantiene sumidas en situaciones de alto estrés, que implican deterioros psíquicos y físicos, impactando negativamente en su salud y calidad de vida, lo que las hace vulnerables a caer en dependencia, reproduciéndola al interior de sus familias.”* (SENAMA, 2009, pág. 63).

En tanto, el informe *Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género*, declara que “(...) es posible estimar que en el año 2010, 531.175 mujeres y 334.524 hombres mayores de 60 años (el 43,1% y 34,1% de la población adulta mayor estimada para esa data) serán personas que necesitarán cuidadores, ya sea algún familiar o un(a) cuidador(a) domiciliario(a) que ayude al adulto mayor en sus actividades cotidianas (...).” (Cannobio, L. y Jeri, T., 2008, p. 105).

La familia sigue siendo, a pesar de los cambios sociales de las últimas décadas,<sup>2</sup> la institución encargada de satisfacer las necesidades de mantención y cuidado de sus miembros. En este sentido, cuando se refiere a la población mayor, este cuidado se caracteriza por ser informal y por provenir, principalmente, de algún miembro femenino de la familia.

Este esquema está plasmado desde hace décadas en las políticas que asumían como responsabilidad de las familias el cuidado y la provisión de bienestar de niños, enfermos y ancianos. Dada la división sexual del trabajo, han sido las mujeres las que tradicionalmente se han hecho cargo de esta responsabilidad. Con la transformación de las sociedades y los patrones de constitución familiar y, principalmente, debido a la inserción de las mujeres en el trabajo remunerado, se producen importantes transformaciones en el panorama de los cuidados familiares que ponen en tensión a las sociedades respecto de la necesidad de redistribuir las responsabilidades de cuidado tradicionalmente asociadas a las mujeres.

Este tipo de cuidados son los que regularmente se observan en las familias con menores recursos, pues no tienen la posibilidad de pagar un cuidador formal o financiar una residencia de larga estadía. En este sentido, lamentablemente, si la familia se encuentra en condición de pobreza y cuenta entre sus miembros con un Adulto Mayor Dependiente, generalmente un miembro femenino deberá hacerse cargo de su cuidado, minimizando sus posibilidades de inserción laboral y de mejoramiento de su condición socioeconómica familiar.

---

<sup>2</sup> Como la progresiva inserción de la mujer al mercado laboral, la disminución del número de hijos y de las formas de convivencia en familia extendida.

De acuerdo a varios autores (Yanguas, J.; Leturia, F.; Leturia, M.; Uriarte, A. (1998); Kornfeld, R. y Orellana V. (2004); y Marín, P. (1993), la carga de trabajo para un cuidador de un Adulto Mayor Dependiente es significativa, sobre todo en los casos de Adultos Mayores que sufren algún tipo de demencia. Y en muchos casos, las escasas redes de apoyo formal a los cuidadores impiden un adecuado afrontamiento de esta situación.

Según las fuentes consultadas (Yanguas, Leturia, F.; Leturia, M.; Uriarte, 1998), la forma en la que la cuidadora y la familia enfrentan los cuidados de un Adulto Mayor Dependiente va a obedecer a los siguientes factores:

- La interpretación que haga la familia y el cuidador de la conducta del Adulto Mayor Dependiente.
- El tipo de respuestas que se desarrollen.
- Las pautas de relaciones familiares anteriores o la forma en que la familia vivenció sus diferentes etapas de socialización.

Además de los factores mencionados, la desinformación respecto de los cuidados y las enfermedades, como la gran carga que estos cuidados implican, así como el escaso apoyo formal a los miembros de las familias que se desempeñan como cuidadores informales de Adultos Mayores Dependientes, puede generar un contexto que facilita la aparición de una serie de consecuencias en el cuidador y la familia, y un ambiente que puede generar malos tratos hacia las personas más vulnerables de la familia, es decir, los Adultos Mayores Dependientes.

El cuidado de los Adultos Mayores Dependientes en sus hogares constituye una parte importante de la red informal de cuidados, que se caracteriza por ser de “larga duración” y su “intensidad”. El cuidado en la vejez implica un apoyo prolongado y constante durante un período considerable de la vida, implicando diversos niveles de apoyo que van desde lo emocional hasta lo material. Este último tipo o nivel del apoyo informal que entregan las familias a los adultos mayores resulta el más importante e intensivo.

La importancia e intensidad de la ayuda material se relaciona, en gran medida, con las consecuencias de la labor de las cuidadoras, tanto a nivel de salud como en su desarrollo personal y



proyecto de vida. Entre las áreas más relevantes en las que se han analizado los costos de esta labor, podemos mencionar las siguientes:

- Pérdida de oportunidades laborales y de desarrollo profesional.
- Consecuencias físicas y psicológicas.
- Dificultades en la generación de lazos afectivos intrafamiliares y en la creación de vínculos interpersonales.

Según lo anterior, el análisis del cuidado informal de los Adultos Mayores Dependientes y su valoración debe incorporar también dimensiones de carácter no-material, que implican aspectos simbólicos, sociales y subjetivos de la relación de cuidado y sus consecuencias. La labor de las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes significa, muchas veces, una contradicción entre el “deber moral” o “entrega altruista” y las diversas expectativas de desarrollo, generando sentimientos contradictorios y de ambigüedad que se traducen, finalmente, en sobrecarga de trabajo.

Por último, en el análisis de esta sobrecarga de trabajo que implica el cuidado del Adulto Mayor Dependiente, es necesario considerar tanto dimensiones *objetivas* como *subjetivas* que inciden en su determinación final. Entre los factores objetivos, se cuentan el conjunto de demandas y actividades que recaen sobre la cuidadora. Como carga subjetiva, se entienden los sentimientos y percepciones negativas que experimenta la persona que cuida sobre su función y también sobre la persona a cargo de su cuidado.

Debe tenerse muy presente el dato paradójico revelado por la Encuesta PNUD (2001): mientras, por una parte, la familia es lo que define las identidades de la inmensa mayoría de los chilenos, cerca del 60% de ellos cree que su forma actual es una fuente de problemas y tensiones o que está en crisis. De esta manera, las debilidades de la sociedad se vuelven exigencias difíciles de cumplir para la familia.

Parte importante de la percepción de crisis de ella que muestran los estudios se debe al agobio que produce esta sobrecarga en el ambiente familiar, así como a la experiencia de la dificultad funcional de ésta para enfrentar las nuevas tareas que el cambio cultural le ha asignado. Para que las familias

sean protagonistas en el cuidado de los Adultos Mayores Dependientes, deben recibir apoyo externo.

En otro tiempo, los diferentes miembros de una familia vivían bajo el mismo techo y este entorno proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, en el que destacaban los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros y el respeto y la defensa del Adulto Mayor. En este modelo, el varón tenía el rol de proveedor de la familia y la mujer era la encargada del hogar, de la crianza de los hijos y del cuidado de los Adultos Mayores.

Dentro de la propia red familiar, existen relaciones que son recíprocas: la familia ayuda al Adulto Mayor y el Adulto Mayor ayuda a la familia. Cuando no existe esta reciprocidad, algunas familias plantean dejar de responsabilizarse del cuidado del Adulto Mayor Dependiente y su posible acogida en una institución. A menudo, los factores claves más influyentes en estas relaciones recíprocas son la capacidad física y económica del Adulto Mayor Dependiente. A medida que su estado de salud, sus actividades diarias y sus capacidades personales presentan notables cambios en el transcurso del tiempo, le resultará más difícil mantener esta reciprocidad con la familia.

Estos cambios se suceden progresivamente a través de etapas de socialización bien diferenciadas en el *modus vivendi* del Adulto Mayor. En una primera fase, el Adulto Mayor puede ser una persona que goza de cierto nivel de independencia, sin presentar síntomas avanzados de deterioro en su estado de salud. Puede, incluso, realizar pequeñas tareas domésticas y se dedica al cuidado de los nietos. En una segunda etapa, aparecen los primeros problemas de salud. Se invierten las relaciones familiares; el Adulto Mayor disminuye su influencia sobre la familia, dando lugar a sentimientos de rechazo y abandono. El estereotipo de Adulto Mayor que pueden tener las cuidadoras puede ser el de una persona inválida e incapaz de cumplir funciones mínimas que representen algún aporte a la familia.

En gran medida, el interés de esta investigación está en determinar el grado en que estas percepciones se cumplen al interior de la familia, pero enfocadas en un segmento específico de la población que vive cotidianamente la construcción social de una realidad: ser mujeres cuidadoras de Adultos Mayores en una comuna de la Región Metropolitana que presenta características socioeconómicas particulares y que pueden devenir en variables influyentes, al momento de determinar ciertas interacciones dentro de un núcleo familiar. Estas interacciones están, en este caso, delimitadas por factores asociados a la noción de género, ya que obligan a redefinir roles del

sexo femenino, que adquiere nuevas responsabilidades en un contexto donde tradicionalmente han existido otras funciones determinadas por una estructura más tradicional, donde los roles laborales y domésticos pueden estar más diferenciados.

También existe en esta investigación un interés en identificar los factores de riesgo en las familias, para evitar la institucionalización del Adulto Mayor e intervenir sobre las mujeres cuidadoras para que reciban el sostén que necesitan para atender a sus ancianos. Es fundamental asistir a la familia para que se encarguen de sus Adultos Mayores, dándoles el soporte de servicios adecuados y motivarlos para ayudar y apoyar a sus miembros Adultos Mayores, especialmente si son dependientes. En este punto, conviene considerar cuál debe ser el concepto de *dependencia* que debe abordar esta investigación.

Desde una aproximación funcional, se puede definir la dependencia *a partir del ajuste de los individuos a las demandas de su medio físico y social, influyendo sobre este ajuste, tanto la presencia de enfermedades crónicas, como la falta de motivaciones, déficit sensoriales, dolor, cuestiones sociales, factores ambientales y expectativas culturales* (Baltes y Wahl, 1990). Se piensa habitualmente en la dependencia como un fenómeno que refleja la pérdida de autonomía personal, cuya principal consecuencia es la necesidad por parte del Adulto Mayor de recibir apoyo para ajustarse a su medio e interactuar con él. La pérdida de autonomía personal es definida, casi exclusivamente, en términos físicos o biológicos, así como la dependencia es explicada como una consecuencia natural del paso de los años.

En general, la dependencia suele ser entendida como un fenómeno unidimensional, es decir, un declive físico esperable de mayor o menor cuantía (Brown, 1996). Una muestra de ello es la definición pragmática de dependencia que habitualmente utilizan los estudios epidemiológicos que intentan cuantificar el alcance de la dependencia, haciendo sinónimo de dependencia e incapacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria. Esta habitual visión de la dependencia es fácilmente asumida, ya que, a simple vista, se observa que la dependencia física entre las personas mayores aumenta con la edad, demandándose o aceptándose una mayor cantidad de ayuda proveniente de los demás. Desde una amplia perspectiva, esta concepción unidimensional de la dependencia no debería ser la única, sino que es preferible pensar en la dependencia como un concepto de naturaleza compleja, de diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales (Horgas, Wahl y Baltes, 1999).

En resumen, el proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativamente, al coincidir con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora. El conocimiento y descripción de la realidad estudiada permitiría identificar soluciones para un sector de la población, cuyas demandas no estén totalmente cubiertas por las políticas públicas destinadas a satisfacer a los potenciales sujetos de intervención incluidos en este proyecto, abordando sus necesidades desde una perspectiva de género, que obligue a considerar las actuales condiciones en que se desarrollen sus demandas. De acuerdo a todos los aspectos abordados a lo largo de esta exposición, la pregunta de investigación puede plantearse de la siguiente manera:

**¿Cuál es la percepción de las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes en la comuna de San Miguel, desde su realidad económica y psicosocial, frente a las representaciones culturales de género y una eventual intervención del Estado que permita desarrollar políticas públicas en beneficio de este sector de la población?**

**Objetivo general:**

- Conocer la realidad económica y psicosocial de las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes, en la comuna de San Miguel, y su perspectiva frente a la influencia de las representaciones culturales de género en sus necesidades cotidianas.

**Objetivos específicos:**

- Describir el significado y sentido que las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes, residentes en la comuna de San Miguel, le atribuyen a su condición.
- Describir las condiciones de vida en que las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes, residentes en la comuna de San Miguel, ejercen su labor de manera cotidiana.
- Comprender las consecuencias psicosociales y económicas presentes en la vida cotidiana de las mujeres cuidadoras, a raíz del sentido que ellas atribuyen a su condición y de acuerdo a las condiciones en que se manifiesta su identidad.

**SUPUESTOS Y/O HIPÓTESIS DE TRABAJO:**

1. Las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes viven una serie de necesidades económicas, de salud y afectivas, que impiden su plena participación e integración en una sociedad sometida a constantes cambios y desafíos en la sociedad chilena, dadas las

obligaciones que impone la condición de cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes en la vida cotidiana.

2. Las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes son potenciales reproductoras de un orden cultural vivenciado hasta ahora por quienes constituyen su entorno familiar más cercano: los Adultos Mayores Dependientes, de no mediar cambios estructurales que consideren las necesidades propias de su condición.
3. Las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes no han sido beneficiarias de un tipo de políticas públicas que respeten y observen sus necesidades, de acuerdo a una perspectiva de género que conozca y respete sus necesidades.

#### **MARCO DE REFERENCIA:**

Las opciones teóricas que configuran este proyecto de investigación obedecen al interés de interpretar la esencia subjetiva de las percepciones desarrolladas por una población específica en el marco de sus interacciones cotidianas, es decir, la población femenina de la comuna de San Miguel,

dedicada al cuidado de Adultos Mayores Dependientes. Para ello, se han tomado en cuenta los aportes de la fenomenología y las perspectivas de género subyacentes a los nuevos fenómenos sociales que marcan el devenir de un importante sector de la población, cuyos derechos y deberes se ven sometidos a una constante redefinición, a la luz de los cambios sociales, culturales y políticos en la sociedad chilena

Las opciones teóricas referentes a la perspectiva de género se condicen plenamente con la preocupación existente a nivel institucional sobre las llamadas “*representaciones culturales de género*”. En el último informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), publicado en el año 2010, se afirma que “(...) aún a principios del siglo XIX casi todas las actividades domésticas están mayoritariamente a cargo de las mujeres (...)” (PNUD, 2010:72). Como complemento de esta afirmación, el informe estima que una de las muchas formas de organizar las tareas del hogar le corresponde a un 24% de la población que realiza esas labores de manera solitaria y que, además, las formas de participación en el hogar están claramente sesgadas por una visión relativa a los sexos (p.72).

La existencia de una desigual distribución de labores permite a unos sujetos desarrollarse en ciertas esferas de la vida (profesional, personal) mientras que las obligaciones de la vida cotidiana impiden las mismas posibilidades de desarrollo para otros, como lo son las personas que constituyen el objeto de estudio.

Esta situación encuentra su punto de inflexión por tratarse de mujeres que poseen un lazo consanguíneo con Adultos Mayores Dependientes; es decir, dedican gran parte de su vida a proteger y a cuidar de sus propios parientes y no constituyen un equipo de trabajo especialmente capacitado ni menos remunerado para el desarrollo de estas funciones. En resumen, lo que plantea el proyecto de investigación es la existencia de espacios donde aún no existe una plena igualdad social en la distribución de roles, tanto más preocupante por tratarse de una realidad ligada a una cuestión de género.

Las perspectivas teóricas presentes en este proyecto poseen un denominador común en el interés que motiva la investigación: apuntan a la consecución de hallazgos que permitan conocer, identificar y describir los procesos que marcan la vida cotidiana de las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes, residentes en la comuna de San Miguel, tomando en cuenta sus dimensiones afectivas, económicas, sociales y culturales.

De acuerdo a esta orientación, los aportes fenomenológicos permitirán exponer las particulares perspectivas existentes en los sujetos de investigación, al dar a conocer un discurso sobre su condición de cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes y desde el espacio donde se desarrolla una condición particular; y, por otra parte, la perspectiva de género apunta a ser portadora de una visión asociada directamente a un importante segmento de la población, en la medida en que logre explicar una serie de procesos vividos por un sector específicamente femenino.

De acuerdo a la primera orientación teórica, la fenomenología, encontramos asociada a esta escuela los nombres de pensadores como Edmund Husserl y sus reflexiones sobre el llamado “*lebenswelt*” o “*Mundo de la Vida*”; Alfred Schütz y la intersubjetividad; y también el trabajo de Peter Berger y Thomas Luckmann, con sus reflexiones sobre la “construcción social de la realidad”. Según G. Pérez Serrano, “*el término “fenomenología” lo usó por primera vez Lambert para significar que la teoría de los fenómenos es, en sentido amplio, la ciencia de los fenómenos. Ahora bien, como los objetos se nos revelan en la conciencia, se llama fenomenología, en sentido estricto, la ciencia de los fenómenos que se manifiestan en la conciencia*” (Pérez Serrano, 1994, pág. 19).

En tanto, Taylor y Bogdan señalan que “*el fenomenólogo quiere extender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor*” (Taylor y Bogdan, 2006, pág. 16) y que “*(...) lucha por lo que Max Weber (1968) denomina ‘verstehen’, esto es, comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente (...)*” (Taylor y Bogdan, Métodos Cualitativos de investigación, 2006).

Edmund Husserl sostiene que existe una noción llamada “*Mundo de la Vida*” o “*lebenswelt*”, donde se originan todas las experiencias y conocimientos del hombre. El *lebenswelt* es todo lo que rodea a los individuos. Posee dos características: es individualmente percibido e interpretado y, además, es compartido por todos. Este mundo se constituye en la presencia del individuo, en sus actos e interpretaciones del mundo. El resto del mundo, para el individuo, es interpretado como subjetividades que también realizan ejercicios de interpretación sobre las percepciones que poseen del mundo que los rodea. A partir de esto, se plantea el tema de la intersubjetividad, base para comprender a las otras subjetividades. Husserl señala que: “*El Mundo de la Vida es un reino de evidencias originarias. Lo dado evidentemente es, según el caso, lo experimentado con presencia inmediata en la percepción como “ello mismo”*” (Husserl, 1991, pág. 134).

El hecho de que el Mundo de la Vida sea un “*reino de evidencias originarias*” significa que son procesos anteriores a la ciencia y que siempre han existido en la humanidad. El *lebenswelt* es un mundo de evidencias originarias siempre abierto a nuevos fenómenos. Edmund Husserl definió su



propia orientación metodológica como un “(...) método de análisis de la vida consciente que recurre a la ‘epojé’ (abstenerse de juzgar la verdad de algo) y a la reducción eidética (‘eidos’: lo sustancial, que se obtiene prescindiendo de ciertos rasgos de un fenómeno) para aclarar los procesos por los que se constituyen los objetos como productos de sentido, para dilucidar cómo aparecen en el “mundo de la vida” (‘lebenswelt’) y fundamentar objetividad y validez de conocimiento en la subjetividad trascendental” (Husserl, citado en Giner et al., p. 302).

Husserl hace una diferencia entre el mundo de las ciencias objetivas y el Mundo de la Vida. Esta diferencia reside en que el mundo de las ciencias objetivas de la naturaleza está constituido de idealizaciones de la naturaleza y, por lo tanto, no es experimentable en la vida cotidiana de los sujetos. El Mundo de la Vida, en cambio, es el mundo de las experiencias vividas intersubjetivamente. El *Lebenswelt* sería, pues, el trasfondo de experiencias y vivencias “prerreflexivas” a partir del cual se dota de sentido a todo cuanto se dice. El denominado “entorno inmediato del agente individual” de Husserl, la capa profunda de certezas, realidades y evidencias que no son puestas en cuestión. Es una base cognitiva sólida sobre la cual puede establecerse la comunicación.

La intersubjetividad, después del Mundo de la Vida, es el segundo concepto principal a tener en cuenta en esta reflexión teórica. Como concepto, fue sistematizado –en complemento al Mundo de la Vida- por el filósofo austriaco Alfred Schütz (1899 – 1959).

Desde la perspectiva de Schütz, el mundo intersubjetivo implica descubrir la forma en que como sujetos conocemos otras conciencias y cómo otros sujetos comprenden nuestras propias conciencias, en una acción de comunicación recíproca. El mundo “(...) es intersubjetivo porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos (...)” (Schütz, 1962, p. 41).

En la propuesta teórica de Schütz se destaca la reflexión acerca de la intersubjetividad, como forma de relación social, y acerca de la acción, con arreglo a fines. Schütz define la acción como “el proceso por el cual un actor, en la vida cotidiana, determina su conducta futura después de haber considerado varios cursos de acción posibles. Con el término acción designaremos la conducta humana como proceso en curso que es ideado por el actor de antemano, es decir, que se basa en un proyecto pre-concebido” (Schütz 1962:86).

Ambos fenómenos ocurren en el marco de lo que el autor denomina “mundo del sentido común”. El mundo de la vida cotidiana actúa en el marco del sentido común, donde los fenómenos se presentan

a la conciencia del sujeto como algo que le es familiar y que le permite construir diariamente su realidad y dotarla de sentido. Desde su perspectiva particular, los sujetos investigados pueden ir recreando la forma en que dotan diariamente de sentido una realidad. Esta dinámica de expresión debiera incluir todas las categorías expuestas en este Marco Teórico, si es que la perspectiva fenomenológica que se pretende aplicar así lo permite.

Naturalmente, la aplicación de una perspectiva fenomenológica a un problema de investigación no significa manipular la información que pueda ser entregada, en cuanto no redunde en una influencia sobre la mente de los individuos. La perspectiva fenomenológica implica, por el contrario, fomentar la libre expresión de los sujetos investigados, que -a través de un diálogo intersubjetivo y la utilización de los recursos lingüísticos que les son propios- darán cuenta de los actos mediante los cuales su correlato de existencia ha perseguido ciertos fines en diferentes dimensiones temporales.

Luego de considerar su historial de vida y las razones que han motivado ciertos actos y su correspondiente construcción social del conocimiento y realidad propios de su existencia, podremos determinar cuál es la construcción de sentido que se le otorga a una realidad particular y qué perspectivas de futuro se abren para la superación de un problema. Y, desde luego, cómo entienden ellos que puedan ser superada esta condición.

La tercera perspectiva está representada por Berger y Luckmann, quienes aportan el concepto de *institucionalización*. Según Ritzer, “(...) *Las diversas instituciones de la sociedad tienden a «estar unidas», pero para Berger y Luckmann ello no se debe a sus cualidades objetivas, sino a la tendencia de las personas a percibirlas de este modo. En otras palabras, más importante es el conocimiento de la sociedad que tienen las personas (...)*”. (Ritzer, 1997). Las perspectivas de Berger y Luckmann ayudarían a percibir la visión existente sobre la institucionalidad entre las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores y la respuesta de las políticas públicas a sus necesidades.

La otra opción teórica que acompaña este proyecto de investigación es la perspectiva de género. Briones habla de las teorías fenomenológicas y post-estructuralistas, “ (...) *dentro de las teorías psicosociológicas de género, las cuales se centran en la continua configuración de nuestra cultura, lenguaje y realidad cotidiana mediante conceptos derivados de experiencias masculinas y mediante las categorías dicotómicas simples de las tipificaciones. De la masculinidad y la femineidad. Acentúan la contribución conceptual e interaccional de todos nosotros para el mantenimiento de esas tipificaciones, y los modos en que esta intervención colectiva determina, a través de la*

*definición, las esferas distintivas y los perfiles psicológicos de las mujeres y los hombres (...)*” (Briones, 2006, p. 219-220).

Las teorías feministas correspondientes a este tipo de orientaciones contribuyen a forjar una perspectiva que se centre en los procesos cognitivos que acompañan el mundo de la vida cotidiana, desde el cual las mujeres, como sujetos investigados y como potenciales sujetos de intervención, expresen una serie de visiones sobre su condición de género. De manera intersubjetiva, sería posible adentrarse en los particulares discursos de cada persona y ver hasta qué punto su condición de pertenecientes al género femenino ha determinado las causas y efectos de los problemas sociales que implica a su vez su condición de cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes.

Debemos señalar, de paso, que la dependencia funcional de los Adultos Mayores es también un factor que influye en la intersubjetividad en la que se desarrolla su correlato de existencia. Todas las perspectivas teóricas que acompañan este trabajo propenden a la comprensión de un marco intersubjetivo en el que las personas que constituyen el motivo de esta investigación tienen la oportunidad de dar a conocer sus particulares perspectivas sobre la realidad que viven de manera cotidiana.

Cuatro temas caracterizan las teorías de la desigualdad entre los géneros:

1. Los hombres y las mujeres no sólo están situados en la sociedad de manera diferente, sino también desigual. En concreto, las mujeres tienen menos recursos materiales, estatus social, poder y oportunidades para la autorrealización que los hombres de idéntica posición social, ya se base esa posición en la clase, la raza, la ocupación, la etnicidad, la religión, la educación, la nacionalidad o cualquier otro factor socialmente relevante.
2. Esta desigualdad procede de la misma organización de la sociedad, no de ninguna diferencia biológica o de personalidad entre los hombres y las mujeres.
3. El tercer tema de toda teoría de la desigualdad es que aunque los seres humanos individuales pueden variar en lo tocante a su perfil de capacidades y rasgos, ningún modelo de variación natural relevante distingue a los sexos. En efecto, todos los seres humanos se caracterizan por una profunda necesidad de libertad para la autorrealización y por una maleabilidad fundamental que les lleva a adaptarse a los constreñimientos y a las

oportunidades de las situaciones en las que se encuentran. Afirmar que existe desigualdad entre los géneros, equivale entonces a decir que las mujeres tienen situacionalmente menos capacidad que los hombres para percatarse de la necesidad de autorrealizaciones que comparten con los hombres.

4. Todas las teorías de la desigualdad suponen que tanto los hombres como las mujeres responderán mejor ante estructuras y situaciones sociales más igualitarias. En otras palabras, mantienen que es posible cambiar la situación.<sup>3</sup> Esta creencia distingue a los teóricos y teóricas de la desigualdad entre los géneros de los de la diferencia de géneros, quienes tienen una imagen de la vida social en la que las diferencias de género son, cualquiera que sea su causa, perdurables, profundamente inculcadas en la personalidad y sólo parcialmente remediabiles.

Las explicaciones de la desigualdad entre los géneros varían en función de este común cuerpo de interpretación. Los orígenes de todo este cuerpo de interpretaciones podemos rastrearlos en escritos ya clásicos sobre la condición de género, como también en obras de carácter más reciente. La descripción de las mujeres mermadas de su plena humanidad se puede encontrar en obras como *“El futuro del matrimonio”* (1982), de Jessie Bernard. Bernard es una socióloga que ha escrito sobre la cuestión del género desde los años cuarenta, mucho antes de que los sociólogos percibieran la importancia de esta cuestión. *“El futuro del matrimonio”* constituye, tal vez, su libro más famoso sobre este tema. Con la voz desapasionada de la corriente principal de la sociología, institucionalmente orientada y empíricamente fundamentada, Bernard presenta a los sociólogos una nueva y devastadora descripción de la institución del matrimonio.

Para la autora, el matrimonio es a la vez un sistema cultural de creencias e ideales, un arreglo institucional de roles y normas, y un complejo de experiencias interactivas para las mujeres y los hombres. Culturalmente, el matrimonio está idealizado como el destino y la fuente de realización de las mujeres; una bendición que combina domesticidad, responsabilidad, constreñimiento para los hombres; y para la sociedad, en su conjunto, una asociación esencialmente igualitaria entre esposo y esposa.

---

<sup>3</sup> Las actuales campañas en contra del sexismo (vgr., “Entre un hombre y una mujer, maltrato cero”) parecen ir orientadas en esta dirección. Claramente, apuntan a un trato más igualitario entre hombres y mujeres que supere paulatinamente todo atisbo de conflicto y violencia entre hombres y mujeres.

Institucionalmente, el matrimonio confiere autoridad y libertad al rol del marido y, en efecto, la obligación de salir del hogar; combina la idea de la autoridad masculina con la de la destreza sexual y capacidad masculina; y decreta que la esposa ha de ser complaciente, dependiente, simple de espíritu, y estar esencialmente centrada en las actividades y las tareas domésticas. De este modo, pues, nos encontramos con dos matrimonios dentro de todo matrimonio institucional: el matrimonio del hombre, en el que él se ve constreñido y lleno de cargas, mientras experimenta lo que las normas dictan: autoridad, independencia, y derecho al servicio doméstico, emocional y sexual por parte de la esposa; y el matrimonio de la mujer, en el que ella reafirma la creencia cultural de realización, mientras experimenta normativamente la forzosa ausencia de poder y la dependencia, la obligación de proporcionar servicios domésticos, emocionales y sexuales y una merma gradual de la joven persona independiente que fue antes de casarse.

Los resultados de todo esto pueden encontrarse en los datos que miden el *stress* humano: mujeres casadas -sean las que sean sus demandas de realización- y hombres no casados, cualquiera sean sus demandas de libertad, puntúan alto en todos los indicadores de estrés, ya sea palpitaciones de corazón, mareos, dolores de cabeza, pesadillas, desmayos, insomnio y temor a las crisis nerviosas; las mujeres no casadas, cualquiera que sea su concepción del estigma social, y los hombres casados puntúan bajo en todos los indicadores del estrés. El matrimonio, pues, es bueno para los hombres y malo para las mujeres y dejará de ser así sólo cuando las parejas se sientan lo suficientemente libres de los constreñimientos institucionales predominantes como para negociar el tipo de matrimonio que más satisfaga sus necesidades y su personalidad individual.

Para algunas feministas liberales, las sociedades que poseen sus derechos e instituciones constitucionales, permiten más libertad e igualdad individual que otras sociedades donde no existen esas garantías. Sin embargo, en estas sociedades, la igualdad de oportunidades también está limitada por otros factores, como el racismo y el sexismo. Estos sistemas de creencias son reminiscencias disfuncionales de los viejos tiempos, apuntalados sólo por la tradición, las convenciones y los prejuicios sin fundamento.

El sexismo, al igual que el racismo, obliga a los hombres y a las mujeres a entrar en moldes caracterológicos rígidos, impide a la comunidad disponer de todos los talentos de la población, infravalora a las mujeres y niega constantemente nuestros más queridos valores culturales de la estima y libertad individual. Las feministas sostienen que la sociedad contemporánea debe cambiar y eliminar el sexismo, y piensan que se debe educar a la mayoría de las personas para que comprendan lo razonable que es la crítica feminista.

Las feministas proponen las siguientes estrategias para eliminar la desigualdad entre los géneros: la movilización en pro del uso de los canales políticos y legales existentes para lograr el cambio; la igualdad de oportunidades económicas; la introducción de cambios en la familia, en la escuela y en los mensajes de los medios de comunicación de masas con el fin de que las personas no se socialicen en roles de sexo rígidamente separados; y el esfuerzo de todos los individuos para desafiar el sexismo allí donde lo encuentren en su vida cotidiana. Para las feministas, se llegará a una situación ideal cuando cada individuo pueda elegir el modo de vida que más le convenga y cuando se respete y acepte esa elección, ya sea ama o amo de casa, profesional no casado o miembro de una familia de doble ingreso, sin niños o con niños, heterosexual u homosexual.

En resumen, la crítica feminista y las orientaciones fenomenológicas constituyen opciones teóricas que desafían paradigmas tradicionales, en el campo de la discusión sobre roles de género y los caminos que pueden tomar las acciones interventoras. No obstante, estas orientaciones son susceptibles de ponerse a prueba, cuando se someten a la perspectiva individual de quienes vivencian los procesos que interesa estudiar en esta investigación. A continuación, se presentan las opciones metodológicas que pretenden vislumbrar a la población objetiva de este estudio y sus características. De esta manera, estamos en condiciones de determinar la validez de estos supuestos teóricos y cuáles la esencia de los valores subjetivos que, en conjunto, constituyen la objetividad de todo un conjunto de individuos.

## **METODOLOGÍA:**

De acuerdo a la lógica que inspira el desarrollo de este trabajo, se ha optado por una metodología investigativa de carácter flexible, pero sujeta a una observación que involucra al investigador en la comunidad estudiada, evitando la permanencia de pre-nociones que impidan una fiel recolección de datos. La lógica de investigación que más se asemeja a este objetivo es la del *Paradigma interpretativo*.

El Paradigma Interpretativo constituye la perspectiva desde la cual se orienta esta investigación. El paradigma interpretativo es la perspectiva cognitiva que " (...) *tiene su razón de ser en el hecho de que la mirada se ubica no sobre el mundo objetivo, sino en el contexto del mundo de la vida que tiene una relación de copresencia con el mundo objetivo. De esta manera, el método para conocer ese mundo de la vida no puede ser la observación exterior de los fenómenos, sino la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida por medio de la participación en ellas, a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas*" (...) (Baeza, 2007, pág. 225).

El Paradigma interpretativo obedece a la orientación cualitativa de esta investigación, debido a que pretende interpretar las conductas y procesos existentes dentro de un determinado grupo de personas. La orientación cualitativa de esta investigación obedece a las características de todo paradigma cualitativo: es holístico, empírico, empático e interpretativo. Como algo de carácter interpretativo, el investigador confía más en la intuición, con muchos criterios importantes sin especificar; el investigador de campo trata de mantener despierta la atención para reconocer los acontecimientos relevantes para el problema; y sintoniza con la idea de que la investigación es una interacción del investigador y el sujeto.

Esta orientación se entiende como la perspectiva que "(...) *tiene su razón de ser en el hecho de que la mira se ubica no sobre el mundo objetivo, sino en el contexto del mundo de la vida (...) el método para conocer ese mundo de la vida no puede ser la observación exterior de los fenómenos, sino la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida, por medio de la participación en ellas, a fin de recuperar la perspectiva de los participantes y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones intersubjetivas*" (I. Vasilachis, cit. en Baeza, en "El oficio de ser alumno en jóvenes de liceo de sector popular". de. Universidad Católica Silva Henríquez, UCSH, Santiago, julio 2001). La idea central que inspira a la investigación, por tanto, es conocer e interpretar la subjetividad de un sector de la población cuyas inquietudes no siempre han sido plenamente percibidas en los estudios llevados a cabo sobre ella.

La combinación de técnicas de recolección de datos que será empleada en esta investigación, estará conformada por las siguientes modalidades de índole cualitativa:

- Observación participante, como una manera de garantizar la fácil entrada al terreno y realidad estudiada. la observación participante posee varias exigencias que, en este caso, se cumplen de la siguiente manera: se enmarca dentro de un nivel descriptivo, que incluye descripciones globales sobre espacio físico; acontecimientos; patrones de comportamiento y otras primeras impresiones. El acceso al escenario es abierto, existiendo menos negociación que en otras situaciones, ya que la estrategia de acceso es un contacto previo generado por canales institucionales (SENAMA y CESFAM). El nivel de participación del investigador consiste en involucrarse con la familia en un determinado espacio de tiempo, compartiendo con ellos pequeños momentos de interacciones cotidianas, pero sin efectuar cambios esenciales en su *modus vivendi*.<sup>4</sup>
- Un modelo de entrevista semiestructurada y abierta que poseerá preguntas centrales, pero abiertas a un margen más amplio de expresión por parte de los sujetos investigados. El punto de inflexión de esta técnica lo constituye la libertad de expresión que conlleva su misma estructura, es decir, que se trata de preguntas “abiertas” y no “cerradas”. Las personas se enfrentarán, así, a un cuestionario donde hay aspectos centrales que le dan forma, pero también a preguntas que pueden formularse en el transcurso de la entrevista.

La entrevista semiestructurada es aquella técnica en la que “ninguna pregunta tiene respuestas prefijadas” (Mercadé F. 1986: 306). La naturaleza semiestructurada de la entrevista permitió, al mismo tiempo de abordar las variables y dimensiones consideradas en este estudio, la posibilidad de otorgar un espacio abierto para recoger información que enriquece la manera de aprehender este fenómeno social.

En las entrevistas semiestructuradas, el investigador no se ajusta necesariamente a una pauta tan rígida, dejando en libertad de acción a los entrevistados para que expresen sus opiniones. Al investigador, en caso de encargársele una investigación, sólo se le pide que incluya los aspectos más relevantes e interesantes que convienen a la investigación. “Por tanto, queda en todo caso a su arbitrio el número y tipo de preguntas a realizar y el orden y modo de formularlas” (Sierra Bravo, R., Pág. 353).

---

<sup>4</sup> Esto se refiere a actos de la vida cotidiana que son comunes a muchas otras situaciones y microespacios (vgr., “tomar onces”; ayudar en labores domésticas; etc.). Todo ello, en momentos en que las entrevistas no se aplicaron por un tiempo prolongado.



Ruiz Olabuénaga define la entrevista semiestructurada como aquella “en la que el entrevistador sigue un esquema general y flexible de preguntas, en cuanto a orden, contenido y formulación de las mismas (Ruiz Olabuénaga, 2003: 168).

De acuerdo a la anterior, el entrevistador formula preguntas sin esquema fijo de categorías de respuesta: controla el ritmo de la entrevista en función de las respuestas; altera el orden de las preguntas, añadiendo nuevas preguntas, si es preciso; permite interrupción de terceros, si es conveniente; etc. En fin, se trata de una técnica que permite acceder con mayor facilidad a los sujetos investigados, porque se desarrolla de manera más natural y espontánea que si se tratara de una entrevista estructurada, que para estos efectos no daría los resultados esperados.

También se le denomina “*entrevista informal*”, ya que en este caso el esquema de cuestiones a plantear y la secuencia de las mismas es abierto y flexible. Ello permite una mayor adaptación a las necesidades de la investigación y características de los sujetos, pero al mismo tiempo requiere un mayor esfuerzo en cuanto su preparación y posterior análisis.

Según el grado de directividad, la entrevista puede ser dirigida o no dirigida. Esta vez, se ha optado por aplicar la primera modalidad, que abarca un conjunto de cuestiones objeto de indagación que han de ser explorados. El entrevistador posee libertad para explorar, probar y plantear todo tipo de preguntas adaptándolas al ritmo del diálogo y al contexto interactivo del entrevistador-entrevistado. Requiere, no obstante, una gran capacidad y destreza del entrevistador, quien ha de adaptarla al sujeto entrevistado.

La elección de la muestra se justifica de acuerdo a la información entregada por las unidades asistenciales, dependientes de la I. Municipalidad de San Miguel, en el curso de esta investigación: los Centros de Salud Familiar (CESFAM), ubicados en las calles Varas Mena y Barros Luco (Programa “Postrados); y el Unidad de Asistencia Social de la Municipalidad.<sup>5</sup> De acuerdo a la información, es este sector de la población el que presenta la mayor concentración de adultos mayores dependientes que requieren cuidado de una población femenina que, a su vez, experimenta una serie de situaciones aún no satisfechas por las políticas públicas, destinadas al cuidado de los adultos mayores dependientes, pero no a la asistencia de quienes están bajo su protección.

Para la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico, dado su carácter cualitativo, no habiendo, por lo tanto, un marco de muestreo preciso. Además, la presente investigación no

---

<sup>5</sup> Información obtenida entre el 5 y 16 de septiembre del presente año.

presentó mayores dificultades económicas como otros estudios de más envergadura. Por ejemplo, aquellos de corte más estadístico y cuantitativo. La investigación se interesó más en profundizar en la información aportada que en su representatividad estadística.

Entre las muchas variedades de muestreo no probabilística existentes, la investigación utiliza un *muestreo estratégico o de conveniencia*, donde la selección de las unidades muestrales responde a criterios subjetivos, acordes con los objetivos de la investigación. Sus ventajas son: la simplicidad y economía del diseño muestral; la facilidad de su administración; y que no precisa de un listado de la población.

Esta variedad de muestreo no probabilístico es habitual en estudios cualitativos, no interesados en la generalización estadística, y en *estudios piloto*, en los que se comprueba la validez del instrumento de medición elaborado (en este caso, un guión de entrevista). Estos estudios no siempre precisan de la elección rigurosa de las unidades muestrales. Basta con escoger a individuos que compartan las características de la muestra diseñada para la investigación definitiva.

La estrategia utilizada corresponde a un muestreo no probabilístico, es decir, no requiere de una representatividad de elementos para la población, sino de la cuidadosa elección de los sujetos con ciertas características especificadas en el planteamiento del problema de investigación, puesto que se trata de un estudio de casos. Se trata, además, de un muestreo intencional y bietápico, ya que en una primera etapa se selecciona el escenario de investigación y, posteriormente, a los actores sujetos a la medición.

El procedimiento de selección muestral concluye cuando se llega a la “*saturación teórica*”: cuando la información comienza a ser redundante, no aportando ningún punto de vista analítico, por lo que se decide la conclusión de la recogida de información.

Los métodos utilizados en la extracción, sistematización, tratamiento y análisis de los datos, dependen del sistema compuesto por el problema, objetivos e hipótesis. En este caso, el tipo de investigación realizado se hizo con un nivel descriptivo-explicativo, desarrollándose un proceso de triangulación metodológica.

Morse define la *triangulación metodológica* como el uso de al menos dos métodos, usualmente cualitativo y cuantitativo para direccionar el mismo problema de investigación (Kimchi J, Polivka B, Stevenson JS., 1991; p. 40). Cuando un método singular de investigación es insuficiente, la

triangulación se usa para asegurar que se toma una aproximación más comprensiva en la solución del problema de investigación.

Para estos efectos, se optó por un tipo de *triangulación metodológica entre métodos*. Consiste en la combinación de métodos de investigación (no similares) en la medición de una misma unidad de análisis. El objetivo es alcanzar los mismos resultados con métodos distintos, pero que apuntan a la misma dimensión del problema. En este caso, se optó por una combinación de *datos estadísticos* y *datos etnográficos*.

Por su parte, los datos etnográficos corresponden a información recogida mediante observación no-participante y un modelo de entrevista en el que se ha integrado la esencia de dos tipos de entrevista semiestructurada: la entrevista en profundidad y la entrevista enfocada.

Con el desarrollo del nivel descriptivo-explicativo, se asume que con ello se busca “*especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis*” (Hernández, Roberto y otros; “Metodología de la investigación”, Pág. 60) para medir el fenómeno con la mayor precisión posible. Y paralelamente, “*se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste*” (Hernández, R. et. al; Pág. 60).

Estableciendo estos límites, se utilizó un diseño *no experimental del tipo longitudinal*, puesto que este tipo de diseños, “*en lugar de constar de una sola observación, comprenden dos o más medidas realizadas al mismo grupo en tiempos diversos*” (Sierra Bravo, 2003:143).

En este contexto, el diseño no-experimental de la muestra, comprende tres niveles: campo, comunidad y grupo.

El nivel de conocimiento con respecto al campo tiene limitaciones próximas y co-interactivas. Por lo tanto, debemos, pues, recurrir a un portero o informante clave que nos facilitará la entrada a un nuevo mundo, hasta hora desconocido. Se trata de una persona de sexo femenino, residente en aquella zona, y que ya cuenta con un aceptable nivel de conocimiento sobre la misma, por haber vivido años en la comuna. Por esto, la accesibilidad es de un grado relativamente fácil.

Para la recolección y procesamiento de los datos, se utilizó la herramienta conocida como Atlas/ti, herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales y audiovisuales generados a partir de la aplicación de cualquier tipo de instrumento cualitativo de obtención de información. Desde el contexto de la Investigación Social, se ha

comprobado que la utilización de las Tecnologías de información y comunicación es cada vez más cotidiana y necesaria (Castells, 1998).

De esta forma la consideración de software computacionales como Atlas/ti en el contenido del Marco Metodológico de cualquier investigación que derive de un enfoque cualitativo, permitirá la adecuada sistematización, análisis e interpretación, de la información obtenida tras la administración de cualquier tipo de instrumento de extracción de información diseñado en este contexto, cuestión que viene a simplificar una de las tareas que implica gran disposición de recursos (tiempo y dinero), la de trabajar la información textual o audio visual resultando de una investigación.

La forma de la entrevista debiera estar enfocada principalmente en la forma de vida que llevan los sujetos investigados, en cómo vivencian el mundo a partir de ella, y en cómo la construyen, es decir, cómo llegaron a ella, para finalmente concluir las causas del fenómeno estudiado.

Las investigaciones cualitativas, si bien son flexibles, no deben confundirse con ausencia de rigor. El rigor de los estudios cualitativos está dado por las reconstrucciones teóricas, por el auto – reconocimiento del nivel en que se encuentra el trabajo y por la búsqueda de coherencia entre la realidad y las interpretaciones. Por eso, cuando hablamos de rigor científico al interior de la metodología cualitativa, hablamos de dos conceptos: confiabilidad y validez.

La confiabilidad en estudios relacionados con el paradigma positivista se relaciona con el término de replicabilidad de la investigación, es decir, *“que otro investigador puede investigar con el mismo método sin alterar los resultados”*. (Martínez, 2000: 117). Sin embargo, en los estudios relacionados con el paradigma naturalista y la metodología cualitativa es muy difícil intervenir nuevamente en terreno y encontrar los mismos resultados. De este modo, *“el carácter único, idiosincrásico, irreplicable de las situaciones estudiadas (...) representan obstáculos para establecer la fiabilidad de un estudio”*. (Rodríguez, 1996: 284).

De esta forma, cuando nos referimos al tema de la confiabilidad en este tipo de estudios, ésta se orienta al nivel de concordancia interpretativa entre diferentes observadores o jueces del mismo fenómeno. Este criterio de confiabilidad es interno, es decir, cuando hay varios observadores de la misma realidad que concuerdan en las mismas conclusiones. Además de la confiabilidad interna, encontramos la confiabilidad externa, que se da cuando los *“investigadores independientes, al estudiar en tiempos y situaciones diferentes, llegan a los mismos resultados”* (Martínez, 2000: 118).

La investigación cuenta de su correspondiente operacionalización. Esta se define como “*el desarrollo de procedimientos de investigación específicos (operaciones) que darán lugar a observaciones empíricas que representarán esos conceptos en el mundo real*” (Babbie 1995:177).

**ANALISIS Y VALIDACION DE LA INFORMACION.**

El análisis de datos en las técnicas cualitativas "...va paralelo a la recogida de los mismos. No se distinguen como fases distintas. Hay una interacción permanente entre observación e interpretación; datos recogidos y análisis; en definitiva acción-reflexión. Si se distinguen es simplemente a nivel didáctico" (Bizquerra R. 1989: 262).

Para efectos de esta investigación, se analizará el contenido del Discurso, considerando al discurso un texto cargado de sentido. Siguiendo a Navarro P. y Díaz C., "cuando se habla del contenido de un texto- y en realidad de cualquier realidad expresiva -, a lo que se está aludiendo en realidad, de forma un tanto paradójica, no es al texto mismo, sino a *algo en relación con lo cual el texto funciona, en cierto modo como instrumento*". El contenido de un texto es ese algo situado en un plano distinto en relación con el cual ese texto define y revela su sentido. El análisis de contenido de un texto permite "*establecer las conexiones existentes entre el nivel sintáctico- en sentido lato- de ese texto y sus referencias semánticas y pragmáticas*" (Navarro P y Díaz C. 1999:179 y 180).

El análisis de contenido del discurso es válido para la exploración de la información recogida por medio de la técnica de Entrevista Semiestructurada, en la medida que se define como un método estructural de análisis de los discursos sociales, en cuanto producciones ideológicas de una sociedad dada (Canales M. 1999).

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a hombres y mujeres Adultos Mayores en situación de Dependencia y a Cuidadoras y Cuidadores de estos Adultos Mayores Dependientes.

En un primer apartado se describen los principales hallazgos de las entrevistas a Adultos Mayores Dependientes según temáticas relevantes. En el segundo punto, nos referimos a los resultados de las entrevistas a cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes Por último, como tercer punto, se desarrolla una descripción de Buenas Prácticas de Cuidado de Adultos Mayores Dependientes, caracterizadas a partir de la información recogida.

Las cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes entrevistadas constituyen un grupo de diez personas, cuyas edades oscilan entre los 41 y los 65 años de edad (Es necesario relevar que este último rango etáreo, los 65 años, se toma ya como parte de una etapa, que son los Adultos Mayores). Los casos para la muestra cualitativa fueron seleccionados sobre la información entregada por el CESFAM Barros Luco y el CESFAM Varas Mena. Esta estrategia fue definida en

función de la necesidad de contar con los números telefónicos de las personas, para hacer los contactos previos a las entrevistas semiestructuradas, dato que no estaba incluido en la base original entregada por el CESFAM Barros Luco ni el CESFAM Varas Mena.

Desde el punto de vista de género, son mujeres (diez). De ellas, cuidan a: sus madres (3), padre y madre (1), papá (1), suegra (2), hermana (1), suegro de hermana (1), conviviente (1).

De acuerdo a información proporcionada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), San Miguel es la comuna con mayor cantidad de Adultos Mayores Dependientes, seguida de otras comunas con características similares, como Quilicura, según muestra el siguiente cuadro: <sup>6</sup>

<b>COMUNA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>ADULTOS MAYORES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>% Adultos Mayores</b>
<b>Región Metropolitana de Santiago</b>	<b>6.061.185</b>	<b>669.543</b>	<b>278.929</b>	<b>390.614</b>	<b>11,05%</b>
<b>Provincia Santiago</b>	4.668.473	555.031	226.553	328.478	11,89%

<sup>6</sup> En este caso, se ha tomado en cuenta a San Miguel, por ser una comuna de menores ingresos y con alta población femenina, y no sólo en razón de su cantidad de Adultos Mayores, aunque éste también es un factor importante. Los factores económicos y de género ocupan un lugar importante, más adelante, en los testimonios de las entrevistadas, puesto que constituyen la fuente de los insumos recogidos por esta investigación.

Santiago	200.792	32.161	12.127	20.034	16,02%
Cerrillos	71.906	8.890	3.835	5.055	12,36%
Cerro Navia	148.312	15.692	6.795	8.897	10,58%
Conchalí	133.256	19.903	8.424	11.479	14,94%
El Bosque	175.594	18.720	7.984	10.736	10,66%
Estación Central	130.394	19.024	7.896	11.128	14,59%
Huechuraba	74.070	6.468	2.882	3.586	8,73%
Independencia	65.479	12.409	4.625	7.784	18,95%
La Cisterna	85.118	13.473	5.474	7.999	15,83%
La Florida	365.674	34.895	14.527	20.368	9,54%
La Granja	132.520	13.666	5.751	7.915	10,31%
La Pintana	190.085	12.757	5.857	6.900	6,71%
La Reina	96.762	12.816	5.061	7.755	13,24%
Las Condes	249.893	38.743	15.303	23.440	15,50%
Lo Barnechea	74.749	4.545	2.099	2.446	6,08%
Lo Espejo	112.800	13.810	5.726	8.084	12,24%
Lo Prado	104.316	12.809	5.492	7.317	12,28%
Macul	112.535	16.465	6.621	9.844	14,63%
Maipú	468.390	32.065	13.386	18.679	6,85%
Ñuñoa	163.511	31.509	11.337	20.172	19,27%
Pedro Aguirre Cerda	114.560	17.563	7.182	10.381	15,33%
Peñalolén	216.060	18.560	7.931	10.629	8,59%
Providencia	78.872	13.309	5.267	8.042	16,87%
Pudahuel	195.653	14.779	6.463	8.316	7,55%
<b>Quilicura</b>	126.518	5.444	2.410	3.034	4,30%
Quinta Normal	104.012	16.213	6.768	9.445	15,59%
Recoleta	148.220	20.567	8.397	12.170	13,88%
Renca	133.518	12.465	5.399	7.066	9,34%
San Joaquín	97.625	15.302	6.299	9.003	15,67%
<b>San Miguel</b>	<b>120.874</b>	<b>25.996</b>	<b>8.897</b>	<b>17.099</b>	<b>21,51%</b>
San Ramón	94.906	11.345	4.956	6.389	11,95%
Vitacura	81.499	12.668	5.382	7.286	15,54%

San Miguel es una comuna ubicada en el centro-sur de la conurbación del Gran Santiago de Chile, de predominancia residencial multiclasiada y comercio. Hasta iniciado el siglo XX, Santiago de Chile no se extendía más allá de la línea del ferrocarril que se extendía por el *Zanjón de la Aguada*: éste era el límite meridional de la capital chilena. Más, a comienzos de los años 20, una relativa bonanza económica permitió el asentamiento de diversos grupos humanos en la zona que estaba al



sur del límite meridional, zona que se denominaba San Miguel. Pronto el sector vio florecer barrios de funcionarios públicos, nuevos profesionales y familias de clase media.

De acuerdo a las estadísticas que se desprenden del Censo 2002 realizado aquel año, San Miguel contaba con 78.872 habitantes, de los cuales 37.836 son hombres y 41.036 mujeres. La comuna a pesar de su predominancia habitacional, genera un importante comercio en el cual se emplean numerosos habitantes del distrito. San Miguel es una Comuna Urbana, con una superficie de 9,655 Km<sup>2</sup> y una población estimada para el 2010 en 72.062 Habitantes. La densidad poblacional es de 7.464 hab. /km<sup>2</sup>, siendo con una de las Comunas con la más alta densidad poblacional en la Región Metropolitana de Santiago. Se observa una tendencia a la baja de la población en general, instalándose siempre levemente la población femenina sobre la masculina. Es así como se proyecta que para el año 2013, aunque la población masculina será menor a la femenina, representará un porcentaje poco significativo.

El índice o relación de masculinidad refleja la composición por sexo de la población. Esta composición es también el resultado de la dinámica demográfica de la población Chilena que se ajusta a la tendencia latinoamericana donde nacen más mujeres que hombres, condicionada a su vez por las tendencias de migración que normalmente comprometen más a la fuerza laboral masculina antes que la femenina y que, finalmente, también termina siendo condicionada por la esperanza de vida que resulta ser mayor en mujeres que en hombres.

Para el sector Salud, en un horizonte de 20 años, las principales constataciones se refieren a disminuciones de la población infantil y adolescente, con un incremento de la población mayor de 65 años; asimismo es posible establecer que para los años 2011 al 2013; la mayor población se concentrará en el Ciclo Vital Adulto que comprende el tramo etáreo entre 20 y 64 años.

El marcado envejecimiento de la población no es un hecho reciente; pues desde 1982 la relación de adultos mayores por cada cien menores duplicaba las relaciones que se observaban a nivel nacional, incluso el crecimiento a través del tiempo ha sido a tasas superiores a las registradas para la Región Metropolitana de Santiago y el país.

Finalmente, al comparar inscritos validados y evolución demográfica, destaca el incremento constante en la población inscrita validada, que contrasta con el descenso sostenido de la población

comunal; en este contexto un número no definido de inscritos en los Centros de Salud comunal, se atienden en ellos, a propósito de la cercanía con sus fuentes de empleo.

Los ciclos vitales con menor número de consultas por morbilidad, corresponden a Adolescentes y Adultos, con una tasa menor a una consulta por cada inscrito validado en ambos centros de salud. Por el contrario, para Adultos Mayores, se constatan 2,7 consultas en Recreo y 2,1 en Barros Luco.

El Centro de Salud Familiar Recreo, con una data de construcción del año 1952 emplazada inicialmente en una casa particular ubicada en la calle Angamos, luego de recibir una donación de terreno, comenzó a funcionar en el lugar donde hoy se encuentra instalado, calle Varas Mena N° 785. En el contexto de las necesidades presentadas en este centro de salud familiar, si bien, la cantidad de personas inscritas es levemente superior a Barros Luco, el número de atenciones es considerablemente mayor debido a la vulnerabilidad de los pacientes que concurren a este centro. El CESFAM Recreo atiende a una población inscrita validada a diciembre del 2010 de 28.013 personas; donde 14.215 son mujeres y 13.798 hombres.

El Consultorio Barros Luco (CBL), con una data de construcción del año 1935 se emplaza en el Campus Sur de la Universidad de Chile. Por diversos motivos, el proyecto que permitirá su reposición aun se encuentra en proceso, esperando se concrete durante el próximo año 2011; dadas las innumerables deficiencias exhibidas por el actual edificio, que afectan de manera significativa la gestión de salud y clima laboral de este Centro.

Históricamente a este centro no solo concurren vecinos de la comuna de San Miguel, sino también funcionarios/as y trabajadores de la Red de Salud que cumplen labores en Hospital Barros Luco, CDT y todas las instituciones públicas y privadas aledañas.

Entre todos los Centros de Atención Primaria de la zona sur, sin duda alguna, a la fecha, en términos de infraestructura y equipamiento, el Centro de Salud Barros Luco, es el más deficiente; resultando urgente e imperioso intervenir mínimamente en adquirir nuevo equipamiento clínico, que de algún modo compense el significativo deterioro estructural, que expone la antigüedad de su construcción y el limitado espacio donde a pesar de cualquier condicionante negativa, se ha dado cumplimiento a todas y cada una de las metas sanitarias definidas anualmente.

San Miguel se caracteriza por una población con progresión al envejecimiento, dado que, el comportamiento de los grupos etáreos menores de 15 años y entre 15 y 64 años, reflejan tendencias a la baja, mientras que el grupo etáreo de 65 años y más mantiene progresión constante al alza. La población estimada por grupos quinquenales de edad también permite reflejar la tendencia descrita, sobre todo en la consideración que dicho envejecimiento es aun más cierto, dado los segmentos tan amplios de población que avanzan hacia los 65 años y más.

San Miguel cuenta con tres hospitales públicos: el Hospital Barros Luco, el de Enfermedades Infecciosas Lucio Córdova, y el Hospital de niños Exequiel González Cortés. Posee dos consultorios municipales: Barros Luco y Recreo. Existen gran cantidad de centros médicos tales como Integra Médica, Vida Integra, Mega Salud, San Nicolás, Oftalmológico El Llano, etc. Así también tiene una sede de la Cruz Roja.

En su mayoría; las organizaciones desarrolladas en la comuna de San Miguel; son de carácter funcional. a nivel de organizaciones funcionales, las que más destacan en la comuna corresponden a Clubes de Adulto Mayor, con 62 organizaciones; concentradas en los distritos censales Barros Luco y Lo Mena, con 13 Clubes de Adulto mayor, seguidos por Atacama (9) y Lo Vial con Ciudad del Niño (8).

Desde la historia personal, poseen rasgos en común. En su mayoría, provienen de zonas rurales y la precariedad económica ha formado parte constitutiva de sus vidas. Se caracterizan además, por el sufrimiento de situaciones de abandono o pérdida de uno de sus padres en la niñez, bajo nivel de escolaridad y comienzo de vida laboral temprana:

*“Mi infancia fue buena, ya después que nació mi hermano, ahí ya me retiraron del colegio para ayudar a mi mamá....Mientras ella estuvo viva, madre de nosotros fuimos muy felices. Después vinieron los problemas porque el papá de nosotros se casó al poquito tiempo después. Yo no quería que se casara, entonces ahí yo salí a trabajar. Me ocuparon de niñera y ahí trabajé...A los quince años yo partí “(Francisca).*

*“Sí, a los diez años empecé a trabajar, igual que mi madre, según lo que ella me cuenta, que a los diez años mis abuelos la echaron a trabajar por necesidad, porque en esos años había mucha pobreza. Y entonces yo también salí a trabajar por busca del pan para mis hermanos” (Julia).*

*“Porque tuvimos un padre que era muy bueno para el alcohol, entonces se olvidaba que tenía seis hijos y una mujer que alimentar y cuidar” (Manuela).*

*“Me crié con mi papá, mi mamá y mis hermanos... todos bien hermanables, todos conversábamos así en unión....pero después mi mamita quedó sola, murió mi padre, entonces nosotros nos dedicamos al trabajo para ayudar a nuestra madre, quedó con los ocho hijos, entonces nosotros a trabajar ayudarnos el pancito pa'l día” (Juana)*

*“Bueno, yo con mi mamá y mi papá, pero a los siete años yo quedé sola porque ellos se separaron y mi mamá se fue y yo quedé con mi papá y mi hermano. En el fondo me crié con mi hermano mayor...y después con el tiempo nos vinimos para acá (de Temuco). Yo me vine de doce años, igual mi papá me ofreció hartas cosas, que él iba a trabajar, que yo iba a estudiar, pero no se cumplió. Cuando yo llegué acá mi papá tomaba. Igual yo padecía hartas cosas acá, porque yo lo cuide y en el fondo él, en vez de cuidarme él a mí, lo cuide yo a él. Claro porque yo tenía ocho años y me lo traía curado de repente. Y hasta último año que falleció lo cuide” (Edith)*

*“Nosotros fuimos hijos de tres madres, veinte hermanos hijos de tres madres de un solo padre, hermanos de padre no mas, veinte hermanos....Cuando la familia es numerable de distinta sangre, nunca es muy cariñosa, muy amable... (Julia)*

El acceso a la educación y la continuación de estudios, en la mayoría de los casos, se vio dificultado por las experiencias vividas. Así, la mayoría de los entrevistados no terminaron la enseñanza básica. De ellos, tres alcanzaron tercer año básico (Sofía, Rita y Julia); uno segundo año (Juana), dos quinto (Mónica y Francisca), uno sexto (Betty) y uno séptimo año básico (Edith); una de las entrevistadas no asistió al colegio (Manuela). Tres mujeres constituyen la excepción en escolaridad, Margarita (41 años), Raquel (43 años) y Magali (45 años) finalizaron los estudios de enseñanza media.

*“Cursé tercer año de preparatoria porque no pude estudiar más, salí del hogar...a los doce años. ...Medio pesaos porque tuve de doce años meterme a trabajar en una hacienda o fundo, en ese tiempo los fundos daban trabajo” (Julia)*

*“Yo me crié con todos, éramos doce hermanos, todos trabajábamos en el campo y los papas de antes no los daban educación como ahora, apenas tengo segundo básico...” (Juana)*

*“¡Ah! Tremendo, porque teníamos que caminar mucho cuando vivíamos en el campo, teníamos que estar todo el día en el colegio. Y volvíamos a veces lloviendo para la casa. Salíamos de oscuro y llegábamos oscuros a la casa. Fue duro para nosotros porque éramos muchos hermanos, porque no a todos nos tenían bien...Antiguamente las personas sufrían porque a uno le tenían que durar un par de zapatos el año, el año un par de zapatos para una persona, para un niño...Ahora no, ahora es fácil estudiar” (Mónica).*

En relación a la formación de familia propia, con la excepción de una de las entrevistadas, soltera, todos han vivido la experiencia de formar familia. Así, siete de ellos declaran haber constituido una buena familia; para dos de ellos, la familia actual constituye su segunda experiencia; tres, definen su familia como *familia feliz* o *linda familia*, son mujeres jóvenes, menores de 45 años. De los entrevistados, cuatro se encuentran separados.

En torno al tema del maltrato en el matrimonio, dos entrevistadas comentan haberlo sufrido: Edith, después de diecisiete años de matrimonio y dos hijos, optó por la separación, *cansada de los golpes y maltratos*; por su parte, Francisca, se refiere a un matrimonio anterior como una experiencia de maltrato, *me daba mala vida*. En relación a los hijos, en las familias formadas hay predominio de dos hijos, siendo cuatro el máximo de ellos. *El tener hijos, educarlos y verlos crecer, es percibido como lo más gratificante de la vida*. Esta percepción es compartida incluso por aquellos que no los tuvieron (dos), hecho señalado con tristeza.

En términos de la relación de pareja, Francisca (65 años) y Julia (65 años), *precisamente las de más edad del grupo*, destacan por su compañerismo, el que aflora en forma natural, como inherente al *ser* pareja. Ambas cuidan a sus respectivas parejas enfermas y lo asumen con naturalidad.

En relación a la actividad de cuidado que desarrollan, los entrevistados declaran haber tomado la decisión de asumir la responsabilidad del cuidado del adulto mayor por iniciativa propia. Para ellos, es la familia la que debe asumir la responsabilidad con el adulto mayor. Así, los hijos tienen el deber de cuidar a sus padres, en especial la mujer, la que, según una entrevistada, *“está más preparada para ello, el hombre es más torpe.”*

*“Fue iniciativa mía de yo, porque ella quedo al final con mi mamá en el campo, fui a buscarla y dejar un hijo allá en el campo y se vinieron ellas dos, y cumplí con mi etapa de mi mamita que está*

*en esa foto, ella se enfermó y diosito se la llevo, y le prometí a mamita ella se va conmigo y yo le prometo cuidarla hasta que diosito diga si la lleva a usted o a mi primero” (Juana).*

*“Yo tomé la decisión. Es que al principio fue difícil, me costo. Porque ella venia con un accidente cardiovascular recién. Me costó porque había que hacerle ejercicios, había que llevarla al consultorio, que kinesiólogo, que neurólogo”. (Raquel).*

*“Es que nunca tuve eso de, ya me voy hacer cargo porque yo lo vi. Y en vista que mi hermana no, no se le daba nada. Y él siempre ahí solito, yo dije “no, es como mucho”. Si hacer una cosa no cuesta nada. Para mi no es problema”. (Edith).*

*“Como estaban todos casados, yo era la única soltera, entonces tuve que cuidarla” (Rita).*

Dos cuidadoras aducen razones de circunstancias:

*“Yo soy la única hija mujer, mi mamá vivía en el campo, si ella se enfermaba era difícil salir a un lugar o en una ambulancia, de a poco empezó a venir para acá. Primero una vez al año o dos veces se quedaba aquí como un mes conmigo. Se tomaba sus chequeos médicos, compraba sus remedios, yo le sacaba las horas en el doctor etc. con el tiempo ella se empezó a complicar más y comenzó a quedarse cada vez más, hasta que se quedó definitivamente porque tenía un dolor en la cadera y no podía viajar. Para mi fue bien, porque yo nunca había estado tanto tiempo con mi mamá, cuando chica no la veía mucho. Prácticamente no viví con ella, por eso ahora puedo disfrutarla por más problemas que tenga” (Margarita).*

*“Compartir su casa. Yo creo que fue así, porque todos los demás tienen todas sus casas, sus hijos y sus maridos las mujeres, y los hombres sus esposas, y yo estoy sola con mi hija, mi nieta y mi otro hijo” (Mónica).*

Entre las razones aducidas se menciona la responsabilidad con los padres y la obligación moral:

*“Como hijos, creo que tenemos la responsabilidad de cuidarlo, y mi hermana también. Yo creo que los hijos tenemos esta responsabilidad o obligación moral” (Sofía).*

*“Por un tema moral y social, porque uno no puede dejar a otro individuo o ser humano votado, ya pasan a pertenecer a las carnes de uno” (Julia).*

*“Es una labor que tengo que cumplir. No puedo dejarla botada. Obligación moral” (Rita).*

*“El amor, los sentimientos. Porque Dios dice en la Biblia:”honra a tu padre y a tu madre”. Entonces, yo me tomé esa palabra de Dios, de respetar esa palabra. Por mi propia iniciativa que Dios me puse a mi delante” (Manuela).*

El compañerismo de la pareja:

*“Porque el hombre, no fue un hombre malo cuando yo lo conocí, fue bueno. Me apoyó. Fue un hombre bueno, se portó bien. Entonces tengo que recompensar a él, lo que él hizo por mí y por mi niño. No, no es difícil. Sólo cuando él se pone muy porfiadito” (Francisca).*

*“...Hay que trabajar, hay que salir, la dueña de casa enferma, hay que andar a la siga de los médicos, entonces no lo hemos pasado muy bien, pero condicionalmente no mal tampoco, porque nos llevamos la tira los dos, porque si sufre uno, sufren los dos” (Julia).*

Las relaciones previas entre adulto mayor y cuidador eran, en general, buenas. Al respecto, se dice:

*“Eran buenas, súper buenas, buenas, nos llevábamos bien, no discutíamos, era cariñoso, nunca un alegato, una discusión, igual toda la vida, nunca mejor ni nunca mal” (Julia).*

## **Carga de trabajo y redes sociales**

### **• Rutina Diaria**

Los cuidadores y cuidadoras, en general, asumen todas las tareas de cuidado de sus hogares y las que implica el adulto mayor en situación de enfermedad. Así describen su rutina:

*“Bueno en la mañana hay que levantarla, lavarla. Porque hay que lavarla porque ella es postrada. Tal vez sus remedios, sus desayunos y después mantenerla durante el día. Mantenerla limpia, que camine de vez en cuando, cuando puedo también, porque no siempre lo hago. Mantenerla con sus remedios al día, con todo al día” (Magali).*

*“Mi mamá igual se levanta temprano, si es la cabeza lo que tiene malo. Ella camina, va al baño, hace todo, pero cuando a mi toca abrir (porque nos turnamos con mi hija) ella tranquila aquí. Les sirvo a ellos dos, le sirvo almuerzo, onces, los llevo al médico, le doy sus medicamentos. Todos los días tengo que estar viendo si comió o no, porque es enferma de la cabeza. Mi papá no tanto, pero él es no vidente y se quebró la cadera, así es que tengo dos personas a mi cargo. Se bañan a veces cada dos veces a la semana, pero no siempre, porque no tengo tiempo. A mi mamá, todos los meses los meses la llevo al médico porque la están evaluando por las pastillas., me dan las pastillas contadas, antes tenía que comprarlas, salían súper caras” (Mónica).*

*“Ya está como un niño él, se le olvida todo. Yo lo conocí ya enfermo, con sus pies hinchados, con varices. Ya de sus 35 años, le han hecho seis operaciones. Ha sido una época muy difícil con él. Cuando me levanto empiezo haciendo aseo, después lavo, tengo que lavar a mano. Voy a comprar, a pagar luz, agua. Cuando regreso, a veces ya dejo el almuerzo adelantado. Ya él sale por ahí. Porque él trabajó en la Vega entonces le encanta ir por ahí” (Francisca).*

*“En la mañana le doy el desayuno, aunque no siempre se lo doy en su pieza. En la mañana la lavo, le hago su aseo. Ella también hace su propio aseo. El saco para el comedor y viene a tomar desayuno conmigo. Claro, primero yo me levanto a las 7am y voy a dejar a mis hijos al colegio, vuelvo y le dejo el desayuno al dormitorio de mi mamá. Después la traigo al comedor y más rato vuelve a su dormitorio para que no se levante tan temprano. Vemos tele, teje, la saco al patio, a veces cuando necesito que me pelen las papas o la loza ahí me ayuda para que se sienta útil. Tiene su “burrito” para que se traslade al baño o al patio si es que quiere entonces está saliendo fuera ahora” (Margarita).*

*“Llevo atendiéndola desde la mañana hasta la tarde. Por ser en la noche le dejo su medio litrito de leche en su velador, porque es alimenticio. Al despertarse tiene que tomarse ese litrito de leche,*



*porque tiene que ingerir todas las pastillas que tengo que darle. Porque son muchas las pastillas que tengo que darle, es una pa' la diabetes, otra p' la presión, otro pal corazón. Entonces que estar en actividad, dándole de comer, preocupado de ella. Y ahora a las once acabo de ponerle su insulina” (Manuela).*

Dos de las personas entrevistadas, para cumplir con la actividad, deben trasladarse de sus casas; la que está al cuidado de su suegra viaja el viernes y regresa el domingo realizando todas las tareas de la casa; la otra cuidadora, se turna con hermana para ir a hacer asear, cocinar y apoyar a su papá de 84 años.

*“Aquí en la casa voy donde mi papá también, voy casi todo los días o día por medio, porque también en una casa hay que planchar y hacer aseo, todas esas cosas, cuando no va mi hermana, porque él es solito, tiene 84 años, y hay que estar preocupado de él, que tenga el pan y su almuerzo. Todavía gracias a dios se puede traer su vianda, se calienta su comida teniendo su pan, él esta lucido él sabe que remedios tiene que tomarse y en qué horarios tiene que tomarlos. El se administra solo, cuando tiene que venir a control tenemos que traerlo, todas las cosas irlo a dejar y estar con él y ahí se queda solito otra vez” (Sofía).*

*“Vestirla, ponerle la chata, lavarla, eso todo los días. Y a veces hay que levantarse dos o tres veces en la noche para ponerle la chata. Qué otras? El alimento. Lo mismo. Vestirla, bañarla” (Rita).*

*“Yo le lavo le manejo todo limpio, le cocino le sirvo cuando esta sentadita le pongo su mesa para que se sirva, de lo que se prepara, lo más frecuente” (Juana).*

*“Por ejemplo, me levanto. Cuando está mi pareja me levanto más temprano. Yo me levanto, le hago el aseo que corresponde, le hago su desayuno. Después lo levanto y le hago su pieza y después hago mis cosas, el aseo del hogar; lo ayudo a caminar. Él se pone a leer su diario y yo me pongo al lado de él, preocupada de ponerle su almohada, cosas así” (Edith).*

De las actividades, se mencionan como fáciles de realizar *el alimentar y conversar con el adulto mayor y ver televisión juntos*, esta última actividad constituye, a veces, un momento de encuentro familiar.

Las personas cuidadoras de adultos mayores coinciden en señalar que la actividad más difícil de realizar la constituye el *traslado fuera del hogar*. Así, por ejemplo, para asistir al consultorio suelen necesitar de la ayuda de terceros. Lo mismo sucede con las salidas de tipo recreacional; estas se hacen esporádicamente por cuanto implican, además del uso de la silla de ruedas, el traslado de chatas, pañales, etc. Involucra el gasto de dinero – siempre insuficiente- para el pago de taxis para el traslado y, genera, además, el temor a accidentes de parte del cuidador.

*“Cuando vamos al consultorio caminando es más complicado porque hay una bajada aquí que es súper empinada, entonces tengo que pedir que me ayuden con la silla de ruedas porque a mi no me dan las fuerzas. Al principio como yo no sabía hacerlo muy bien, me complicaba y ella se cansaba mucho, pero ahora ya puedo hacerlo mejor” (Margarita).*

*“La llevamos con una sobrina al hospital. No tenemos movilización propia, hay que andar apegaos a las micros, o pagando taxi, a veces no hay plata pa los taxis, entonces hay que sacrificarse” (Julia).*

*Lo que son los paseos recreativo se me hacen difíciles. Me cuesta. Porque tengo que salir con chata, silla de rueda, con pañales, con todo el cuento, eso me cuesta de salir con ella. No sale una vez, dos veces al año. No se sale más con ella (Magali).*

*Cuando ella quiere trasladarse para afuera, me da miedo que se pueda caer. Entonces la saco en la silla la mayoría de las veces. Cuando tengo que salir con ella a la calle también (Margarita).*

*Cuando llegó a quedar inválida hubo que llevarla a ver médico en silla de rueda para bajarla y subirla. (Raquel).*

En particular una entrevistada a cargo de *padre no vidente y madre con cabecita mala*, declara "a veces lloro de impotencia, si yo quiero salir y no puedo. A veces mi papi me dice salgan ustedes, pero uno esta pendiente porque ya se cayó una vez del baño."

*“Entonces, no tenemos vacaciones. De vez en cuando salgo y dejo una hermana a cargo. Yo cocino almuerzo, hago la once, todo, todo. Todas para mi son fáciles, no hay ninguna más difícil. Porque en estos momentos yo le voy a empezar a limpiar los piecitos, le arreglo las uñitas, le pongo los soquetitos, la levanto, la pesco la manito pa llevarla al baño porque es media invalida. Voy con ella*

*a la feria en la silla de rueda, voy con ella a las curaciones, la llevo a todas partes en la silla de rueda. Me paseo con ella pa que ella disfrute, también con la silla de ruedas, que todo el mundo sabe y me conoce, me han visto, la llevo a pasear. Todos los domingos la llevo pal centro, ya que la llevo pa una parte, la llevo pa otra. Esa es mi alegría”. (Manuela).*

Las situaciones señaladas como extremas por los entrevistados, son situaciones signadas por el desconocimiento, la falta de atención médica especializada y la necesidad del apoyo de otros.

Así, por ejemplo:

*“Sí se nos desmayó una vez, perdió la conciencia y tuvimos que llevarla a la posta. Y fue terrible porque estábamos todo acá y no sabíamos que hacer. Llamamos a todo el mundo. La ambulancia nunca vino. Un vecino tiró una colchoneta arriba del auto y la llevamos ahí.” (Betty)*

*“Cuando recién llegó, hizo hipoglicemia y cayó inconciente, ahí, fue los primero apuros. Porque uno no conoce la enfermedad, no sabe como es, entonces no sabe cómo tratarla. Entonces yo tuve los primeros apuros con ella, de llamar al doctor, de ponerle suero, de que esto, esto otro. En la mañana aprender a levantarme temprano. Eso me costo al principio con ella. Llamaba al doctor, llamaba al 131 no más.” (Magali)*

*“¡Ay, sí!. Cuando mi papi se cayó. El hombre es más difícil manejar que una persona mayor. Sí, porque mi papi esta conciente de todo, y no se deja ciertas cosas. Yo tuve que traer una cuña que lo viera, que estuviera pendiente de él, porque no podía ir al baño. Porque tuvimos que comprarle una silla de rueda pa que pudiera ir al baño, pero tampoco quería usar la chata”. (Mónica)*

*“Cuando se agrava mi mamá. Cuando me vienen los precardios. Me desespero, no hallo que hacer. Voy pa un lado, pido socorro en la noche, porque a ella le vienen, tipo dos, tres de la mañana le vienen los bajones. Trato de pedir ayuda, pero no veo a nadie a quien pedirle porque me da cosa molestar, y que se enojen. Entonces recurro a la Margarita, amiga de mi mamá, ella a veces corre y viene y me ayuda” (Manuela)*

Las personas entrevistadas dicen no tener acceso a capacitación para la atención del adulto mayor. En general, el aprendizaje ha sido a través de la experiencia:

*“No, nunca aquí ir a la municipalidad es perdido pedir una ayuda, para el adulto mayor, es mas se había formado allá un club del adulto mayor, por ejemplo mi papá nunca a recibido una ayuda”.*  
(Sofía)

*“No, aquí en casa, aprendiendo sola”.* (Manuela)

*“No, yo sola no más”* (Rita)

Una de ellas señala:

*“No, nunca. Me encantaría saber algo más, de saber como tratar a los enfermos realmente. Porque yo lo he ido haciendo a medida que ido a los consultorios, que me han ido orientando como se hace.”* (Magali)

Para otros, la realización de cursillos de primeros auxilios, en etapas anteriores de su vida, les ha sido de utilidad en la actualidad.

*Hice un cursillo de primeros auxilios hace tiempo, yo creo que cerca de 30 años. Lo hice en un centro de madre y me enseñaron a colocar inyecciones.* (Betty)

*“En coronel, en el sindicato minero, aprendí a colocar inyecciones, a cortar hemorragias, a vendar fracturas, un curso de primeros auxilios”.* (Julia)

*“Estudié enfermería, estudié tres meses no más, me enseñaron a hacer curaciones, a poner inyecciones, a como tratar a una persona cuando esta enferma, cuando se hace una herida, lo básico no más”.* (Edith)

Dos personas entrevistadas tomaron la iniciativa, una de ellas declara

*“Es que yo tengo un libro y de ahí saco.. Tiene información sobre los riesgos vitales, las personas cuando se enferman, respiración, cuando le da el ataque, todo el ejercicio sale ahí.* (Mónica)

La otra persona dice,

*“Hice el curso pa aprender a poner la insulina, hace en doce minutos que le puse la insulina, porque es de once a once. (Manuela)*

#### • **Tiempo Propio**

El cuidado de adulto mayor ha significado para las personas el abandono de actividades laborales remuneradas, postergación de aspiraciones propias, abandono de pertenencia organizaciones sociales como clubes y centros de madres e incluso, de actividades que se hacían al interior del hogar, bordar, tejer, leer, etc. La situación es descrita como *estar a tiempo completo*.

*A veces lloro de impotencia, si yo quiero salir y no puedo. A veces mi papi me dice “salgan ustedes”, pero uno esta pendiente porque ya se cayó una vez del baño. Entonces, no tenemos vacaciones. De vez en cuando salgo y dejo una hermana a cargo. (Mónica).*

El tiempo disponible transcurre, normalmente, después de almuerzo, momento en que se dispone de una o dos horas para dormir la siesta o ver TV, algunas personas se declaran agotadas.

*“No. Lo tenía antes. Estoy en un club, pero a él no le gusta que salga, voy a veces, muy a lo lejos. Ahora se han hecho tantas cosas en ACHIPEN y me invitan, porque fui dirigente nacional de los adultos mayores. Pero estoy acá a tiempo completo. He aprendido bastantes cosas aquí en el club del adulto mayor, pero este año voy a volver a mi club porque ahí compartimos. Eso de quedarme aquí, la verdad es que a veces me tiene bien enferma”. (Francisca)*

*“Sí, de la una hasta las tres. En la noche me acuesto un rato con ella, despierto cinco, seis veces en la noche. Ella se levanta, y se puede caer. Si tuviera más tiempo libre yo trabajaría. Porque yo he hecho varias cosas, he estado en varias partes donde el gobierno ha dado oportunidad, estudie peluquería también. Y así”.*

*“Sé hacer collares”. (Betty)*

*“Durante el tiempo de siesta, veo televisión un ratito, o tomo siesta. Si tuviera más tiempo estudiaría enfermería. A mi gusta leer. Entonces yo los libros como que me los trago. Leería más de lo que leo”. (Magali)*

*“Sí, igual me preocupo de mí. Descanso, porque a veces me agoto. Hago todo en la mañana y tengo que estar a la 1 de la tarde en el colegio para dejarle el almuerzo ami hijo mayor. Después vuelvo y almuerzo con mi mamá. Ahí tengo un tiempo y descanso. Es que uno siempre tiene cosas que hacer. Si tuviera más ratos libres, los ocuparía más en hacer cosas que en descansar. Por ejemplo estoy toda la tarde lavando ropa. Ya en la noche puedo desocuparme y dormir solamente, estoy todo el día agotada. Después de almuerzo veo teleserie y me quedo dormida sola”.*  
(Margarita)

*“Poco. Cuando tengo que hacer, busco a una muchachita que se está acostumbrando a venir. Una, porque a mi madre le agrada y otra, porque a ella le agrada mi mamá como abuelita, le digo: “¿por qué no te quedáis pa yo tomarme mi espacio, un ratito?, voy y vuelvo yo”. Porque todo lo hago yo en colectivo, rápido, trescientos pesos pa allá, trescientos pesos pa acá”.* (Manuela)

De igual modo, las personas dedicadas al cuidado de adultos mayores entrevistadas tampoco disponen de tiempo para actividades de autocuidado, una de las pocas que ha recibido ayuda psicológica declara,

*“Yo voy a mi tratamiento médico. Al psicólogo ya fui. Ayuda médica yo tengo, me estoy medicinando porque si no andaría idiota. Es que sabí que pasa: yo voy a reventar cuando tenga mi casa, cuando tome a mi hijo y me vaya, recién voy a saber qué es lo que voy a hacer.* (Betty)

Otra entrevistada dice:

*“Trato de levantarme... trato de verme mejor, de arreglarme. Como mi hijo esta más grande tengo un poquito más de tiempo.* (Edith)

## **Redes Sociales y Participación Social**

Como se ve, si las redes sociales de las personas dedicadas a la atención y cuidado del adulto mayor eran pobres por su propia condición social y económica, la situación de cuidadoras ha empobrecido aún más sus redes sociales, han abandonado trabajos, centros comunitarios y las amistades son escasas; permanecen las relaciones con la iglesia, compañeras de centros de madres a los que antes se perteneció o compañeras de los estudios que se abandonaron y la relación con los vecinos.

Por otro lado, si bien es cierto la relación con familiares directos, hermanos, hermanas, hijos, se da y constituye un apoyo para ellos, definido éste como apoyo emocional y moral, en donde la relación se dice es cercana o buena, de ninguna manera involucra a todos los miembros de la familia, siempre son sólo algunos de ellos los que brindan apoyo, normalmente de tipo afectivo y emocional.

*“Si harto apoyo, emocional ya que ellos llegan contentos se sienten como su casa aquí.” (Juana)*

*“Sí, mi hermana. Pero económico no. Pero sí moral, porque siempre nos escuchan a uno” (Edith).*

*“De mi hermano sí, siempre nos trae ánimo como no puede estar acá”. (Sofía)*

*“Yo creo que se preocupan de uno, si nos falta algo. Si necesito algo, nos llaman” (Rita)*

*“Pienso el hecho de cuando tuvo el accidente mi hijo, ellos estuvieron aquí. Es más un apoyo emocional más que afectivo.” (Betty)*

*“Sí, mi hermana, cuando mi papá se quebró de la cadera, ella me ayudo a hacer los trámites en el hospital. Pero también mi hermano, Ernesto, a veces le trae un almuerzo especial a mi papá. En la semana viene dos veces, tres veces, a veces viene a cocinar. Sí, nosotros somos nueve, pero de los demás ninguno” (Mónica)*

Tres personas declaran, abiertamente no recibir ningún tipo de apoyo de sus familiares directos:

*“No, no, nada, de ningún tipo. De ninguno de mis cinco hermanos, de ninguno recibo ningún tipo de apoyo. Son todos “judas”.” (Manuela)*

*“No, no porque ellos pasan a ver como está no más”. (Raquel)*

Aquellas mujeres cuidadoras de adultos mayores que no son familiares directos (cuidan suegras) no cuentan con el apoyo de los directamente involucrados, comentan que son relaciones frías, distantes y de sospecha.

Otros miembros de la familia, como primas y tías, son mencionadas como de relaciones ocasionales y esporádicas, una o dos veces al año se frecuentan o llaman.

Las personas no reciben apoyo económico, salvo el que pueda constituir la pensión del INP, una de ellas menciona el recurrir ocasionalmente a un hermano.

El apoyo doméstico recibido es esporádico, normalmente proviene del núcleo familiar cercano:

*“Mis chicas no más”; a veces una sobrina, o cuando salgo se queda mi hermana, o mi cuñada, yo me demoro una hora, hora y media, la ven ellas.”*

Sólo una de las personas entrevistadas declara recibir apoyo doméstico:

*“Sí, mi hermana. Ella la lava, la desayuna, le lava la ropa. En la noche la acuesta. Y después llega mi hermano y le da los remedios. Porque a él le hace caso”. (Betty)*

Nueve declaran no recibir ayuda, uno de ellos dice:

*“Hay veces, pa que voy a mentir, hay veces que viene una persona, una señora de edad, que también le damos, ella a veces cuida a mi mamá, hace como cinco días que está viniendo” (Manuela).*

## **Relación de cuidado, Motivaciones y Responsabilidades**



Los/as entrevistados/as declaran tener mantener una buena relación con el adulto mayor a su cuidado, sin embargo, una de ellas dice,

*“Cero problemas Cuando ella está mal, no tomarla en cuenta. No contradecirla, como que no la veo, no le hablo.” (Betty)*

Los entrevistados visualizan el cuidado del adulto mayor es una responsabilidad familiar, responsabilidad que debe ser compartida.

*“Yo creo que sí. Lo mínimo es cuidarla. Porque creo yo que uno debiera ser canalla para tirarla a un asilo.” (Rita)*

*“Sí, porque en la familia tiene que haber cariño, sobretodo en los adultos mayores. Bueno yo lo veo, como he ido a ver a mi cuñada al sanatorio, lo veo que, nosotros vamos siempre todos, todos los días a ver a mi cuñada, entonces, eso les hace bien a ellos, los revive. Porque estar con extraños, ellos no sacan nada con contarle su vida a un extraño porque no la van a entender. Porque nosotros sí la entendemos de qué esta hablando, de qué cosas nos cuenta, por ese lado es mejor la vida con la familia”. (Magali)*

*“Sí. Yo encuentro que sí. Por ejemplo, si los papas de uno tuvieron eso de cuidarlo a uno, uno tiene que agradecerle eso. Porque ellos no son un desecho. Cuando mi papá se enfermó, no quise llevarlo a un hogar de enfermo, lo cuido yo. Por ejemplo, de mis nueve hermanos, fui yo quien se preocupó más de él.” (Edith)*

*“Yo creo que sí. Porque yo pienso que es lo que nos toca vivir a nosotros. Ella nos cuidó, nos dio vida, no podemos dejarla abandonada. Yo pienso que sería un mal ejemplo para nuestros hijos. A pesar que yo lo tengo bien claro. Yo tengo un hijo de 37 años y otro de 17 años. Ellos tienen bien claro qué es lo que van hacer conmigo”.*

*“Ellos saben que yo sería feliz viviendo en un hogar de... con más gente. No quiero que ellos se hagan problemas conmigo.” (Betty)*

*“Yo pienso que debe ser de toda la familia, porque él nos crió. No solamente a mi, y por lo menos podrían tener ellos un poco de humanidad, y decir “la Mónica está siempre allá, vamos a aportar uno quince días para que ella se relaje”, pero no”.* (Mónica)

Declaran que la *responsabilidad debe ser compartida*, de los hijos o esposo/a, de hombres y mujeres por igual, pero cuatro de ellos dicen que la *mujer tiene más disposición*. Otro argumento es que *“los hombres deberían, pero son más torpes”* y otro declara que *“es deber de las mujeres, pero ésta sociedad ha evolucionado y ya los hombres son vistos como mujeres haciendo labores en la casa.”*

*“Sí, porque es la que más se dedica del adulto mayor. Porque el hombre qué puede hacer. A ellos hay que bañarlo, hay que estar pendiente de todo. Si es un niño, un niño grande. El hombre lo puede hacer sí, pero pienso que la mujer lo hace mejor. Más cuando han sido madre. Pero no me siento agobiada con él”.* (Francisca)

*“Si, debiera ser del hijo, pero es que como él me pasa eso a mí, pero igual uno lo hace bien de buena gana”.* (Raquel)

Por otro lado, las mujeres con hijos varones visualizan con temor su futuro, de adulto mayor:

*“Difícilmente, el hombre cuando se casa, es más alejado pertenece a otra familia y la nuera no va ir a cuidarla y siempre la hija mujer esta más cerca de siempre a sus padres o su papá”.* (Sofía)

*“La casa de reposo) Para mí sí. Porque me gustaría estar con otras personas y no ver el sufrimiento de mi familia...y ver a los chiquillos, porque yo tengo hijos varones, entonces no es como la niña mujer. Porque la mujer siempre tiene algo más que sea con la madre. Y el varón trabaja”* (Betty).

Otras mujeres tienen puestas sus esperanzas en las hijas,

*“Yo no sé. Yo me imagino sola. Porque bueno, igual mi hija se preocupa por mí. Ella me viene a ver de vez en cuando pero no la veo como que sea una hija muy apegada a mí. A pesar de que yo he sido muy cariñosa con ella. Pero ella dice que no, que ella no me va a dejar sola, pero del dicho al hecho...Entonces yo no me imagino con ella”.* (Edith)

*“...Mi hija mayor que es muy apegada a mí, yo creo que tal vez ella se va a hacer cargo de mí, si llego a tener la edad de mi papá” (Sofía)*

Aun cuando se reconoce que existe mayor preocupación en la actualidad, por parte del Estado, en relación a décadas anteriores, perciben que el adulto mayor constituye un grupo postergado de la población. En opinión de los entrevistados, el Estado debería preocuparse más por la atención de la salud de este sector. Se menciona la necesidad de mejorar el monto de las pensiones, mejorar la atención en los consultorios y la aspiración a atención médica a la casa y capacitación para los cuidadores. También se menciona la necesidad de ayuda en medicamentos y pañales. Otro aspecto importante lo constituye el resolver los problemas de traslado fuera del hogar, tanto para ir a atención al consultorio como para actividades recreacionales.

Es su opinión que el adulto mayor es visualizado, en la sociedad, como un estorbo, no es valorado, sufre de abandono familiar. Son muchas las desventajas que se visualizan y, a ellos mismos se les dificulta el encontrar elementos positivos, dos personas hacen referencia a la experiencia,

*“Ir creando más experiencia pa después traspasarla, transmitírsela al que viene, sea mi nieto, sea mi propio hijo. Dar consejo a gente, a muchachos que están en mal camino, para mí eso es agradable”. (Manuela)*

*“Debiera tomarlo por ese lado, que la gente te valore como persona. El que sepan que ellos realmente te pueden enseñara algo. Porque uno se equivoca mucho, ellos pueden darnos más conocimientos y cosas que ellos han vivido”. (Magali)*

### **Consecuencias/ Costos de la labor de cuidado**

El asumir el cuidado de un adulto mayor conlleva, para quien lo realiza, considerables implicaciones para la vida personal. En efecto, la actividad demanda una gran disponibilidad de tiempo, la realización de tareas pesadas, el abandono de actividades propias, la postergación de la propia vida. Así lo expresan los entrevistados:

*“Que he dejado un poco de lado a mi familia por estar más cerca de él, porque de repente no almuerzo con mi gente, almuerzo con él, me voy en la mañana, me voy temprano y tomo desayuno con él, eso también es algo negativo para mi familia” (Sofía)*

*“El no poder trabajar. Desde que le amputaron el pie a mi mamá que he tenido que cuidarla a ella...Igual no hemos estado bien económicamente y traté de trabajar un tiempo para ayudar a mi marido en los gastos, pero después volver y cuidar a mi mamá y hacer todo lo de la casa, me desgasté y no me la pude ...al principio me postergué, a mi marido y a mis hijos también....fue un desgaste emocional y postergué absolutamente todo. (Margarita)*

*“...No me casé nunca y como yo tuve que cuidar a mi mamá no trabajé nunca...No, no tengo como sacar dinero de nada. Yo podría trabajar, pero donde la dejo a ella. Mi hermano tiene a su amiga y está cuidando a su nieto también.” (Rita)*

Otras personas entrevistadas señalan que el cuidado del adulto mayor para ellos no ha tenido mayores consecuencias, así:

*“No, ninguno, sólo el hacer las cosas en corto tiempo llega agotada no mas, pero es porque yo no puedo dejar más tiempo para hacerlo con más calma” (Raquel)*

*“La responsabilidad, de que yo no cometa errores” (Juana)*

*“Pero igual la carga es más pesada de tener dos responsabilidades, no yo me siento liviana y todo” (Juana)*

Prácticamente todos, señalan la sensación de satisfacción, el tener la conciencia tranquila y la sensación de haber cumplido:

*“Bueno, queda una satisfacción, porque uno da lo que pueda. Porque yo llegue acá joven, crié a mis hijos y después de haberlos criado, ahora me toca cuidarlos a ellos. Tendría un remordimiento si no fuera así”. (Mónica)*

*“El quedar con la conciencia tranquila que nadie critique que este viejito murió abandonado” (Sofía).*

A pesar de la auto postergación que les ha significado el cuidado del adulto mayor, las personas entrevistadas manifiestan que aún cuando tuvieran los recursos económicos necesarios seguirían a cargo de ellos, la mejora económica serviría sólo para atenderlos mejor a ellos o para el tener una tercera persona que apoye en las tareas, en esta última situación, dos manifiestan saber que la persona a su cargo no se dejaría atender por otra persona.

### **Necesidades de adultos mayores y cuidadoras**

Las entrevistadas, en su totalidad, comentan la necesidad de apoyo para los adultos mayores, en los siguientes ámbitos:

- **Ámbito económico:**

*“Apoyo económico, pero como para darle un buen desayuno... Como tenerle un colchón mejor para que él duerma bien” (Edith).*

*“Mejorar las condiciones sociales de su hogar, tener mejor condiciones de vida, tenemos una casa mala ésta ya no es una casa de seres humanos, este es un chiquero de chancho, los ricos tiene mejores chiqueros de chancho que la casa de nosotros, porque somos pobre, otro dicho Diosito perdona todo lo que uno habla en lo gusto, “preferible bien pobre, la salud buena para vivir, y no vivir rico con lo ajeno y mal llevado” (Julia).*

*“Que tenga su buena alimentación, y su buena casa porque su casa no es muy buena que digamos, me gustaría si tuviera harta plata, yo le haría su buena casa que viviera bien, que este bien que sea feliz el resto de su vida, y sentir me mejor yo”. (Sofía)*

*“Una persona que se hiciera cargo en el día y yo en la noche, de verlos a ellos más que nada” (Mónica).*

*“Habilitar el baño para ella, una silla mejor, la salida para sacarla, la silla se la dieron en la muni”. (Margarita)*

*“En el aspecto económico, para poder trasladarla al médico por ejemplo en buena locomoción, porque a veces no tengo plata y tengo que llevarla caminando”. (Margarita)*

*“Primero, remedio. Lo que se precisa aquí es el dinero, no tanto eso si, si las cosas no salen tan cara tampoco, más pa los remedios de ella, pa la leche, que tengo que tenerle a toda hora, tengo que darle tres, cuatro veces comida, tenerle su yogurt, pa' comprar naranja”. (Manuela)*

- **Salud:**

*“La medicina acá en San Miguel esta mala, ¿entonces si se mejorara el sistema de salud sería mejor para ella?, para ella claro” (Julia)*

*“Por ejemplo el hecho que fueran médicos a verlo, pero eso nunca se va a conseguir porque nunca van médicos eso es difícil, aquí apenas hay médicos en el hospital menos van a ir para allá”. (Sofía)*

*“No, los remedios que necesita. Pero a veces no hay remedios en el consultorio”. (Francisca)*

*“Yo creo que para ella lo mejor que puede hacer es su cuestión asistencial. Porque si a uno de nosotros nos pasa algo o ella no tuviera ese apoyo, no sé que sería de ella”. (Betty)*

La atención psicológica para ambos, cuidador/a y adulto mayor es señalada como necesaria por la mitad de las personas entrevistadas.

- **Capacitación:**

En relación a la capacitación de los cuidadores para una mejor atención del adulto mayor, los entrevistados señalan aspectos tales como: mudar, hacer cama, tomar presión, colocar inyecciones, etc.

*“Como a mudar a un enfermo, como preocuparme de sus remedios, de sus papás, si hay que ponerle inyección, de hacerle su cama mientras la persona esta acostada”. (Edith).*

*“Claro, también si pus, por ejemplo cuando él esta medio enfermo no sé qué darle, porque el no puede tomar ningún medicamento que no sea del cardiólogo, ni si quiera una aspirina, en momentos de apuro es complicado”. (Sofía)*

*“Pero aprender a poner una inyección, una vitamina, algo así. Los remedios se los he dado bien hasta ahora, pero poner inyección pal resfriado no sé.” (Rita)*

*“Me gustaría aprender a tomarle la presión. Compré una maquinita cuando yo estaba trabajando, la tengo ahí, no la sé manejar”. (Francisca)*

*“En enfermería, me encantaría saber colocar inyecciones, saberle colocar inyecciones, por ejemplo, la intravenosa, hacer más curaciones, saber más sobre las heridas, como ella es diabética, me encantaría saber más de eso. Que la dieran Los consultorios”. (Magali)*

*“Yo creo que sí. Más información, lo básico si, porque profesionalmente yo no sé nada. Poner inyecciones, tomar el pulso, contabilizar las pulsaciones”. (Mónica)*

*“Pienso que no, pero sería bueno igual para poder cuidar después. Como poder cuidar bien a un adulto mayor. Dar cariño y alimentación” (Margarita).*

Luego de todos estos testimonios, se aprecia una necesidad de considerar necesidades económicas y de poner en discusión aportes como la teoría de género, que darían paso a una serie de medidas institucionales destinadas a beneficiar al sector de la población aquí estudiado. A continuación, se procede a resumir los resultados de esta investigación.

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

Toda investigación y posterior intervención a una población que presente determinadas características y problemáticas, debiese estar enfocada en un concepto ligado a las “buenas prácticas”. Más aún cuando se trate de una población que haya visto sus derechos conculcados y sus deberes redefinidos, ya sea por razones institucionales o por circunstancias determinadas por la misma necesidad.

El concepto de “*Buenas Prácticas*” se ha utilizado últimamente en una amplia variedad de contextos o temas para referirse a las formas óptimas de ejecutar un proceso o ejecutar una acción orientada hacia ciertas metas, que pueden servir de modelos para ser replicados en situaciones similares.

Las *Buenas Prácticas*, por tanto, se sitúan en un contexto y son “*buenas*” respecto de ciertos objetivos o metas. En este caso no referimos a Buenas Prácticas que se sitúan en el contexto del Cuidado de Adultos Mayores Dependientes, por tanto de relaciones sociales y simbólicas que se establecen entre cuidadora y cuidado/a. Destacamos entonces como Buenas Prácticas en este contexto aquellas acciones o actitudes, que a nivel individual, familiar y social, contribuyen a mejorar el bienestar de ambos participantes de la relación: adultos mayores y personas a cargo de su cuidado.

La caracterización de una Buena Práctica de Cuidado de Adultos Mayores Dependientes debe considerar al menos los siguientes puntos:

- Contribuir a mejorar el bienestar del Adulto Mayor Dependiente.
- Resguardar el goce de los derechos fundamentales por parte de los Adulto Mayor Dependiente,
- Contribuye a potenciar la autonomía y las capacidades de los Adultos Mayores Dependientes.
- Es replicable en otros contextos de cuidado,
- Contribuye y resguarda el bienestar y derechos de la persona encargada del Cuidado del Adultos Mayores Dependientes



A continuación se plantean una serie de acciones o actitudes desprendidas del estudio que pueden significar una contribución positiva a la situación de los Adultos Mayores y sus cuidadoras.

En primer lugar, como lo muestran las entrevistas realizadas, la evaluación que realizan los adultos mayores sobre los cuidados que reciben de parte de sus familiares, no obedece a criterios de satisfacción de “usuario”, al estilo de los servicios de otra índole, ni tampoco se refiere a aspectos materiales del mismo. Los y las adultos mayores valorizan el cuidado que les entregan por aspectos muchos más subjetivos y emocionales, como el que este “sea dado con afecto”, o “lo hace con dedicación”. Más allá del apoyo recibido en la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación o la higiene personal, los/as adultos mayores valoran enormemente la compañía y la comprensión que reciben desde quienes los/as cuidan, pasando las otras dimensiones a segundo plano.

Desde los adultos mayores sometidos a cuidados, y gracias a la percepción que de ellos emerge, tanto en la dimensión cualitativa como cuantitativa del estudio, el enfrentarse a una real o potencial fragilización de sus redes o contactos sociales, estimula la valoración del cuidado recibido en sus aspectos más subjetivo-emocionales. En este contexto, es aún más relevante el surgimiento de una buena práctica respecto de la valoración de los cuidados que sobre ellos se realizan, porque los AM, más allá que las condiciones del estudio no lo puedan permitir (diseño metodológico), no critican explícitamente la conducta de sus cuidadores, sino que más bien relevan como problemas aquellos ligados al bajo monto de las pensiones, la falta de dinero en general y a falta de implementos y medicamentos para sortear su problemas médicos. Por lo demás, los AM son capaces de percibir las dificultades que experimentan sus cuidadores productos de las actividades cotidianas realizadas, y puede que por lo mismo, y más allá de las manifestaciones de sobrecarga percibida en aquellos/as, resulte posible reconocer en la relación socio emocional mutua el mecanismo necesario para que cuidadores/as administren de buena manera la sensación de carga debido a las responsabilidades, y los AM suavicen la sensación de malestar al considerarse una carga para otra persona.

Desde el discurso de las cuidadoras, la mantención del cariño como motivación básica en el ejercicio de su labor de asistencia de un Adulto Mayor resulta fundamental para mejorar el bienestar de quienes cuidan y de ellos/as mismos/as. Si son cuidados con afecto, los/as adultos mayores se sienten mejor y satisfechos. A la vez, si el trabajo descuidado se realiza con cariño, quien lo realiza se siente reconfortado/a y realizado/a, disminuyendo los sentimientos de sobrecarga y frustración propios del ejercicio de una labor tan intensiva.

La declaración mutua de afecto debe ser actualizada a diario. Un Elemento fundamental para lograr este objetivo es cultivar la comunicación e intercambio mutuo de impresiones. Darse el tiempo para conversar y no dejarse llevar sólo por la rutina cotidiana es importante, al igual que relevar los aspectos positivos de la relación de cuidado mutua.

Según las entrevistadas, el cuidar a un/a adulto mayor dependiente puede ser una experiencia de aprendizaje y satisfacción. Se rescata el “deber cumplido” y la “tranquilidad de conciencia” como motivaciones principales del cuidado. A su vez, desde los/as adultos mayores el cuidado es visto con agradecimiento y como expresión de cariño y “buena suerte” (*sentirse afortunada*). Un buen ejercicio para potenciar los aspectos positivos del cuidado es comunicárselos mutuamente, ya sea a través de conversaciones o, si es más fácil, de forma escrita: intentar escribir una carta o listado con las cosas positivas de cuidar y ser cuidado/a y entregársela al otro/a.

La dedicación casi exclusiva del tiempo al cuidado de una persona mayor significa un gran desgaste y frustración por no poder realizar otras actividades personales. Asimismo las cuidadoras pueden sufrir consecuencias en su propia salud producto de la labor intensiva que realizan. Desde la percepción de los Adultos Mayores, uno de los problemas más recurrente en quienes los cuidan es la falta de tiempo, falta de tiempo para dedicarse a sus propias actividades, que muchas veces tiene que ver con el ejercicio de otros roles de responsabilidades, por ejemplo madres, y en grado menor, trabajadoras.

Desde los discursos recogidos en la fase cualitativa del estudio, las consecuencias negativas del cuidado de un Adulto Mayor pueden ser prevenidas y mermadas si existe una conciencia y reflexión sobre la labor que se realiza, su importancia y el esfuerzo que implica.

Para esto es necesario aprender, por parte de la cuidadora:

- Pedir ayuda a cercanos.
- Reconocer los propios límites y necesidades.
- Dedicarle tiempo a la vida personal.

Tal como lo muestran las entrevistas realizadas, el proceso de cuidado es en si mismo un proceso de aprendizaje de una forma de vivir y estar en el mundo que puede durar parte importante de la vida de las cuidadoras. Aprender a *cuidar sin descuidarse* es un proceso que no esta exento de tristezas y problemas, muchas de las cuidadoras entrevistadas dan cuenta de momentos de crisis, en las que “*dejaron todo de lado*”, “*llegue a irme de la casa*” o “*me sentí agotada*”, debiendo suspender la dedicación exclusiva al cuidado del adulto mayor para dedicarse tiempo para pensar en si mismos/as.

Es tan relevante el autocuidado la cuidadora, que debe ser parte de los contenidos de cualquier capacitación que se realice en este contexto, en este sentido se debe abrir los canales a través de los cuales, las personas que tienen a cargo un adulto mayor dependiente integren en su rutina ejercicios orientados a la prevención de sensaciones de cansancio físicas y psicológicas; de esta forma una buena practica de auto-cuidado se transforma a su vez en una buena práctica para la ejecución de un mejor cuidado al Adulto Mayor Dependiente.

El desarrollo de un auto-cuidado efectivo significa en primer lugar un auto-conocimiento que apunta a la capacidad para identificar síntomas de sobrecarga por parte de quienes realizan labores de alta demanda y complejidad. Las cuidadoras experimentan desde una poca a una mediana sensación subjetiva de carga. Esto nos puede estar diciendo que a pesar de los inconvenientes que plantea el cuidado, las cuidadoras manifiestan relevantes grados de resiliencia para contener los efectos negativos de las tareas. Estos mecanismos o recursos personales que contienen una situación de agobio mayor deben ser reforzados, como se ha insistido, a través de capacitaciones llevadas a cabo por agencias dedicadas al trabajo con grupos humanos en situaciones similares a los adultos mayores dependientes.

Una práctica que ayuda de forma importante a alivianar la labor de las cuidadoras es el tener una buena organización de las actividades diarias y del tiempo que se destinará a estas. Es útil para ello contar con un calendario u horario que se coloque en un lugar visible para la cuidadora, donde se detallen las tareas diarias o semanales y el tiempo asociado.

Por ejemplo, en el caso de los Adultos Mayores con varias dolencias físicas y que deben ingerir varios tipos de medicamentos al día, es útil contar con un organizador de las tomas de medicamentos, con las dosis separadas y guardadas con antemano y calma, disminuyendo así las

preocupaciones, el estrés y el temor a cometer errores que comparten varias de las cuidadoras entrevistadas.

Dado que en la planificación de las tareas propias del cuidado, el tiempo y el espacio resultan ser dimensiones claves, los datos a este respecto recogidos en el estudio apuntan a constatar la existencia de condiciones básicas apropiadas para estos fines.

Con esto se hace referencia a que gran parte de quienes cuidan a los adultos mayores dependientes son familiares (en su gran mayoría hija) que residen en el mismo hogar, y por ende, acompañan a estos los siete días de la semana y las 24 horas del día. En este sentido, es importante que se organicen correctamente las tareas en el tiempo, destinando un segmento de este tiempo a labores al servicio de las necesidades del adulto mayor dependiente, y otro tiempo destinado a actividades enmarcadas dentro de las necesidades personales de la cuidadora. Esto posibilita el ejercicio de una buena práctica integral de cuidado, además para que estas buenas prácticas logren expandir su orbita de reproducción, es conveniente atender tanto a las cualidades de las cuidadoras, así como de los Adultos Mayores Dependientes. Dentro de las primeras, es conveniente saber si las personas que realizan las labores de cuidado tienen otras responsabilidades familiares o bien laborales.

La comprensión mutua y la capacidad de *“ponerse en el lugar del otro”* resultan elementos fundamentales que mejoran las relaciones y convivencia cotidiana. Estas actitudes deben ser cultivadas y aprendidas, tanto por parte de los/as adultos mayores como desde las cuidadoras.

Desde las experiencias recogidas, cuando los/as adultos mayores se esfuerzan por desarrollar la comprensión de quienes los/as cuidan, se benefician ellos/as en tanto son cuidados mejor y sus cuidadoras que realizan su labor con más tranquilidad. La mayor parte de las mujeres adultos mayores entrevistadas manifiestan conciencia respecto de la necesidad de mantener una actitud amable y agradecida hacia quien(es) les proporcionan cuidados. Es importante cultivar en los/as propios ancianos/as la capacidad de aprender y comunicar sus necesidades de manera adecuada, fomentando así los aspectos positivos de la labor de asistencia que realizan sus cuidadores/as.

Así mismo, de parte de las cuidadoras, resalta la *“paciencia”* y la *“tolerancia”* como elementos centrales que posibilitan la manutención de la relación de cuidado. Muchas veces los/as ancianos/as son exigentes en extremo y presentan actitudes agresivas o de mal humor que pueden irritar a quienes los cuidan, desatando situaciones de abandono maltrato (en algunas experiencias se relatan

momentos de pérdida del control por parte de el o la cuidadora que culminan en gritos, enojos o “ponerse brusca”)

Como técnicas para evitar este tipo de desbordes y agresiones, las entrevistadas describen algunas estrategias de contención como “*contar hasta 10*”, “*hacer como que no la escucha*” y “*salir a tomar aire*”.

Especialmente en los casos de adultos mayores con algún tipo de deterioro mental o demencia, es importante que la cuidadora se capacite y busque información acerca de estas situaciones o enfermedades, sus características, síntomas y soluciones prácticas, contando así con mayores elementos para responder a las situaciones de cuidado que pueden aparecer como estresantes o problemáticas. De la misma forma, frente a ancianos con problemas para entablar una comunicación adecuada, debido a problemas fono-lingüísticos y/o auditivos, las cuidadoras deben optar por el mismo camino señalado con anterioridad.

Un factor asociado a las experiencias positivas de cuidado de adultos mayores en los relatos recogidos es la vinculación y participación en redes y organizaciones sociales de diferente índole. Las historias de quienes participan en alguna organización o colectiva en su comunidad, ya sea de iglesia, deportivo, junta de vecinos, etc., demuestran una menor propensión al estrés y la sobrecarga y, por lo mismo, la vivencia del cuidado con mayor bienestar y felicidad.

El comunicarse e intercambiar con otros, en un círculo social más amplio, contribuye también a aumentar los recursos personales y sociales con que cuentan las cuidadoras para la atención de los/as adultos mayores. En este punto la edad, en cuanto criterio de pertenencia generacional, se convierte en un precursor para el surgimiento embrionario de un capital social de tipo individual y comunitario, capital al cual se podría acudir en forma de cooperación y reciprocidad en casos de problemas de salud u otros. Además, esta situación estimularía la aparición de un nivel de confianza interpersonal que redundaría positivamente en una mayor iniciativa por participar en grupos extra-familiares.

Es necesario que el cuidado de los/as Adultos Mayores Dependientes (y otras personas en situación familiar) deje de depender de la buena voluntad y cariño de ciertas personas (las cuidadoras) y pase a constituirse una responsabilidad social y comunitaria. En el camino, es importante que la familia en su conjunto trate de involucrarse en el cuidado del abuelo/a, tía/o, etc., y deje de descansar en la

espalda de sólo una/o de sus miembros. En este estudio se constató que el 64.8% de los adultos mayores dependientes cuenta con tan sólo una persona que los cuida.

Para caminar hacia estas metas es importante te matizar el cuidado (actual y futuro) del los Adultos Mayores de la familia como un asunto de interés familiar. Para ello es importante que la cuidadora o cuidador comunique y exprese a sus familiares cercanos la necesidad de apoyo y la importancia de ocuparse del cuidado de estas personas. De los datos del estudio se logró visualizar que es la hija predominantemente quien realiza las actividades de cuidado, por ende esta instancia de reciprocidad generacional de índole familiar es conveniente que se amplíe al resto de los hijos, considerando también a los otros familiares, independiente del género de los mismos. Esto último se advierte considerando que la asimetría de género en la distribución de este tipo de labores es muy marcado en nuestra sociedad, fenómeno que se debe trascender y superar.

Es necesario considerar, además, que la mayoría de las personas que cuidan a adultos mayores son también adultos mayores, especialmente cónyuges, y aunque en mejores condiciones de salud, también deben cuidarse y ser cuidados para continuar viviendo y apoyando a otros con cierto nivel de bienestar.

Algunas veces, las cuidadoras desarrollan actitudes posesivas u obsesivas respecto del cuidado de la persona a su cargo. Es así que se piensa que *“nadie lo cuida mejor que yo”* o *“no me da confianza dejarlo/a con nadie más”*, fomentando la dependencia exclusiva y la sobrecarga.

Por el contrario, es importante que las cuidadoras busquen a una o varias personas de confianza dentro de su círculo cercano, con quienes puedan dejar al adulto mayor por algunos momentos del día o la semana, dedicando este tiempo a su propio descanso, recreación o relaciones sociales.

Es importante que la cuidadora comprenda que delegar responsabilidades en un tercero contribuye a un mayor bienestar para ella misma y para el adulto mayor que cuida, y que no significa un menor cariño o dedicación. Además este tipo de prácticas contribuyen a integrar al adulto mayor a un círculo social más amplio y a fomentar la responsabilidad social respecto del cuidado de las personas mayores hoy y en el futuro.

En el estudio, básicamente en la fase cuantitativa, se registró que cuando los cuidadores solicitan colaboración a otras personas, estas personas pertenecen ya sea a la familia, o bien son vecinos del

mismo barrio. Y esta colaboración es solicitada para solventar de manera correcta una actividad clave, es decir, el traslado del Adulto Mayor dependiente. Este traslado ocurre ya sea al interior de la casa, o bien desde esta hacia un punto del exterior; frecuentemente el consultorio para fines de diagnóstico o tratamiento médico.

Los relatos recogidos muestran que, lejos de ser personas inútiles o pasivas, los/as adultos mayores se las ingenian para superar sus limitaciones y desarrollar actividades en la medida que su cuerpo y mente se los permite. Según las entrevistas realizadas adultos mayores, es importante la labor de apoyo afectivo e incluso de cuidado familiar que ellas a su vez realizan. Por tanto se debe tratar de resaltar estas contribuciones de los/as adultos mayores a la familia y la comunidad.

En algunos discursos de cuidadoras se observa cierta tendencia a infantilizar a las personas que cuidan, restándoles las posibilidades de constituirse en sujetos activos y colaboradores. Es importante que las cuidadoras, en especial las mujeres, eviten este tipo de pensamientos y descarten este tipo de discursos en el ejercicio de su labor de cuidado, dando espacio para que los/as adultos mayores tomen decisiones sobre aspectos de su vida que no signifiquen riesgos (Ej.: qué comer, dormir más o menos).

Por otro lado, muchas veces los cuidados recibidos fomentan una mayor dependencia, que a la vez demanda mayores cuidados, constituyéndose un círculo vicioso que culmina con el agotamiento del cuidadora. De ahí que se necesario que las cuidadores pongan límites a las demandas y requerimientos de los/as adultos/as mayores, impulsándolos a esforzarse por realizar actividades básicas (especialmente en los casos de semivalentes), con un poco de ayuda, pero sin caer en la sobreprotección y de nuevo infantilización.

En la etapa etárea denominada “adulthood mayor”, es más probable la aparición de problemas médicos asociados muchas veces a discapacidades de diversa gravedad, éstos ocurren en un contexto de empeoramiento de las condiciones sociales producto de las asimetrías sociales, y más aún, producto de la exclusión del adulto mayor de la lógica productiva de las sociedades. En este contexto, la vulnerabilidad de los AM dependientes en materia de salud aumenta, y por ello, consideramos como una buena práctica el cuidado prodigado a nivel individual, familiar e institucional sobre la materia.

A nivel individual, se hace referencia a las actividades concretas del/la cuidador/a en asesoría y administración de los medicamentos, en la asesoría y administración de una alimentación adecuada,

así como del acompañamiento que se realiza en el traslado desde el hogar al centro de salud. A nivel institucional, una práctica relevante registrada en el estudio corresponde al acceso de Adultos Mayores Dependientes al sistema de salud local, además de existir instancias donde el servicio médico del consultorio se acerca a los lugares de residencia de los propios Adultos Mayores dependientes. Esto último, al ser tan crucial para los Adultos Mayores postrados, debe expandir su cobertura donde la necesidad detal sea detectada y diagnosticada, de esta forma se contribuye al resguardo de los derechos fundamentales en materia de salud de los Adultos Mayores Dependientes.

Aunque en el estudio se ha averiguado por la dimensión físico-espacial del hogar, es posible reconocer que esa es una primera condición para la integración socio-comunicativa de los Adultos Mayores, además de un escenario más propicio para la realización de sus cuidadoras, y un indicador básico para la ocurrencia de las otras buenas prácticas que se han enunciado en este capítulo.



## CONCLUSIONES

Esta investigación se centró en un sector específico de la población femenina de la comuna de San Miguel: las mujeres cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes, es decir, aquellas que perciben pensión asistencial de parte del estado. Es decir, se trata de personas carenciados en términos físico-biológicos (dado el deterioro propio de la vejez y la falta de recursos para amortiguar estos efectos); sociales (en tanto la dependencia no sólo significa una limitación en el desempeño de actividades sino también una *restricción en la participación*) y económico-materiales, ya que se trata de un segmento de la población mayor que se encuentra en situación de pobreza y precariedad de vida que sólo logran suplir un poco mediante el apoyo otorgado por el Estado.

Al respecto, los datos recogidos acerca de los/as adultos/as mayores con pensión asistencial dan cuenta del importante nivel de analfabetismo de esta población, su escaso nivel educativo, la precariedad de su situación de vivienda. Se trata de personas que comparten un contexto común de pobreza y limitaciones económicas y de desarrollo personal, educativo y profesional en el que han construido sus trayectorias vitales. Las historias de trabajo infantil, deserción escolar e inserción laboral precaria reafirman la situación de exclusión *múltiple* que ha caracterizado y sigue caracterizando la vida de estas personas. A la exclusión estructural, derivada de la pobreza y la desigualdad económicas, se suma la exclusión actual derivada de su condición de edad.

La condición de exclusión de este sector refuerza a la vez su situación de dependencia, en tanto deben ser subsidiados en el desenvolvimiento personal y cotidiano, por medio de los cuidados familiares principalmente, y en su subsistencia económica, mediante las pensiones y otras ayudas recibidas. Todo lo anterior limita el ejercicio pleno de derechos de parte de este grupo: no es posible elegir como se quiere vivir la vejez sino que simplemente se *vive como se puede*.

El modelo familista instalado a nivel cultural y de políticas públicas asume como un proceso *natural* el que las familias se hagan cargo de los cuidados de los/as mayores, una vez que estos comienzan a requerir de apoyo. Tal como lo muestran los datos recogidos, este modelo es reproducido en las estructuras familiares -al menos en el sector socioeconómico en estudio<sup>7</sup>- sin embargo la asociación entre vejez y cuidado familiar debe al menos relativizarse a la luz de estos

---

<sup>7</sup> Es probable que en sectores de mayores recursos económicos exista una mayor tendencia a externalizar el cuidado de los adultos mayores en servicios pagados al interior de los hogares (contratar enfermeras, nanas, etc.) o fuera de ellos (hogares de larga estadía), sin embargo la exploración de estas diferencias excede los datos levantados por este estudio.

misimos resultados. Las situaciones familiares en las que se sitúan los sujetos considerados en este estudio son diversas, tanto respecto del número como de la intensidad de los vínculos existentes con los integrantes de su familia, cercana o lejana, y con otras personas fuera del núcleo.

Por una parte, la pérdida de la pareja o conyugue con quien se han compartido parte importante de la vida es una situación común en la adultez mayor, especialmente en las mujeres dada su mayor esperanza de vida. La viudez constituye un primer factor de soledad. En segundo lugar, es importante considerar que las sujetos estudiadas no vive integrado a su familia, es decir, a pesar de compartir domicilio no mantiene vínculos de convivencia cotidiana (cocinar, conversar, ver TV, etc.) con las personas que viven con él. Este aislamiento es otro factor de soledad y desamparo, situación que aumenta con la edad (las personas de los rangos mayores de edad considerados tienden a compartir menos con la familia con quien viven).

Todo lo anterior da cuenta de situaciones de abandono e inexistencia de vínculos que posibiliten la existencia de una situación cuidado-dependencia. La existencia de hijos/as tampoco debe ser vista como sinónimo de *cuidado potencial*, ya desde las experiencias recogidas se desprende que la relación con los/as hijos/as muchas veces es lejana o de apoyo sólo en términos materiales, con lo que el cuidado de los/as adultos mayores, especialmente los más dependientes, que a la buena voluntad de otros familiares.

En la misma línea, la escasa relación de los adultos mayores con redes sociales institucionales también remarca su situación de aislamiento social. Las redes en las que participan estos sujetos son escasas, en general, son pocos los amigos y su relación con la comunidad local o vecindario es también muy limitada. Los escasos espacios desvinculación con las instituciones sociales se reducen al consultorio, debido a sus problemas de salud recurrentes, y a la iglesia, debido a la religiosidad propia de la cultura más tradicional que ellos/as comparten. Como vimos en el análisis anterior, se detecta una cierta desvaloración o mala valoración de las relaciones fuera de la casa (es “*mal visto*”) en el discurso de los/as adultos mayores, que sumada a sus dificultades para movilizarse, refuerza su encierro domestico y su desconexión y aislamiento.

Nuestro estudio da cuenta de la vulnerabilidad personal y social que caracteriza la situación de los/as adultos mayores dependientes con pensión asistencial; pero también nos muestra otra situación no menos problemática: la de las personas encargadas de su cuidado. Uno de los supuestos base de este estudio fue el que planteaba que, dada la condición económica y de dependencia de los

sujetos principales, era *esperable* que en su mayoría necesitasen de algún tipo de apoyo o asistencia en sus domicilios (*cuidados domiciliarios*) y que esta necesidad de apoyo fuese catalizada a través de la familia, o de alguna otra fuente no remunerada (*cuidados informales*). En la mayoría de los casos, este apoyo es no remunerado o es proporcionado por una familiar, es decir, se trata de *cuidados domiciliarios informales*.

Dada cuenta de esta realidad, surge la pregunta –también objetivo de este estudio- sobre ¿Cual es la situación de las personas que cuidan a adultos mayores de forma voluntaria?, ¿Cuales son sus características?, y ¿De que forma o en que modalidades es proporcionado este cuidado?

Al respecto los resultados del estudio muestran un perfil claro de las personas que cuidan a adultos mayores: son mujeres, de edad adulta avanzada (la mayoría se concentra entre los 42 y 61 años), que se dedican al cuidado de forma solitaria y exclusiva y con algún vínculo de parentesco con el/la adulto mayor.

Además de ser predominantemente mujeres, las cuidadoras y (aunque escasos) cuidadores, comparten un perfil similar al descrito para los/as adultos mayores más arriba cuya patente es la vulnerabilidad: precariedad económica, proveniencia rural, abandono en la infancia, baja escolaridad (sólo un poco más alta que los Adultos Mayores derivado de la expansión general de la educación formal), deserción escolar, trabajo infantil temprano, precariedad laboral.

Al igual que los/as Adultos Mayores sus cuidadoras y cuidadores son un grupo con un muy bajo nivel de *capital humano* (entendido como las capacidades personales, incluyendo la capacitación y educación, para desarrollar un proyecto de vida)<sup>8</sup> y *capital social* (es decir, capacidad de vinculación con redes de confianza y cooperación entre diferentes actores, que permiten dar y recibir apoyo social) limitaciones que se ven agudizadas también por las responsabilidades asumidas en el cuidado de un adulto mayor. En este sentido, los/as cuidadores/as comparten con los Adultos Mayores su vulnerabilidad, su aislamiento social y su desconexión con las instituciones.

Por ejemplo, respecto de los vínculos conyugales, un cuarto de ellos/as es soltero, es decir, no ha constituido una familia propia lo que resulta interesante si consideramos que la mayor parte son personas que superan los 40 años. Su integración al mercado laboral y al trabajo remunerado es difícil (o nula) y precaria. Respecto de la seguridad social, la mitad de ellas no tiene ahorro

---

<sup>8</sup> Las cuidadoras tiene educación básica incompleta y pocas terminaron el ciclo escolar (educación media completa).

previsional, situación que se acentúa en el caso de las mujeres (la mayoría) o no tiene ningún sistema de salud.<sup>9</sup>

Proyectando la situación de estas personas hacia el futuro el panorama se complejiza aun mas: se tratará de adultos mayores en situación de precariedad aguda, ya que no han contado con ingresos propios ni tampoco con ahorro para enfrentar la vejez; y que se encontraran probablemente solos/as ya que sus posibilidades de construir un familia o vínculos afectivos propios han sido mínimas debido a la intensidad del cuidado proporcionado a Adultos Mayores por mucho tiempo, por lo que no contarán con el sustento de cuidado *potencial* que significaron personas como ellas en el momento actual. La mayor parte de las personas que vivan esta situación en el futuro (no muy lejano) serán mujeres, dada la feminización de la labor de cuidado discutido más arriba, cuyo cuidado deberá ser subsidiado por el estado o alguna institución de beneficencia.

El carácter *feminizado* de la labor de cuidado de los/as adultos mayores dependientes es innegable. La división sexual del trabajo y de los espacios se ve claramente reflejada en este hecho: nuestra cultura asigna (social y subjetivamente) a las mujeres el espacio de los domestico (el hogar) y las responsabilidades y roles asociados a este espacio, como son el cuidado de los miembros de la familia, no sólo hijos/as sino también enfermos, discapacitados y, en este caso, adultos/as mayores.

Aunque la cadena de feminización se limita a la familia -incluso en ausencia de hija o esposa- asumen esta labor las nueras, hermanas de las nueras, vecinas, siendo el ejercicio de esta labor *naturalizada* tanto por quienes la ejercen como por quienes se benefician de estos cuidados socialmente determinados. Si sumamos esta situación al hecho de que el “*mundo adulto mayor*” también es un espacio de predominio femenino, especialmente en edades más avanzadas por la mayor esperanza de vida, se configura un espacio social predominantemente protagonizado por mujeres y marcado por *lo femenino*, hecho que pone de relieve la necesidad de considerar las necesidades e intereses específicos de este sector de la población (su forma de relacionarse y de *ver el mundo*) al pensar en acciones o programas dirigidos hacia los/as adultos mayores dependientes y sus cuidadoras.

---

<sup>9</sup> Este hecho es especialmente preocupante si consideramos los costos que la labor de cuidado tiene para la salud de las cuidadoras. Muchas dicen tener algún problema de salud, principalmente hipertensión y problemas de visión.

Es importante resaltar que además de la amplia gama de actividades básicas en las que los/as cuidadoras asisten a los Adultos Mayores estas personas generalmente asumen también todas las responsabilidades del hogar (limpieza, compras, pago de cuentas), situación que se complica en el caso de quienes tienen una familia propia a la cual también dedican cuidado. Todo ello configura el ejercicio de una labor sumamente intensiva que sin embargo, por ser desarrollada al interior del hogar, no es socialmente valorada como "trabajo", y por tanto no recibe retribución económica.

Al respecto, es necesario destacar la necesidad social del trabajo realizado por las personas que cuidan a Adultos Mayores ya que de otra forma no sería posible la subsistencia de este grupo de población. Al ser realizado en el hogar, y por tanto asignado principalmente a las mujeres como sujetos *proprios* de este espacio, el trabajo de cuidado doméstico es infravalorado e invisibilizado, no obstante el volumen de producción de bienes y servicios que éste origina, que evidentemente es muy necesario para la reproducción de la sociedad en su conjunto.

La clara feminización del cuidado doméstico de los/as Adultos Mayores responde a patrones profundamente instalados en nuestra cultura que asignan a las mujeres la responsabilidad exclusiva de las labores de reproducción social y mantención del hogar. Esta visión está presente tanto en los/as Adultos Mayores como en los propios cuidadores y cuidadoras, quienes reafirman que la responsabilidad del cuidado recae en la familia y dentro de ella, en las mujeres. La asignación de este trabajo en base a la diferencia sexual es naturalizada en los discursos, se plantea que las mujeres son *más aptas* o que ellas *están más preparadas* que los varones, justificando así su responsabilización exclusiva. Incluso las mujeres que hoy cuidan a Adultos Mayores plantean temor hacia el futuro ante la ausencia de hijas (porque no tuvieron descendencia o porque tuvieron solo varones) que se responsabilicen de sus cuidados cuando envejezcan.

La visibilización del cuidado informal de los/as Adultos Mayores y la valorización de su aporte económico requiere de la transformación de la visión que asocia "trabajo" con "empleo" (trabajo remunerado en el mercado), para la construcción de un enfoque que considere como *trabajo* todas aquellas labores desarrolladas dentro y fuera del hogar que contribuyen a la mantención y reproducción de la sociedad en su conjunto. No obstante la valorización del trabajo doméstico de cuidado a través de criterios mercantiles significa ampliar el espacio para valores como la competencia y el individualismo, restando importancia a la responsabilidad y solidaridad social. El debate es entre mercantilizar las relaciones de producción y reproducción doméstica o ampliar la responsabilidad y solidaridad de la sociedad, a través del Estado y sus instituciones.

La dependencia es un fenómeno complejo, de diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales. Ser dependiente implica la necesidad del apoyo de otros (en diversos grados) para el desarrollo de las actividades cotidianas, debido a un déficit en la autonomía física o mental. No obstante a la base de la dependencia están las disfunciones físicas o biológicas, es necesario comprender que la dependencia es un fenómeno socialmente construido, en tanto la “autonomía” y las posibilidades de “participación” de las personas en diversos aspectos de la vida es definido en el contexto de una sociedad cultural e históricamente situada que dice que pueden o no hacer las personas con cierto déficit en su funcionamiento.

Siguiendo la definición de la OMS, la dependencia es un proceso que comienza con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad, accidente o vejez, que implica una limitación de la actividad. Sin embargo esta limitación no es por si misma dependencia, sino que se transforma en ello cuando “esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provocando una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana”. (OMS, 2001)

El aumento del nivel de dependencia esta asociado a una mayor limitación en la actividad que no puede ser absorbida por el entorno, y que se traduce en una restricción de la participación de los/as Adultos Mayores que finalmente culmina en una, cada vez mayor, necesidad de apoyo para desenvolverse en la vida diaria. De ahí que los cuidados domiciliarios vayan en directa relación con el mayor grado de dependencia y sus factores asociados.

La vivencia de la dependencia es relativa, así como también es variable la modalidad en las que se configura la relación de cuidado Adultos Mayores -cuidadora. En otros términos, no siempre una misma limitación física o mental (por ejemplo, la ceguera) origina el mismo nivel de dependencia y el mismo tipo de cuidado. Los/as Adultos Mayores enfrentan de diferente forma su situación haciendo uso de sus recursos personales y también de acuerdo a las posibilidades y motivaciones que reciben desde su entorno. Dado el contexto de precariedad en el que se sitúan los sujetos de estudio, sus posibilidades de enfrentar sus limitaciones también son precarias, aumentando la probabilidad de ser cada vez más dependientes. Los adultos mayores no tiene los elementos necesarios para suplir su discapacidad (anteojos, audífonos, muletas, sillas de ruedas, etc.).

Además, el acceso a estos elementos y a otros servicios de salud –generalmente otorgados por los servicios públicos de salud- también es inversamente proporcional al grado de dependencia y directamente proporcional a contar con alguien dedicado a su cuidado: quienes tienen cuidador/a van más al consultorio y reciben más atención médica a domicilio; por el otro lado, los postrados van menos al consultorio. Todo lo cual llama a preocuparse por la situación de aquel que vive solo/a, el que “no lo cuida nadie” y el que vive solo/a y sin cuidadora.

La situación de dependencia es social y subjetiva, construida tanto por quienes son definidos como *dependientes* como por los/as que interactúan y se relacionan con ellos. Para los Adultos Mayores, su situación es paradójica, ya que se encuentran en una etapa de la vida donde “*les sobra el tiempo*”, sin embargo no pueden aprovecharlo ya que tienen menos posibilidades de hacer cosas. La vida en esta situación se configura como pasiva, monótona y dependiente de la ayuda y voluntad de otros. Del otro lado, es interesante mencionar que las cuidadoras sitúan a los/as adultos mayores a su cargo en un nivel superior de dependencia y menor autovalencia que el indicado por los primeros.

Es probable que esta disparidad en los niveles de dependencia indicados por los Adultos Mayores y sus cuidadoras se deba al sentimiento subjetivo de la *carga* propia del ejercicio de una labor de cuidado intensiva y de larga duración.

Los cuidados que reciben los/as Adultos Mayores en sus hogares tienen dos características preponderantes: son cuidados *intensivos* y de *larga duración*. La intensidad de los cuidados radica en la *estrechez* del vínculo que se establece entre el/la Adultos Mayores y quien lo cuida. Primero, dado que se trata mayoritariamente de familiares, existen vínculos de parentesco y afectivos que mediatizan la relación de cuidado, la expresión de necesidades y las acciones para su satisfacción. Por ello es más difícil para los involucrados desvincularse emocional o personalmente de esta relación, para analizarla de forma *objetiva*.

En segundo lugar, la relación de cuidado se configura más allá de los límites del hogar en tanto el/la cuidador/a también cumple una función de representación social del Adultos Mayores en el mundo exterior, lo que se refleja en que, por ejemplo, muchas cuidadoras son apoderadas del Adulto Mayor para el cobro de su pensión asistencial. La responsabilidad se amplía hacia estos ámbitos.

Otro factor que estrecha la relación cuidador-cuidado es el hecho de que la mayoría de los/as cuidadores reside en el mismo hogar del Adulto Mayor, por lo que no sólo comparten los momentos de interacción propios del cuidado, sino también aquellos momentos *libres* con que cuentan cada uno/a.

Por último, la intensidad del cuidado que los Adultos Mayores reciben en sus domicilios de parte de sus familiares se refleja en la gran cantidad de horas y la amplia gama de actividades que se desarrollan en estos contextos. Las cuidadoras cuidan al Adulto Mayor los 7 días de la semana. Gran parte de las cuidadoras dice cuidar al Adulto Mayor a su cargo las 24 horas del día y todas ellas los cuidan hace varios años. Todo lo cual configura un tipo de ayuda que lejos de ser temporal o coyuntural se constituye en una *forma de vida* para quienes la realizan, en tanto se trata de un tiempo considerable de su vida dedicado a esta labor.

Todo lo anterior se relaciona también con el hecho de que comparten hogar: hay imposibilidad de *separar espacios*, además de las necesidades propias de una persona dependiente que requiere apoyo para las actividades básicas de la vida diaria. Al respecto queda claro que las necesidades de apoyo de los/as Adultos Mayores dependientes abarcan, básicamente, las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) como la alimentación, vestimenta, higiene personal y el traslado dentro y fuera del hogar.

El apoyo tiende a concentrarse más aún en las ABVD cuando el/la cuidador/a vive con el AM. La única actividad más especializada o fuera de lo cotidiano dice relación con la administración de medicamentos, actividad muy importante en la labor de cuidado.

El desempeño de una labor de cuidado intensiva y de larga duración es vivida contradictoriamente por las cuidadoras de Adultos Mayores. Por un lado se encuentran las motivaciones fundadas en el *deber, obligación moral o retribución justa* a los/as padres o al conyugue. El cumplir con estos deberes instalados subjetivamente genera satisfacción de los/as cuidadores/as quienes se sienten cumpliendo una suerte de *misión* asignada a ellos/as por la vida. Además el cuidado de los/as Adultos Mayores puede resultar una labor gratificante y enriquecedora si se vive en actitud positiva y de aprendizaje. Esto se demuestra en que la mayoría de las personas consideradas en este estudio tienen una buena relación con la persona que cuidan, refiriéndose con afecto y respeto hacia ellos/as.



Al respecto, es importante resaltar el aporte que los/as Adultos Mayores realizan al desarrollo convivencia familiar, especialmente en el cuidado y comunicación con generaciones posteriores (hijos/as, nietos/as). Las diversas formas que adopta la relación de cuidado se combinan con también diversos grados de autonomía de los/as Adultos Mayores y de estrategias de desenvolvimiento cotidiano que estos desarrollan. Podemos decir que el grado de autonomía y *aporte* que los/as Adultos Mayores puedan desarrollar esta en directa relación con el *clima* de la relación de cuidado (a más afecto y dedicación recibido, más apoyo devuelto).

Por otra parte la valoración que los Adultos Mayores Dependientes hacen de los cuidados recibidos se refiere mucho más a factores subjetivos y emocionales (como la dedicación, el cariño, la paciencia, etc.) que a elementos materiales de los servicios recibidos, como la adecuación o inadecuación de los cuidados recibidos, su “calidad”, etc.

Del otro lado, cuidar a un Adulto Mayor Dependiente conlleva una serie de costos objetivos y subjetivos, que son experimentados por la cuidadora como la carga derivada de esta labor. Según estudios anteriores, la manera en la que la cuidadora enfrenta los cuidados de un/a Adultos Mayores depende de factores como la interpretación que hace la familia y el cuidador de la conducta del adulto mayor; el tipo de respuestas que desarrollan y las pautas de relaciones familiares anteriores. A la luz de nuestro estudio es necesario agregar a estos elementos las condiciones materiales y de vida del Adultos Mayores su cuidadora.

Los resultados arrojados por este estudio dan cuenta de una baja percepción de carga de parte de las cuidadoras, que aumenta poco a poco a medida que se incrementa el nivel de dependencia del Adultos Mayores sus problemas de salud o discapacidad, el abanico de ABVD en las que se realiza el apoyo y en la medida en que el cuidado repercute en problemas de salud para la propia cuidadora. Es decir, la percepción de la carga aumenta cuando empeoran las condiciones y se dificulta el ejercicio de la labor de cuidado.

Sin embargo, esta baja percepción de carga contrasta con la sensación de postergación del *tiempo propio* que comparten las cuidadoras que relatan situaciones de enojo o impotencia frente a la imposibilidad de salir y hacer cosas personales. A esto debe sumársele la escasez de apoyo psicológico y de autocuidado que reciben las cuidadoras así como su precaria conexión con las redes sociales e institucionales de su entorno, que repercute también en menor apoyo.

La vivencia de la labor de cuidado se configura en un *tiempo detenido* en términos personales, donde se posterga el propio desarrollo en función de las necesidades del otro, en este caso un/a Adultos Mayores. El paso del tiempo es, sin embargo, inexorable y muchas veces termina en la cuenta de varios años dedicados al cuidado exclusivo y la pérdida de oportunidades de realización personal, hechos que se viven con frustración y tristeza. De ahí que la necesidad de apoyo (material y humano) para conciliar ambos *deberes* –la obligación moral de cuidar al Adultos Mayores y el desarrollo de un proyecto de vida personal- sea una de las principales necesidades sentidas por las cuidadoras.

Otro factor que aumenta el riesgo de carga frente al cuidado de un/a Adultos Mayores es el bajo nivel de información y capacitación de las cuidadoras (pocas han recibido alguna capacitación para el cuidado). Las capacidades para el cuidado de un Adultos Mayores son desarrolladas mediante la experiencia y muchas veces a través de ensayo y error, lo que además de significar una tensión para la cuidadora –derivada de la inseguridad en su labor- implica importantes riesgos para los/as Adultos Mayores a su cargo. Todo ello, sumado al escaso apoyo que reciben los/as cuidadores desde otros miembros de la familia y desde instancias institucionales, configura un panorama propicio para la aparición de una serie de consecuencias negativas en el cuidador y un ambiente de vulnerabilidad, que puede generar malos tratos hacia los/as Adultos Mayores. Este riesgo es percibido por las cuidadoras que sienten una necesidad de capacitarse y *saber más* para cuidar mejor a los Adultos Mayores.

## REFLEXIONES FINALES

El diagnóstico desarrollado a lo largo de este estudio en torno a las características cuantitativas y cualitativas de la población adulta mayor dependiente y sus cuidadoras domiciliarias dan cuenta de una situación social de suma complejidad y relevancia actual y futura.

Los escasos estudios realizados sobre este tema demuestran que la población general chilena y el personal de salud en particular, a pesar de haber experimentado cambios de actitud positivos hacia los adultos mayores, siguen estando insuficientemente sensibilizados hacia la tercera edad. Esto justifica la realización de investigaciones que generen información útil para revertir esta situación.

La realidad social caracterizada a través de la información relevada en este estudio está marcada por la vulnerabilidad social y la precariedad de vida propia de los sectores más pobres de nuestro país, pero acentuada por el aislamiento social y la situación de exclusión que comparten los/as Adultos Mayores y sus cuidadoras. Los primeros se ven excluidos debido a su edad, en el contexto de una cultura que valoriza la inmediatez, la actualidad y la competencia, donde el ser *viejo/a* significa ser *inútil* u *obsoleto*. Los segundos están excluidos porque la mayor parte de su tiempo transcurre en el mundo dedicado a el/anciano/a, con escasas posibilidades de participar y vincularse con los flujos de recursos e información que se transan en el mercado.

Las proyecciones en el incremento de la población adulta mayor por sobre los otros segmentos etáreos de nuestro país, al igual que en otros países, pone énfasis en la necesidad de considerar social y políticamente las características y necesidades de este sector de población en incremento.

Por otra parte, las transformaciones en el modelo tradicional de familia y la inserción laboral de las mujeres significan un progresivo deterioro –o al menos una tensión– para el modelo familista, que asigna naturalmente el cuidado de los/as Adultos Mayores (y otras personas dependientes) como responsabilidad de los miembros femeninos de la familia. En nuestro país, al igual que en otros (Ej.: España), la realidad de quiebre de este modelo es inminente, lo que significa que en un futuro no muy lejano, se reducirá considerablemente el cuidado informal *potencial* de los/as Adultos Mayores en tanto habrán cada vez menos mujeres dispuestas a dedicar su vida a estas labores.

Es importante generar datos periódicos que permitan estudiar las tendencias de estos cambios y comparar situaciones para proyectar soluciones, ejercicio que no fue posible en esta oportunidad dada el carácter exploratorio de esta investigación.

La asignación de la responsabilidad del cuidado de los/as Adultos Mayores a las familias y dentro de estas a las mujeres constituye un reflejo de una cultura inequitativa, que se funda en la división sexual del trabajo y que infravalora e invisibiliza las labores que se desarrollan en el ámbito doméstico al no valorarlas económicamente. Por otro lado, la reducción del Estado y la focalización de las políticas sociales refuerza este modelo de privatización del cuidado, informalidad y precariedad de esta labor.

Ello especialmente en los sectores de bajos recursos –como es el caso de los sujetos de este estudio– ya que podemos suponer que en estratos altos el cuidado de los/as Adultos Mayores se resuelve mediante la contratación de servicios para este fin. La distribución del cuidado de los/as Adultos Mayores en nuestro país es por tanto doblemente injusta en tanto se concentra en las mujeres y entre estas, en las de sectores pobres.

Ante ello, es de importancia capital ampliar el círculo de la responsabilidad ante el cuidado de las personas dependientes, entre ellas los/as Adultos Mayores no sólo hacia el núcleo familiar cercano, sino también hacia la sociedad en su conjunto y sus instituciones. Para ello es importante el desarrollo de una cultura diferente, basada en la responsabilidad y solidaridad social, que se funde además en un sistema de protección estatal básico que asegure para estas personas –Adultos Mayores y cuidadoras– las condiciones de vida mínimas para el ejercicio pleno de sus derechos y el desarrollo de sus potencialidades humanas.

Respecto de los costos y las valoraciones de la labor de cuidado, es necesario observar cada relación de cuidado como un universo social y simbólico en sí mismo, que moldea las percepciones y valoraciones que ambos polos de la relación tienen de la labor que ejercen y del apoyo que reciben. No existe por tanto un *modelo* de cuidado de Adultos Mayores, sino que los mismos recursos o las mismas prácticas pueden generar resultados positivos o negativos dependiendo del contexto material y subjetivo en el que se desarrollen.

La visión de este universo de relaciones como un *sistema* complejo implica además no sólo considerar los elementos subjetivos e interaccionales, sino también las formas en que este sistema-cuidado se posiciona y relaciona con el entorno en el que se sitúa.

En el caso de los sujetos de estudio esta situación se caracteriza por el aislamiento y la desconexión social e institucional, hecho que resulta en una mayor precariedad en un contexto donde la

distribución de recursos, privilegios y oportunidades sociales ocurre en el marco de estas redes e instituciones. La integración y conexión de los Adultos Mayores Dependientes y sus cuidadoras con su entorno, el fomento de su participación comunitaria y su vinculación con redes institucionales debe ser un foco importante de la política orientada a mejorar la situación de estas personas.

Algunas recomendaciones y propuestas para mejorar la situación de los Adultos Mayores Dependientes y sus cuidadoras domiciliarios pueden ser las siguientes:

Incorporar la perspectiva de género en los análisis y programas destinados hacia la población AM dependientes y especialmente hacia sus cuidadoras.

Levantar información periódica acerca de la realidad de este sector, relacionándola con las transformaciones demográficas y sociales propias de los cambios que experimentan nuestra sociedad y cultura.

Realizar una estimación del aporte económico de los cuidados informales desarrollados en el hogar de forma no remunerada, contribuyendo a su visibilización y valoración social.

Trabajar a través de las políticas públicas de salud en la capacitación y acompañamiento a las cuidadoras de Adultos Mayores Dependientes. Por ejemplo, a través de algún profesional o técnico del consultorio o municipalidad; y/o mediante la creación de fono consulta para las cuidadoras.

Iniciar líneas de trabajo que proyecten diversas formas de abordar desde la política pública la facilitación de tiempo libre para los cuidadores. Por ejemplo, a través de las políticas de empleo capacitar y emplear a personas de la comunidad para el cuidado de adultos mayores dependientes, algunas horas de la semana.

Implementar un servicio de “Respiro Familiar” que ponga a disposición de las cuidadoras un servicio de cuidado para el Adulto Mayor Dependiente a su cargo, una o dos veces al mes, que pueda ser solicitado por ellos/as para desarrollar alguna actividad personal como estudiar, salir, recrearse, etc.

Ampliar y mejorar los servicios domiciliarios destinados al adulto mayor y su familia. Lo anterior considerando, la necesidad de aumentar la periodicidad de las visitas e incluir otras áreas además de la médica.

Establecer un sistema de apoyo a los traslados de los Adultos Mayores Dependientes hacia los consultorios o centros de salud. Por ejemplo, una furgoneta o auto que recorra cierto radio de calles recogiendo a los Adultos Mayores Dependientes para llevarlos y traerlos a sus controles de salud periódicos.

Los Adultos Mayores Dependientes son personas que tiene un mayor gasto en alimento, medicamentos y porque no decirlo en cuidado que el resto de población y que a la vez sus ingresos son inverso a su realidad en comparación con la población activa o de otra edad esto conlleva a un mayor deterioro de su salud mental, física y por lo tanto a un empeoramiento de su calidad de vida.

Considerando el escaso monto de las pensiones asistenciales, y el nivel de gastos de los adultos mayores dependientes, se cree razonable recomendar evaluar la entrega de un bono o subsidio especial a estos adultos mayores. Lo anterior, principalmente para apalejar los gastos en alimentación especial o uso de pañales (los que pueden llegar a absorber el 75% de esta pensión).

Poner a disposición de los Adultos Mayores Dependientes y sus cuidadoras apoyo psicológico constante, ya sea individual o grupal.

Mejorar la capacitación de los operadores sociales, respecto a la vejez y al proceso de envejecimiento, para que se constituyan en un apoyo real para los adultos mayores y sus cuidadores.

Considerando que en algunos casos las familias se encuentran –o podrían encontrarse en el futuro– sobre demandadas y les resulta imposible ejercer su rol de cuidador, se recomienda facilitar el acceso a hogares de larga estadía para estos adultos mayores, a través por ejemplo, de apoyo económico o un monto de subvención para financiar este servicio. Recordemos que para estos efectos, actualmente no existe una alternativa de apoyo estatal a estas personas, quienes deben acudir a instituciones de beneficencia.

Promover el trabajo voluntario de niños, adultos, jóvenes y otros adultos mayores, para que acompañen, visiten y trabajen con adultos mayores dependientes.

Debido al alto estrés al que está sometido el cuidador del Adulto Mayor, se hace necesario implementar un programa de ayuda que esté enfocado a la sensibilización y a la entrega de herramientas a dicho cuidador, para hacer más óptima y satisfactoria esta tarea.

Para evitar el agotamiento y sobrecarga del cuidador primario, se hace necesario implementar una red de cuidadores en la propia familia (sistema de turno).

Los potenciales cuidadores del Adulto Mayor deben estar apoyados por una red de apoyo familiar e intersectorial (personal de salud y apoyo comunitario).

Sería conveniente para reducir el impacto del estrés que produce la situación de tener un familiar anciano, el poder contar con un médico de familia, al que se puede recurrir con facilidad, como también participar en grupos de autoayuda, integrado por personas que estén atravesando la misma situación. En este grupo se podrán compartir experiencias, ayudándose y fortaleciéndose mutuamente de modo tal que el grupo actuaría como un factor de contención del nivel de estrés.

Se haría necesaria la formulación de un programa de ayuda a las personas que tienen a cargo un familiar anciano que enfatice el aprendizaje de conductas que lleven a mitigar el impacto del estrés y a utilizar los recursos sociales, familiares y comunitarios de una manera óptima.

Dado el alto estrés al que está sometido el cuidador del Adulto Mayor, se hace necesario implementar un programa de ayuda que esté enfocado a la sensibilización y a la entrega de herramientas a dicho cuidador, para hacer más óptima y satisfactoria esta tarea.

Para evitar el agotamiento y sobrecarga del cuidador primario, se hace necesario implementar una red de cuidadores en la propia familia (sistema de turno).

Los potenciales cuidadores del Adulto Mayor deben estar apoyados por una red de apoyo familiar e intersectorial (personal de salud y apoyo comunitario).

A la sociedad le corresponde crear un ambiente más adecuado para quienes envejecen al proveer programas de asistencia para que los frágiles puedan seguir viviendo en su propio hogar, preocuparse por definir un contenido al rol de Adulto Mayor y abrirles oportunidades para que cumplan tareas significativas, crear programas de asesoría profesional a fin de mejorar la capacidad de los Adultos Mayores, para enfrentar problemas de aceptar y adaptarse a lo que les toca vivir.

Igualmente, a la familia le corresponde darse cuenta del valor que tienen sus miembros Adultos Mayores y asumir este ciclo vital como un proceso normal en la vida misma, para así poder brindar a sus miembros envejecidos el afecto necesario para una vida más placentera; para ello la familia debe incentivar el desarrollo de sus potencialidades.

Al individuo que envejece le corresponde, prepararse y educarse para un mejor envejecer, sobreponerse y asumir un papel activo creativo en la construcción del propio bienestar, asumir con ánimo positivo las pérdidas y limitaciones inevitables, aprovechar y participar al máximo en relaciones interpersonales y obtener el apoyo social que se le brinda, ya sea cognitivo, emocional e instrumental.

Al investigar la problemática del Adulto Mayor, nos dimos cuenta que la mayoría de los programas se centran en él y sus necesidades, descuidando la problemática de las personas que lo tienen a su cargo. El modo en que el cuidador enfrente esta situación repercutirá necesariamente en el cuidado y atención que le dispense al anciano. Los cuidadores son quienes se ocupan de las necesidades básicas del Adulto Mayor, tarea que en muchas ocasiones tiene que ser continua, diarias y a lo largo de grandes períodos de tiempo.

Es evidente que el cuidador tiene escasa información sobre los cuidados del anciano, además de situaciones de soledad y falta de apoyo en el cuidador. En ocasiones la persona es la que afronta sola todo el esfuerzo y responsabilidad frente al cuidado del Adulto Mayor.

Existe escaso apoyo emocional hacia la cuidadora a la hora de compartir sentimientos, falta de tiempo libre para el descanso y el esparcimiento, teniendo por ello la sensación de no disponer de ayuda por parte del resto de los familiares, lo que lleva a un mayor grado de ansiedad en el cuidador.



De lo anterior, se puede deducir que se hace necesario un Programa de apoyo dirigido a los cuidadores de Adultos Mayores, programa que incluya no solo la asistencia técnica para facilitar su labor, sino que contemple una red de asistencia familiar, comunitaria e institucional (Equipo de Salud). Este programa integral mejorará la calidad de vida, el compromiso de las mujeres cuidadoras y, con ello, la de sus Adultos Mayores.

## BIBLIOGRAFIA

**Baeza, Jorge.** *El oficio de ser alumno en jóvenes de liceo de sector popular.* Universidad Católica Silva Henríquez, UCSH, Santiago, julio 2001.

**Baltes. M.M. y Wahl, H.** (1990). Dependencia en los ancianos. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social.* Barcelona: Martínez Roca.

**Briones, Guillermo.** *Epistemología de las Ciencias Sociales.* ARFO Editores e Impresores Ltda. Bogotá: 2002.

Bronwn, A. S. (1996). **The social processes of aging and old age.** New Jersey: Prentice Hall.  
[Http://www.seg-social.es/masinf/boletinopm13.prf](http://www.seg-social.es/masinf/boletinopm13.prf)

**Cannobio, L y Jeri, T.** *Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género.* Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Santiago: 2006.

**Chile y sus mayores. Resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez.** Instituto de Sociología Pontificia Universidad Católica de Chile (ISUC). Impresor Gráfica Escorpio. Vicerrectora de Comunicaciones y Educación Continua. Santiago: 2010.

**Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social CIEDESS,** *Los desafíos actuales del Adulto Mayor. Cambiando la visión negativa de la Tercera Edad.* Coloquio realizado en Seminario “Respuestas a los desafíos actuales del Adulto Mayor”. Santiago: 2005.

**Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS).** *Panorama de la seguridad social.* Santiago: 2007-2008.

**Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores.** Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). 2009.

**Giner, Salvador, Lamo de Espinosa, Emilio y Torres Albero, Cristóbal.** *Diccionario de sociología.* Ed. Alianza, Madrid: 1986.

**Govinda Gallardo, G., Luna O., P. y Marín R., María S.** Problemática Social en el Adulto Mayor. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Instituto de Salud Pública de la Universidad Austral de Chile. Santiago: 2004.

**Marín, P.** (1993). *Tiempo Nuevo para el adulto mayor: enfoque interdisciplinario*. Ediciones del Programa Adulto Mayor, Pontificia Universidad Católica de Chile (P.U.C).

**Pérez Serrano, Gloria** (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes.*\_Tomo II, Técnicas y Análisis de Datos. Ed. La Muralla, S.A., Madrid, España.

**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).** *Los desafíos actuales del Adulto Mayor*. Santiago: 2010.

**Ritzer, George.** *Teoría Sociológica Contemporánea*. Ed. McGraw Hill. México: 1997.

**Salas, Ricardo.** *Sociedad y Mundo de la Vida a la luz del pensamiento fenomenológico-hermenéutico actual*. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. Santiago: 2007

**Slachevsky, A.** *Estudio de Carga de Cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Estudio Piloto*. Congreso Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Santiago: 2009.

**Taylor, R. y Bogdan, T.** *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: retos e interrogantes*. Ed. Paidós. Madrid: 2006.

## **ANEXOS Y APENDICES**

**APENDICE 1**

**CARTA GANTT**

**2011 - 2012**

<b>Mes</b>	<b>Julio - agosto</b>				<b>Octubre</b>				<b>Noviembre</b>				<b>Diciembre/Enero</b>			
<b>Semana</b>																
<b>Información institucional (entrevistas con SENAMA y CESFAM)</b>	X	X														
<b>Conocimiento de terreno</b>					X	X										
<b>Primeros contactos</b>									X	X						
<b>Entrevistas a cuidadoras</b>											X	X				
<b>Elaboración de informe</b>													X	X		
<b>Presentación de resultados</b>															X	X

## APENDICE 2

### Temáticas Entrevista Semiestructurada Cuidadores Informales.

ÁMBITOS TEMÁTICOS	TÓPICOS ENTREVISTA
<b>CARACTERIZACIÓN CUIDADORA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedentes personales</li><li>• Familia de origen e infancia</li><li>• Educación y estudios</li><li>• Vida de pareja y Familia propia (cónyuge, hijos/as)</li><li>• Vida Laboral</li><li>• Recuerdos, experiencias positivas y negativas</li></ul>
<b>CARGA DE TRABAJO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rutina Diaria: actividades, percepción de estas actividades, situaciones problemáticas o gratificantes.</li><li>• Capacitación en cuidado AM</li><li>• Ocio y autocuidado</li></ul>
<b>REDES SOCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relaciones sociales: parientes, amigos, participación en organizaciones sociales.</li><li>• Percepción de apoyo/ayuda</li><li>• Situación de apoyo económico, profesional y doméstico</li></ul>
<b>CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN DE CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inicio de la relación: decisión, motivación detonante</li><li>• Motivaciones actuales</li><li>• Relación con el adulto mayor: previa y actual</li></ul>
<b>VISIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOBRE EL CUIDADO DE LOS AM</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsabilidad familiar</li><li>• Responsabilidad de género</li><li>• Responsabilidad del estado</li></ul>
<b>VISIÓN DEL ENVEJECIMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Percepción de aspectos positivos y negativos del envejecimiento</li></ul>
<b>CARACTERIZACIÓN DE NECESIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tipo de apoyos o recursos</li><li>• Principales necesidades sentidas</li><li>• Preferencias de apoyos a su labor de cuidado</li><li>• Necesidad de formación o capacitación</li><li>• Visión sobre su cuidado futuro</li></ul>

## APENDICE 3

### Pauta de entrevista semiestructurada a cuidadoras.

#### 1. CARACTERIZACIÓN DE LA CUIDADORA

- Comencemos con una presentación personal: su nombre, edad, a que se dedica, etc....
- ¿Cómo recuerda su familia de origen? ¿De su infancia? ¿Cómo era su relación con estas personas?
- ¿Cómo recuerda su época de estudiante?
- ¿En qué momento dejó usted el hogar? ¿Cómo fue ese proceso? ¿Por qué se dio?
- ¿Tiene usted familia propia? ¿Con quien vive?
- ¿Cómo recuerda el proceso de formar una familia propia? ¿Qué ha sido lo más gratificante y lo más problemático de esta etapa de su vida?
- ¿Trabaja o trabajó usted de forma remunerada?
- ¿Cuál era/es su ocupación principal?
- ¿Cuál era/es su función principal?
- ¿Qué ha sido los más gratificante y lo más problemático de este aspecto de su vida?

## 2. CARGA DE TRABAJO Y REDES SOCIALES

### a) Rutina Diaria

- ¿Podría describir las actividades de cuidado que realiza en un día normal? ¿Cuáles de esas actividades son las que realiza con mayor frecuencia?
- ¿Cuáles de esas actividades le resultan más fáciles y cuales más dificultosas?
- ¿Recuerda alguna situación especialmente problemática que le haya tocado enfrentar en la realización de su labor de cuidado? ¿Cómo fue ese momento o situación? ¿Qué hizo para resolverlo? ¿Necesito de otra persona para resolverlo?
- ¿Se ha capacitado en el ejercicio de la labor de cuidado? ¿Cómo y dónde? ¿Cuanto tiempo duro?
- ¿Tiene usted algún momento del día para usted mismo/a? ¿Qué hace en esos ratos libres para usted? ¿Qué haría si tuviera más ratos libres para usted mismo/a?
- ¿Realiza alguna actividad de autocuidado?

### b) Redes sociales y apoyo

- ¿Se relaciona con otros parientes o familiares como hermanos/as, primos/as, otros hijos/as, tías, etc....? ¿Con que frecuencia los ve o habla con ellos/as? ¿Cómo es la relación que tiene con ellos/as: distante/cercana, buena, regular o /mala?
- ¿Siente que recibe apoyo de parte de ellos/as, de que forma (emocional, informativo-estratégico, material o instrumental)?
- ¿Se relaciona con otras personas no-parientes, como amigos/as, ex compañeros de curso o trabajo, etc....? ¿Con que frecuencia los ve o habla con ellos/as? ¿Cómo es la relación que tiene con ellos/as: distante/cercana, buena, regular /mala?
- ¿Siente que recibe apoyo de parte de ellos/as, de que forma (emocional, informativo-estratégico, material o instrumental)?



- ¿Pertenece o participa en alguna organización social o comunitaria como grupo vecinal, club de AM, asociación de Iglesia, Consultorio, etc.?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo económico para el cuidado del AM? ¿De quién?
- ¿Cómo? ¿Alcanza este apoyo para cubrir las necesidades de cuidado del AM?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo profesional o técnico para el cuidado del AM? ¿De quién?  
¿Cómo?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo doméstico o diario para el cuidado del AM? ¿De quién?  
¿Cómo?

### **3. RELACIÓN DE CUIDADO, MOTIVACIONES.**

#### **c) Caracterización de la relación de cuidado**

- ¿Cómo fue el proceso de hacerse cargo de los cuidados de esta(s) persona(S)?
- ¿Quién tomó la decisión o iniciativa de hacerlo?
- ¿Por qué decidió usted hacerse cargo de del cuidado del Adulto Mayor?
- ¿Cómo era o es la relación previa con el/la AM?
- ¿Cómo es la relación actual con el AM?

**d) Visión de la responsabilidad sobre el cuidado de los AM**

- ¿Cree que el cuidado de los AM es responsabilidad de la familia?
- ¿Cree que el cuidado dentro de la familia es mayormente responsabilidad de las mujeres? (dedicación exclusiva al cuidado, postergación, sujetos/objeto de cuidado)
- ¿Cuál cree usted que es el papel del Estado y servicios sociales en el cuidado de los AM?

**e) Estereotipos, creencias aplicadas en el cuidado, visión del envejecimiento.**

- ¿Qué aspectos positivos y negativos relaciona usted con el envejecer o “hacerse Vieja”?
- ¿Como se imagina usted en esa etapa de su vida?

**4. CONSECUENCIAS/ COSTOS DE LA LABOR DE CUIDADO**

**a) Costes de oportunidad:**

- ¿Que consecuencias ha tenido para usted el hacerse cargo del cuidado del AM?
- ¿Que efectos positivos ha tenido para su vida? ¿Que efectos negativos? (*laborales, sobre salud, familiar, sobre vida afectiva y relaciones*)
- ¿Que conflictos o problemas siente que tiene esta labor para su vida personal?
- ¿Ha podido conciliar el ejercicio de esta labor de cuidado con otras actividades de su vida (laborales o no)? ¿Por qué?

**b) Carga objetiva:**

- ¿Cuales son las principales demandas de cuidado que recibe de parte del AM a su cargo?
- ¿Cuales de las tareas que debe realizar para cuidar al AM le molestan o causan problemas?

- ¿Hay algún aspecto o característica del AM a su cargo que le moleste especialmente o le cause problemas? (*Incidencia “perturbadora” de determinados tipos de conducta de AM: agresividad, quejas y lamentos, abandono, etc.... (¿Que le molesta?)*)

**c) Carga Subjetiva: Sentimientos y percepciones asociadas al rol de cuidador/a**

- ¿Cómo se siente en el ejercicio de su labor de cuidado? ¿Cuales son los aspectos positivos y problemáticos que encuentra en esta situación?
- 
- ¿Que experiencias positivas y negativas registra durante el ejercicio de esta labor?
- 
- ¿Se siente responsable de la situación del AM a su cargo? ¿Siente que es “justo” asumir esta responsabilidad? ¿Se siente bien o mal haciéndose cargo de esta responsabilidad?
- 
- ¿Si tuviera el dinero, recursos o apoyo necesario? ¿Dejaría de hacerse cargo del cuidado de esta persona? ¿Por qué?

**5. CARACTERIZACIÓN DE NECESIDADES**

- ¿En lo concreto, que tipo de apoyos o recursos necesitaría usted para mejorar su labor de cuidado?
- ¿Que necesitaría usted para sentirse mejor haciéndose cargo del cuidado del AM?
- ¿De que forma debería recibir ese apoyo? ¿Que necesitaría o preferiría como apoyo formal a su labor de cuidado? (dinero, ayuda domicilio, cuidados alternativos centros gerontológico, médico)
- ¿Cree que necesita algún tipo de formación o capacitación para el ejercicio de su labor de cuidado? ¿De que tipo? ¿Como le gustaría que fuera esa capacitación? ¿Que debería enseñarle? ¿Que tema le interesaría aprender?

- ¿Cree que necesita algún tipo de apoyo (psicológico, de orientación personal) para sobrellevar mejor su labor de cuidado?
- ¿Cómo le gustaría que lo cuidaran a usted, en caso de necesitarlo, cuando envejezca?