



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y Económicas

Escuela de Trabajo Social

CONSTRUCCIÓN DE MASCULINIDAD EN HOMBRES CUIDADORES DE
FAMILIARES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA SEVERA INSCRITOS EN LOS
CENTROS DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DE LA COMUNA DE
PEDRO AGUIRRE CERDA

Tesis para optar al Grado de Magíster en Intervención Social Mención Familias.

Autor: Paz Antonieta Fuentes Vidal

Docente guía: María Teresa Abusleme Lama

Santiago de Chile

2018

Agradecimientos

Quiero manifestar mi eterno agradecimiento a los doce hombres cuidadores, quienes de manera muy generosa y noble me abrieron las puertas de sus casas, permitiéndome entrar en ella y en sus vidas. Sin su colaboración esto no habría sido posible. Cada uno con sus particularidades, son unos maravillosos. Toda mi admiración a cada uno de ustedes.

A mi amada familia y amigos quienes siempre creyeron en mí, me apoyaron, entendieron mis ausencias y me motivaron a seguir adelante. Mil gracias por tanto amor. La vida siempre es más fácil con ustedes y finalmente los amigos son la familia que elegí.

A mi docente guía quien siempre estuvo acompañándome y apoyándome, tanto en el proceso académico como en la vida. Mil gracias por su confianza, respeto, por tanta generosidad, toda mi admiración y amor para tremenda mujer.

| Índice | PAG |
|--|------------|
| Resumen | 5 |
| Introducción | 6-7 |
| Capítulo I: Formulación y fundamentación del problema de investigación | 8 |
| 1.1 Antecedentes del problema | 8-15 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 15 |
| 1.3 Justificación | 16-17 |
| 1.4 Supuestos | 17 |
| 1.5 Preguntas de investigación | 17 |
| 1.6 Objetivos | 18 |
| 1.6.1 Objetivo General | 18 |
| 1.6.2 Objetivos Específicos | 18 |
| Capítulo II: Marco teórico-referencial | 19 |
| 2.1 Envejecimiento demográfico América Latina y Caribe | 19-20 |
| 2.2 Envejecimiento demográfico en Chile | 20-22 |
| 2.3 Envejecimiento y Vejez | 22-27 |
| 2.4 Imagen de la vejez | 27-29 |
| 2.5 Construcción social de la realidad | 29-35 |
| 2.6 Cuidados | 35-36 |
| 2.6.1 Definición del cuidado | 36-38 |
| 2.6.2 El cuidado social | 38-39 |
| 2.6.3 El cuidado desde la perspectiva de derechos | 39-40 |
| 2.6.4 Aristas del cuidado | 41-46 |
| 2.6.5 Tipos de cuidadores: formales e informales | 46-48 |
| 2.6.6 Realidad de los cuidadores en Chile | 48-50 |
| 2.7 Dependencia | 51-56 |
| 2.8 Género | 57-58 |
| 2.8.1 Masculinidad | 58-66 |

| | |
|---|---------|
| 2.9 Políticas Públicas | 66-68 |
| 2.9.1 Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), Sistema Nacional Apoyos y Cuidados, “Chile Cuida” | 68-70 |
| 2.9.2 Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), Tránsito a la vida independiente | 70-71 |
| 2.9.3 Ministerio de Salud (MINSAL), Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria | 71-78 |
| 2.9.4 Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), Departamento de acción social | 79 |
| Capítulo III: Marco Metodológico | 80 |
| 3.1 Metodología | 80-81 |
| 3.2 Enfoque teórico metodológico o perspectiva | 81-82 |
| 3.3 Estrategias de recopilación/producción de información | 82 |
| 3.4 Técnicas de investigación | 82 |
| 3.5 Selección de contextos/decisiones muestrales | 83-84 |
| 3.6 Procedimientos de registro según técnica de investigación | 84 |
| 3.7 Metodología, estrategias y técnicas de análisis e interpretación | 84-87 |
| 3.8 Plan de trabajo | 87 |
| 3.9 Enfoques y procedimientos éticos | 88-89 |
| Capítulo IV: Resultados de la investigación | 90-124 |
| Capítulo V: Discusiones | 125-130 |
| Capítulo VI: Conclusiones | 131-135 |
| Capítulo VII: Bibliografía | 136-146 |

Resumen

El envejecimiento poblacional podría ser considerado uno de los mayores logros de la humanidad y a la vez uno de los grandes desafíos en la sociedad actual. La presente investigación tiene como objetivo comprender la construcción de masculinidad que hacen los hombres que cuidan a un familiar en situación de dependencia severa a partir de sus experiencias y vivencias cotidianas en la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

La metodología utilizada fue cualitativa, paradigma constructivista con el fin de comprender el significado atribuido a la masculinidad desde sus discursos, construyendo consenso en sus relatos, por medio de entrevistas semiestructurada realizadas a 12 hombres cuidadores de 55 años o más, hasta saturar la información recopilada.

La mayoría de los hombres cuidadores visualizan las masculinidades desde la visión hegemónica, deben flexibilizar su accionar en relación a los roles de género, lo que tensiona su hombría y permanentemente resignifican sus masculinidades en su vida cotidiana.

Introducción

La presente investigación pretende dar cuenta de la construcción de masculinidad en hombres de 55 años o más cuidadores de familiares en situación de dependencia severa.

El envejecimiento es un proceso universal, natural, ineludible, irreversible, continuo y heterogéneo. Desde una mirada poblacional se considera un logro valioso para la humanidad, debido al aumento de la esperanza de vida, producto de los avances científicos y médicos. Los estudios sostienen que la sociedad no está preparada ni para el envejecimiento poblacional, ni para el envejecimiento individual (SENAMA, 2017). Lo anterior pese a que el país presenta un envejecimiento avanzado que ha ocurrido en corto tiempo y de forma progresiva. Desde hace alrededor de dos décadas la política pública ha generado programas para mantener un envejecimiento activo, saludable, exitoso.

En este sentido cada cultura construye socialmente su definición de vejez y su mirada del envejecimiento, por lo tanto, al respecto, a nivel nacional prevalece una imagen negativa de la vejez.

La elevada expectativa de vida, las enfermedades crónicas no transmisibles, inciden en el aumento de las personas en situación de dependencia severa que requieren cuidados y apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, a su vez, los cambios en la estructura familiar muestran una disminución en la disposición para cuidar de ellos.

Este trabajo muestra la visión del hombre cuidador en su construcción de masculinidad y cómo el ejercicio del cuidado afecta su vida social, familiar y personal.

El cuidado es un fenómeno multidimensional que generalmente es ejercido por una sola persona de manera constante, permanente e intensa, que genera cambios en las dinámicas familiares, el trabajo remunerado, los ingresos económicos, las relaciones sociales, la participación social, entre otros. De este modo influye negativamente en la

calidad de vida y bienestar de quien ejerce este rol, sintiéndose habitualmente sobrepasado a nivel de salud física y mental.

Es preciso mencionar que el rol de cuidador históricamente ha sido asociado al género femenino, por lo tanto, se puede afirmar que esta investigación fue ambiciosa, en la medida que existe escasa información de este fenómeno, en el entendido de que son pocos los hombres cuidadores. El fenómeno de envejecimiento de la vejez, vale decir, el aumento de personas de 80 y más años, es el que se producirá en Chile a partir de la próxima década, y generara un aumento en la necesidad de cuidados, por ello es necesario relevar los conceptos de envejecimiento, vejez, construcción social de la realidad, cuidados, masculinidades, entre otros.

La presente investigación surge a partir de inquietudes personales de la investigadora producto de su quehacer cotidiano en un Centro de Salud Familiar y comunitario (CESFAM), donde tiene contacto directo con los cuidadores de personas en situación de dependencia severa, por lo que se pone de manifiesto la necesidad inminente de intervenir a los hombres cuidadores desde la perspectiva de género, producto de la invisibilización en la cual se encuentran.

Capítulo I: Formulación y fundamentación del problema de investigación

Antecedentes del problema

No es novedad el envejecimiento de la población chilena, según el CENSO 2017, el total de población de 60 años o más es de 2.850.171 habitantes, lo que representa al 16.21% de la población total. Existe aumento en la esperanza de vida de una persona al nacer, por lo que se afirma que se han generado dos fenómenos interesantes: el envejecimiento de la vejez (se espera que para el 2025 aumente la población mayor de 80 años) y la feminización de la vejez (las mujeres viven más y lo hacen en peores condiciones).

Existe relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta entre las personas mayores, especialmente en las edades más avanzadas. Este aumento no se produce a un ritmo constante, sino que alrededor de los 80 años se acelera. De este modo, la dependencia tiene relación con el envejecimiento de la vejez (SENAMA, 2008).

No existe acuerdo entre diferentes autores respecto a los barómetros para medir dependencia, por lo que su definición no es homogénea, sino que ésta varía de acuerdo a tradiciones históricas, concepciones teóricas y políticas públicas. Sin embargo, algunas definiciones aportadas por distintos autores y organismos internacionales definen la dependencia desde aspectos socio-sanitarios. El consejo de Europa define la dependencia como el estado en el cual se encuentran las personas que, por motivos relacionados a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan de una asistencia y/o ayuda importante – de otra persona- para realizar las actividades de la vida diaria (Consejo de Europa, 1998).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la dependencia es la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requiere una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano” y define que “las personas dependientes son quienes no son completamente capaces de cuidar de sí mismas, de mantener una alta calidad de vida, de acuerdo con sus

preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad posible” (WHO, 2002).

En Chile en los dispositivos de salud pública la dependencia es medida a través del Índice de Barthel, “instrumento que mide la capacidad individual para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el cual asigna una puntuación en función de su grado de dependencia” (Mahoney F.I., Barthel DW, 1965, p2). Se puntúa en función de la información que brinda el cuidador principal y esa puntuación da como resultado la categorización de las personas como total (severa), grave (severa), moderada, leve e independiente. Para efectos de esta investigación se trabajará con personas en situación de dependencia severa, quienes requieren de un cuidador para poder realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como: levantarse, acostarse, desplazarse en el hogar, asearse solo, control de necesidades, vestirse, comer y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como: deambular sin medio de transporte, uso del teléfono, realizar compras, preparar comida, mantener la casa, entre otros.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) define los cuidados como “una acción social dirigida para garantizar la superveniencia social y orgánica de las personas que carecen o que han perdido autonomía personal y que necesitan de ayuda de otro para realizar los actos esenciales de la vida diaria (CEPAL, 2016).

Se pueden identificar dos tipos de cuidadores: formales e informales. La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) define como cuidadores informales a quienes no reciben capacitación, no son remunerados y además están altamente comprometidos con la tarea, caracterizada por el afecto y la atención sin límites de horario, éste tipo de cuidados es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos (FLACSO, 2015). En cambio el cuidador formal, es dado por quien ha recibido una formación teórico-práctica, a partir de la capacitación específica

que recibe, de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico y laboral (FLACSO, 2015).

Es Flores-Castillo quien identifica cuatro aristas del cuidado, analizando el cuidado desde la perspectiva económica, psicoanalítica y filosófica, de quien lo recibe y de quien lo provee. Para efectos de esta investigación se revisaran los cuidados desde quien lo proporciona, los familiares que realizan la labor de cuidado atraviesan también por el proceso de duelo que tiene que ver con emociones como la negación, enojo, negociación, depresión y aceptación, pues están sufriendo, con mayor o menor cercanía, la pérdida de esa persona. Están resignificando sus propios duelos, además de ocuparse de las labores necesarias para su cuidado y, en muchas ocasiones, de seguir realizando labores domésticas y extra-doméstica, los cuidados analizados desde quienes los proporcionan serán revisados en mayor profundidad en el marco teórico.

Desde de las políticas públicas que se han generado durante los últimos años está la creación del programa de atención a personas con dependencia severa del Ministerio de Salud (MINSAL), el que comienza a ser ejecutado en el año 2006 a la fecha, que es una estrategia sanitaria que es realizada por los establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS) de los Municipios y de los que dependen directamente del Servicio de Salud.

Otro programa que forma parte de la oferta pública para personas en situación de dependencia severa es el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), Subsecretaria de Servicios Sociales, el cual se comienza a implementar durante el año 2017 y forma parte del sistema de protección integral.

En Chile son las mujeres quienes mayoritariamente asumen el rol del cuidado, según datos del estudio de dependencia de las personas mayores (SENAMA, 2009). El 85.6% de los cuidadores corresponde a mujeres.

De acuerdo a datos del Ministerio de Desarrollo Social en Chile el 12% de los hogares tienen dentro de sus miembros a personas en situación de dependencia. Lo que corresponde alrededor de 637 mil hogares. Se estima que por cada hogar existe al menos una cuidadora que realiza las funciones de cuidado de manera no remunerada (MIDESO, 2017).

Cuando se habla del cuidado y el ejercicio de dicha función, se tiende a pensar en que éste es realizado exclusivamente por mujeres, por lo cual, es importante partir con una definición del concepto de género, el que es entendido como una identidad adquirida y aprendida que varía holgadamente intra e interculturalmente. Es relacional, ya que no se refiere exclusivamente a las mujeres o a los varones, sino a las relaciones que se tejen entre ambos grupos. Es un conjunto de ideas, representaciones, mandatos, mitos, prácticas, normas, prescripciones y proscripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y varones, para simbolizar y construir socialmente lo que debe ser “propio” de los varones (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino). Es decir, el género es la forma en que la cultura determina la manera de ser varón o mujer (FLACSO, 2015, p.199). Sin embargo, éste concepto se desarrollará en profundidad en el marco teórico.

Hay una serie de rasgos definatorios en el cuidado informal que son necesarios para entender su funcionamiento y comprender su relevancia social. El cuidado de un familiar en situación de dependencia severa es una actividad fuertemente feminizada, debido a que según datos estadísticos la gran mayoría de cuidadoras son mujeres y habitualmente forman parte del núcleo familiar. La atribución de género a las mujeres como cuidadoras está profundamente arraigada y naturalizada en nuestro contexto, debido al patriarcado enraizado en la cultura, donde los hombres se encargan del ámbito público y la producción, siendo las mujeres quienes se encontrarían a cargo del ámbito privado y de la reproducción.

Sin embargo, el cuidado masculino, es una realidad hoy en Chile, por lo tanto, éste no puede ni debe quedar invisibilizado, cuando se habla de masculinidades es preciso señalar que éste es un constructo histórico y cultural, por lo que las concepciones y las prácticas sociales en torno a este concepto varían según los tiempos y lugares. Para comprender el fenómeno del cuidado ejercido por los hombres es necesario indagar en el concepto de masculinidades. Kimmel define la masculinidad como “conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros y con nuestro mundo” (Kimmel, 1997, p.49).

Cabe mencionar que es Olavarría quien habla de los modelos dominantes de masculinidad en Chile, plantea que los adultos deben tener un modelo pauteado de paternidad, es decir, los hombres adultos son/deben ser padres. “La vida en pareja, la convivencia/matrimonio tiene como basamento la procreación, el tener hijos. Ser padre es participar de la naturaleza: así está preestablecido y no se cuestiona, salvo que se quiera ofender el orden natural” (Olavarría, 2001, p.19).

Dentro de los mandatos de la masculinidad hegemónica se distinguen tres: los hombres son heterosexualmente activos; los hombres se deben al trabajo remunerado, son padres y jefes de hogar. Por lo tanto, el hombre pasa a ser muy importante en relación a su mujer e hijos, es la figura de autoridad en la familia, es responsable de ésta, debe hacerse cargo de ésta y brindar protección. El hombre debe ser racional, no puede ser débil, ni temeroso, menos demostrarlo frente a su mujer e hijos/as. Es el proveedor del núcleo familiar, lo que se espera es que su mujer le obedezca, que se encargue de la vida dentro del hogar, de la reproducción, debe cuidar el hogar y criar a sus hijos (Olavarría, 2001).

Llama la atención la definición que realiza el autor respecto al modelo dominante de masculinidad, debido a que el estudio tiene que ver con hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa, por lo que se podría inferir que el modelo dominante de masculinidad pasa a segundo plano y se podría proponer una visión de lo masculino más flexible, más adaptada a la realidad chilena, en la medida que el proceso

de envejecimiento trae nuevos desafíos como son los cuidados de un tercero. Además no se puede dejar de visualizar la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, por lo que ella ya no sería la única responsable de los cuidados, sino que éstos pudiesen ser compartidos o realizados por el género masculino.

En tal sentido para Bourdieu es central poner en cuestión la permanencia o cambio del orden sexual en las sociedades humanas. Contrario a cualquier optimismo, Bourdieu plantea que las relaciones entre los sexos están menos transformadas de lo que superficialmente se ha tendido a creer. La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación, la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. “La división constitutiva del orden social y más exactamente de las relaciones sociales de dominación y de explotación instituida entre los sexos se inscriben así, de modo progresivo, en dos clases de hábitos diferentes, bajo la forma de hexeis corporales opuestos y complementarios de principios de visión y división que conducen a clasificar todas las cosas del mundo y de todas las practicas según distinciones reducibles a la oposición entre lo masculino y femenino. Corresponde a los hombres, situados en el campo de lo exterior, de lo oficial, de lo público, del derecho, realizar todos los actos a la vez breves, peligrosos y espectaculares, que, como la decapitación del buey, la labranza a la siega, por no mencionar el homicidio o la guerra, marcan unas rupturas en el curso normal de la vida; por el contrario, las mujeres, al estar situadas en el campo de lo interno y de lo continuo, se les adjudican todos los trabajos domésticos, es decir, privados y ocultos, prácticamente invisibles o vergonzosos, como es el cuidado de los niños y animales” (Bourdieu, 2000, p.45). El mismo autor señala que el hombre realmente hombre es el que se siente obligado a estar a la altura de la posibilidad que se le ofrece de incrementar su honor buscando la gloria y la distinción en la esfera pública.

Lo que llama la atención, debido a que el hombre que realiza la acción de cuidados a un familiar en situación de dependencia severa lo realizará en el ámbito privado.

Para comprender el fenómeno de los cuidados de un familiar en situación de dependencia severa realizado por hombres se debe indagar en la construcción social de la realidad, como plantea Berger y Luckmann, la realidad se construye socialmente, se entiende realidad como “una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición” y define el conocimiento como “la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas” (Berger y Luckmann, 2003, p.11). Es la sociología del conocimiento la que se ocupa del análisis de la construcción social de la realidad. Ésta debe ante todo, ocuparse de lo que la gente conoce como realidad en su vida cotidiana, ya que este conocimiento constituye el edificio de significados sin el cual ninguna sociedad puede existir, por lo tanto, debe ocuparse de la construcción social de la realidad. Es la vida cotidiana la que se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo del mundo coherente, se entiende esta realidad como algo dado y se deben aceptar como datos fenómenos particulares que se producen en su seno, que para efectos de esta investigación será la construcción de masculinidad en hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa. Existe conciencia de que el mundo consiste en realidades múltiples, cuando se pasa de una realidad a otra esa experiencia genera un impacto. Entre las múltiples realidades existe una que se presenta como la realidad por excelencia, es la realidad de la vida cotidiana, la cual se presenta objetivada, constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que el hombre apareciese en escena. Es el lenguaje que se utiliza en la vida cotidiana el que brinda objetivaciones indispensables y dispone el orden del cual éstas adquieren sentido y dentro del cual la vida cotidiana tiene significados. La realidad de la vida cotidiana se organiza alrededor del “aquí” del cuerpo y el “ahora” del presente.

Este “aquí y ahora” es el foco de la atención que se presta a la realidad de la vida cotidiana, sin embargo, la realidad de la vida cotidiana no se agota por estas presencias inmediatas, sino que abarca fenómenos que no están presentes “aquí y ahora”, por lo que las personas experimentan la vida cotidiana en grados diferentes de proximidad y alejamiento, espacial y temporalmente. Es la realidad de la vida cotidiana un mundo

intersubjetivo, el que se comparte con otros. No se puede existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarse con otros. En el caso de los hombres cuidadores, siempre se encuentran vinculados a otro que es un familiar en situación de dependencia severa, siendo ahí donde se produce la interacción social. Para comprender la realidad de la vida cotidiana es muy importante la comprensión del lenguaje, el que tiene una expansividad flexible, el que permite objetivar las experiencias que surgen en el curso de la vida. El brindar cuidados a un tercero genera una ruptura biográfica en la vida de los hombres cuidadores, tipifica sus experiencias, en las cuales se incluyen en categorías amplias que adquieren significado para los hombres cuidadores y sus semejantes (Berger y Luckmann, 2003).

Planteamiento del problema

En Chile aún vivimos en una sociedad patriarcal, en la que se naturaliza la autoridad del hombre, sustentando inequitativamente el poder. Debido a esto es que surge la necesidad de flexibilizar los roles de género, la implicación de los hombres en los trabajos de cuidado es un tema que hay que abordar, porque no es sólo una cuestión de justicia asociada al género, sino que es un imperativo social debido a las crecientes necesidades de cuidados, ya que aumentan las personas en situación de dependencia severa, vinculadas a la discapacidad y vejez, donde se produce un envejecimiento de la vejez y la feminización de ésta. Debiendo identificarse las barreras culturales y de oportunidades.

Son las barreras culturales las que se sustentan en la naturalización del cuidado, el cual es ejercido por las mujeres y en los modelos de masculinidad hegemónica. Se deben identificar los modelos emergentes de aquellos hombres que al implicarse en los cuidados cruzan las barreras de género. Queda mucho por hacer, ya que las construcciones culturales nos señalan qué es ser hombre y qué es ser mujer, estableciendo capacidades y habilidades a cada sexo, lo que se traduce en determinados roles, actitudes y sentimientos, así como de la construcción de masculinidad, por lo que hay indagar en las resignificaciones que los hombres generan en su masculinidad.

Justificación

El contexto actual de nuestro país se ve enmarcado en el envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida, feminización de la vejez y envejecimiento de la vejez, entre otros, todo lo cual trae consigo el problema de los cuidadores formales y/o informales, con el fin de que las personas en situación de dependencia severa puedan realizar sus actividades básicas de la vida diaria. Cabe destacar que históricamente el cuidado tiene una connotación femenina, invisibilizado el cuidado masculino.

Es por lo mencionado anteriormente que el fenómeno de los cuidados es de relevancia a nivel social, según datos del CENSO 2017, el 16.21% de la población total chilena tiene 60 o más años. Según la Organización Panamericana de la Salud, la esperanza de vida al nacer en Chile es de 80 años para hombres y 85 años para las mujeres (OPS, 2017).

Los datos de la CASEN 2015 plantean que dentro de las personas mayores, un 14,4% presenta dependencia funcional en alguno de sus grados. De ellas, un 4,3% no cuenta con asistencia personal o cuidador, un 42,2% recibe los cuidados de un integrante del hogar, un 14% tiene un asistente externo al hogar y un 30,4% cuenta con ambos tipos de asistencia. La encuesta también reveló que un 43,5% de los cuidadores familiares son también personas mayores, de ellos el 30,7% tiene entre 60 y 74 años y el 12,8% tiene 75 años y más. Además plantea que 3.7% de la población de personas mayores de 60 o más años es dependiente severa, por lo que requieren de un cuidador para realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (CASEN, 2015).

Existen pocos estudios cualitativos que den cuenta de éste fenómeno, sólo se ha visualizado por la investigadora estudios respecto a análisis comparativos en los roles de género, sobrecarga del cuidador, prevención de úlceras por presión en personas en situación de dependencia severa, pero en lo que respecta a la construcción de masculinidad de hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa no se conoce mayor información. Existe una investigación cualitativa española que señala que se tiene poco conocimiento respecto a la participación de los hombres en el

trabajo del cuidado, por lo mismo, es necesario profundizar en el tema. En la comuna de Pedro Aguirre Cerda no se han realizado estudios desde el fenómeno de los cuidados masculino.

Supuestos

Los hombres de 55 años o más que brindan cuidados a sus familiares en situación de dependencia severa se ven sometidos a tensiones permanentes en su conceptualización de roles de género y masculinidad, esta tensión se pone de manifiesto en sentimientos de ambivalencia respecto a lo que implica la actividad del cuidado. Este proceso genera frustración, los obliga a replantearse y flexibilizar entre las relaciones de género, es decir, entre lo femenino y masculino, rompiendo con patrones de masculinidad hegemónica.

Preguntas de investigación

¿Qué sentimientos y emociones emergen del proceso de cuidado en hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa?

¿Cómo significan el cuidado los hombres de 55 años o más que realizan el proceso de cuidados de un familiar en situación de dependencia severa?

¿Cuál es la experiencia de un hombre cuidador de un familiar en situación de dependencia severa?

Objetivos

Objetivo General

- Comprender la construcción de masculinidad que hacen los hombres que cuidan a un familiar en situación de dependencia severa a partir de sus experiencias y vivencias cotidianas en la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Objetivos específicos

- Definir el significado del cuidado atribuido por hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.
- Describir hitos cotidianos del cuidado de hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.
- Distinguir sentimientos y emociones que se generan en los hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.
- Describir las tensiones experimentadas por hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.
- Reconocer como convergen el ámbito público y privado en relación a la perspectiva de género en los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa.

Capítulo II: Marco teórico referencial

Envejecimiento demográfico América Latina y Caribe

Es la Organización Mundial de la Salud quien plantea que el envejecimiento puede ser considerado uno de los mayores logros de la humanidad. Sin embargo, la situación genera grandes desafíos para la sociedad (OMS, 2001, p.3). La relevante disminución de la fecundidad, a nivel mundial, ha sido uno de los principales cambios que ha desembocado en el envejecimiento poblacional. Este cambio demográfico se caracteriza por un aumento de personas mayores de 60 años o más, disminución de los menores de 15 años y personas en edad de trabajar.

América Latina y el Caribe (ALC) todavía no puede considerarse una región envejecida. Según los datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2017). Los adultos de 60 años o más representan el 11% de su población. Este valor es cercano a lo que se observa para la población mundial (12%), y sustancialmente menor a los valores observados en Europa, América del Norte, el Este Asiático, y Oceanía (24%, 21% y 16%, respectivamente).

Sin embargo, la población de la región está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. En 2030, la población de 60 años y más representará 17% del total y hacia 2050, en tan sólo 35 años, se estima que uno de cada cuatro habitantes en ALC tendrá 60 o más años. Europa tardó 65 años en materializar un aumento similar, y se estima le llevará alrededor de 75 años a América del Norte (ONU, 2017).

En 2050, la proporción de adultos mayores de 60 años en la región será similar a las cifras que hoy se observan en Alemania, Holanda, Suiza, Dinamarca y otros países de Europa. Sin embargo, los datos regionales esconden fuertes heterogeneidades. Por un lado, países como Belice, Bolivia, Guatemala, Guyana y Haití serán como lo es hoy China, con alrededor de un 15% de la población mayor de 60 años. Por otro lado, Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Trinidad y Tobago y

Uruguay podrán compararse con Alemania, Finlandia e incluso Japón, con una proporción de adultos mayores cercana al 30%.

El aumento en la esperanza de vida (tanto absoluta como condicionada al llegar a la vejez), trae como consecuencia no sólo un aumento de la proporción de la población adulta mayor en el total, sino también una prolongación de la vejez, que se refleja en un aumento del peso de los más viejos dentro los viejos. A partir de 1950, el descenso de la fecundidad comenzó a ser evidente en América Latina y el Caribe y se tradujo en el gradual angostamiento de la base de la pirámide de edades. Así, hacia 2030 se estima que los mayores de 80 años pasarán a representar el 15% del total de adultos mayores en la región. En 2050, se proyecta que esta cifra alcance el 26%, en fuerte aumento con respecto al actual 11%. En países como Chile, el peso de los mayores de 80 sobre la población adulta mayor llegará incluso a superar el 30% en los próximos 30 años (BID 2018, p.7). Esto significa que, a mediados de este siglo, la región podría llegar al mismo estadio del proceso de envejecimiento que se observa en los países desarrollados en la actualidad, sin embargo, en Chile se envejece en contextos de subdesarrollo.

Envejecimiento demográfico en Chile

Según datos del CENSO 2017, la Región Metropolitana tiene el mayor porcentaje de adultos mayores del país con 38,45%, seguida por Biobío con 12,37% y Valparaíso, con 12%.

Chile se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzado (SENAMA, 2009, p.6). La cual se caracteriza por bajos niveles de fecundidad, el mayor valor de la fecundidad fue en el año 1962, el cual era de 5.43 hijos por mujer. Actualmente Chile presenta un valor de 1.79 promedio de hijo por mujer, siendo el país que ha descendido de forma más brusca en toda América Latina. Otro indicador que revela la magnitud de los cambios es la esperanza de vida al nacer, en Chile, este indicador ha presentado un marcado aumento, el que se refleja en que en el período de 1950-2015 Chile ganó 24 años de vida (INE, 2017).

La Organización Panamericana de la Salud, en su informe de salud en las Américas +2017 señala que la esperanza de vida al nacer en Chile es de 80 años para los hombres y 85 años para las mujeres.

Tabla 1

Personas Mayores: Población de 60 años o más, según CENSO 2017, distribución porcentual por sexo, según regiones.

| Región | Población estimada | | | | | |
|--------------------|--------------------|-----------|-----------|-------------|---------|---------|
| | Ambos sexos | Hombres | Mujeres | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| TOTAL | 2.850.171 | 1.263.537 | 1.586.634 | 100% | 44.3% | 55.6% |
| Arica y Parinacota | 34.973 | 16.129 | 18.844 | 1.22% | 0.56% | 0.66% |
| Tarapacá | 38.781 | 18.433 | 20.348 | 1.36% | 0.64% | 0.71% |
| Antofagasta | 70.276 | 32.388 | 37.888 | 2.46% | 1.13% | 1.32% |
| Atacama | 41.301 | 19.626 | 21.675 | 1.44% | 0.68% | 0.76% |
| Coquimbo | 126.227 | 57.416 | 68.811 | 4.42% | 2.01% | 2.41% |
| Valparaíso | 342.035 | 149.356 | 192.679 | 12.0% | 5.24% | 6.76% |
| Metropolitana | 1.095.901 | 464.361 | 631.270 | 38.45% | 16.29% | 22.14% |
| O'Higgins | 155.975 | 73.486 | 82.489 | 5.47% | 2.57% | 2.89% |
| Maule | 183.040 | 86.085 | 96.955 | 6.44% | 3.02% | 3.40% |
| Biobío | 352.637 | 158.192 | 194.445 | 12.37% | 5.55% | 6.82% |
| La Araucanía | 167.612 | 76.369 | 91.243 | 5.88% | 2.67% | 3.20% |
| Los Ríos | 68.102 | 31.132 | 36.970 | 2.38% | 1.09% | 1.29% |
| Los Lagos | 131.104 | 60.108 | 70.996 | 4.59% | 2.10% | 2.49% |
| Aysén | 13.977 | 6.955 | 7.042 | 0.49% | 0.24% | 0.24% |
| Magallanes | 28.210 | 13.231 | 14.979 | 0.98% | 0.46% | 0.52% |

Elaboración propia

FUENTE: www.censo2017.cl

Según proyecciones del INE, se estima que para el 2025 en Chile habrá 1 persona mayor por cada menor de 15 años y para el 2050, 1,7 adultos mayores por cada menor de 15 años. Junto a los cambios en la distribución de los grupos de edad que constituyen las poblaciones, especialmente con el aumento de personas mayores, se han generado

cambios en las causas de enfermedad y muerte de las poblaciones. Estos cambios han sido coincidentes con las diferentes fases de la transición demográfica.

En consecuencia, a medida que pasan los años hay menos niños y más personas mayores y, se destaca que el grupo de mayor desarrollo es el de los mayores de 80 años, lo que se ha denominado envejecimiento de la vejez. Este dato es de suma relevancia debido a que, de acuerdo al Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores (SENAMA, 2009). A medida que aumenta la edad, la severidad y frecuencia de la dependencia se incrementa.

Tomando en consideración esta realidad demográfica, es menester prestar mayor atención a las personas mayores, a sus intereses y necesidades, así como a las contribuciones que pueden seguir haciendo a la sociedad. Además, hay que procurar las condiciones para que efectivamente las personas mayores se conviertan en una fuerza para el desarrollo y no sean meras espectadoras de la asistencia de la que son objeto (Huenchuán, 2013, p.14).

Envejecimiento y Vejez

Al aproximarse a la temática de las personas mayores suelen presentarse confusiones en torno a los conceptos de envejecimiento y vejez, los que se encuentran estrechamente relacionados y que, sin embargo, no son sinónimos.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, heterogéneo, irreversible e inevitable, en el cual ocurren cambios bio-psico-sociales asociados a la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, de estilos de vida. “El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que continúa durante todo el ciclo de vida y que resulta en diferencias entre las generaciones jóvenes y personas mayores. Es un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que ocurre a través del tiempo” (Sánchez, 2010, p.33). Es Sánchez quien plantea que no todas las personas envejecen de la misma forma, señalando que según la evidencia científica la calidad de vida y la funcionalidad en la vejez tienen estrecha relación con

oportunidades y privaciones que las personas han tenido desde su primera infancia hasta la adultez. Los estilos de vida, los factores de riesgo y factores protectores constituyen aspectos importantes en la calidad de vida y funcionalidad en las personas mayores. El envejecimiento es un fenómeno global que tiene consecuencias a nivel económico, social y político.

Cada cultura elabora su propio concepto de envejecimiento, el cual se basa en el imaginario social, habitualmente existe una concepción negativa de la vejez, por lo que existe un temor al envejecimiento. Éste puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y la muerte.

Una primera distinción necesaria aparece con el concepto de envejecimiento, el cual puede referirse tanto al envejecimiento individual como al envejecimiento poblacional.

Se entiende por envejecimiento individual el proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se inscribe en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias.

El envejecimiento poblacional hace referencia al proceso de transformación demográfica que se mencionó con anterioridad, se caracteriza por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella. El envejecimiento demográfico es resultado tanto del desarrollo de las ciencias médicas e innovaciones tecnológicas acaecidas durante el siglo XX y sus efectos en el mejoramiento de la salud de las personas, reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, como también de transformaciones socioculturales que explican la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad (SENAMA, 2009, p.9).

El envejecimiento puede entenderse desde ciertas teorías, las cuales permiten comprender el proceso desde tres aproximaciones: biológica, psicológica y sociológica.

Teorías biológicas: se centran en como las funciones y estructuras biológicas del cuerpo del ser humano van cambiando, a modo de deterioro, durante el ciclo vital. Pretenden explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de órganos y sistemas corporales, como algo normal y natural en los seres vivos (Teorías estocásticas- no estocásticas).

Teorías psicológicas: las que dan cuenta de cómo el ser humano se relaciona con los elementos tanto biológicos como sociales, teniendo como mediador su propia subjetividad e identidad, aluden a la adaptación a los cambios que surgen en la etapa de la vejez. Se han centrado en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo (Jung, Erikson, Levinson, Havighurst).

Teorías sociológicas: buscan dar cuenta de cómo el sujeto que envejece se relaciona durante este proceso con el conjunto de otros actores, roles e instituciones sociales. Tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de las personas mayores en la sociedad. Existiendo tres grupo principales. Primera generación: teorías adaptativas. Segunda generación: teorías estructurales. Tercera generación: teorías de la economía moral (Campos, 2016).

Desde el envejecimiento, se derivan otras conceptualizaciones que contribuyen significativamente a la aproximación sobre la calidad de vida de las personas mayores.

Estas son:

Envejecimiento saludable, el cual es entendido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015, p.30). Se basa en el curso de vida y la perspectiva funcional. Al hablar de envejecimiento saludable se alude a la capacidad de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que las personas le dan valor. Refleja la interacción entre las personas y los entornos que éstas habitan.

El envejecimiento activo es el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS, 2007, p.10).

El envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe, hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física, mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (Alvarado y Salazar, 2014, p.61).

Existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento, ya que ambos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2011). Plantea que hay que diferenciar los aspectos cronológicos de la definición de vejez de lo que es su construcción social. Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países de América Latina en sus respectivas legislaciones, la vejez se inicia a los 60 años.

Es Sánchez quien plantea que la sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica por conveniencia estadística, ya que ésta establece la demarcación entre las etapas de la vida. La mayoría de las personas tiende a encerrar el concepto de vejez en cuanto a número de años vividos. A mayor número de años vividos, más avanzada la vejez y son mayores las consecuencias de ésta. La edad cronológica es el método más común para medir los años vividos. En otras sociedades la vejez se determinaba por condiciones mentales y físicas más que en términos cronológicos. Por el contrario, la mayor parte de los especialistas en el campo de la gerontología no ven la vejez desde el punto de vista cronológico, se reconoce el número de años vividos por una persona, pero se entiende que la edad cronológica no siempre refleja su verdadera edad física y biológica (Sánchez, 2010, p.32).

La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada, aunque sin excepciones, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy vinculada con la edad fisiológica. En general, el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que en la cultura se otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social. En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, todo depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición dentro de la sociedad (Huenchuán, 2010, p.13).

Ha predominando una construcción de la vejez como etapa de carencias: En el ámbito económico, se expresa en problemas de ingresos. El ámbito físico alude a la falta de autonomía y el ámbito social a la ausencia de roles a desempeñar. El enfoque de derechos promueve el empoderamiento de las personas mayores y la integración de éstas en la sociedad. Siendo las personas mayores sujetos de derechos, con ciertas garantías y responsabilidades sobre sí mismas, su familia y sociedad.

La edad cronológica es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional, hace alusión a la edad en años y a partir de este criterio la vejez es definida a partir de los 60 o 65 años, a menudo es fijada por ley bajo denominaciones como “adulto mayor” o “persona adulta mayor”, en Chile la Ley 19.828 señala que para efectos legales, llámese adulto mayor a toda persona que ha cumplido 60 años.

La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico, que está vinculado con la edad cronológica, pero no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años, sino que se relaciona con la pérdida de las capacidades funcionales que se producen con el paso de los años.

La edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica, lo que se plantea es que la edad de la vejez es una construcción social, que posee el significado que la cultura le otorga a los procesos biológicos, la que tiene relación con percepciones subjetivas (CEPAL, 2011, p.3).

La vejez es la última etapa de la vida, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión en relación al mundo, llegando a una madurez total por medio de las experiencias adquiridas.

En este sentido, la vejez sería una construcción que varía de sujeto en sujeto y de sociedad a sociedad, en la que confluye un amplio número y tipo de dimensiones. La vejez es un concepto cultural y cada cultura le asigna un significado a la vejez.

Imagen de la vejez

La vejez siempre ha acompañado a la humanidad como una etapa ineludible de decadencia, declinación y antecesora de la muerte. La palabra vejez está cargada de significados como inquietud, fragilidad y angustia. El envejecimiento es un proceso que está rodeado de muchas concepciones falsas, temores, creencias y mitos. La actitud frente a la vejez ha experimentado cambios, los cuales responden a costumbres culturales y comprenden enfoques disímiles, según las épocas históricas. Por lo que la vejez no debe ser pensada sólo en términos de abandono o pérdidas, sino que deben considerarse las funciones que las personas mayores desempeñan en sus familias, comunidades, organizaciones sociales y en todas las diversas sociedades humanas.

El ámbito cultural de la vejez debe ser entendido como el modo en que las tradiciones funcionan en el marco situacional de las vidas personales y en la misión de la sociedad.

Al explorar la vejez de esta manera se puede descubrir que los grupos sociales construyen las expectativas compartidas referentes a la vejez. Estas expectativas entrelazan nociones de tiempo, ciclo de vida, relaciones intergeneracionales,

dependencia y muerte. La esfera cultural es la que permite la diversidad de experiencias, percepciones y logros durante las últimas fases del ciclo de la vida humana.

Las actitudes hacia la vejez, a lo largo de la historia, se han movido en un péndulo que va entre dos extremos. Desde abandonar, aislar, descuidar y no prestar atención a las personas mayores, hasta sobreprotegerlas, cuidarlas, venerarlas y hacerlas sujeto de consideraciones especiales (Sánchez, 2000, p.46-47). Cada sociedad tiene las persona mayores que ha cultivado y cada tipo de organización es responsable de la imagen de la vejez. Es el medio social el que crea la imagen de las personas mayores a partir de sus normas, de los ideales humanos que persisten en cada época.

Según la revisión bibliográfica (Sánchez, Senama, Abusleme, Thumala) se puede afirmar que existe una visión negativa de la vejez, cargada de estigmas, estereotipos, invisibilizaciones, las cuales son importantes de reconocer ya que afectan la forma en que las personas mayores viven, influyen en lo que éstas esperan de sí y en lo que otros piensen de ellos. Por lo que la imagen negativa de la vejez limita las oportunidades de las personas mayores. En el imaginario social existe una estrecha relación entre vejez y enfermedad, como si necesariamente éstas tuviesen que ir de la mano, sin reconocer que el envejecer es parte del ciclo vital y que esto sucede desde el momento de nacer.

Desde SENAMA 2009, se plantea que las personas mayores deben enfrentar la invisibilización de su rol social y la construcción de una imagen negativa de la vejez, asociando esta etapa a la inactividad, la enfermedad y la dependencia. Sin embargo, es importante relevar aspectos positivos de esta etapa del ciclo vital, por medio de la construcción de imágenes realistas que den cuenta de las diversas formas de experimentar la vejez. Es urgente construir nuevos significados de la vejez, con valoración social a través de nuevos roles y el reconocimiento de los ya existentes.

La invisibilización de las personas mayores es un tipo de maltrato y una sociedad maltratadora es una sociedad con un alto riesgo de desintegración social. Dicho maltrato se expresa tanto en violencia física como simbólica, y este no puede ser el escenario que

se le ofrece a una población que envejece, debido a que provoca exclusión, coartando las posibilidades de desarrollo y bienestar.

Con base a los resultados de la quinta encuesta de inclusión y exclusión de las personas mayores en Chile (SENAMA, 2017). Se puede afirmar que la imagen de la vejez sigue teniendo una connotación negativa. Dentro de los resultados cabe destacar que el 70,7% de la población sostiene que el país está preparado poco o nada para el envejecimiento poblacional. En relación a la preparación para su propio proceso de envejecimiento y vejez, las categorías “poco” y “nada” suman más del 62% de las opiniones y la categoría “algo” un 30%. El 44% de los encuestados está dispuesto a pagar un impuesto para asegurar el bienestar en la vejez (45% no lo está). En lo que respecta a la responsabilidad por el bienestar de las personas mayores: la mayoría de las personas consideran que ésta debiese recaer en el Estado, por medio de políticas públicas (57%), el 34% considera que el bienestar debiese estar garantizado por las familias y el 6% por los propios adultos mayores. Para la mayoría de los encuestados el envejecimiento se acompañaría de una mayor insatisfacción con la vida, para 54% implica una disminución, 28% considera que esta puede mantenerse y solamente 12% admite la posibilidad de que puede aumentarse. Un 73% considera que las personas mayores se encuentran socialmente marginadas. El 68% de la población señala que las personas mayores no pueden autovalerse.

Cabe destacar que la percepción que se tenga de las personas mayores, será lo que definirá el modo de actuar frente a ellas, por lo tanto, una imagen negativa de la vejez pudiese perpetuar malos tratos desde la sociedad y autoexclusión.

Construcción social de la realidad

Es Berger y Luckman quienes plantean que la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales estos se producen.

La vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente. El mundo de la vida cotidiana se origina en sus pensamientos y acciones, que están sustentados como real por éstos. Se aprehende la realidad cotidiana como una realidad ordenada. Siendo el lenguaje el que proporciona objetivaciones y dispone el orden dentro del cual éstas adquieren sentido.

El lenguaje marca coordenadas de la vida en la sociedad y llena esa vida de objetos significativos. El “aquí” del cuerpo y el “ahora” del presente es el foco de atención que se presta a la realidad de la vida cotidiana (Berger y Luckman, 2003, p.38).

Se experimenta la vida cotidiana en grados de proximidad y alejamiento a nivel espacial y temporal. Lo más próximo es la zona de la vida cotidiana directamente accesible a la manipulación corporal. Donde se contiene el mundo que se encuentra al alcance, donde se actúa a fin de modificar la realidad o el mundo en que se trabaja, por lo que la atención a este mundo se encuentra determinada por lo que se hace, se ha hecho y se pretende hacer.

La realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo, el que se comparte con otros, estableciendo diferencias entre la vida cotidiana y otras realidades de las que se tiene conciencia. La interacción social se produce en la relación y comunicación con otro. El conocimiento del sentido común se comparte con otros en las rutinas normales y auto-evidentes de la vida cotidiana, la cual se divide en sectores, que se aprehenden con la rutina y otros se presentan como problemas de diversas clases.

Socioculturalmente la humanidad es variable, siendo el hombre quien construye su propia naturaleza. Existe un cruce entre la humanidad específica del hombre y su socialidad. El orden social es producto de la actividad humana, la cual está sujeta a la habituación, lo que implica que una acción se pueda ejecutar en el futuro de la misma forma y con idéntica economía de esfuerzos. Hasta el individuo solitario introduce hábitos en su actividad, por lo que la actividad habitualizada abre espacio para la deliberación e innovación.

El mundo social es una realidad ampliada y dada que enfrentan las personas de modo similar a la realidad del mundo natural, es en el mundo objetivo donde las formaciones sociales se transmiten a las nuevas generaciones, siendo el lenguaje el factor más importante de socialización.

Las caracterizaciones del mundo social son que la sociedad es un producto humano, es una realidad objetiva y el hombre es un producto social. Cuando el individuo reflexiona sobre los momentos repetidos de su experiencia, tiene la tendencia a encajar significados dentro de una estructura biográfica coherente. Es así que la conciencia reflexiva superpone la lógica al orden institucional.

La tipificación de las formas de acción requiere una objetivación lingüística. Se puede hablar de roles en la medida que estas tipificaciones aparezcan en contextos de cúmulo de conocimiento objetivizado común a una colectividad de actores, ya que los roles son tipos de actores en dicho contexto. La construcción de tipologías de roles es un correlato necesario en la institucionalización del comportamiento. Las instituciones se encarnan en la experiencia individual por medio de los roles, que constituyen un ingrediente esencial en el mundo objetivamente para cualquier sociedad. Al desempeñar roles los individuos participan en un mundo social y al internalizar los roles, ese mundo cobra realidad para ellos (Berger y Luckman, 2003, p.96).

El cúmulo social de conocimiento se actualiza en las biografías individuales, desde ahí surge el problema de integración de significados, ya que éste es subjetivo. La segmentación del orden institucional y la distribución de conocimiento plantean el problema de proporcionar significados integradores que abarquen la sociedad y provean un contexto de sentido objetivo para la experiencia social fragmentada y el conocimiento individual (Berger y Luckman, 2003, p.108). La relación entre el conocimiento y su base social es dialéctica, por lo que el conocimiento es un producto social y un factor de cambio social.

Por medio de la reificación, que es una modalidad de la conciencia, de la objetivación del mundo humano (Berger y Luckman, 2013, p.115). El mundo de las instituciones parece unirse con la naturaleza, los roles pueden reificarse al igual que las instituciones. La reificación de los roles limita la distancia subjetiva que un individuo establece entre él y su desempeño de un rol.

El universo simbólico se concibe como matriz de significados objetivados socialmente y subjetivamente reales, posibilitando el ordenamiento de las diferentes fases de la biografía.

Una función legitimadora de los universos simbólicos que tiene importancia estratégica para la biografía de los individuos es la ubicación de la muerte, la experiencia de la muerte de los otros y la anticipación de la muerte propia plantean la situación marginal para el individuo. Siendo la muerte la amenaza más terrible a las realidades establecidas de la vida cotidiana. Toda legitimación de la muerte debe capacitar al individuo para seguir viviendo en sociedad después de la muerte de otros significantes y anticipar su propia muerte con un terror que se halla suficientemente mitigado como para no paralizar la realización continua de las rutinas de la vida cotidiana (Berger y Luckman, 2003, p.129).

Es el poder de la sociedad el que incluye la determinación de procesos de socialización para la producción de realidad. Cuando una definición particular de la realidad llega a estar vinculada a un interés concreto, se puede llamar ideología. Lo que distingue a la ideología radica en el universo general que se interpreta de maneras diferentes, dependiendo de intereses creados dentro de la sociedad. Éstas generan solidaridad en cuanto que todo grupo en conflicto social requiere de ésta.

La objetivación de las significaciones sociales de la realidad requiere de procesos sociales. El cambio social se vincula a una relación dialéctica, la que prevalece en las transformaciones generales de universos simbólicos. Siendo las legitimaciones y universos simbólicos producto humano.

La socialización es la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de él. La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez y por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad y la socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo en su sociedad (Berger y Luckman, 2003, p.164). Todo individuo nace dentro de una estructura social objetiva en la cual encuentra a otros significantes que están encargados de su socialización y que le son impuestos. Los individuos nacen dentro de una estructura y un mundo social objetivo. El individuo no sólo acepta los roles y las actitudes de los otros, sino que el mundo de ellos. La identidad se define objetivamente como ubicación en un mundo determinado y se asume subjetivamente sólo junto con ese mundo.

Siempre existen elementos de la realidad subjetiva que no se han originado en la socialización. La biografía subjetiva no es totalmente social. Siendo el individuo el que se aprehende a sí mismo dentro y fuera de la sociedad, por lo tanto, la simetría entre la realidad objetiva y subjetiva no es estática ni definitiva. El individuo y mundo social objetivo es un acto de equilibrio continuo.

El mantenimiento de la realidad tiene que ver con el mantenimiento de la rutina y de las crisis. El primero está destinado a mantener la realidad internalizada en la vida cotidiana y el segundo en las situaciones de crisis. La realidad de la vida cotidiana se mantiene porque se concreta en rutinas, lo que constituye la esencia de la institucionalización. La realidad de la vida cotidiana se reafirma en la interacción del individuo con otros. En el proceso de mantenimiento de la realidad se pueden distinguir los otros significantes y los menos importantes. El vehículo más importante del mantenimiento de la realidad es el diálogo, es decir, que el aparato conversacional mantiene la realidad recorriendo en el diálogo diversos elementos de la experiencia y brindándoles un lugar definido en el mundo real. La frecuencia del diálogo realza el poder de éste como conductor de realidad.

La realidad subjetiva es susceptible de transformación, la que se aprehende subjetivamente como tal, lo que puede ser algo engañoso en la medida que la realidad subjetiva nunca se socializa totalmente y no puede transformarse totalmente mediante procesos sociales. Las transformaciones que parecen totales si se las compara con otras de menor importancia se llaman alternaciones y son éstas las que requieren procesos de re-socialización. La alternación implica una reorganización del aparato conversacional. En la re-socialización el pasado se re-interpreta conforme la realidad presente, con tendencia a retroyectar al pasado diversos elementos que no estaban subjetivamente disponibles. La re-socialización es el presente.

La socialización exitosa tiene un grado de simetría entre la realidad objetiva y subjetiva. A la inversa la socialización deficiente tiene que ver con la asimetría que existe entre la realidad objetiva y subjetiva, la cual puede ser resultado de la heterogeneidad de elencos socializadores.

La identidad es un elemento clave de la realidad subjetiva, el que se genera en una relación dialéctica con la sociedad y ésta se forma a través de procesos sociales determinados por la estructura social. La identidad surge de la dialéctica entre individuos y sociedad.

La canalización social de actividades constituye la esencia de la institucionalización, que es el fundamento para la construcción social de la realidad.

El hombre está predestinado a construir y habitar un mundo con otros, el cual se convierte en realidad dominante y definitiva. Sus límites los traza la naturaleza, pero una vez construido, ese mundo vuelve actuar sobre la naturaleza.

En la dialéctica entre la naturaleza y el mundo socialmente construido, el propio organismo humano se transforma. En esa misma dialéctica, el hombre produce la realidad, se produce a sí mismo (Berger y Luckman, 2003, p.225).

La construcción social de la realidad tiene estrecha relación con los conceptos de envejecimiento y vejez, debido a que como se mencionó con anterioridad cada cultura elabora su propio concepto de envejecimiento, el que guarda relación con los imaginarios sociales, depende de cada cultura el cómo se visualiza dicho proceso, dándole una connotación positiva o negativa. Cada sociedad establece un límite para considerar a una persona mayor, lo que se vincula con la construcción social de la realidad en la medida que cada sociedad y cultura definen que entenderán por vejez, atribuyendo significados a dichos conceptos, lo que podría tener relación con la imagen negativa de la vejez, en la medida que las personas asignan atributos negativos a esta etapa del ciclo vital, la cual está asociada a estereotipos como enfermedad, inactividad o dependencia, la cual también es una construcción social, cultural.

La construcción social de la realidad también guarda relación con la construcción de masculinidades, en la medida que existen diversas masculinidades, las cuales se suceden unas a otras o coexisten y forman parte de las relaciones de género. Sin embargo, las masculinidades serán abordadas en profundidad más adelante.

Cuidados

Con base a la revisión bibliográfica realizada, se puede afirmar que la necesidad de cuidados, atención y asistencia hacia las personas en situación de dependencia y/o discapacidad es un tema que crece en Chile producto del envejecimiento poblacional, la feminización de la vejez y el aumento de la esperanza de vida. Dicha situación genera desafíos en la sociedad chilena actual, debido a que da cuenta de una nueva realidad social, donde el cuidado se encuentra invisibilizado, por lo tanto, poco valorado, pese a que es clave en el funcionamiento y desarrollo de las familias. El cuidado recae mayoritariamente en las mujeres, lo que provoca desigualdades, por lo que no es casualidad que el concepto de cuidados surja desde las teorías feministas. Cabe destacar que según datos del estudio nacional de dependencia de las personas mayores 2009, el 85.6% del cuidado es asumido por el género femenino.

El cuidado es una tarea que genera grandes esfuerzos en el cuidador, debido a su intensidad y larga duración, en la medida que se deben satisfacer las necesidades básicas de la persona en situación de dependencia y/o discapacidad, existiendo desatención en la salud del cuidador quien dedica gran parte de su tiempo, de su vida al cuidado de un familiar, lo que trae repercusiones físicas, psicológicas, económicas, afectivas, entre otros.

Definición del cuidado

Es CEPAL quien entiende los cuidados como” una acción social dirigida para garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o que han perdido autonomía personal y que necesitan de ayuda de otro para realizar los actos esenciales de la vida diaria” (CEPAL, 2016).

El cuidado designa básicamente la acción de ayudar, asistir, colaborar a una persona dependiente en el desarrollo y bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, económico y psicológico (Batthyány, 2015).

Arriagada plantea que el cuidado está referido a la gestión y generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud, como también a la entrega diaria de bienestar físico y emocional, para satisfacer las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Por tanto, el cuidado se refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio (Arriagada, 2009, p.27).

Desde la perspectiva de los derechos humanos, el cuidado puede ser definido como un derecho subjetivo, vale decir, una expectativa que se ha formado una persona acerca de la acción del Estado, de los poderes fácticos o del resto de las personas.

El cuidado es inherente al ser humano, todas las personas requieren ser cuidadas en algún momento de su vida, desde el momento en que éstas nacen, por tanto, es un rasgo constitutivo de lo humano. El ejercicio del cuidado se ha realizado siempre desde

diferentes espacios, la familia (al cuidado hijos, de abuelas a nietos) instituciones (residencias, hospitales), el mercado (cuidadores de personas mayores, de niños). Por tanto, el tipo de cuidado viene definido por la institución o persona que lo proporciona, por la situación de quien lo recibe y el contexto en el cual se desarrolla.

En la sociedad actual existen cambios en los modelos tradicionales familiares, lo que repercute en la disminución de los matrimonios, mayor individualismo, postergación de la maternidad, descenso de la tasa de natalidad, con transformaciones en los roles femeninos y masculinos, lo que podría traer como consecuencias menor capacidad de respuesta frente a la necesidad de cuidados. Es ahí donde el cuidado forma parte importante del tejido social, donde existe fragmentación de los lazos sociales, por tanto, podría depender del tejido social de las personas en situación de dependencia su cuidado.

Cada sociedad responde al cuidado de diferentes formas, organizando la inclusión, generando políticas públicas, regulando leyes, fortaleciendo lazos sociales, solidaridad, entre otros.

Es el Estado quien debe garantizar el acceso de las personas en situación de dependencia a servicios socio-sanitarios. Brindando certeza de que su necesidad de cuidado recibirá la atención que requiere, independiente de la trayectoria individual y generacional, aseverando que esta atención será sostenible y que no se perderá por razones de índole presupuestarias (FLACSO, 2015).

Lo que se condice con la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, promoviendo el respeto de su dignidad inherente. La Convención fue ratificada por Chile en el año 2008, donde es el Estado el responsable de velar por el cumplimiento de ésta.

La convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, es ratificada en Chile en el año 2017. El objeto de la convención es

promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. A su vez, plantea que las personas mayores tienen derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía. Siendo responsabilidad del Estado tomar medidas necesarias para el apoyo de las familias y cuidadores.

El cuidado social:

La noción de cuidado se ha ampliado del ámbito individual a un ámbito más macro, el primero corresponde a personas y actores sociales, en el que se desarrollan prácticas sociales realizadas por personas concretas. En lo que respecta al ámbito macro, el cuidado tiene que ver con diversas instituciones y agentes sociales.

A nivel individual son las familias las que se pueden ver sobrepasadas al reconocer que existe otro que requiere de cuidados, lo que obliga a organizarlo socialmente como una división del trabajo, que conlleva responsabilidades, roles y funciones en diversas instituciones. La forma en que la sociedad resuelve la necesidad de cuidado configura un sistema que integra instituciones sociales como el Estado y la familia. Se estructuran trabajos domésticos asalariados en torno al cuidado, existiendo cierta oferta pública respecto a éste, sin embargo, es pertinente señalar que las coberturas en Chile aún son muy bajas.

Es Mary Daly y Jane Lewis (1998) quienes acuñan el concepto de cuidado social, con el fin de articular sus dimensiones de trabajo, responsabilidad y costes (tanto económicos como físicos y emocionales).

Las autoras plantean que el concepto de cuidado social incorpora además una perspectiva de cambio histórico, ya que en el ámbito micro y macro durante los últimos

años se provocan transformaciones en las modalidades del cuidado, así como expectativas acerca de quién debe cuidar y como se debe realizar el cuidado.

La problemática del cuidado paso de ser un asunto privado, que afecta la vida cotidiana de la persona en situación de dependencia, a ser público, debido a que en la actualidad alcanza relevancia a nivel teórico y político, ya que es un factor clave de la organización social (Tobío, Agulló, Gómez, Martín, 2010). Sin embargo, ésta no es aún la realidad de Chile. Debido a que el cuidado en su gran mayoría es asumido por las familias, pese a lo que se menciona con anterioridad respecto a la oferta pública, la que se desarrollará más adelante.

El cuidado desde la perspectiva de derechos:

Es Pautassi quien plantea que a partir del año 2005 en adelante comienza a tomar mayor visibilidad la problemática del cuidado, el cual ha estado invisibilizado durante largo tiempo, sin embargo, el cuidado de las personas dependientes podría ser una necesidad que se exacerba producto del envejecimiento de la población, esta visibilidad no se hace desde la denuncia de la injusta división sexual del trabajo presente en las sociedades, donde las mujeres han asumido la totalidad de las tareas de cuidado a partir de una “naturalización” de su capacidad para cuidar, la que sigue siendo reforzada y adquiere nuevas aristas y manifestaciones que lejos están de un cuestionamiento a este orden estructurante de poder.

La debilidad en la distribución del cuidado, tiene relación con la falta de tiempo para asumir el trabajo implicado y no como condena de la división sexual del trabajo, sino como expresión de las relaciones de género en el mundo laboral, que ha organizado y consolidado las relaciones de subordinación de las mujeres, lo que queda de manifiesto en la responsabilidad de cuidados.

El cuidado históricamente ha sido asociado a la dominación patriarcal, que abarca las esferas públicas y privadas (Pautassi, 2016, p.36). En la medida que éste se encuentra asociado y en la mayoría de los casos realizado por el género femenino.

Según CEPAL se ha denominado que América Latina se encuentra ante una “crisis de cuidado” entendida como “un momento histórico en que se reorganiza simultáneamente el trabajo remunerado y el doméstico no remunerado, mientras que persiste una rígida división sexual del trabajo en los hogares y la segmentación de género en el mercado laboral” (CEPAL, 2009, p.173). Dicha división sexual del trabajo se pone de manifiesto en la baja cantidad de hombres que ejercen las tareas del cuidado de personas mayores en situación de dependencia severa.

El cuidado ingresa a la agenda pública, no como provisión externa, ni como denuncia, sino como derecho, lo que marca un escenario de exigibilidad totalmente diferente. En Chile la seguridad y bienestar de las personas mayores se encuentra regulado por la ley 20.066 (Ley de Violencia Intrafamiliar), que plantea que es deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar: la vida, la integridad personal y la seguridad de los miembros de la familia. Cabe mencionar además que en Chile durante el año 2017 se ratifica la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, con lo cual queda de manifiesto que en la sociedad chilena se estaría aplicando el enfoque de derechos, ya que éste se encuentra reconocido explícitamente.

La urgencia de acciones que apliquen el enfoque de derechos al cuidado significa transformar la lógica actual de tratamiento del cuidado para pasar a considerar que cada persona o familia es autónoma, portadora de derechos, puede y debe exigir la satisfacción de sus demandas de cuidado, independientemente de su situación de vulnerabilidad o dependencia. El deber de provisión de cuidados que el derecho le confiere no se asienta en su necesidad, sino en su condición de persona. Es decir, no se debe argumentar que necesita cuidado porque es un niño, niña o un enfermo cuya situación lo requiere, sino que el Estado y demás sujetos obligados deben brindárselo independientemente de su situación, sólo por ser persona. Es la única forma de recuperar el ejercicio de la autonomía en toda su amplitud, en tanto el sujeto titular del derecho al cuidado puede exigir y decidir las opciones en torno al cuidado de manera independiente de sus arreglos familiares y salariales (Pautassi, 2016, p.40).

Aristas del cuidado:

Es Flores-Castillo quien habla de las aristas del cuidado, señalando que la economía del cuidado propone en sus inicios una definición productivista que se ha ido modificando por otros autores, con el fin de incluir el cuidado dirigido a poblaciones no productivas. A su vez, menciona que esta nueva definición debe ser complementada por otras disciplinas que privilegian el cuidado de sí mismo con respecto al ajeno, sin olvidar la dimensión emocional. La autora menciona que existen cuatro aristas del cuidado, analizando el cuidado desde la perspectiva económica, psicoanalítica y filosófica, de quien lo recibe y de quien lo proporciona.

El cuidado desde la perspectiva económica se relaciona con provisión de bienes, servicios, tiempos y transferencias monetarias realizadas por el Estado, sector privado y familias, con el fin de resolver necesidades que permitan el desarrollo y mantenimiento de la fuerza de trabajo (CEPAL, 2010). En ese sentido, estudia la provisión de servicios remunerados (salud, educación, mantenimiento del hogar y guarderías) y no remunerados (el trabajo doméstico) (Flores-Castillo, 2012, p.28).

La económica política del cuidado se ocupa de los costos para las mujeres del trabajo no remunerado realizado por éstas. Frente a la desigualdad en el uso del tiempo y los costos del envejecimiento en la población, el aumento de la discapacidad y necesidades de cuidado, se evidencia la presión que generara en las mujeres ésta problemática, si es que no se cambia la forma de responder ante ella.

El cuidado desde la perspectiva psicoanalítica y filosófica señala que éste etimológicamente se relaciona con pensar, cuidar, cura y curar.

Desde el psicoanálisis el cuidado surge para defenderse de lo amenazante externo e interno, generando un vínculo social que permite enfrentarlos. El cuidado aparece como responsabilidad de otros, acarreando consecuencias sociales que de ello se han desprendido, ya que el individuo deja de cuidarse a sí mismo para que otros lo hagan, lo cual no favorece el autocuidado, en la medida que el futuro físico y espiritual se

encontraría garantizado. Afirmando que el cuidado es entonces lo que hace el vínculo social. Por otro lado, y a pesar de la tendencia a dejar el cuidado en las manos del otro, la idea de inquietud y cuidado de sí, tanto a nivel físico como espiritual, ha estado presente desde la antigüedad y tomó fuerza con la Reforma Protestante.

La noción de cuidado trae consigo una acción que viene de fuera y que idealmente es curativa, paliativa, liberadora. Es una acción realizada por un tercero, en quien se deposita el saber, olvidando que se requiere de una postura activa de quien es cuidado.

Se debe considerar el cuidado como un derecho que se ejerce desde dos posiciones: para cuidar y ser cuidado (Flores-Castillo, 2012, p.32).

El cuidado desde la perspectiva de quien lo recibe hace alusión a que entre las pérdidas que se pueden sufrir en el transcurso de la vida, la más trágica es ésta, lo que tiene estrecha relación con el duelo, el que tiene varias características, como disminución del interés por el mundo exterior, de la capacidad de amar y de la productividad. Pese a ser una reacción normal, se debe estar atenta a éstos ya que pudiesen conducir a la depresión, por lo que el trabajo de duelo busca la aceptación de la pérdida y a la vez, que se le dé lugar en otra dimensión, con el fin de que la persona suelte el objeto perdido, lo deje ir y continúe con su vida cotidiana.

Kübler-Ross (como se citó en Flores-Castillo, 2012). Escribe sobre personas con enfermedades en etapa terminal, que se ha extendido para el trabajo con personas que sufren otros tipos de pérdidas, su modelo se basa en cinco fases: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación.

Cuando alude a la negación y aislamiento habla de la reacción de la persona frente a una pérdida importante. Menciona además que en los duelos por pérdidas de seres queridos, el enojo podría ser una solución en la medida que este permite cortar los lazos afectivos con el fallecido.

En la negociación, habitualmente se trata de llegar a un acuerdo con un ser superior para posponer lo inevitable. Siendo el doliente quien promete y se compromete a cumplir a cambio de un poco más de tiempo.

En la fase de depresión se reconoce la disminución de salud o pérdida en cuestión y la proximidad de la muerte. Es la preparación para la separación definitiva, donde puede existir culpa o podría provocar enojo, por lo que la escucha adquiere importancia, ya que es una forma de aceptar lo que está sucediendo. La aceptación remite a momentos en los que parece que el dolor se ha ido. La conciencia del dolor y el temor a la muerte desaparecen.

Kübler Ross (como se citó en Flores-Castillo, 2012). Habla de la esperanza como un sentimiento que permite soportar el sufrimiento, donde se crea un espacio para la muerte. Sin embargo, en el cuidado o duelo se debe ser cuidadoso con la persona enferma y su cuidador, para no dar falsas esperanzas, ya que se busca la aceptación, el reconocimiento que algo se perdió y no se puede recuperar.

Desde la perspectiva de quien proporciona el cuidado es preciso mencionar que los familiares que realizan esta labor también atraviesan el proceso de duelo, ya que sufren en mayor o menor medida la pérdida de esa persona. Resignificando sus duelos y brindando las labores del cuidado, además de las domésticas y extra-domésticas.

El rol de cuidador es complejo, en la medida que éstos deben adaptar sus vidas, tienen sensación de soledad, se resienten no sólo con los familiares que no colaboran en la tarea del cuidado, sino también con la persona en situación de dependencia por estarse muriendo o tener alguna discapacidad. Es necesario atender a las necesidades de los cuidadores, trabajar su culpa, mejorar la comunicación, su relación con sus propias pérdidas en su historia biográfica. Cabe destacar que el cuidado al igual que cualquier interacción con otro no se encuentra exento de conflictos.

El cuidado como se mencionó anteriormente genera un vínculo social, estableciendo relaciones de poder, donde se juega el reconocimiento tanto de quien otorga el cuidado

como de quien lo recibe. Es el cuidador quien desea ser reconocido por la persona que es cuidada, como por sus pares. Habitualmente el cuidador es reconocido por quien cuida, sin embargo, eso puede generar una insatisfacción ya que el reconocimiento viene de alguien que está enfermo, lo que podría gatillar resentimiento hacia el enfermo y eventualmente malos tratos, ya que éste es el responsable de que el cuidador se imposibilite de realizar otras actividades. Por lo que se podría presumir que los hombres cuidadores podrían ejercer un doble poder, en el sentido que tienen poder por el hecho de ser cuidadores y por el hecho de ser hombres.

La relación entre cuidador y cuidado se alternan entre sujeto y objeto. Quien es cuidado también desea ser reconocido, en general eso sucede por su cuidador, lo que en ocasiones impide mejorías, en la medida que existen relatos de que personas no mejoran por temor a perder atención o porque sienten que se acabará la razón de ser cuidadores, ya que la necesidad del otro conlleva el peligro de enajenación, de perderse en el otro. El problema es que lo que sobreviene es una conciencia desdichada por la frustración de des-subjetivarse, de dejar de ser uno mismo. Lo que se observa en quienes cuidan por períodos prolongados, ya que sienten que nadie se preocupa de ellos y lo único que importa para los demás es la persona a la que cuidan. Lo que genera rebeldía, deseos de deshacerse del otro, de que se muera, que ya no esté, para liberarse de la angustia, del dolor, del trabajo excesivo, deseos que después desembocan en sentimientos de culpa, donde interviene por un lado la negación de la situación y, por tanto, la perturbación que genera el padecimiento del otro y, eventualmente, la falta definitiva de ese individuo. La culpa se expresa de diferentes maneras, como autoreproches, ideas obsesivas, sensación de atadura hacia quienes cuidan, siendo víctimas de las circunstancias. Sin embargo, cuando el cuidado se vive como sacrificio se genera una doble deuda: en primer lugar, del que lo recibe con el que lo prodiga y, en segundo lugar, de los otros que no lo prodigan y tendrían que hacerlo, también con el que lo prodiga (Flores-Castillo, 2012, p.40).

En la relación de cuidador y cuidado se puede generar una sometimiento, en la medida que la persona que cuida pudiese pensar que quien es cuidado no puede vivir sin él, que es irremplazable, invisibilizando que la situación se puede generar a la inversa, en la medida que su identidad como individuo se ha fundido con su identidad de cuidador, de tal forma que si deja de cuidar siente que es nada. Este proceso se conoce como des-subjetivación. Se da una dialéctica de amo y esclavo, carente de salidas mientras se mantenga la diferenciación entre ellos, por lo que si el cuidador mantiene una relación sujeto-objeto termina odiando a la persona que cuida.

Si el cuidador se siente en el centro del escenario puede ejercer control sobre quienes no cuidan y sobre la persona que se cuida, por lo que las relaciones podrían ser asimétricas.

El cuidado se puede convertir en una defensa contra deseos hostiles, las pérdidas, el mundo, en una forma de aislarse, de evitar estar con el otro (tanto con el que se cuida como con el resto de familiares y conocidos), pero a la vez de darle sentido a la vida. Hay cuidadores que encuentran una identidad en el trabajo de cuidado.

Es posible que los cuidadores puedan llegar a imaginar que comparten el mismo dolor que la persona a la que cuidan, que son los únicos que lo entienden, que sólo ellos sabe cómo cuidar, cómo hay que hacer las cosas, lo cual es una manera de auto-victimizarse, en la medida que aumenta la soledad y pudiese existir un intento de apropiación del otro. Se puede generar por parte del cuidador una relación simbiótica, evitando la separación con la persona cuidada, de tal forma que es ésta quien regula su vida. Quien establece este vínculo al cuidar, se olvida de que, consciente o inconscientemente, decidió cuidar y se repite incesantemente que tiene que seguir haciéndolo porque no hay nadie más que pueda hacerlo como él lo hace, lo que lo coloca en una situación de omnipotencia y le produce una secreta satisfacción. Estas satisfacciones se pueden considerar ganancias secundarias que se obtienen a partir del trabajo de cuidado, como el posible reconocimiento social y/o de la persona que recibe el cuidado (Flores-Castillo, 2012, p.41).

Existen factores que menoscaban la satisfacción del cuidado, entre estas se puede identificar el estrés, la sensación de agotamiento, enfermedad, el cuidar a otro es abrumador, genera cansancio, soledad, aislamiento, ya que las tareas de cuidados limitan la libertad de hacer. Lo que se puede traducir en sobrecarga del cuidador, que se define como el conjunto de síntomas físicos, emocionales y/o mentales producto del trabajo continuo con personas que presentan problemas psicológicos, sociales o físicos (Flores-Castillo, 2012, p.42).

La actividad del cuidado conlleva una carga afectiva intensa, que va desde la satisfacción hasta la obligación, pasando por la negación, la ansiedad, la hostilidad, la ganancia secundaria, el miedo, la depresión, el sacrificio, el deseo de no cuidar, la impotencia, el control, la simbiosis, entre otros. La actividad del cuidado de personas mayores en situación de dependencia pone de manifiesto conflictos gestados a lo largo de la vida, que se han invisibilizado y hoy requieren atención en la medida que aumenta la esperanza de vida al nacer, existe una feminización de la vejez, disminuye la tasa de natalidad, por lo que es necesario mirar las políticas públicas en post de mejorar la calidad de vida del cuidador y de la persona mayor en situación de dependencia severa.

Tipos de cuidadores: formales e informales

Uno de los temas relevantes a la hora de mirar a una persona en situación de dependencia severa es el de su cuidador/a, ya que este o estos dependerá en gran medida de las redes de apoyo con la cual la persona cuenta, su condición económica, su estructura y red de apoyo familiar, el acceso a la red comunitaria y a los servicios públicos y/o privados disponibles dentro de su territorio, entre otros.

El cuidado informal está formado por aquellas actividades de ayuda que van dirigidas a personas con algún grado de dependencia, que son provistas por personas de su red social y en las que no existe entidad intermediaria o relación contractual. Esta definición tiene su base en las actividades que se realizan y en la persona hacia quien van dirigida.

No se considera condición imprescindible que el cuidado tenga una motivación altruista, debido a la dificultad para conocer el tipo de motivación última que lo mueve. Se presupone, no obstante, que este componente está presente en la mayoría de los casos y que el cuidado genera vínculos afectivos, positivos y negativos. Sin embargo, el componente afectivo no se considera un rasgo particular de la relación de cuidado, ya que se supone inherente a cualquier relación humana directa (IMSERSO, 2010).

El cuidado informal es el que es prestado por familiares, amigos o vecinos. Este conjunto de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Dentro de este grupo suelen identificarse el cuidador principal (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los cuidadores secundarios que no tienen la central responsabilidad del cuidado de la persona mayor sino que secundan al principal.

Las fuentes primarias de apoyo y asistencia a las personas mayores son informales y voluntarias. En su mayoría son brindadas por mujeres y surgen de los lazos personales de parentesco, amistad y vecindad.

El cuidado formal, en cambio, es dado por quien ha recibido una formación teórico-práctica. El cuidador formal lo es a partir de la capacitación específica que recibe, de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico y laboral.

Para lograr un buen ejercicio del rol del cuidador formal se requiere de la incorporación de conocimientos y de una fuerte motivación vocacional y actitudinal, “cuidar” es diferente a “asistir”, ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico.

En el imaginario social, este rol suele asociarse con la demanda de tareas suministradas por el personal de los servicios domésticos o auxiliar de enfermería (FLACSO, 2015).

Cabe destacar que en Chile el cuidado es realizado mayoritariamente por cuidadores informales, según datos del estudio nacional de dependencia en personas mayores 2009,

el 95% de los cuidados son realizados por familiares de las personas en situación de dependencia.

Realidad de los cuidadores en Chile

La tarea de cuidar a una persona en situación de dependencia es una actividad intensa, habitualmente de larga duración y que trae repercusiones para quien realiza esa labor a nivel físico, emocional, económico, social, participación ciudadana, entre otras.

Según datos del estudio nacional de dependencia de las personas mayores 2009, una de cada cuatro personas mayores de 60 años tiene algún grado de dependencia. En el 85.6% de los casos el cuidado es asumido por una mujer, por tanto, es presumible que las hijas cuidan de los padres y las esposas cuidan de los maridos. Y el 14.4% restante corresponde a cuidados masculinos.

Desde este punto de vista, es deducible también que tales esposas son personas mayores o cercanas a la vejez, por tanto, las situaciones de alta carga de trabajo que supone el cuidado a personas mayores en situación de dependencia severa puede acelerar los deterioros propios del envejecimiento en estas mujeres, quienes además de proveer cuidados a las personas mayores en situación de dependencia severa, continúan ejerciendo 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, genera altos niveles de estrés, lo que repercute en deterioros psíquicos y físicos, impactando de forma negativa en su salud física y mental, y en su calidad de vida.

Cabe destacar que el estudio de dependencia de las personas mayores señala que dos de cada tres cuidadoras no han tomado vacaciones en los últimos cinco años, no comparten el cuidado, manifiestan sensación de soledad, se sienten sobrecargadas y sobrepasadas.

Es el estudio de sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes 2015, el que señala que en cuanto al nivel educacional la labor de

cuidador es desarrollada mayoritariamente por personas con bajos niveles educacionales. Por el contrario, las personas cuidadoras con educación superior van desde un 8% a un 16%, lo que se explica por la mayor probabilidad de estar trabajando de este grupo, pero también, por la mayor posibilidad de contar con los recursos para contratar cuidados formales o asistencia de un externo.

La mayoría de los cuidadores mencionan estar hace más de un año desempeñándose en el rol de cuidador, dedicando gran parte del tiempo diario en cumplir con los requerimientos de la persona dependiente a quien se tiene a cargo. De igual forma, más de un 90% señala realizar este rol sin recibir remuneración económica por ello, lo que puede afectar la calidad de vida y bienestar de este grupo, lo que es aún más apremiante si se considera que muy pocos cuidadores han sido capacitados en el tema. Pese a ello, cerca de un 47% de los cuidadores destaca que comparte el cuidado con otros, recibiendo ayuda frecuente de un algún hijo/a, hermano/a u otro familiar.

El estudio nacional de la dependencia de las personas mayores muestra que un 44% de los cuidadores encuestados presenta algún grado de síntomas depresivos. La prevalencia de depresión entre los cuidadores parece ser más alta que entre los no cuidadores, si se compara con los datos de la Encuesta Nacional de Salud en Chile de los años 2009-2010, donde a nivel nacional se estimó la prevalencia de síntomas depresivos en tan sólo un 17%. Esta situación es preocupante si se observa que según datos de CASEN 2013, sólo un 4% de las personas categorizadas como cuidadores señala estar en tratamiento médico por depresión. Cuando se evalúa el nivel de sobrecarga, a través de la escala de Zarit, un 19% de los cuidadores presenta una sobrecarga ligera y un 25% intensa.

En el Estudio Cuídeme del año 2013 “Determinantes de la carga en cuidadores primarios chilenos de pacientes con demencia” existe una correlación con los datos del Estudio Nacional de Dependencia realizado por el SENAMA en el año 2009, los cuales muestran la realidad de los cuidadores de las personas que viven con demencia. Dicho estudio da cuenta que más del 75% de los cuidadores son mujeres, principalmente hijas, esposas o nueras, de las cuales cerca del 40% dedica 7 días de la semana al cuidado de su familiar,

lo que corresponde a una labor de jornada completa. El 47% presenta algún problema de salud mental asociado al rol del cuidador, de éstos un 63% presenta sobrecarga severa y un 56% refirió no recibir ayuda en el ejercicio del cuidado. Cabe destacar que un 12% refiere haber dejado de trabajar remuneradamente para poder llevar a cabo las labores de cuidado y sólo el 21% tenía la posibilidad de acceder a un cuidador pagado. Siendo el promedio de edad de los cuidadores 60 años.

En el estudio se detectan como principales necesidades el funcionamiento inadecuado de la memoria. La dificultad para realizar actividades durante el día por la persona con demencia. Compañía. Angustia y preocupación e información respecto a la demencia.

Dentro de las variables contextuales del cuidado, se observa que la falta de apoyo social, definido como no tener a alguien a quien recurrir si necesita ayuda de cualquier tipo, es la variable que se asocia en forma más significativa con la carga del cuidador. Por otra parte, los trastornos de comportamiento y el grado de deterioro funcional están altamente correlacionados con el grado de sobrecarga (SENAMA, 2011). Cuando el cuidado se lleva a cabo en condiciones de pobreza, sin descansos, capacitación, ni recursos para la atención, hay un alto riesgo de morbilidad asociada, derivada del incumplimiento de los programas preventivos de salud, aumento de los índices de depresión y disminución de la inmunidad. El riesgo de abandono y malos tratos se incrementa también con un cuidador abrumado.

El apoyo recibido por el o la cuidador(a) es el factor más importante en la satisfacción de necesidades de la persona con demencia, y por ende, a menor apoyo hacia quien cuida, la persona con demencia reporta un número mayor de necesidades no cubiertas (Ministerio de Salud, 2017).

Las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren medidas que apoyen a los cuidadores informales en la entrega de cuidados al adulto mayor dependiente y a su propio cuidado.

Dependencia

La dependencia se puede entender como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente, es decir, comienza con una discapacidad. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando ésta no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

La definición de dependencia se fundamenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y en las que, por tanto, necesita algún tipo de ayuda. En esta línea, Querejeta define dependencia como “la situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad” (Querejeta, 2003, p.18).

Existe un vínculo estrecho y directo entre los conceptos de discapacidad, dependencia y cuidados, debido a que con cuidados aumenta la capacidad funcional de la persona en situación de dependencia a tal punto que éstas podrían realizar tareas básicas como comer. Una persona puede encontrarse en situación de dependencia y pese a ello podría mantener su autonomía, ya que no pierde su capacidad de tomar decisiones en asuntos que le conciernen. Todo dependerá de la patología de base que ha llevado a la persona a estar en situación de dependencia y ésta podría ser la respuesta social a la discapacidad.

Cada país define su concepto de dependencia, el cual es entendido como una construcción social, a su vez, tiene estigmas, los cuales han sido contruidos socialmente a través del tiempo.

En Chile la dependencia se mide con instrumentos que determinan si la persona requiere de ayuda en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Una forma sencilla de definirla sería como "aquellas que son comunes a todas las personas" o "las actividades más elementales de la persona que le permiten la autonomía e independencia básicas" (IMSERSO, 2004). Estos instrumentos miden una serie de dominios básicos de

funcionamiento, como la continencia urinaria y fecal, la capacidad para llevar a cabo de forma independiente actividades de cuidado personal como cepillarse los dientes, ir al baño, alimentarse, transferirse de un lugar a otro, moverse dentro de la casa, vestirse, subir escaleras y bañarse.

Existe evidencia respecto al impacto de la edad en el nivel de dependencia, ya que las personas entre 65 y 74 años tienen considerablemente menos necesidad de ayuda que las personas de 75 años o más, por lo que el envejecimiento de la población probablemente incrementara la proporción y número de personas que requieran de un tercero para realizar actividades básicas de la vida diaria (SENAMA, 2009).

La encuesta nacional de dependencia, muestra la prevalencia de dependencia en las personas mayores por grupos etarios y sexo.

Tabla 2

Prevalencia de Dependencia en las Personas Mayores por Grupos de Edad y Sexo.
EDPM 2009

| Quinquenios de edad | Hombres % | Mujeres % | Total % |
|---------------------|-----------|-----------|---------|
| 60-64 | 12,8 | 10,6 | 11,5 |
| 65-69 | 20,1 | 13,3 | 16,2 |
| 70-74 | 16,8 | 21,8 | 19,9 |
| 75-79 | 23,8 | 30,8 | 28,5 |
| 80-84 | 45,0 | 57,0 | 52,9 |
| 85 y más | 55,9 | 69,9 | 65,6 |
| Total | 22,0 | 25,3 | 24,11 |

FUENTE: SENAMA 2009

Tabla 3

Actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y actividades avanzadas de la vida diaria.

| Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) | Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) | Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) |
|--|---|--|
| Comer | Tomar los medicamentos | Trabajar |
| Vestirse | Manejar dinero | Participar en actividades recreativas |
| Bañarse | Manejar las finanzas | Participar en organizaciones sociales |
| Utilizar el inodoro | Hacer uso del transporte público | Viajar |
| Interés en la apariencia personal | Conducir un vehículo | Navegar en internet |
| | Desplazarse en el barrio | Utilizar el correo electrónico |
| | Moverse fuera del ambiente familiar o conocido | Utilizar el computador |
| | Cocinar | |
| | Poner la mesa | |
| | Hacer el aseo del hogar | |
| | Hacer reparaciones del hogar | |
| | Lavar la ropa | |

| | | |
|--|---------------------------|--|
| | Comprar comida | |
| | Usar el teléfono | |
| | Conversar | |
| | Entender | |
| | Leer | |
| | Escribir | |
| | Usar el celular | |
| | Usar el cajero automático | |

La dependencia para SENAMA 2008, queda definida como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas, o ayudas importantes, para realizar actividades básicas de la vida diaria” (SENAMA, 2008, p.12).

SENAMA en su estudio nacional de dependencia 2009, señala que en general, las definiciones concuerdan con una dependencia relacionada con condiciones de salud alteradas y como tal inseparable de discapacidad. La discapacidad se define como la disminución de la habilidad para efectuar tareas y actividades específicas que son esenciales para el cuidado personal y la autonomía, además ésta se define en un contexto social - “inhabilidad o limitación para efectuar actividades y roles definidos socialmente” - la limitación funcional ocurre a nivel del organismo y se define como “restricción o falta de habilidad para realizar una acción o actividad de la manera o dentro del rango considerado como normal, que ocurre como resultado de una deficiencia”. Las limitaciones funcionales constituyen el componente principal de los modelos que

explican la génesis de la discapacidad, ya que se consideran el estado de transición entre las etapas de deficiencia y de discapacidad (SENAMA, 2009).

Desde el ámbito de la salud, la dependencia no puede ser analizada de manera separada de la discapacidad, ya que siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad, pese a que pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.

La discapacidad/dependencia es una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades); las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencias); las limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto personal y ambiental en el que se desenvuelve la persona (barreras o ayudas).

Desde esta definición, se comprende la gran variedad de parámetros de estudios y metodologías de medición para el fenómeno de dependencia.

Es SENAMA quien señala que la dependencia es un continuo que va desde lo severo a lo leve, esta definición se realiza con base a estudios epidemiológicos. Se gradúa como dependencia severa a todos los individuos con limitación funcional severa, quienes debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Dentro de la limitación funcional severa se incluyen: individuos postrados (aquellos confinados a su cama), personas que presenten demencia de cualquier grado, presencia de alguna de las siguientes situaciones: incapacidad para efectuar una ABVD (excepto bañarse), incapacidad para efectuar dos AIVD. Las personas que cumplieron con alguno de los tres criterios mencionados anteriormente fueron consideradas como personas dependientes severas.

Las personas con dependencia moderada son aquellas que requieren ayuda siempre o la mayoría de las veces en las siguientes situaciones: incapacidad para bañarse, requieren ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos ABVD, requieren de ayuda siempre o casi siempre para tres AIVD, incapacidad para efectuar AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD.

La dependencia leve se define como la incapacidad para efectuar una AIVD, necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una ABVD, ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos AIVD.

Con estas definiciones se detectó a la gran mayoría de los dependientes en sus diferentes grados de severidad (SENAMA, 2010, p.15).

Por esta razón, es que muchos indicadores miden la ayuda requerida en lugar de las actividades. De lo anteriormente expuesto se deduce que la medición y valoración de la dependencia obedecerá principalmente de la evaluación de ciertas actividades en las cuales se necesita ayuda de otra persona, así como de la intensidad de esta ayuda, considerando su interacción con el contexto ambiental y personal, como también con la deficiencia. Es por esto que en la medida que se quiera lograr una mayor sensibilidad y/o especificidad en la valoración del fenómeno de la dependencia, se deberán diferenciar y medir los tres componentes: deficiencia, actividades y ayuda (SENAMA, 2010, p.13).

En el sistema de salud público chileno el instrumento que se utiliza para medir la dependencia en las personas es el Índice Barthel, este instrumento consta de diez ítems fundamentales de las actividades básicas de la vida diaria: alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos. La valoración total va desde los 100 puntos, la persona es independiente, mayor o igual a 60 puntos dependencia leve, entre 55 y 40 puntos dependencia moderada, entre 35 y 20 puntos dependencia grave, la que corresponde a dependencia severa y menor a 20 puntos dependencia total, es decir, dependencia severa.

Llama la atención que el índice Barthel se base en el discurso de la persona en situación de dependencia o lo que informa un tercero, no en la observación que puede realizar el profesional que aplica el instrumento. Sólo mide ABVD y no las AIVD, que no es un indicador menor, por tanto, impresiona no tener una visión holística de la persona en situación de dependencia.

Género

Es Lamas quien define género como “el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres” (Lamas, 2012, p.131). Lo que define al género es la acción simbólica colectiva, estableciendo características exclusivas a uno u otro sexo en materia de moral, psicología y afectividad. Es la cultura quien marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de lo social, religioso, político, cotidiano. Mediante el proceso de constitución del orden simbólico en una sociedad se fabrican las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, por lo tanto, sería una construcción social de masculinidad y feminidad.

Salgado-de Snyder señala que género debe entenderse como una construcción social no natural que permea todos los rincones del tejido de una sociedad y se refiere al conjunto de características, oportunidades y expectativas que un grupo social asigna a las personas y que éstas asumen como propio, basándose en sus características biológicas, en su sexo.

Los roles de género se construyen desde la infancia a través de la crianza, la educación escolar y familiar, determinando actitudes y conductas de hombres y mujeres en la sociedad. De esta forma, el nivel de bienestar de las mujeres y los hombres en la vejez es resultado de la trayectoria de vida que siguieron, así como del contexto social, económico e institucional que los rodeó. De acuerdo con esto, los hombres y las mujeres en la vejez se encuentran en diferentes estados de vulnerabilidad de acuerdo con el rol social, cultural y el nivel de protección institucional que la sociedad les otorga. Históricamente, la falta de reconocimiento de las relaciones de género como característica fundamental de la jerarquía social ha actuado como una eficiente barrera para abordar adecuadamente los problemas de equidad que enfrentan los hombres y las mujeres, principalmente en la vejez. (Salgado-de Snyder, 2007, p.2).

Las dificultades de los enfoques teóricos respecto al envejecimiento y género pueden resolverse si se reconoce que las relaciones de edad y de género no deben considerarse como sistemas independientes que configuran las situaciones de la vida. Si la edad y el género son dimensiones del mundo social, carece de sentido sepáralas. Las personas mayores no sólo son eso, sino también son hombres y mujeres (Mcmullin, 1996).

Cabe destacar que la definición de género no es estática, ya que trae consigo roles, identidades y valores atribuidos al deber ser del hombre y mujer, es una construcción social en la medida que cada cultura la determina como tal, con base a conductas esperadas en hombres y mujeres, estableciendo roles, funciones, responsabilidades atribuidas a éstos. Es por esta razón que se considera un concepto de carácter relacional, abierto, dinámico y que permanentemente debiese estar en construcción.

Masculinidad

Para comenzar con el concepto de masculinidad se utilizará la definición que realiza Kimmel, quien la define como “un conjunto de significados siempre cambiantes, que construimos a través de nuestras relaciones con nosotros mismos, con los otros, y con nuestro mundo. La virilidad no es estática ni atemporal; es histórica; no es la manifestación de una esencia interior; es construida socialmente; no sube a la conciencia desde los componentes biológicos; es creada en la cultura. La virilidad significa cosas diferentes en diferentes épocas para diferentes personas. Se ha llegado a conocer lo que significa ser un hombre en la cultura al ubicar las definiciones en oposición a un conjunto de otros, minorías raciales, minorías sexuales, y, sobre todo las mujeres (Kimmel, 1997, p.49).

Por lo tanto, lo que las personas y/o sociedades entienden por masculinidades va cambiando en función de la temporalidad histórica y del contexto cultural.

Olavarría plantea la masculinidad como configuraciones de prácticas estructuradas por las relaciones de género, que son inherentemente históricas y cuya construcción y

reconstrucción es un proceso político que afecta el balance de intereses en la sociedad y la dirección del cambio social” (Olavarría, 2011, p13).

El patriarcado representa una forma de organización política, económica, religiosa y social donde el género constituye el ordenamiento de la práctica social, cuya base se sustenta en la naturalización de la autoridad del varón y el establecimiento de la heterosexualidad como fundamento en todas las relaciones que se instauran entre los sexos.

Su desarrollo es funcional a los atributos socialmente otorgados al género en razón de que el sexo no es determinante en lo social. Dichas características expresan y determinan el parámetro bajo el cual se sustenta inequitativamente el poder. La homosexualidad dentro de la cultura patriarcal involucra todo lo contrario a lo que debe ser un hombre, por lo tanto, es feminizado y sometido.

“Tanto los atributos como mandatos que impone el referente de masculinidad dominante señalan que los hombres son distintos y superiores a las mujeres; éstas son lo opuesto, lo contrario de los varones; sus atributos las hacen menos importantes: ser de la casa, emocionalmente expresivas, guiadas por sentimientos, físicamente más débiles, entre otros” (Olavarría, 2011, p.34). Por lo que los hombres no deben hacer las cosas que hacen las mujeres, ya que serán cuestionados por otros, feminizando al varón. Es aquí donde se encuentra la constitución de masculinidad dominante y subalterna, lo que tiene un poder implícito.

La masculinidad dominante enviste de poder a los varones, por el simple hecho de serlos y permite estructurar relaciones con las mujeres subordinándolas, desvalorizándolas y convirtiéndolas en dependientes de ellos, por lo que la hegemonía y subordinación emergen en una interacción mutua, desigual.

Cualquier forma de ser hombre que no corresponda al modelo dominante es una situación precaria de ser varón, que podría ser sometida a dominio de los varones en su plena calidad.

El hombre, en contraposición, nace con fisuras e incompleto, no basta sólo tener órganos sexuales masculinos para ser hombre, éste debe hacerse y, este hacer constantemente, se debe probar para que otros hombres y la sociedad en sí los considere como tales, otorgándoles el poder, la validez y el prestigio que emana de su condición de hombres.

“Los atributos de este referente de masculinidad tienen implícitos mandatos que los hombres deben cumplir para ser beneficiarios de dichos atributos. Tanto atributos como mandatos se refuerzan mutuamente y forman un sólo todo” (Olavarría, 2011, p.18).

Los modelos predominantes de hegemonía y patriarcado establecen ciertas normas de género que las familias, las comunidades y las instituciones sociales refuerzan y reconstruyen.

Olavarría refiere que los hombres deben cumplir con ciertos mandatos de la masculinidad hegemónica: los hombres son heterosexualmente activos; los hombres se deben al trabajo, deben trabajar remuneradamente y los hombres son padres y jefes de hogar.

Cuando se alude a que los varones se deben al trabajo, se refiere a que la autonomía económica debiese generar una relación de dependencia con un tercero, brindándole prestigio al varón. “El mundo laboral pasa a ser, entonces, un espacio en el cual ellos deben tener un lugar. No cumplir esta meta significa no estar a la altura de ser hombre, puede ser indignidad, decepción, fracaso” (Olavarría, 2011, p.19).

Otro mandato es el matrimonio del varón con una mujer, exigiendo descendencia como ejercicio de heterosexualidad y poder. El varón jefe de hogar, es muy importante en relación a su mujer e hijos, tiene autoridad al proteger y generar recursos económicos para garantizar la existencia y seguridad de la familia, ya que él es responsable de ésta. Teniendo que salir del ámbito privado al ámbito público, con el fin de ocuparse del trabajo para cumplir el rol de proveedor. El hombre no puede ser emocional, sino que debe ser racional, no es temeroso y menos podría demostrarlo frente a su mujer e hijos/as. Esta forma de familia identifica dos mundos: el mundo público que es el que les

corresponde a los varones y el privado que es de las mujeres, ya que éstas deben complementar al varón, preocupándose de la reproducción, de la crianza, de los quehaceres del hogar, por lo que se espera que su mujer le obedezca, la mujer debe cuidar el hogar y criar a sus hijos. Lo que divide el trabajo en roles y funciones limitadas al género y al sexo, por lo que mujeres y varones ocupan un espacio y no otro.

Bourdieu señala que la fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación, debido a que la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos; es la estructura del espacio, con la oposición entre el lugar de reunión o el mercado reservados a los hombres y la casa, reservada a las mujeres o en el interior de ésta, entre la parte masculina, como del hogar y la parte femenina, como el establo, el agua y los vegetales; es la estructura del tiempo, jornada, año agrario o ciclo de vida, con los momentos de ruptura, masculinos y los largos períodos de gestación femeninos (Bourdieu, 2000, p.22).

“Las divisiones constitutiva del orden social y más exactamente de las relaciones sociales de dominación y de explotación instituida entre los sexos se inscriben así, de modo progresivo, en dos clases de hábitos diferentes, bajo la forma de hexeis corporales opuestos y complementarios de principios de visión y división que conducen a clasificar todas las cosas del mundo y de todas las practicas según distinciones reducibles a la oposición entre lo masculino y femenino. Corresponde a los hombres, situados en el campo de lo exterior, de lo oficial, de lo público, del derecho, realizar todos los actos a la vez breves, peligrosos y espectaculares, que, como la decapitación del buey, la labranza o la siega, por no mencionar el homicidio o la guerra, marcan unas rupturas en el curso normal de la vida; por el contrario, las mujeres, al estar situadas en el campo de lo interno y de lo continuó, se les adjudican todos los trabajos domésticos, es decir,

privados y ocultos, prácticamente invisibles o vergonzosos, como es el cuidado de los niños y animales” (Bourdieu, 2000, p.45).

La representación androcéntrica de la reproducción biológica y de la reproducción social se le reconoce por la objetividad de un sentido común, siendo las mujeres quienes se ven atrapadas en las relaciones de poder.

Bourdieu señala que la división sexual se encuentra inscrita en la división de actividades productivas a las que se asocia la idea de trabajo, en la división del trabajo de mantenimiento del capital social y simbólico que atribuye a los hombres el monopolio de todas las actividades oficiales, públicas, de representación y en especial de todos los intercambios de honor, de palabras, regalos, mujeres, desafíos y de muertes.

Es la condición masculina en el sentido de hombría la que supone un deber-ser, una virtud que se impone a eso natural, indiscutible. Semejante a la nobleza, el honor, gobierna al hombre honorable al margen de cualquier presión externa. Y al igual que el honor, la hombría tiene que ser revalidada por los otros hombres, en su verdad como violencia actual o potencial, y certificada por el reconocimiento de la pertenencia al grupo de los hombres auténticos. Por tanto, la hombría es un concepto relacional, construido ante y para los restantes hombres y contra la feminidad, en una especie de miedo a lo femenino y en primer lugar a sí mismo.

El autor señala que basta con que los hombres se apoderen de tareas consideradas femeninas y las realicen fuera de la esfera privada para que se vean ennoblecidas y transfiguradas.

Es la dominación masculina que convierte a las mujeres en objetos simbólicos, cuyo ser es un ser percibido, tiene el efecto de colocarlas en un estado permanente de inseguridad corporal, de dependencia simbólica. Existen fundamentalmente por y para la mirada de los demás, es decir, en cuanto que objetos acogedores, atractivos, disponibles. Se espera de ellas que sean femeninas, sonrientes, simpáticas, atentas, sumisas, discretas, contenidas. Y la supuesta feminidad sólo es a menudo una forma de complacencia

respecto de las expectativas masculinas, reales o supuestas, especialmente en materia de incremento del ego (Bourdieu, 2000, p.86). El ser femenina equivale esencialmente a evitar todas las propiedades y las practicas que pueden funcionar como unos signos de virilidad, y decir de una mujer poderosa que es muy femenina, sólo es una manera sutil de negarle el derecho a ese atributo claramente masculino, que es el poder.

Siguiendo con el concepto de masculinidades, es importante plantear que las masculinidades se encuentran en un proceso de transición, en la medida que existe una crisis en su identidad y función, debido a que históricamente el rol masculino ha sido el del sexo fuerte, su dominio y control rebasan el ámbito familiar para expresarse socialmente. Por lo que en la vida de los hombres mayores hay una combinación de poder y privilegios, dolor y carencia de poder. Lo que acarrea inmensos costos en la medida que para cumplir con el patrón de masculinidad hegemónica deben reprimir su sentir, sus emociones. Los hombres deben adoptar características de rudeza, egoísmo, dominio, competencia, agresividad, frialdad, capacidad de decisión, inteligencia, entre otros. El hombre asume que es superior a la mujer, por lo que debe ejercer control sobre ella. La sexualidad masculina es un símbolo de hombría, y por lo tanto, de poder masculino.

Es importante mencionar que las masculinidades siempre están en constante prueba, por lo que es un privilegio y un triunfo ante los otros conseguirla, lo que no es fácil, en la medida que se debe luchar, competir y demostrar fortaleza.

La crisis de masculinidades surge debido a que existe una nueva identidad producto del capitalismo, lo que trae consigo cambios en las estructuras familiares, la liberación e integración de la mujer al espacio público, es decir, al trabajo, lo que provoca cambios culturales y económicos (Montecinos, 2002).

La presencia de la mujer en el ámbito público ha ido en aumento, siendo las funciones socio-históricas de la masculinidad y feminidad cuestionadas por algunos, lo que genera ciertos cambios sociales, en la medida que existen nuevas formas de entender las

masculinidades y las relaciones de género. Ya no sólo se visualizan las masculinidades desde patrones hegemónicos, sino que desde una visión más igualitaria entre lo femenino y masculino, debido a que ha existido un cambio en las mujeres (SanFélix, 2011).

Son la cultura y la sociedad patriarcal quienes establecen ideas de cómo ser hombre, como deben actuar estos, los hombres deben ser fuertes, deben reaccionar agresivamente a todo ataque, han sido educados para tratar a quienes están bajo de su posición social con paternalismo, pero la masculinidad hegemónica no se reduce a reglas de cómo ser hombres, sino que básicamente un hombre se define porque no es mujer y su comportamiento debe dar cuenta de aquello. No pueden profundizar en su dolor, rabia, miedos o emociones. Finalmente establecen estereotipos que establecen y determinan el comportamiento masculino.

Por lo tanto, se podría afirmar que las formas de construir masculinidades son constructos sociales y culturales que definen la forma de comprender la realidad y el mundo social. Pese a que las masculinidades sociales siguen prevaleciendo en cierta medida en la sociedad, debido a que se sigue pensando que la hombría tiene que ver con la mantención del hogar, la protección al cónyuge, hijos, ya que los hombres son heterosexuales y superiores. Lo que sigue brindando ciertos privilegios al género masculino. Debido a esto es que surge la necesidad de pensar en masculinidades en plural, existen diversas formas de ser hombre alternativas a la masculinidad hegemónica, las que requieren cambios identitarios y de posición existencial, siendo una decisión de rebeldía frente al sometimiento de la masculinidad hegemónica. Se requiere una desconstrucción crítica de valores, creencias con sus organizadores y mandatos de la masculinidad hegemónica, una desidentificación y una deshabitación de sus definiciones de ser y de los hábitos que ha promovido, y una reinención particular alejada del deber ser, aunque con una ética de la igualdad y el respeto a las demás personas y a la diferencia (Bonino, 2002, p.32).

Por lo tanto, existen diversas formas de ser masculino, lo que varía cultural y étnicamente. Ya no existe un único modelo a seguir. Los géneros finalmente son una

construcción social y a cada uno de éstos se les exige una serie de capacidades de acuerdo a las condiciones sociales. Por lo que la identidad genérica, permite definir el tipo de posición social que cada sociedad ha designado para cada uno. Siendo esta identidad una expectativa que permite construir auto percepción que hombres y mujeres tienen respecto a su género.

Es importante indagar en la masculinidad y la vejez, por lo que Iacub 2014, plantea que históricamente lo masculino ha sido el referente general a partir del cual se diferencian y constituyen los grupos en la sociedad. Este nivel de hegemonía y poder lleva a que se ignore la experiencia de los varones mayores, al igual que lo masculino en la vejez.

Se debe destacar como la sociedad construye el ser varón o el ser personas mayores generando espacios de posibilidad y prestigio, cómo en el lugar del “sabio”, pero también como ciertos relatos sobre las masculinidades excluyen la vejez, cuando las demandas de fuerza o potencia no admiten ciertos límites. Es preciso recordar que según estudios de SENAMA la imagen de la vejez se encuentra relacionada con estereotipos negativos, vista como sinónimo de enfermedad, fragilidad, abandono, dependencia, entre otros.

Son los ideales hegemónicos masculinos quienes relevan la importancia del trabajo, la fortaleza física y el erotismo, el que pudiese generar malestar respecto a las exigentes demandas que plantean estos ideales. La edad y el género son dimensiones indisociables en la construcción de la identidad del ser humano, por lo que es importante visualizar ambas categorías, con el fin de entender la conformación de sentimientos, malestares, proyectos y actitudes del varón persona mayor. Lo que se transforma en una dificultad a la hora de pensar el envejecimiento masculino. La jubilación implica la pérdida de ingresos económicos, poder, confianza, estatus, por lo que pudiese ser visualizada como un riesgo, ya que es adentrarse en el territorio femenino que es la familia y el hogar. Lo que pudiese generar dudas sobre las conductas masculinas apropiadas.

Respecto a los hombres cuidadores o al cuidado masculino, Comas d'Argemir, menciona que se puede señalar que el cuidado tiene categorías analíticas y políticas, cuando se alude a la categoría analítica se refiere a actividades de la vida cotidiana, de la salud y bienestar de las personas. Las mujeres son en su mayoría quienes realizan los cuidados, a su vez, el trabajo de cuidados tiene poca valoración social, pese a que es imprescindible para la reproducción social. Como categoría política el cuidado implica conocer quien cuida y cuáles son los costos del cuidado, pero también es importante incorporar estas dimensiones en las agendas públicas, con el fin de conseguir equidad de género desde las instituciones políticas, sociales y económicas. Para hablar de cuidados masculinos se deben identificar las barreras culturales y de oportunidades que obstaculizan la participación de los varones en el cuidado. Debido a que el cuidado se ha naturalizado como algo femenino desde la masculinidad hegemónica. Cuando se alude a las oportunidades tiene que ver con que los varones se encuentran mejor situados en el mercado laboral, lo que sería un desincentivo para realizar esta labor (Comas d'Argemir, 2016)

Se podría afirmar que falta implicación de los hombres en lo que respecta al cuidado de personas mayores en situación de dependencia severa y que en la actualidad las familias no pueden absorber las crecientes necesidades de cuidados. También se podría presumir que en las clases sociales más acomodadas la necesidad de cuidados es externalizada.

Lo que queda de manifiesto en los diferentes estudios que dan cuenta que el 85.6% de los cuidadores son mujeres, se podría afirmar que los cuidados masculinos en lo relativo a personas mayores en situación de dependencia severa se encuentra invisibilizado, que las políticas públicas referente al cuidado no tiene perspectiva de género, estandarizando el cuidado.

Políticas Públicas

Es Lahera quien señala que una política pública corresponde a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los

que son desarrollados por el sector público y frecuentemente con la participación de la comunidad y el sector privado.

El mínimo de una política pública es que sea un flujo de información, en relación a un objetivo público, desarrollado por el sector público y consistente en orientaciones (Lahera, 2002, p.16).

Otra definición de políticas públicas es la que plantea Tamayo 1997, quien refiere que “son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios”. Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. El proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas comprende las siguientes fases: identificación y definición del problema. Formulación de las alternativas de solución. Adopción de una alternativa. Implantación de la alternativa seleccionada. Evaluación de los resultados obtenidos (Tamayo, 1997, p.281).

Las políticas públicas hacia las personas mayores y sus cuidadores hoy son un problema social, debido al envejecimiento poblacional, la demanda y necesidad de cuidados para las personas mayores en situación de dependencia severa, la baja cobertura de los programas de cuidadores existentes. Situación que traspasa el ámbito privado de las personas y familias. Para estudiar la construcción de masculinidad en hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa es necesario conocer las políticas públicas existentes, por lo tanto, se debe indagar en el sistema de protección social y en el sistema de salud familiar y comunitario.

En esta investigación se relevarán los dos ministerios que entregan servicios a personas mayores en situación de dependencia severa los cuales son Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) y Ministerio de Salud (MINSAL).

Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO)

Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, “Chile cuida”

En las últimas décadas la emergencia del fenómeno del cuidado, vinculado a los apoyos, en tanto problema público, demanda nuevas estrategias de intervención social por parte del Estado. La creación del sistema nacional de apoyos y cuidados entiende el cuidado como uno de los derechos sociales que se deben resguardar. De acuerdo a lo anterior, la respuesta del Gobierno de Chile ha sido el diseño de un sistema nacional de apoyos y cuidados que venga a completar el ciclo vital constituyéndose en el tercer pilar del sistema intersectorial de protección social.

El sistema nacional de apoyos y cuidados “chile cuida” es un sistema de protección integral que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes, a sus cuidadoras, sus hogares y su red de apoyo, dirigido a los hogares del 60% de población más vulnerable con personas en situación de dependencia. El sistema provee e integra servicios sociales de apoyos y cuidados a nivel local, dada la complejidad de abordar la dependencia en sus distintos niveles. De esta manera, los servicios de apoyos y cuidados deberán integrarlos en torno a las características, preferencias y necesidades de las personas dependientes.

El sistema nacional de apoyos y cuidados, comprendiendo la complejidad de la problemática, ofrece distintas modalidades de apoyo a los cuidadores así como a las personas que necesiten de apoyos y cuidados. Asimismo, reconoce y promueve la autonomía de las personas en situación de dependencia, reconoce el trabajo de los cuidadores informales no remunerados; y se propone mejorar los estándares de atención y coordinación de las agencias públicas y privadas. Con esto, se pretende liberar progresivamente a las mujeres de la tarea exclusiva que tienen sobre los cuidados de

personas dependientes; así como el Estado se compromete activamente a transitar a un modelo basado en la corresponsabilidad de los cuidados entre el Estado, la familia, la comunidad y el mercado.

Los objetivos del sistema son promover bienestar individual y de los hogares con al menos un integrante en situación de dependencia. Asegurar la coordinación y articulación de acciones y prestaciones públicas y privadas. Promover la autonomía y prevenir la progresividad de la dependencia. Mitigar la carga de trabajo de las/os cuidadores/as y su red de apoyo. Establecer y supervisar el cumplimiento de estándares de calidad para servicios de apoyo y cuidado, públicos y privados.

Su población objetivo son hogares con personas en situación de dependencia mayores de 60 años, personas en situación de discapacidad de cualquier edad en situación de dependencia. Los/as cuidadoras no remuneradas y/o red de apoyo de esos hogares. Población institucionalizada con dependencia (la llegada a esta población será progresiva).

El Sistema considera acciones de carácter universal, prestaciones y servicios focalizados en los distintos grupos de población objetivo mencionados anteriormente. La estrategia de intervención aborda la atención integral de estos hogares a través de la provisión de servicios de apoyos y cuidados, tales como; cuidados en el hogar, apoyo a la habitabilidad, provisión de servicios especializados, alivio al cuidador/a, prevención de la severidad, capacitación en cuidados a personas con dependencia, entre otros, los cuales se implementaran progresivamente.

El sistema nacional apoyos y cuidados (SNAC) tiene tres grandes líneas de acción, estas son:

- 1.- Gestión de la red local, la que debe lograr la articulación de servicios, a través de un modelo de gestión de casos y trabajo en red, basándose en una metodología que permita la construcción de nómina de hogares de potenciales beneficiarios con base a datos provenientes del registro social de hogares (RSH). Identificar las necesidades de apoyo y

cuidado de los hogares (aplicación del instrumento de evaluación de necesidades de apoyo y cuidados). Establecer un plan acordado de atención con los hogares (plan de cuidados).

2.- Preparación de instalaciones y servicios de atención domiciliaria (SAD), esta línea permite proveer la contratación de recurso humano para el reclutamiento y selección de cuidadoras de respiro. Realizar el apoyo a la aplicación de la evaluación de necesidades de apoyo y cuidados de los hogares. Gestionar la articulación para la selección de cuidadoras remuneradas del SAD.

3.- Servicios especializados de apoyos y cuidados, esta línea permite destinar y administrar recursos para adquirir bienes o servicios que faciliten la atención integral y centra en la persona de acuerdo a los planes de cuidado con sus características y necesidades de apoyo específicas y que no puedan ser provistas desde la red de servicios que se encuentren presentes dentro del territorios (MIDESO, 2017).

Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) Programa tránsito a la vida independiente (TVI)

El programa tránsito a la vida independiente (TVI), es una iniciativa para contribuir al desarrollo de la autonomía personal, independencia funcional en actividades cotidianas e inclusión social de personas en situación de discapacidad y/o dependencia. Los programas son financiados por el servicio nacional de discapacidad (SENADIS) y aportes municipales.

Este busca dirigir las gestiones hacia la promoción de la autonomía y la vida independiente de las personas en situación de discapacidad y dependencia, quienes por múltiples factores, han sido vistas y tratadas sólo como sujetos de cuidado y asistencia, más que como sujetos de derecho. El programa está dirigido a personas entre 18 y 59 años en situación de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad. Sus objetivos son mejorar su calidad de vida, inclusión social y participación en la comunidad, por medio del apoyo terapéutico y acompañamiento en el domicilio de personas en situación de

discapacidad y/o dependencia, su cuidador principal y su familia, favoreciendo su tránsito a la vida independiente, autonomía y participación social. Los servicios entregados son acordes a las necesidades auto-reportadas y están orientadas a fortalecer la autonomía, impotencia funcional, auto-representación en espacios de interés (SENADIS, 2016).

Ministerio de Salud (MINSAL)

Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria

El modelo de atención integral de salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma: “Un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (MINSAL, 2012, p.13).

Los objetivos del modelo de atención son acercar la atención a la población beneficiaria, alcanzar aumento creciente en las acciones de promoción y prevención en relación a las acciones asistenciales, incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación social, entregar atención de calidad.

El modelo posee tres principios irrenunciables, estos son:

1.- Centrado en las personas: considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios. Este principio releva objetivos en lo que respecta al trato de excelencia a las personas, basado en la comunicación efectiva, respeto a la dignidad y derechos de las personas, establecimiento de relaciones de confianza y ayuda, facilitación de acceso a la atención de salud y el aseguramiento de ésta a los grupos de mayor vulnerabilidad (MINSAL, 2013).

2.- Integralidad: dicho concepto se define desde dos aproximaciones complementarias, que aluden a la prevención y la comprensión multidimensional de los problemas de las personas.

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio, son: comprender y ampliar la mirada a las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia disponible, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud. Ayudar a las personas a reconocerse como un todo y con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser. Entregar cuidado a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas (MINSAL, 2013).

3.- Continuidad en los cuidados: se puede definir desde distintas perspectivas. Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

El objetivo más relevante relacionado con este principio es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de la reducción de la fragmentación del cuidado asistencial. Mejorar la accesibilidad del sistema. Evitar la duplicación de infraestructura y servicios. Disminuir los costos de producción. Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Mejorar la aceptabilidad de los Servicios. Apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar. Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y comunidad (MINSAL, 2013).

La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de cada uno de sus miembros; las normas culturales, las condiciones socioeconómicas y los niveles educacionales, son los principales factores que repercuten significativamente en el acceso a la salud, en los hábitos saludables de las familias y en la realización personal de todos los que forman parte de ella, promoviendo espacios de desarrollo saludables y protectores no sólo para el individuo y la familia, sino también para la comunidad. Así, la salud familiar tiene un enfoque multidimensional, donde intervienen factores socioeconómicos, socio-psicológicos, socioculturales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de sus miembros.

En síntesis, el enfoque de Salud Familiar y comunitario se caracteriza por la continuidad del cuidado de la familia, atención integral en cualquier etapa de su ciclo vital, tanto individual como familiar, enriquecida por el conocimiento acumulativo de los usuarios y los vínculos individuales, familiares y comunitarios que se producen. Asume el compromiso de una práctica clínica con calidad científica, continuidad y trato personalizado, entrelazando lo preventivo y lo curativo, con un enfoque biopsicosocial.

Dentro de las líneas de acción del modelo de salud familiar y comunitario, existen prestaciones que están destinadas a las personas mayores, éstas son: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, Programa Nacional de Inmunización, Programa Nacional de Alimentación Complementaria y el programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa.

Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)

El programa del adulto mayor tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención, asegurando de este modo una buena calidad de vida.

El indicador que mejor entrega una visión del estado de salud de la persona mayor es la funcionalidad. El EMPAM, hace de este indicador su nudo central. A través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, los que deben ser incorporados en el plan de salud, para actuar sobre ellos.

Los objetivos del EMPAM son: evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor. Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad. Elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud. (MINSAL, 2013).

Programa Nacional de Inmunización (PNI)

Debido al aumento de la expectativa de vida y del número de hospitalizaciones de la población de personas mayores por causas respiratorias, el MINSAL tomó la decisión de incluir a la población de 65 años y más, en el esquema nacional de inmunización con 2 vacunas:

Influenza, que es de tipo estacional, todos los años cambia las cepas y la formulación de las cepas de vacuna para el año 2018 corresponde a la recomendada por la Organización Mundial de la Salud para el hemisferio sur. Todas las personas mayores tienen derecho a

recibir esta vacuna en período de campaña, que generalmente se extiende desde mediados de marzo hasta fines de junio. Las personas mayores pueden concurrir a su Cesfam más cercano a solicitar la vacuna, puesto de vacunación móvil y quienes se encuentran en situación de dependencia severa, tiene derecho a ser inmunizados en su domicilio, siendo responsabilidad del equipo de atención domiciliaria del Cesfam al cual pertenecen, dando cobertura además a sus cuidadores.

Neumocócica polisacárida: administrada a toda la población de 65 años y más, la cual los protege de la enfermedad invasora causada por el *S. Pneumoniae*. Esta vacuna es sólo 1 dosis en la vida y la puede solicitar la persona mayor en cualquier vacunatorio, las personas que se encuentran en situación de dependencia severa tienen derecho a ser inmunizados en su domicilio (MINSAL, 2013).

Programa nacional de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM)

Permite acceder a la entrega de alimentos fortificados con micronutrientes, para mantener y mejorar el estado nutricional de los beneficiados, con el fin de mejorar su calidad de vida.

El beneficio es un componente del programa de salud del adulto mayor y se vincula con otras actividades de medicina preventiva y curativa: promoción del envejecimiento saludable, mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad física y síquica.

Los alimentos entregados por el PACAM, en cantidad de un kilo mensual, son:

Crema Años Dorados: producto en polvo para preparar una crema instantánea con base en cereales y legumbres; es baja en sodio, libre de colesterol y está fortificada con vitaminas A, B, C, E, D y ácido fólico (que fortalece el sistema inmune, la cicatrización, mantiene o mejora las funciones cognitivas, mejora el ánimo y aporta antioxidantes). Contiene calcio, zinc, hierro, fósforo y magnesio (para evitar la anemia, osteoporosis e infecciones). Cabe destacar que desde este año el formato de entrega es de 500 grs con el fin de que la persona mayor pueda elegir dos sabores distintos.

Bebida láctea Años Dorados: producto en polvo para preparar una bebida láctea instantánea. Elaborada en base a leche y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, reducida en lactosa. Para hacerla más saludable, se ha reducido en el contenido de grasa y sodio, está fortificada con vitaminas B12 y C, calcio y ácido fólico. Su consumo es diario, y puede ser ingerida sola o con agregado de cereales (avena, harina tostada y otros que indique un profesional de la salud).

Son beneficiarios del PACAM las personas mayores inscritas en FONASA o que, siendo beneficiarios del programa de reparación y atención integral de salud (PRAIS), pertenezcan a ISAPRE; de acuerdo a los siguientes grupos:

De 70 años y más.

Entre 60 y 70 años que se encuentren o hayan terminado tratamiento antituberculoso.

Entre 60 y 70 años, que se encuentren en establecimientos de larga estadía (ELEAM) que cuente con la autorización de la SEREMI de salud correspondiente.

Entre 65 y 70 años que pertenezcan o hayan pertenecido al programa Chile solidario, ingreso ético familiar o programa vínculos, aun cuando pertenezcan a ISAPRE.

Entre 65 y 70 años que, de acuerdo al examen anual de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM), estén clasificados como autovalentes con riesgo, riesgo de dependencia o dependientes (MINSAL, 2016).

Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa

Este programa constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha, tanto en los establecimientos de atención primaria dependiente de los municipios como en aquellos que dependen directamente de los servicios de salud.

El programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o

multidéficit, según índice de Barthel; y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

El objetivo principal del programa es otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico, emocional y social, mejorando así su calidad de vida, potenciando su recuperación y rehabilitación.

Se debe atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia. Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa. Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado. Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa.

La atención domiciliaria de personas con dependencia severa es definida como “el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio, para atender sus problemas de salud”. Estas actividades son realizadas por el equipo de salud de los centros de salud de atención primaria, debiendo estar inscritos en él y ser beneficiarios del sistema público de salud. Estas prestaciones son entregadas en forma independiente de la edad de la persona afectada y que necesariamente debe incorporar a los demás integrantes de la familia y agentes comunitarios como cuidadores. La metodología utilizada se complementa con una visión biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al modelo de atención con enfoque familiar.

El programa cuenta con dos componentes:

1.- Atención domiciliaria integral: una de las acciones que debe ser realizada por el equipo de salud, corresponde a la visita domiciliaria integral, la que se define como la atención integral de salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo,

considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Es realizado por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia o del usuario. Permite establecer una interacción con uno o más miembros de la familia, con el cuidador y su entorno; tendiente a lograr un mejor conocimiento y apoyo para el enfrentamiento de los problemas bio-psico-socio-sanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral.

Las personas que se encuentren institucionalizadas podrán recibir atención domiciliaria siempre y cuando se encuentren inscritas en un centro de salud.

El equipo de salud deberá contemplar 2 visitas domiciliarias integrales en el domicilio del usuario, las cuales serán efectuadas por enfermera u otro profesional, para actualizar estado clínico del paciente. En la primera visita se debe establecer el plan de intervención para en la segunda efectuar una valoración de dicho plan. Por otra parte, el equipo, de acuerdo al plan de tratamiento y/o cuidados, determinará acciones mensuales de seguimiento y/o tratamiento.

Los beneficiarios del programa recibirán visita domiciliaria integral, visita domiciliaria de tratamiento y/o procedimiento y visita domiciliaria de seguimiento.

2.- Pago a cuidadores: su objetivo es retribuir monetariamente a la persona que realiza la labor de cuidador de personas con dependencia severa a través de todo el ciclo vital y que cumpla con criterios de inclusión (usuario con dependencia severa según Índice de Barthel, beneficiario de fonasa A-B, de lo contrario se toma en consideración la información del registro social de hogares) y compromisos adquiridos (ser capacitado por el equipo de salud, salud compatible, tener a su cargo a no más de tres personas si es familiar directo, ser incluido en el plan de cuidados del usuario y cuidador e informar del cambio de domicilio) (MINSAL, 2014).

Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO)

Es necesario dar cuenta de la forma de resolver las necesidades de las personas en situación de dependencia severa y sus cuidadores a nivel local, por lo que a continuación se expondrán algunas de las prestaciones municipales. DIDECO de la comuna de Pedro Aguirre Cerda dispone de una oferta programática y de servicios sociales. Los cuidadores y sus familiares en situación de dependencia severa cuentan con el apoyo del departamento de acción social, el cual tiene como objetivo facilitar el acceso de los vecinos a la red de subsidios y ayudas que otorga el municipio a través del registro social de hogares, que depende del ministerio de desarrollo social. También apoya a las personas que carecen de recursos para enfrentar sus necesidades básicas y entrega materiales e insumos de primera necesidad a familias que sufren situaciones de emergencia.

Este departamento presta apoyo a través de los siguientes programas: apoyo para exámenes médicos, insumos médicos, pañales (adultos), productos farmacéuticos, servicios funerarios, cofinanciamiento para la adquisición de mediaguas, apoyo para obtención de subsidios, entrega de ayudas técnicas para discapacitados, apoyo en la adquisición de alimentos complementarios, enseres básicos, transporte en traslado de deudos y servicios relacionados con el registro social de hogares (RSH).

Capítulo III: Marco Metodológico

La metodología que se utilizó en la presente investigación corresponde a un estudio de carácter exploratorio descriptivo, debido a que es un fenómeno poco estudiado, pese a que existen investigaciones en las cuales ha sido abordado el cuidado masculino, en términos generales éstas dan cuenta del cuidados de niños y no de personas mayores en situación de dependencia severa en el ámbito específico de las ciencias sociales.

Hernández, Fernández y Baptista 2014, señalan que este tipo de estudio es útil cuando la revisión de la literatura revela que sólo hay líneas de trabajo levantadas, pero no investigadas, e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, cuando se desea indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

La investigación, es a su vez, no experimental, ya que no se realizó una manipulación deliberada de las variables a estudiar, sino que se efectuó una observación del fenómeno tal cual y como se presenta en la realidad, en un momento dado del tiempo.

Se utilizó el paradigma constructivista, bajo un enfoque cualitativo, donde la técnica para recabar la información fue entrevistas semiestructuradas. Lo anterior, dado que desde esta mirada teórica es posible analizar las experiencias en torno al cuidado de los sujetos, generando consensos en torno al fenómeno a estudiar a partir de sus lenguajes orales y simbólicos.

Marco Metodológico Cualitativo

Metodología

La investigación con metodologías cualitativas, a juicio de los autores Hernández, Fernández y Baptista (Hernández et al., 2014). Se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. Se utiliza el enfoque cualitativo cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados, que para

efectos de esta investigación es la construcción de masculinidad en hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa. Uno de los principios en los que se basa la investigación es la flexibilidad, se debe dejar que la realidad hable por sí misma y no se distorsione por juicios, hipótesis o teorías previas del investigador, a pesar que en los resultados se imbrica el sujeto investigado con las vivencias del investigador. Lo anterior implica que existe una relación entre el investigador y su objeto de estudio, producto que existe una relación permanente entre la realidad de la persona y el entorno que la rodea, así como su interacción entre uno y otro. Se asume además que la realidad social es dinámica.

Enfoque teórico metodológico o perspectiva

El enfoque o paradigma que se utilizó en esta investigación es el constructivismo, el que se interesa en cómo se crean las significaciones y cómo se construye la realidad. Dicho paradigma plantea que la realidad es entendida como una verdad que no es posible de ser descubierta, sino que se construye, es un producto de prácticas discursivas complicadas.

Desde este enfoque la realidad es múltiple, construida, holística y divergente, por lo que no hay forma tangible, única y fragmentable.

El conocimiento se relaciona con la experiencia conocida, es la comprensión de cómo se construye el mundo. Se plantea que no existe observador alejado de la observación, es decir, existe un vínculo entre el investigador e investigado, por lo tanto, los resultados son creación del proceso de interacción de ambos y se construyen por la experiencia (Flores, 2009).

Se pretendió establecer explicaciones o aproximaciones a la construcción de masculinidad en hombres cuidadores en un contexto y tiempo determinado, buscando consenso en los discursos de los entrevistados, siendo una construcción colectiva desde

el lenguaje. De ahí también que en marco teórico de esta investigación se haya incluido a Berger y Luckmann para explicar cómo se construye socialmente la realidad.

Estrategias de recopilación/ producción de información

Debido al enfoque paradigmático la estrategia de recopilación de información fue el análisis de los discursos de las personas entrevistadas, ya que esto permite comprender la construcción de masculinidad de hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa. La idea era construir consenso desde los discursos, estandarizando éstos y construyendo una historia colectiva.

Técnicas de investigación

La técnica de la investigación que se utilizó fue la entrevista semiestructurada debido a que se requiere comprender las experiencias, opiniones, valores, creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida y percepciones respecto a la construcción de masculinidad en hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia (Valle, 2014). Se dispuso de un guión que recoge los ejes temáticos a tratar durante la entrevista, lo que permitía además la flexibilidad de plantear nuevas preguntas en la medida que se considere necesario, pedirle al entrevistado que esclarezca situaciones o profundice en un tema relevante.

Las dimensiones que se investigaron con este instrumento fueron:

- 1.- Envejecimiento y vejez
- 2.- Masculinidad
- 3.- Cuidados
- 4.- Cotidianidad
- 5.- Políticas Públicas

Desde estas dimensiones se realizó posteriormente el análisis de los resultados de la entrevista estableciendo subcategorías.

Selección de contextos/decisiones muestrales

Las entrevistas semiestructurada se realizaron a hombres de 55 años o más cuidadores de familiares en situación de dependencia severa, que llevarán tres o más años ejerciendo el rol de cuidador principal. El criterio de edad se toma con base a resultados del estudio nacional de dependencia de personas mayores, el cual plantea que el promedio de edad de los cuidadores familiares fluctúa entre los 64.4 años para los hombres y 53.1 años para las mujeres (SENAMA, 2009). Cabe destacar que dicho estudio señala que el 50% de los cuidadores tiene 52 años o más y el 30% tiene 62 años o más. Los hombres cuidadores fueron quienes proporcionan la información necesaria sobre la construcción de masculinidad, los cuales fueron contactados vía telefónica y por medio de la base de datos de los distintos centros de salud familiar del programa de atención domiciliaria de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, a los cuales se les invito a participar de la entrevista de forma voluntaria.

El número de personas a convocar fue de 12, debido a que hombres cuidadores de 55 años o más son muy pocos en la comuna donde se realizó la investigación. La duración de la entrevista fue de alrededor de una hora y se realizaron en el domicilio del entrevistado, teniendo como referencia que sí manifestaban intención de asistir al centro de salud familiar, también estaba dicha posibilidad. En la práctica las personas solicitaron siempre la asistencia a su domicilio, producto de su trabajo en relación al cuidado, dado que no existía un cuidador de respiro que se hiciera cargo de la persona en situación de dependencia severa mientras el cuidador asistía a la entrevista. Además, asistir al domicilio del entrevistado permitió observar su ambiente cotidiano, información también relevante para la investigación.

Tabla N° 4

Muestra

| N° Entrevistado | Edad | Estado civil | A quién cuida | Tiempo de cuidado |
|-----------------|------|--------------|---------------|-------------------|
| 1 | 55 | Separado | Hijo | 20 años |
| 2 | 86 | Separado | Hermana | 6 años |
| 3 | 73 | Casado | Cónyuge | 7 años |
| 4 | 60 | Casado | Cónyuge | 5 años |
| 5 | 60 | Soltero | Madre | 3 años |
| 6 | 86 | Casado | Cónyuge | 8 años |
| 7 | 77 | Casado | Cónyuge | 4 años |
| 8 | 61 | Soltero | Madre | 3 años |
| 9 | 64 | Soltero | Padre | 8 años |
| 10 | 78 | Casado | Cónyuge | 4 años |
| 11 | 89 | Casado | Cónyuge | 6 años |
| 12 | 80 | Casado | Cónyuge | 5 años |

Elaboración propia

Procedimiento de registro según técnica de investigación

Las entrevistas semiestructuradas fueron grabadas, producto de lo importante que es el análisis del discurso de cada entrevistado, ya que se gana en el registro fidedigno, existiendo una fluidez conversacional. Posteriormente las grabaciones fueron transcritas quedando como documento de trabajo, manteniendo la confidencialidad de los entrevistados por medio de la utilización de nombres falsos o letras determinadas.

Frente a los comportamientos que llamaron la atención a la entrevistadora se tomaron notas en la realización de las entrevistas, debido a que el lenguaje no sólo es verbal, sino que importan los comportamientos y actitudes de las personas entrevistadas.

Metodología, estrategias y técnicas de análisis e interpretación

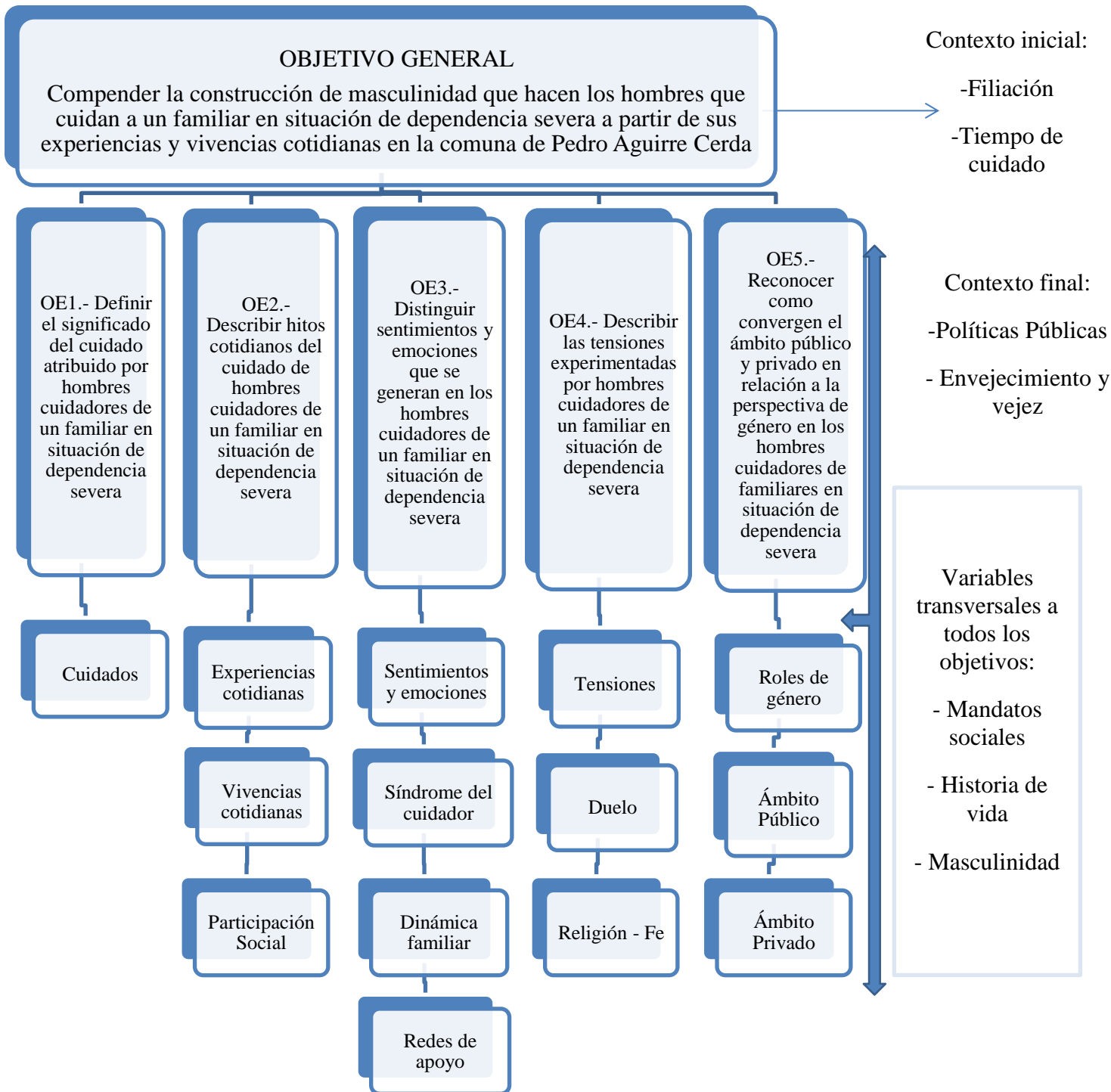
A partir de la revisión bibliográfica se definen los conceptos más importantes para la investigación a partir de los objetivos, tanto el general como específicos.

Posterior a la transcripción de las entrevistas, se elaboró una matriz de análisis a partir de categorías y dimensiones que guiaron la elaboración del instrumento, la cual se presenta en los resultados de la investigación.

Se realizó una búsqueda sistemática y reflexiva, organizando la información obtenida por medio de los discursos en categorías que se presentan a continuación, sintetizando y consensuando los relatos de las personas entrevistadas a partir de las percepciones y sensaciones de los entrevistados, desde ahí se realiza la codificación. Con el fin de constatar tendencias, patrones (Flores, 2009).

Tabla N°5

Matriz de análisis



Dado que paradigma de la investigación es el constructivismo, tal como se dijo en párrafos anteriores, el análisis y la interpretación de los resultados se realizó a partir de estos postulados.

Plan de trabajo

Fases de la Investigación

Fase I

Con el fin de contextualizar la investigación se realizó un análisis exhaustivo de bibliografía y revisión de páginas de internet que abordan el tema de manera actualizada.

El propósito de lo anterior era permitir un acercamiento preliminar a la realidad a estudiar y la construcción de un marco teórico que posteriormente permitiera guiar la investigación. Además de conocer datos cuantitativos respecto al envejecimiento poblacional en América Latina, Caribe y Chile. Se revisó información respecto a género, masculinidad, dependencia, cuidados, cuidadores, políticas públicas, entre otros.

Fase II

Para comprender la construcción de masculinidad que realizan los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa se realizaron entrevistas semiestructurada, esta técnica permitió conocer la construcción de masculinidad en profundidad y proporciona información rica. La cual es válida en la medida que el estudio es de carácter exploratorio descriptivo.

Fase III

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a analizar los datos, desde la perspectiva de los objetivos de investigación, de manera de extraer las ideas más importantes, para luego compararlas con los antecedentes teóricos y conceptuales, construyendo finalmente las conclusiones de la investigación. Todo lo cual conforma el informe final.

Enfoque y procedimientos éticos

En la investigación cualitativa se deben asegurar ciertos criterios de calidad del estudio los cuales son asumidos por cualidades de fiabilidad y validez, debido a que son importantes al momento de generar información. Debiendo asegurar la sistematización y el rigor metodológico.

La fiabilidad da cuenta de que las respuestas son independientes de las circunstancias o hechos azarosos de la investigación y la validez tiene que ver con la forma en que la información es interpretada de forma correcta. Con el fin de asegurar el suficiente y necesario criterio de validez se utilizó la saturación de la información, la que pretendía reunir con evidencias y pruebas que constaten la credibilidad de la investigación realizada por medio de la revisión del proceso y procedimientos involucrados o repitiendo nuevamente los pasos ejecutados en el estudio a fin de comprobar que los resultados se mantienen, es decir, realizando la cantidad de entrevistas necesarias para corroborar que no existen nuevos hallazgos en la investigación, debido a que los discursos de los entrevistados se reiteran (Flores, 2009).

Los problemas éticos no se encuentran ajenos a la investigación en la medida que se estudia a personas, por lo que se les informa a éstas el objetivo de la investigación, la forma en que se recolectan los datos, la confidencialidad de la información que se recibió y que ésta se utilizó sólo para fines académicos, con el fin de que ellos fueran capaces de decidir si deseaban o no participar de la investigación, por lo tanto, se les pidió a los entrevistados que firmarán un consentimiento informado, el cual da cuenta de lo mencionado con anterioridad.



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
Magíster en Intervención Social



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la satisfacción de los Derechos y Deberes de los usuarios que participaran de forma voluntaria en la investigación *“Construcción de masculinidad en hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa inscritos en los Cesfam de la comuna de Pedro Aguirre Cerda”* como instrumento favorecedor del correcto uso de la información para fines de investigación y académicos.
Yo _____

Expongo que he sido debidamente informado(a) por la investigadora, en entrevista personal realizada el día de hoy, que de forma voluntaria acepto participar de la investigación, accediendo a entrevistas y grabaciones.

He recibido además todas las explicaciones verbales, sobre la naturaleza y propósitos de esta investigación, habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido. Y he quedado en conocimiento de lo que implica la entrevista y la participación en la investigación.

Manifiesto que he entendido y estoy satisfecho de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre la investigación y entrevista. **Y OTORGO MI CONSENTIMIENTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE** para participar en la investigación. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento. Y que se me ha expuesto que el manejo de la información es confidencial y será resguardada por la investigadora.

Firmo este documento como manifestación libre de mi voluntad para participar en la investigación.

Nombre y firma participante

Paz Fuentes Vidal

Trabajadora Social, candidata a Mg
en intervención social.

En caso de tener alguna pregunta respecto a la investigación, podré comunicarme con la investigadora responsable Paz Fuentes al teléfono 223965543 – 931864324.

Capítulo IV Resultados de la investigación

Con base a lo mencionado en el capítulo anterior la información se levantó desde las 12 entrevistas semiestructuradas realizadas a los hombres cuidadores a partir de sus discursos.

Por lo tanto, este capítulo da cuenta de los resultados y hallazgos obtenidos desde los relatos de los hombres cuidadores.

Tal como se planteó anteriormente se realizan doce entrevistas a hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa de la comuna de Pedro Aguirre Cerda. A continuación se presenta el análisis de éstas, de acuerdo a cada concepto considerado, relevado a propósito de los objetivos de la presente investigación.

Dentro del contexto inicial de la investigación surgen dos categorías que son transversales a los objetivos, ésta son: filiación y tiempo del cuidado.

Filiación

El concepto filiación está referido a la persona que el hombre cuida. Se trabajó este ítem cuantitativamente para facilitar la comprensión del fenómeno, pero no implica una representatividad de la muestra, dado su carácter cualitativo.

En este sentido se puede afirmar que más de la mitad de los cuidadores brinda el cuidado a sus cónyuges, lo que equivale al 58,3% de los casos. El 25% de los cuidadores ejercen ese rol cuidando a sus padres. Un caso, que corresponde al 8,3% cuida a su hermana y otro caso, 8,3%, cuida a su hijo.

Tiempos de cuidado

Si bien las entrevistas realizadas tuvieron como criterio de elección a cuidadores que llevarán más de tres años en este rol, también se trabajó este criterio cuantitativamente para facilitar el trabajo, no obstante, se insiste que no es representativo de la población.

De este modo, se constató que la mitad (50%) de los entrevistados refieren llevar entre 3 y 5 años ejerciendo el rol de cuidador principal. El 42% llevan entre 6 y 8 años. Y sólo un cuidador lleva 9 años o más ejerciendo este rol, lo que corresponde al 8% de los hombres entrevistados. Cabe mencionar que este hombre cuidador se hace cargo de su hijo que tiene 20 años.

Con base al objetivo específico N°1 Definir el significado del cuidado atribuido por hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.

Se desprende la siguiente categoría: cuidados

Cuidados

En lo que respecta al cuidado, se les preguntó a los entrevistados sobre cómo lo definían, resultando que lo asocian a tareas concretas relativas a la preocupación constante por quienes cuidan.

Se puede afirmar que para la mayoría de los hombres cuidadores, el cuidado tiene que ver con el apoyo en realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Relacionando el cuidado con la ingesta de fármacos, muda, higiene, vestimenta, alimentación, entre otros.

“Eeeee en darle la alimentación y la limpieza porque (silencio largo)”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Eeee bueno todo poh, en el sentido de mantenerla en casi todo lo que hay que hacer, o sea todo lo que tengo que hacer, tengo que mudarla, limpiarla, darle las comidas, todo, todo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“ Bueno, esto consiste eeee en la mañana dejarle el desayuno preparado porque yo salgo muy temprano, tengo que ir a una actividad temprano, le dejo el desayuno preparado, a las ocho la llamó por teléfono para que se tome sus remedios a las ochos y se tome el desayuno, a las nueve la llamo porque le tocan otros remedios y después llevo eeeee lo que hay que hacer aquí en la casa, le preparo el jugo, le preparo la colación a las once, a veces la baño, le cuesta levantarse, entonces como yo tengo problemas en la rodilla también”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Bueno la levantaba antes, ahora lo hace mi hija, la levantaba, la bañaba, la vestía y todo lo del día poh, ir a comprar, hacer almuerzo, todo, todo, todo lo hacía yo”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“No, yo la muevo, le saco, si se mea o se hace cacu, también hay que limpiarla”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

La otra definición de cuidado obtenida por medio del consenso en los discursos de los entrevistados tiene que ver con el sentido de responsabilidad de la persona cuidada. Queda de manifiesto la preocupación por el bienestar y protección de la persona en situación de dependencia severa, lo que puede estar directamente vinculado con los afectos, a su vez, el bienestar y protección genera tranquilidad en el hombre cuidador.

Existe una relación de poder, la que queda en evidencia en la responsabilidad del cuidado, esto implica que se explicita una masculinidad donde es el hombre cuidador quien toma todas las decisiones, responsabilizándose de su familiar, invisibilizando a la persona cuidada y restándole autonomía. Como hipótesis uno podría plantear que se invisibiliza a la persona en situación de dependencia severa como sujeto de derechos, visualizándola como un objeto. Cabe agregar que no todos los hombres son conscientes de que son cuidadores, algunos se nombran como tal y otros lo consideran parte de su responsabilidad, tal como se explicitó en el párrafo anterior.

“Bueno eeeee asumir en el aspecto de que soy el único responsable de ella, aaaa pero lo hago con mucho cariño yyyyy dedicación”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Entonces constantemente tengo que estar ahí, de echo en las noches yo vengo a darle una vuelta, entonces yo la veo bien y estoy tranquilo, si yo la veo mal no estoy tranquilo, estoy nervioso”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Mire si es como le digo, debe ser más por el cariño por el amor, por la costumbre que uno tiene, no se hace problemas”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Bueno en todo caso, al ser pagado es una cosa que uno viene por el día o por la noche y le hace sus necesidades al paciente o al enfermo, pero en el caso de un familiar es otra cosa, es con cariño, es tratar de hacerle todas sus necesidades, que no sufra nada, y lo que falte tratar de hacerlo como sea”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“Bueno en el caso mío fue tan paulatinamente, de a poco, no me di cuenta de cómo me convertí en el cuidador de un enfermo postrado”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

Con base al objetivo específico N° 2 Describir hitos cotidianos del cuidado de hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.

Se desprenden las siguientes categorías: experiencias cotidianas, vivencias cotidianas y participación social.

Experiencias cotidianas

En las entrevistas las experiencias de la vida cotidiana fueron entendidas como forma de aprendizaje frente al fenómeno del cuidado. Los discursos de los entrevistados dan cuenta de un proceso de aprendizaje al cual se han sometido los hombres cuidadores, debido a que se encuentran con su familiar en situación de dependencia severa, al cual no saben cómo abordar, como tratar, debido a que no cuentan con conocimientos técnicos ni preparación previa, por lo que en el ir haciendo van aprendiendo, por ensayo y error, por lo tanto, los hombres cuidadores son sumamente creativos en la atención de su familiar, en la medida que buscan diferentes estrategias para lograr el máximo bienestar de la persona cuidada y mantener el control de la situación.

“O sea, por eso le digo, uno va aprendiendo, tiene que ir aprendiendo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Yo no lo hayo difícil, a esta altura no se me hace difícil, porque, porque como yo aprendí a programar en las cosas, yo me programo, para mí ya no es problema, me programo y digo esto esto y esto voy hacer, así, pero yo sé que para muchas personas es difícil”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Aprender una cosa que no tenía la menor idea que era, claro que para mí antes era no... no solo cuidar a un enfermo, pero ahora veo que es tan difícil y hay que digamos, sobre todo en el caso mío ingeniárselas, ver cómo se puede hacer, porque si no se tienen conocimiento y si no se sabía nada, hay que improvisar”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“Una experiencia que se aprende con el transcurso de los años con un hijo así”

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Es una experiencia, una como le dijera yo una experiencia, no le voy a decir que horrible, no porque bonita experiencia en la vida”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Claro, porque he tenido que improvisar cosas que yo no tenía la menor idea, entonces, felizmente digamos yo soy practico, digamos, veo una cosa que no resulta, busco otra manera y la soluciono”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“En serio, porque uno no está preparado para eso y el ser humano como que asume esto y se prepara, porque yo no tenía idea, fui aprendiendo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Claro, claro, lo que sí que ahora, me enseñó el mismo doctor el Bolbaran me dijo, Eric preocúpate un poquito de ti, tú no estás bien, ya dos veces con neumonía, del año pasado, en Agosto me toca el control y yo considero que estoy bien”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

Vivencias cotidianas

Las vivencias cotidianas fueron entendidas como los acontecimientos que suceden en el día a día de los hombres cuidadores. Los cuales guardan estrecha relación con la categoría del cuidado, debido a que los hombres relacionan esta categoría con las acciones del cuidado, lo cual no explicitan, pero sí queda de manifiesto en sus relatos.

Sin embargo, son capaces de visualizar que en ocasiones deben postergarse y dejar de hacer de hacer sus cosas por escasas de tiempo, debido a que están prácticamente todo el día con la persona en situación de dependencia, existiendo una preocupación y dedicación exclusiva. Lo que implica que los hombres cuidadores dejen sus aspiraciones personales por el bienestar de la persona cuidada.

“Y eso, porque hay días que me toca quedarme con él, todo el día, prácticamente estoy todo el día con él”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Muchas veces pasa una semana y no me puedo afeitar, no no no me da el tiempo y eso que me levanto a las siete de la mañana”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“A sí, claro, ahora ella es totalmente dependiente, o sea tengo que ayudarla en absolutamente todo, en todo. Ni siquiera, ahora ella está en cama, ni siquiera la puedo sentar en silla de ruedas”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Yo, yo, si poh, yo todo lo veo a sus horas también, yo me levanto en la mañana, la limpio, le doy su leche, después le doy los remedios y así poh, así voy durante el día, dándole a las horas, lo que tengo que darle la la”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Comúnmente lo hacemos cuando Luisa está durmiendo, en la tarde, por decir, ahora parece que ya se quedó”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Yo tengo que hacer todo, yo empiezo en mi casa por mi pieza haciendo aseo, a ella antes que nada seis y media, siete de la mañana, yo tengo que hacerle aseo, lavarle sus manos, su carita, si ella tiene que hacer algo estomacal, tengo que hacerle todo, limpiarla, dejarla lista y después de eso hacerle el desayuno”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Yo la limpio todos los días, yo estoy preocupado de ella, tengo que hacer el almuerzo, que coma, porque tiene que saber comer”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Sí, despierta tipo cuatro, cinco de la mañana me dice estoy perdida, porque me tení aquí, yo me quiero ir a mi casa, entonces le digo pero mamá si ya bueno, yo no lo digo lo contrario, sino que le digo viejita no te preocupí más tarde vamos, si nos vamos a ir, entonces después ella se queda dormida y se olvida”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Sí, tuve que dejar todo de lado por dedicarme a ella veinte cuatro siete, dejar el trabajo y todo, todo, porque a ella hay que cuidarla todo el día”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Lo lavo en su cama, con agua caliente, todos los días, pero todos los días. Si usted lo revisa no tiene ningún mal olor”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Sí, sí a veces me cuesta mucho. Eso ya, a la hora de almuerzo yo hago el almuerzo, a veces mi hijo me trae almuerzo, pero cuando no está yo preparo el almuerzo para dos días. Almorzamos si en la cocina, que se levante a la cocina, en realidad al comedor allá adentro yyy después prepara sus remedios, le doy su postre, sus cosas y después se acuesta, después toma once en la cama, pendiente de que se tome los remedios. Igual ella va al baño sola, hay que acompañarla, ayudarla un poquito para que llegue al baño, pero ella va sola”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Sí, si, bueno es que es un cambio total, me complica, porque me toma tiempo, casi todo el día, entonces es muy complicado”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

Participación Social

Para efectos de la entrevista se entendió la participación social como la participación en algún grupo u organización comunitaria. Donde los hombres cuidadores tuviesen sentido de pertenencia.

Los hombres entrevistados dan cuenta de una pérdida de su vida social, la cual se encuentra asociada a una sensación de postergación de sus intereses personales en post del bienestar de quien cuidan.

Queda de manifiesto que existe cierta ambivalencia en las respuestas respecto a cuánto les afecta el no tener participación social, por ejemplo, no me afecta pero he perdido o echo de menos algo.

Finalmente se podría afirmar que existe una sensación de resignación frente a la realidad e implicancias del cuidado, acompañado de la desesperanza producto del estado de salud física y/o mental de la persona cuidada.

“Es que es como le contaba yo, en mi vida personal yo la verdad es que cuando he querido salir, no he podido”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“No, es que no tengo tiempo hijita para hacer esto, tiene que atender nomás la casa”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Pero eeeee nooooo no me siento afectado si, el que quiere comprender comprende y el que no me quiere comprender me da eee exactamente lo mismo, es lo que le digo yo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Pucha, la perdí toda”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“ Es que, que, que yo no puedo hacer nada, tengo que aceptarlo así como es, a parte de lo psicológico que me pasa no hay nada más”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Ahora nada, desde que mi señora cayó enferma nada, no he podido hacer nada”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Es que no puedo salir, no puedo nada (sonríe) me afecta en todo, en ese sentido, no puedo ir al cine, no puedo ir a ver un partido de futbol, pero felizmente esta la tele”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“Que tenga que postergarlo todo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Y lo único que he perdido y que echo de menos yo creo que es una cancha o ir a correr, porque me encantaba ir a correr, pero..... pasa”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“No poh, no poh, claro que es más complicado, se pierde eso de ir a fiestas, a ver partido que me gustaba ir a ver el futbol con mis amigos y ahora no se puede poh”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“No, no me aburro, me acostumbre, no nada. Ya me acostumbre a estar solo los dos”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Sí, tonces, no no tengo hartito como le digo conocidos, pero vida social, no, con la pura familia nomás”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Rodrigo, no quiero, porque no corresponde, porque es mi hijo, he perdido eso, a lo mejor, a esta edad todavía puedo tener polola, he perdido muchas citas”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

Con base al objetivo específico N° 3 Distinguir sentimientos y emociones que se generan en los hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.

Se dependen las siguientes categorías: sentimientos y emociones, síndrome del cuidador, dinámica familiar y redes de apoyo.

Sentimientos y emociones

Las emociones se entienden como reacciones inconscientes frente algún estímulo, son espontáneas, más pasajeras que los sentimientos, los cuales se entendieron como una emoción consciente y explícita, en el fondo tomando sentido de lo que se siente, son más duraderos que las emociones.

En los discursos de los entrevistados la emoción que más se reitera es la tristeza, el sufrimiento o dolor que provoca el tener a su familiar en situación de dependencia severa, se reitera la sensación de pérdida de la persona cuidada, en el sentido de que no es la misma persona que conocieron. Asociada a la tristeza está la soledad, la que se puede entender en la medida que en los discursos de los entrevistados estos develan no

contar con redes de apoyo, ni con sus familias, ya que el soporte económico no es visualizado como apoyo consciente y éste es entregado en la gran mayoría de los casos por los hijos de los cuidadores. Al no contar con redes de apoyo surge el sentimiento de pérdida de libertad.

“Soledad, un poco de soledad, mucha soledad, pero lo demás nada, no nada, mi personalidad sigue igual, no ha cambiado absolutamente nada”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“A veces me bajonea un poco, porque ella era muy activa, muy activa, ella participaba de una iglesia por ejemplo, habían almuerzos y ella era la cocinera de ahí, era como la maestra, participaba en todo, pero en todo. De repente verla así, a mí me da un poco de nostalgia así (se emociona) pero es la vida, es la vida así”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Sí, me da pena, no verla así botadita o sentadita ahí, no como antes, Carmen de antes”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Mmmm bueno, o sea, la la la, o sea estar retenido nomás, perder la libertad que tenía uno”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Eeeee triste, muy triste poh hijita”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“No, no, eso sí me da un poco de pena”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“(silencio) mucha pena (se quiebra) pero no les puedo pasar más. Cómo si ellos ganan más que uno”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

Se reitera el sentimiento de amor hacia la persona en situación de dependencia severa o familiar. Incluso en varios relatos se podría interpretar como un sentimiento de compasión hacia el sujeto de cuidado. El que podría desencadenar en una sobreprotección e incluso una invisibilización de la persona en situación de dependencia, lo que le quita autonomía a la persona como sujeto de derecho. En varios relatos se visualiza una negación respecto al estado de salud actual, a la enfermedad, la cual es parte del proceso debido a que el hombre cuidador constantemente se encuentra en un estado de crisis al interior de su familia producto del ejercicio de cuidados.

“Lo que más siento es que ella me necesita, porque no tiene a nadie más”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“(silencio) bueno él loooo, menos tareas en el sentido de que no, yo sé que está en cama, la verdad es que me duele verlo así, yo la verdad es que no quiero a Rodrigo postrado en cama, a mi cuando me pasaron.... eeee.... la silla de ruedas, cuando fuimos a la Teletón, nunca la quise, (Se quiebra y llora) bueno..... eeeee... y realmente nunca nunca he asumido (sigue llorando) que use silla de ruedas, pero ahora ya ná que hacer, na’ que hacer, ahora ya pura silla de ruedas y más cuidado”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo

“Y pero me alegraba algo de ella cuando estaba hospitalizada, papitoooo a todo lo que da eso sí, te amo, te amo, si siempre nos amamos los dos, entonces todas esas cosas a mí me hacen, me angustian, me angustian, no es la Luisa que yo conocí, es otra”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Yo siempre le digo, Pablo yo amo a mi nieta, a mi hijo, pero Rodrigo es un amor totalmente diferente, es algo que esta con uno. Entonces ahora, ahora, ya obviamente es un cuidado que uno no lo esperaba, no lo esperaba, pero igual tengo mucho miedo de lo que está viviendo él”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

El sentimiento de responsabilidad y obligatoriedad sobre el ejercicio del cuidado es reiterado, al igual que la apropiación o sentido de propiedad de la persona en situación de dependencia severa, por ejemplo, se me agravo. También se reitera el sentimiento de resignación frente a la situación de la persona en situación de dependencia severa. Llama la atención que los hombres se resignen, debido a que impresiona que en sus relatos no han aceptado el estado de salud de sus familiares.

“Antes estaba mejor, esto fue paulatinamente cambiando y donde se me agravo fue desde que ella sufrió eee como se llama, se fracturo el fémur y ahí ya se, totalmente dependiente, no la puedo sentar, no la puedo trasladar, está siempre en su cama clínica dormida”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Pero, en el fondo, siempre preocupado de él, porque el como él tuvo apnea, de repente se siente en la noche como que cuando....”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Si, si resignado, eso es”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Yo no lo voy a dejar nunca, nunca, osea.... Nunca”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Como obligado poh”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Me da pena poh (se quiebra) me da pena, me da pena de que ya está apagándose la velita, pero bueno, no hay que llorar, uno tiene que acostumbrarse nomas, si ella se tiene que ir y ese momento va a llegar poh. Porque por los años, porque esta postrada”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

Síndrome del cuidador

El síndrome del cuidador es entendido cómo la sensación de estar superado por el cuidado que se realiza tanto a nivel físico como mental, generando eventos estresantes en el cuidador, lo que puede redundar en cuadros depresivos u otra enfermedad psiquiátrica.

En los relatos de los cuidadores queda de manifiesto que éstos desean hacer otras actividades que no sea el cuidar, manifiestan deseos de salir, escapar, volver a su rol masculino, no obstante, también hablan de la responsabilidad de cuidar y de que ellos son los mejores realizando el ejercicio de cuidados de su familiar en situación de dependencia severa. Es interesante también que algunos cuidadores utilizan un lenguaje agresivo cuando tienden hablar de las acciones que realizan para la persona cuidada, pese a ello, explicitan que nunca los han violentado físicamente, sí verbalmente, aunque no es visualizado como un síntoma de estrés o como violencia. Si el hombre cuidador le da una connotación negativa al ejercicio del cuidado esto repercute en su salud mental, lo cual podría ser un perjuicio para la persona cuidada en la medida que no recibe el cuidado esperado.

Se infiere que muchos de los cuidadores requieren espacios de respiro, aunque no lo digan expresamente. La dedicación exclusiva al cuidado provoca aislamiento, los hombres cuidadores ocultan su sufrimiento y eso aumenta su fragilidad, la que se puede manifestar en aislamiento social y afectivo.

Es preciso relevar que en los relatos existen contradicciones, por ejemplo no se agotan, pero se estresan.

“ No poh, no me ofrecen ayuda, aquí mi hermana, aquí me ayuda a veces, hacerle aseo, mis hijas que están aquí, que se cambiaron para acá al lao´ me ayudan a veces, pero es que yo lo hago mejor solo, por ser, limpiarla a ella, yo lo hago mejor solo y las comidas tengo que dárselas, así que no. No necesito ayuda poh. A veces se me ofrecen, pero les digo yo no, no, para que, si total puedo solo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Si desde que mi señora está enferma no hago nada, yo tenía ganas de estar trabajando”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“ He tenido muchos problemas, el problema eee como se llama esta palabra, he tenido muchos bajones porque he estado mmmm como dijera, eeee la palabra chilena, enjaulado, yo todavía me siento con mucho ánimo, me dan deseos de salir, de salir arrancando a veces, pero gracias a Dios que me he podido controlar en ese aspecto”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Es que, no ha sido agotador, lo que pasa es que estreso mucho”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Un poquito de frustración, frustración. Por eso le decía de repente cuando se pone muy complicada con su genio, con sus cosas me dan ganas de salir arrancando, correr, de salir de acá, de dejar todo, pero no lo hago, no no, no lo voy hacer”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Entonces cuando entro y la veo que esta tan tranquila la gritoneo y le digo Clarita, pero como, que es lo que necesitas”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“Bueno todos los de la familia somos así, así que es, más encima ahí son los problemas más grandes que tenemos, pero no como para llegar tampoco agredirse, imposible, tampoco hacerle algo a mi padre, menos”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Digamos, nunca le he levantado la mano”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

Dinámica familiar

En lo concerniente a la dinámica familiar esta guarda relación con la estructura, los procesos y las dinámicas relacionales. Tiene que ver con el cómo y entre quiénes son las relaciones de los integrantes del grupo familiar.

Llama la atención que en la mayoría de los discursos de los hombres entrevistados éstos realizan una diferenciación entre su familia de origen y la que ellos formaron (cónyuge e hijos).

Con base a los relatos de los entrevistados se puede afirmar que éstos visualizan a la familia de origen como indiferentes frente a su rol de cuidador, con relaciones distantes, pese a que la persona cuidada también es familiar de ellos. Así, plantean que no reciben ayuda, no son visitados, no les proveen de apoyo económico ni emocional.

“Yo creo que si Rodrigo no hubiera estado, yo tampoco le hubiera contado a mis hermanos, o sea lo hubiera vivido el que viene viene, el que supo supo y chao nomás, esa es mi familia por parte de uno y la familia que hizo uno, mis hijos, la mamá, creo que na’ que decir, na’ ná que decir, creo que un diez”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Luisa no tiene familia, desapareció totalmente, su madre, su padre, sus hermanos, todos desaparecieron”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Sobre todo porque hay muchos intereses por delante, entonces si como se llama, a dos sobrinas del hermano que falleció... tiita clarita, que esto, que esto otro, yo no estaba aquí, pero como ella ya estaba enferma la iban a venir a cuidar y atender, vinieron y arrasaron con todo, todo lo que tenía de valor se lo llevaron”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“Mi hermano mayor vive en Providencia y yo no existo para él”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Si poh, a mí me gustaría que todos cuidaran a mi mamá, pero si no tienen tiempo para cuidarla, como la van a cuidar, si por ejemplo como le explica que mi hermana nene el día domingo va a la iglesia y porque no viene el día sábado. Siempre ponen peros”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Así que queremos con mi hermana demandarlos a ellos, porque no aportan nada, nada, uno les pide un paquete de pañales y dicen que no tienen plata, todos tienen auto, hay una que vive aquí a una cuadra, que también tiene auto, pero no son capaces de venirlo a ver”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Porque no me visitan poh, ellos tienen plata hijita, tienen plata, ella tiene hermana, mis hermanos tienen plata, tienen hijos ingenieros, pero no visitan”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

Volviendo a la familia que ellos formaron se puede afirmar que la mayoría de los hombres entrevistados sí cuentan con el apoyo económico de sus hijos, lo cual es un factor protector en sus vidas en la medida que ayudan a cubrir las necesidades tanto del cuidador como la persona en situación de dependencia severa y debiese disminuir el estrés. A su vez, refieren tener buenas relaciones con sus hijos, quienes a parte de brindar apoyo económico, acompañan y se preocupan por ellos. Sin embargo, la percepción es que no se involucran en las tareas del cuidado.

“Ella es la que viene todas las semanas para acá y se preocupa si me falta algo lo consigue, eeeee eee vive preocupada de mí. El hijo no es tanto”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“No, no no no al contrario, hay una muy buena relación, él se preocupa mucho de los pagos de la casa, ya que la pensión de Luisa y mía es muy muy baja (sonríe)”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“No, en ese caso, no, no, mis hijas siempre me están comprándome cosas para ella”
Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Entonces ahí nosotros con mi viejita, pero mis hijos nos vienen a ver y no vienen así nomás, nos traen la mercadería, nos traen cositas y nos ayudan poh, cuando hay que comprar la receta y yo no alcanzo mi hija menor me dice ¿papá compraste la receta? si pero me faltó plata hija, entonces me dicen pásamela yo la compro”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Ellos me ayudan con dinero porque ellos trabajan”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Sí poh, sí. Yo cuento con todo el apoyo de ellos, si necesito algo me lo compran”.
Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

Redes de apoyo

Las redes de apoyo se entenderán como el soporte que recibe el cuidador en su vida cotidiana, ya sea a nivel primario, secundario o institucional, cabe destacar que la red de apoyo brinda protección social, lo que debiese disminuir la exclusión social y por lo tanto, el empeoramiento de la salud.

Desde la mirada profesional de la investigadora se observa que, en los discursos de los entrevistados se repite que sí cuentan con red de apoyo, ya sean las institucionales (municipio, CESFAM, hospital, programas de nivel central), los amigos, los vecinos, la comunidad, la iglesia y finalmente los cuidadores de respiro o pagados por la familia.

Esto impacta de forma positiva en el cuidador y en la persona en situación de dependencia severa, producto que aumenta la sensación de protección, compañía y cuidados. No obstante, en el discurso también es posible percibir que ellos no son conscientes de que existe esta red. Como se mencionó anteriormente, los cuidadores señalan contar con el apoyo de sus hijos, pero sólo desde un punto de vista económico.

Específicamente con los amigos o vecinos se puede afirmar que existe una proximidad que se genera por la relación que se da en el día a día, siendo también un apoyo o una red que los cuidadores no siempre la perciben como tal.

“Porque nosotros, nosotros lo logramos con Rodrigo, no la Teletón, nosotros lo hicimos como papá, mamá, familia, recorrimos hartos colegios para ejercicios, recorrimos muchos colegios, kinesiólogos, nos hicimos amigos de muchos kinesiólogos porque veían como éramos nosotros con Rodrigo, lo mismo el hospital, nos felicitaban a nosotros con Rodrigo porque siempre decían, ustedes siempre andan con Rodrigo para todos lados, les buscan colegio, para que él vaya aprendiendo más y eso lo fuimos adquiriendo por él nomás, así que igual feliz, feliz, feliz por todo lo que hemos logrado, seguir logrando algo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Sí, todos los lunes, ellos vienen a mi casa, vienen hacerme las oraciones, compartimos, tengo hermanas que pucha a veces necesito salir, yo las llamo y vienen en seguida, vienen a ver a mi señora, acompañarla y así lo hago”

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Me dijo que yo tengo que buscar mi bien, yo con ella estoy bien, me ayuda, me atiende y ningún problema. En la semana tengo como le dijera, eso de que viene el sábado y domingo y después la espero durante la semana, porque sé que va a venir, entonces no voy a estar tan solo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Sí poh, si poh, no ella viene siempre ayudarme en cosas, pero no es amiga con ventaja jajajajaja tampoco la necesito mucho”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“No, antes participaba, pero yo ahora no, a mi señora la vienen a ver todas las semanas, siempre la vienen a ver por lo menos un día”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Sí, todos los niños me reconocen, me cuidan. Es que crecieron al lado mío”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Todo el que manda la municipalidad es aquí contento, es sociable, un caballero, todo. Todos en el consultorio me ayudan porque yo soy un caballero todo. Ahí eso señorita Paz”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

Con base al objetivo específico N° 4 Describir las tensiones experimentadas por hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.

Se desprenden las siguientes categorías: tensiones, duelo, religión y fe.

Tensiones

Se entendió por tensión el estado en el cual una sobrecarga emocional produce diversas fuerzas o intereses contrapuestos, respecto a una situación puntual. En este caso, los cuidadosos.

Una de las tensiones que se identifican en la mayorías de los cuidadores tiene que ver con el adivinar o interpretar qué es lo que le sucede a su familiar, ya que varios de éstos no son capaces de hablar o identificar qué es lo que les duele producto de las patologías que tienen sus familiares en situación de dependencia severa, siendo los cuidadores quienes interpretan o tratan de interpretar que es lo que sucede a la persona cuidada, situación que genera altos niveles de angustia y estrés en el hombre cuidador.

Otro discurso que se reitera tiene que ver con la pérdida de memoria de los familiares que los hombres cuidan, es preciso mencionar que más de la mitad de las personas sujetos de cuidado han sido diagnosticadas con demencia, lo que trae consigo una sensación de tristeza en el hombre cuidador, debido a que no son reconocidos por el sujeto de cuidado y además se provoca cierta incertidumbre respecto al manejo de su familiar.

En la mayoría de los relatos los hombres cuidadores se vieron en la obligación de tener que dejar de trabajar para brindar cuidados a sus familiares, lo que podría ocasionar problemas económicos en el grupo familiar. Y además estos han dejado de manifiesto sus deseos de trabajar.

Otra tensión que se puede identificar con base a los relatos de los hombres cuidadores es el no tener con quien dejar a la persona en situación de dependencia, lo que genera preocupaciones en la mayoría de los cuidadores, es decir, no contar con cuidador de respiro.

Una tensión que está presente permanentemente en la vida de los cuidadores tiene que ver con el duelo o la muerte de la persona en situación de dependencia severa o de ellos.

“Sí, es muy doloroso tenerla amarrada, eso sí, es muy doloroso, muy doloroso, cuando estuvo hospitalizada eso si también la tenían amarrada a ella porque transmitía, transmitía, transmitía, ahí comenzó a transmitir, del año pasado, principio del año pasado”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Si poh, ha sido difícil, si, en el, en el este monetario, más que ella necesita más hay más gastos con ella”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Yyyyy y ha tenido reacciones, ahora por ejemplo, usted escucha, se queja, es algo que le duele pero no sabemos, porque no indica y lamentablemente nunca va a decir que le duele algo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Entonces uno debe ir adivinándole, que es lo que le duele”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Sí poh, tenía frío”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“No poh, es que como se llama, deje a mi hija siga ayudándola como pueda, ella es la única que necesita porque ella todavía estudia, desgraciadamente no pudo seguir estudiando lo que a ella le gusta que es danza moderna, alcanzo a estudiar tres años y medio y tuvo que congelar, no pierdo las esperanzas si de que, de empezar a trabajar de nuevo y ayudarla para que pueda terminar”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“Sí, últimamente pero cuando se operó de los años que le estoy diciendo, hace como un año, no o sea hace como unos meses que le paso entonces ahí ya no era problema para mí porque estaba consiente, entonces no me era tan difícil, la atendía yo, porque nos poníamos de acuerdo, ella me decía quiero hacer esto, porque no me llevái ‘y ya poh, pero ahora ultimo ya no”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Pero siempre tiene la preocupación uno de que esta solita, cualquier cosa, pero si hubiese otra persona en la casa estaría atendiéndola y yo más tranquilo. Pero bueno ya me acostumbre a eso”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“No, mire yo trato de tirarla pa’ arriba todos los días, no es lo mismo cuidar a una persona que está sana de mente a una que está en otra poh. Eso me produce cosa a mí, que no me conozca, el otro día no me conoció”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“No poh, no se puede, pero uno va acostumbrándose al ritmo, uno lo acuesta a las nueve a las dos de la mañana lo cambiamos, después como a las cinco lo cambiamos otra vez y ahí la pastilla se le pasa y empieza que tengo frío, que tengo esto otro, me siento mal, pero como uno ya sabe, puede ser que tenga un poquito de frío o un poquito de calor, porque nosotros le tenemos calientacama entonces, eso es, pero es que de despertar más temprano no, porque como duerme con esa pastilla”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“No, no uno tiene que adivinar o a veces tiene ganas uno lo sienta y se le olvida, ahí quedo poh. Entonces esas son las complicaciones que trae esa cuestión de enfermedad”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Sí, lo que pasa es que a veces me acostaba y no me quedaba dormido, me daban las tres, cuatro, cinco, pensando”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Sí señorita Paz, por eso yo, yo todo por eso tengo presión un poquito porque tengo mucho trabajo, preocupación, porque preocupa por mi señora me da pena verla así y también yo así trabaja y presión. Si señorita Paz”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge

Duelo

El duelo es un proceso que se vive a lo largo de la enfermedad que va a derivar en la muerte del familiar que se cuida. Es preciso mencionar en los relatos de la mayoría de los entrevistados existe cierta negación respecto a la enfermedad, que es contrario al temor de la muerte que también expresan, siendo una preocupación el no estar presente cuando ello ocurra.

La muerte, pese a la gravedad de las personas cuidadas, se ve como un fenómeno ajeno.

Se observa además una disposición de cuidar hasta el final de los días, en este sentido se podría hablar de una sobreprotección.

Se resalta el miedo a la muerte, se percibe y se observa. Incluso en aquellos que plantean estar sobrecargados, la mayoría no ve en la muerte una forma de descanso, tanto para él como para la persona cuidada, pese a que ningún entrevistado desea que la persona en situación de dependencia sufra. Llama la atención el temor a la muerte desde el apego, no hay hallazgos respecto al desapego, no es un tema que los cuidadores hayan identificado.

El duelo es entendido para los hombres cuidadores sólo como un proceso que finaliza con la muerte, no aluden al duelo que provoca la pérdida de las capacidades o autonomía de la persona con la cual se ha tenido una relación de larga data y ésta ya no es la misma persona con la cual se han vinculado durante su historia biográfica. Sino que se visualiza como sensación de tristeza o tensión.

“Yo el miedo más grande que tengo es que un día llegue y no este Rodrigo, yo creo que bueno, como todo papá el miedo más grande es ese, pero eeeee.....mmmmm... no no no pienso mucho en eso”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Sí, el otro problema que tengo, veo, pienso y me pregunto, si ella se me llega a ir, un día que tendrá que pasar por su condición, ¿Cómo voy a responder yo? Eso me da un poquito de miedo, de terror, en el aspecto en que estoy muy acostumbrado, son cincuenta y tres años, entonces estoy muy apegado a ella, entonces muy apegado y ella a mí, entonces no me imagino que se me vaya”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Incluso cuando estuvo a punto de irse para el otro lado eeeee yo nunca había visto a su mamá que dijera, lo que Dios quiera, si Dios quiere llevárselo que se lo lleve.... eee y yo dije no no no, no es que yo pelee con un Dios, pero yo siempre he dicho que quiero a Rodrigo y lo quiero como este”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Y flaquita, en los huesos, entonces, era una pena verla. Entonces por eso, que por decirle dos o tres veces a la semana, me levantaba con el miedo de que no la iba a encontrar viva”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“No poh, lo que yo he pensado, siempre pienso lo mismo, claro que me le va a pasar el tiempo, pero, si alguna vez se va ella, así como esta que se vaya, ahí voy a pensar en que va a ser de mí”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Todo lo contrario, yo doy gracias a Dios porque me toco ella, pido tener fuerza de voluntad, tener amor a ella, cuidarla hasta el último momento, uno de los dos, no sabemos quién se va primero”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Si poh, se va poco a poco, por mi yo no quisiera que se fuera nunca, me encantaría estar siempre con ella, pero tampoco me gustaría que ella sufriera mucho”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Yo me encuentro tranquilo porque la veo bien. Lo que me desespera (llora) es que Dios me lleve y la deje botada”

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

Religión – Fe

La religión tiene que ver con los sistemas de creencias del hombre con alguna divinidad o con lo sagrado.

La fe se entenderá como creencias en un ser superior, siendo esta creencia un aspecto relevante en la vida de las personas.

En gran parte de los discursos de los entrevistados la religión aparece como un factor protector en la vida de los cuidadores y sus familiares en situación de dependencia, en la medida que la mayoría de los cuidadores considera que Dios les dio a sus compañeras y que éste les da fuerza para seguir cuidando. Identifican a éste como quien determinará cuánto tiempo más han de vivir ellos o la persona en situación de dependencia.

Es Dios quien les brinda tranquilidad en su vida cotidiana, a su vez éste es un salvador.

Llama la atención la relevancia que logra tener la fe y la religión. Justificando cosas que les han sucedido en su vida y adjudicando a Dios que les haya o no sucedido algo o que gracias a éste ellos pueden vivir tranquilos.

Se visualiza la fe y religión como un consuelo, como esperanza.

“A él gracias a dios no, pero le han tocado ocasiones en que ha tenido que frenar y eso lo deja terrible”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Le doy gracias a Dios que me ha dado mi compañera y así no la puedo dejar. Le pido que me de fuerzas, que me de aliento para seguir cuidándola, si usted me la dio como compañera yo tengo que seguirla cuidando hasta que usted diga hasta aquí llegaron”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Sí, yo ahora participo de la iglesia evangélica”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“No me diga eso el de arriba tiene derecho a llevarnos cuando nos necesite, pero nosotros no tenemos derecho, porque una persona enferma, él tenía hijos, es contratista, le pagaba a los hijos para que la cuidaran, pero la dejaban botada”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“En cuanto a económicamente no, porque gracias a Dios con lo que recibimos los dos de la jubilación, no es mucho, pero son como quinientos mil pesos mensuales”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Yo ortodoxo mi religión, yo la religión para mí no es importante, lo importante es la fe y la conciencia de uno, eso es lo importante en la vida”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Sí, pero gracias a mi Dios me salve, mi hijo se preocupaba, me llevo a todas partes, me están controlando en el Barros Luco, el me acompaña, me sacan sangre, me dan unas pastillas”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Es mi obligación de cuidarla y me siento feliz de cuidarla porque estoy bien, Dios me ha protegido en ese sentido, la salud no está tan bien pero tengo el ánimo para hacerlo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Sí, me permite vivir tranquilo gracias a Dios”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Eeee, yo también, pero sí creo en Dios, porque esos que salen a la calle a gritar yoooo estoy con Jesús, eso es pura propaganda comercial como dicen, lo importante es la fé y la conciencia, eso es lo importante para Dios, es a Dios, así este sucio es satanás, así este bien es a Dios”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

Con base al objetivo específico N° 5 Reconocer como convergen el ámbito público y privado en relación a la perspectiva de género en los hombres cuidadores de un familiar en situación de dependencia severa.

Se dependen las siguientes categorías: roles de género, ámbito público y ámbito privado.

Roles de género

En lo referente a los roles de género, entendidos como las construcciones sociales sobre lo que implica ser hombre o ser mujer, se puede afirmar que todos los hombres cuidadores entrevistados realizan tareas que históricamente en la sociedad han sido atribuidas al género femenino, específicamente en lo que respecta al ejercicio del cuidado y las tareas domésticas. Cabe destacar que en la mayoría de los discursos se reitera el que los hombres han tenido que aprender a realizar tareas domésticas por necesidad. Esto implica la feminización de la masculinidad en hombres cuidadores mayores.

“No no, claro que generalmente pal hombre le complica un poco, porque hay que hacer cosas, hay que cocinar, que yo he ido aprendiendo dentro de estos tres años, porque si no lo hago yo quién”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Ese es el cuidado que tengo siempre, hago el aseo a veces y una dueña de casa jajajaja”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

Los hombres cuidadores sostienen que tienen la obligación de brindar protección, de ser los proveedores del grupo familiar, por lo que no pueden estar pidiendo apoyo económico, lo cual deja en evidencia los históricos roles de género.

“Sí, me alivia bastante, me alivia bastante uuuu, pero yo ya ahora ya sé, pero a mí no me da de pedirle a mi hija, decirle, te acuerdas que tú me ofreciste esto no, no me da, así que ella todos los meses me dice aquí está, toma”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

En el relato de los entrevistados se puede inferir que existen ciertas ambivalencias, debido a que los hombres cuidadores están realizando tareas que históricamente se han vinculado al género femenino, sin embargo, se aprecia una buena disposición frente a la realización de las actividades domésticas, pese a que consideran que estas acciones son propias de las mujeres, es por lo mencionado anteriormente que se puede afirmar que finalmente imperan los mandatos sociales de género.

“Noooo, yo no sabía hacer nada, ha cambiado bastante, bien lo he tomado con todo empeño, con toda voluntad y como es mi casa tengo que hacerlo aunque no me guste, tengo que hacer aseo, tengo que hacerlo, mi señora siempre fue ella limpia”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Yo me siento feliz, cuidando a mi señora, creo que es una tarea más para una mujer, hombres muy poco pueden asumir el caso, pero en el caso mío ella me atendió muy bien y yo estoy devolviéndole la mano, si yo podría meterla a una casa de reposo, para yo vivir mi vida tranquilo que sé yo, a ella la encuentran que es un estorbo, pero yo creo que no es así, para mí me siento feliz de atenderla a ella, para eso le pido a Dios que me ayude y me de fuerza para atenderla, después no sé. Me da susto eso sí, porque yo ahora siento que me la puedo, pero a lo mejor va a llegar un momento en que no pueda poh”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

Queda de manifiesto en la mayoría de los relatos de los entrevistados que durante gran parte de sus vidas, éstos cumplieron con los típicos roles de género, siendo los hombres los encargados del trabajo remunerado y sus cónyuges se dedicaron a las tareas de la esfera privada, que tienen que ver con los quehaceres del hogar y la crianza.

“Mmmm es que yo no me preocupaba de esto, yo llegaba de mi trabajo, en la mañana yo me tomaba una taza de té o de café y llegaba en la tarde y no me preocupaba de nada, mi señora me tenía la mesa puesta y todo lo demás limpio”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Sí, ha cambiado, antes ella cocina, atender, yo sale a trabajar ahí al seminario”. Sí, hay que atender hombre o mujer lo mismo, hay que atender, soy hombre y hay que atender como mujer. Que va hacer mijita”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

Se observa que en la mayoría de los relatos quedan de manifiesto ciertas contradicciones, en la medida que en sus discursos refieren que no hay diferencias entre lo femenino y masculino, o por lo menos ellos no lo hacen, sin embargo, el no contar con el dinero suficiente les genera complicaciones, lo que se puede interpretar como masculinidad propiamente tal, ya que la autonomía económica da prestigio al varón desde el patriarcado. La mayoría relata en sus discursos que son ellos quienes disponen de los ingresos económicos del grupo familiar, controlando los gastos de la familia, priorizando que es necesario y que no.

“No poh, eso es una tontera. Una reverenda estupidez porque no veo la diferencia”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Jajajja o sea no tanto como a la vida nocturna, pero por ejemplo yo el día viernes me quedaba en el taller, hacíamos asados, una cosa así nos quedábamos compartiendo con los compañeros. No sí a mí lo que más me ha cambiado es que echo de menos mi plata, ese es el cuento. Se echa de menos la plata que uno gana. Eso me da rabia”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Claro, entonces por lo mismo y después ya digamos, dije esto tengo, esto puedo gastar, ahora no paso problemas económicos porque sé lo que hay que comprar, sé cuánta plata tengo y de cuanto dispongo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

Llama la atención que los entrevistados hablen de las diferencias que socialmente se han generado entre los roles femeninos y masculinos, dejando de manifiesto las diferencias culturales. A su vez, dejan en evidencia que las relaciones de pareja en la actualidad los roles de género son más flexibles, enfatizando en que los hombres deben aprender tareas domésticas. Cabe agregar que este tipo de declaraciones se observa en mayor medida en aquellos cuidadores más jóvenes.

“No para nada, no, nunca, en nada, en nada, a mí no me afecta....eeeeee.... es algo que, que es que en Chile tenemos una cultura muy tonta yo diría, en Chile si un hombre cocina dirían es venado, que te mandan, hasta hoy en día. Hoy en día cualquier hombre que ande con su señora en la feria eeeee

te andan trayendo con cadena, tenemos esa cultura tonta de que porque somos hombres no podemos hacer nada, a mí no me afectado en absolutamente en nada, todo lo contrario, yo hablo con mucha gente joven y les explico que el aprender, hacer cosas, labores de la casa, creo que es algo, que uno debe aprender como hombre, tiene que aprenderlo, más ahora que los matrimonios duran dos o tres años”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

Ámbito Público

La variable ámbito público está referida a los roles masculinos asociados a la producción, el trabajo y el rol de proveedor. En este marco, se puede afirmar que son pocos los cuidadores que se encuentran insertos en el ámbito público. Es interesante sostener que quienes trabajan, muchas veces, están pensando en quienes cuidan, no ejerciendo el rol laboral con tranquilidad y libertad. Ahora bien, otros entrevistados ven en el trabajo un espacio de respiro y descanso de sus labores cotidianas de cuidado, además de ser una forma de mantenerse activos.

“Y bien y bien, no me afecta tanto tampoco si al final toi toi con Rodrigo uno se olvida de todo, uno vive la vida con y en el trabajo, me voy al trabajo y en el trabajo uno se eeeee eeee se aísla mucho, pero yo igual, es increíble, pero en el trabajo estoy solo y estoy pensando en cómo estará Rodrigo y es algo que lo lleva uno, como estará Rodrigo, que estará haciendo, como estará durmiendo, pero eeee a ratos y ya después conversando en el trabajo todo se va yyyyyy vuelo pa´ venirme pa´ acá pa´ verlo y nunca, sabe que usted, me creará usted nunca desde que estoy trabajando me he quedado aunque sea diez minutos fuera del trabajo porque podría salir”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Mire yo tengo un furgón en novofarma, no sé si ubica, para repartir medicamentos y voy todos los días para allá, porque no me gusta quedarme en la cama, esa es la verdad y por eso me mantengo bien, creo yo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Tengo cinco nietos, hombres, el mayor es contador y el nieto mayor, tiene treinta años y él está trabajando conmigo ahí en la empresa, le dije que se fuera conmigo porque a mí me queda poco para que él se haga cargo de lo que tengo ahí”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Si poh y ahora, y como el negocio yo lo he sabido siempre porque yo trabaje tantos años en la feria, como le digo traigo aquí compro papas, limón, tomate, cebolla y esas cosas las mantengo aquí y las vendo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol desde hace cinco años y cuida a su cónyuge.

Gran parte de los hombres cuidadores no tiene la posibilidad de trabajar. Lo que queda de manifiesto en la realidad que narran los entrevistados. De hecho, sólo tres de ellos manifiestan de forma explícita que actualmente se encuentran trabajando, dos de los cuidadores restantes realizan trabajos esporádicos, en la medida de lo posible y sólo cuando cuentan con el apoyo de algún cuidador de respiro, ya que la persona en situación de dependencia severa no puede quedar sola. Sin embargo, cabe destacar que la mayoría de ellos sí desearía volver a trabajar.

“Tengo que tratar de hacer un pololo poh”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Sí poh, no he podido por ejemplo postular a casa, porque no he podido, no puedo dejarla a ella sola por ejemplo, se me cae me complica. A mí me, a mí me han venido a golpear pa´ hacer pololos pero no he podido hacerlos porque se me pone a llorar, se me pone triste y ahí empieza el problema, entonces no se puede”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

“Siempre me vienen a buscar pa´ hacer cuestiones, pero de repente lo coordino con mi hermano, pa´ poder hacer cuestiones, pero generalmente no vienen”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

Ámbito Privado

Esta categoría guarda estrecha relación con los análisis que se mencionaron anteriormente, debido a que existe consenso en los discursos respecto a la necesidad o deseo de trabajar, salir de la casa y hacer actividades recreativas, no obstante, no siempre lo pueden hacer dado que las personas que cuidan, dependen en todo momento de ellos para hacer las actividades básicas de la vida diaria. Se repite el proceso de feminización de la masculinidad del hombre cuidador, en el entendido que sus actividades se llevan a cabo al interior del hogar.

“Ella enfermo y yo no trabajar jamás”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace como cinco años y cuida a su cónyuge.

“Fuera lo que hay que hacer acá en la casa nomas, porque al principio yo me imagine que iba a poder trabajar”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace como seis años y cuida a su hermana.

“Si desde que mi señora está enferma no hago nada, yo tenía ganas de estar trabajando, porque no me hallo en mi casa, pero ahora ya me habitué a la casa”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“No, yo era mecánico tornero, entonces eso me llevaba a mi hacer muchas cosas, cajas de cambio, sistema de engranaje, así que eso me fascinaba a mí, entonces, yo todavía tengo la máquina para hacer engranaje, pero en la casa de mi papá, una máquina antigua eso sí, grande. Entonces me gustaría volver para allá hacer cosas, pero no, aquí estoy”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Sigo en lo mismo, ella recibe su pensión, más mi pensión y yo dirijo todo lo que es gasto. Que me gustaría seguir haciendo cosas, claro que me gustaría”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

Dentro del contexto final de la investigación aparecen como hallazgos dos categorías que terminan siendo transversales a los objetivos, ésta son: Políticas públicas, envejecimiento y vejez.

Política Pública

La política pública es una decisión de la gestión política a nivel nacional o local que alude a proyectos o programas que el Estado diseña con el fin de satisfacer las necesidades de la población y/o dar respuesta a sus demandas.

En general se puede afirmar que los hombres cuidadores no nombran a las políticas públicas, identificándolas como tales, pero si hacen alusión al Hospital, al CESFAM, a la Municipalidad, a la Corporación de Asistencia Judicial. No obstante, invisibilizan las acciones que provienen el SENADIS, SENAMA, Instituto de previsión social (IPS).

Los relatos reiteran la personalización de la política pública, en el entendido que hablan del profesional que la gestiona, tanto desde los CESFAM como de la municipalidad.

“Claro, entonces eee eeee yo le pedí a la Cynthia que me mandara un doctor, ahora Don Carlos me dijo que va a venir una nutricionista, pero yo no necesito una nutricionista, sino que un doctor pa’ que la vea”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su cónyuge madre.

“De municipalidad, señora Eva que cuida de la municipalidad es ese Pedro el jefe”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace como cinco años y cuida a su cónyuge.

“Sí, Abraham, entonces me lo mandan al tiro, nada de esperar, entonces con eso me siento muy respaldado, Luisa tenía un problema, que esta con sonda, para la orina, entonces ella empieza con sus cuestiones raras y se tiraba la sonda, se la sacaba”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

En lo que respecta a los cuidadores de respiro, ya sean del TVI o SNAC los relatos coinciden en que muchas veces los cuidadores son más obstaculizadores que aportes en la vida del hombre cuidador, debido a que no se cumple con los horarios de ingreso o las inasistencias al domicilio de la persona en situación de dependencia severa, lo que finalmente genera estrés en el cuidador, quien debe realizar las actividades de cuidado a contra tiempo. A su vez, se reiteran los relatos que el programa se acabó, por lo tanto, no existiría continuidad desde la política pública.

“Nada, ni cuando viene la cuidadora para acá, que a veces, es relativo también eso, porque la cuidadora viene de nueve a una o de diez a una, pero siempre la llegada es tarde, pero la salida tiene que ser a la una y en la tarde igual, llegan a las dos, dos y media, un cuarto para las tres y a las cuatro, cuatro y media, ya se van, entonces es muy corto el plazo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“Hubo, hubo, hubo un apoyo de cuidador, pero se terminó el programa de la municipalidad, venían dos veces por semana, pero desgraciadamente, en lo personal creo que no dio mucho resultado, porque faltaban mucho, se enfermaban, entonces en el mes tenían que venir ocho veces al mes por ponerle un ejemplo, venían cuatro. Entonces qué pasa, que a mí me complicaba, tenía que, llegaban a las nueve y a veces no venían, me avisaban a última hora que no iban a venir, entonces yo tenía que mudarla, darle desayuno, pero todo en forma rápida, porque yo no podía esperar más con ella”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Al cuidado de mi señora, cuando necesita ir al super ahí yo tiene que bajar, viene el kinesiólogo hacerme ejercicio también, pero ahora suspendieron. Se terminó el programa para la artrosis”

Hombre cuidador, ejerce el rol hace como cinco años y cuida a su cónyuge.

“Sí, podríamos decir que sí, cuando venían todo lo contrario, era una ayuda, pero cuando me faltaban o que se yo, ahí me complicaban mucho”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

La Corporación de Asistencia Judicial (CAJ) es un dispositivo utilizado por los hombres cuidadores quienes son los curadores de sus familiares con diagnósticos de demencia producto de un juicio de interdicción, también utilizan el dispositivo para realizar denuncias por abandono de las personas mayores, cuando no se cuenta con el apoyo de otros miembros del grupo familiar, el cual tiene la obligación de hacerse cargo desde un

punto de vista legal. Existe una desesperanza aprendida en la medida que visualizan el uso de la CAJ como una pérdida de tiempo, por la lentitud que generan los trámites, puntualmente en el caso de la interdicción, trámite engorroso en la medida que implica anular socialmente a la persona con diagnóstico de demencia, la cual pierde toda su autonomía y autodeterminación.

“A mediación, pero es que pa’ mi va a ser una pérdida de tiempo, mira yo estuve tres años pidiendo la tutela de mi papá, tres años en la asistencia judicial”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Yo la tengo por el juzgado, yo soy su tutor, le cobro el sueldo, ella está a cargo de mí”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

Los entrevistados repiten en muchas ocasiones que solicitan intervenciones puntuales en sus CESFAM, sin embargo, quien determina si esa prestación es entregada o no es el profesional tratante, no siendo escuchada muchas veces la necesidad manifiesta, sino más bien generalizando la entrega de atenciones sin tener una mirada centrada en la persona.

No se visualizan las necesidades de las personas, por ejemplo, personas mayores desdentadas que no reciben atención odontológica, lo que acarrea problemas de deglución, lo cual es evitable si se interviene de forma oportuna o paliativa. Por lo que se podría afirmar que existe una invisibilización de la persona en situación de dependencia y su cuidador desde la política pública.

El programa de atención de personas en situación de dependencia severa, si bien postula el respiro del cuidador, tiende a criticar cuando éste no está cumpliendo su rol dentro del hogar. Lo que no se condice con sus lineamientos donde se plantea que debe haber espacios de respiro para quien ejerce este rol, debido a que realizar otro tipo de actividades debiese mejorar el estado de salud físico y mental del hombre cuidador.

En este programa se generan desconfianza en el sentido de que muchas veces los equipos de salud se comprometen asistir, no lo hace y tampoco informa.

“Yo le dije a la asistente social, pero me dijo que no se podía hacer nada, que yo no estoy pidiendo que los demande o no, solo es cosa que usted converse con ellos, no hay pa que decirle que vaya al juzgado, que converse con ellos y les digas porque usted no traten de sacar a su hermano aunque sea un día”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su cónyuge madre.

“Claro poh, mi papá cuanto se llama come puras comidas especiales, hay que darle molido porque no tiene dentadura”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Entonces la vez que vinieron nosotros ya estábamos allá en el hospital y le dije que los iba a desligar del problema, porque no me sirve a esa hora a mí, porque yo me movizo en bicicleta cachai”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Sí, no no no la otra vez se descompensó justo antes de la pascua se descompensó, porque emocionalmente no está bien poh y llamamos la ambulancia, pero la ambulancia viene pero no sube la camilla, tiene que bajarla uno”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su cónyuge madre.

“Sí, pero es que allá no curan a esa hora, resulta que los niños que están adentro ponen inyecciones y no pueden curarle el pie a uno, que yo he ido temprano, pero no me pueden curar, ellos saben eso sí, yo le dije al Juan que mi mamá estaba postrada. Pero usted sabe, más allá no puedo decir na”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su cónyuge madre.

“Dijo que hacia mi hermana, porque ella lo atendió ¿Qué hacía si pasaba algo? Y ella le dijo que me llamaba poh entonces él le dice ¿y el teléfono? No me lo se poh, pero lo tengo en el teléfono mío. Si, si yo no salgo preocupado porque si tengo que hacer, tengo que ir hacer sí. Las cosas que tengo que hacer”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Ya, yo no sabía. Entonces cuando me pasaban uno o dos meses yo ya empecé a dudar de esta cuestión”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

“Poca confianza porque me han incumplido muchas veces, ya. A mi papá antes me lo venían a ver todos los meses, ahora empezaron con que hay muchos pacientes y que el médico lo va a venir a ver por ejemplo, venía la tens, la enfermera y el doctor, pero todos los meses y ahora, ahora en noviembre me parece que va a venir el doctor a verlo. Si se enferma que vaya allá y les avise”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su padre.

La Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBS) es connotada como una pensión de gobierno, no como parte de la gestión específica del IPS, lo mismo sucede con el estipendio que entrega el programa de dependencia severa.

“Sobrevivimos con la pensión de mi madre, esa que da el gobierno y a parte tiene un departamento que ella arrienda. Además yo recibo un restito que me dan por cuidarla”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su cónyuge madre.

“Tenemos pensión solidaria nomás”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace como cinco años y cuida a su cónyuge.

Envejecimiento y vejez

En lo relativo al proceso de envejecimiento y la vejez, se entenderá el envejecimiento como proceso natural y continuo al ciclo de vida. La vejez como edad cronológica, presumiendo que los entrevistados entenderán de esta forma ambos conceptos.

Los hombres cuidadores en sus relatos refieren que se ponen más viejos y eso lo visualizan con sus cambios a nivel físico, sin embargo, no identifican que su condición de salud disminuye producto de la entrega permanente y el desgaste que genera el cuidado.

En los discursos de los entrevistados se reitera la importancia de realizar actividades con el fin de mantenerse activos, por lo que se puede asumir que sin actividades los hombres cuidadores se pondrían viejos, por lo tanto, el estar activos no tiene que ver con la edad, sino que con el estar en la casa y sin actividades.

El trabajo remunerado es visualizado como la forma de no envejecer, dejando en evidencia que no desean ser viejos, pudiendo afirmarse que existe una imagen negativa de la vejez. Ésta se encuentra directamente relacionada con la carga de enfermedad, la inactividad laboral y la dependencia económica. Es interesante hacer notar que el trabajo remunerado está en directa relación con la masculinidad.

“Jajajajja (silencio) nooo yo dijo eso, porque porque tengo el pelo más blanco que otras personas que tienen mi misma edad mía, pero no, no”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Muy muy poco, porque yo empecé a tener este problema de la rodilla, yo salía bastante antes, pero empecé después, bueno y por la edad también si ya tengo setenta y ocho años ya”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Si los hijos ya estaban titulados, además me servía a mi como terapia porque los jubilados están todo el día en la casa, se aburre, que se yo, entonces se pone viejo y yo no quiero ser viejo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Así es, me mantengo activo. Voy los controlo, lo que hay que hacer en el día, siempre estoy pendiente”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“(Silencio) mmmm me he puesto más viejo nomás”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Setenta y ocho años ya, y por eso yo me gusta participar en todo esto en la mañana, tengo que hacer un informe a fin de mes por lo que hago en la empresa yo, mi hijo me dice que él lo puede hacer en el computador y yo le digo déjame a mi nomas, yo lo hago manual”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“No no no, viejo sí, pero por dentro joven, espíritu joven, la verdad de las cosas es que yo soy bueno para la talla, para inventar cosas, siempre invento cosas, a veces son mentira, a veces verdad”

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

Existen tres categorías que surgen como variables transversales a todos los objetivos específicos de la investigación, los que tienen que ver con: mandatos sociales, historia de vida y masculinidad.

Mandatos sociales

Hace alusión al seguir lo que socialmente está establecido, da cuenta del deber ser o lo que los hombres cuidadores entendieron como una construcción social, en los relatos queda de manifiesto la obligatoriedad del cuidado desde la responsabilidad que se tiene con la cónyuge, con el hijo, hermana, padres. Se podría afirmar que el cuidado es un mandato social, existiendo obligaciones morales y éticas respecto al cuidado.

“Bueno cuando me case, dije hasta la muerte”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Que va hacer mi señora, como dice no tengo vergüenza, es mi señora, tengo que cuidarla hijita”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Es que cuando nos casamos dijimos hasta la muerte, en las buenas y las malas y eso es lo tengo que hacer poh”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Y ahora que mi señora se siente mal yo tengo que cuidarla”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace ocho años y cuida a su cónyuge.

“Yo les digo a los dos que su mamá está enferma y que ellos tienen que llamar para saber cómo estamos”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Es algo que, que uno se tiene que acostumbrar realmente, hay que vivirlo, yo siempre he dicho, hay que vivirlo yyyyyy no sé, yo siempre digo, soy el papá me toca cuidarlo, me toca”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Si, pero es que no se puede hacer otra cosa, porque yo no la puedo internarla”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“No, para mí igual. Igual, son obligación como dicen”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Me han llegado por decirle un ejemplo, ciertas situaciones en que yo puedo ir y comprar un pasaje y mandarme a cambiar a Punta Arenas, pero no lo puedo hacer imposible”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Es mi obligación de cuidarla”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Me dijeron usted es otra cosa, no como otros hombres que dejan a señora ahí sin importar si comió o no, dejan a su señora ahí y se van a tomar un traguito, sus amigos, al cine, pa´ acá, pa´ allá. Eso se llama falta de responsabilidad, falta de humanidad”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

Historia de vida

En las entrevistas realizadas a los hombres cuidadores se entendió la historia de vida como los acontecimientos que los entrevistados han vivido a lo largo de su existencia.

En la mayoría de los relatos el sentido de responsabilidad del cuidado de su cónyuge radica en sus historias de vida, en su socialización, debido a que refiere que vieron el cuidado y la responsabilidad en sus padres hacia sus madres, por lo tanto, se podría afirmar que se repiten los patrones culturales familiares y sociales asociados al género.

En los discursos de los entrevistados éstos refieren que existe una historia de vida en el territorio, el cual está directamente relacionado con su sentido de pertenencia.

Los entrevistados refieren historias de vida de hombres asociadas a la participación social y/o dirigencia sindical.

En la mayoría de los relatos hay mucha desigualdad asociada, la que tiene que ver con los determinantes sociales.

Se puede afirmar que la historia de vida finalmente determina el cuidado que se entrega a la persona en situación de dependencia.

“Siempre he sido chicharra, tuve un club deportivo, tuve ciento veinte niños a cargo aquí”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Bueno la verdad es que... eeee...eee si a mí me pregunta si yo viviera solo con Rodrigo, creo que nunca voy a tener un problema, nunca jamás, yo hago todo lo que eeee cosas de casa, pero esto lo aprendí desde chico, yo creo que eso viene en la cultura de mi vieja”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace veinte años y cuida a su hijo.

“Justamente, claro, es que toda mi vida he sido así, aprender, mirando y practicando y se aprende y tengo harta vida de aprendizaje (risas) desde que tenía doce años más menos que empecé a trabajar y aprendí sin ningún estudio, sabiendo leer y escribir, prácticamente nada más, entonces todo lo he ido aprendiendo así, en la medida que voy viendo voy practicando y otras personas que han sido buenas me han enseñado”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su hermana.

“A ver, emociones, siempre está el cariño, el amor hacia ella, yo soy igual que mis padres, mis padres eran españoles, ahí está el escudo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Nooo mire, amigo no tengo, conocidos hay hartos porque yo he vivido toda mi vida aquí, yo tengo sesenta años y llevo sesenta aquí, tengo hartos conocidos, amistades se pueden decir, pero amigo, amigos no”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cinco años y cuida a su cónyuge.

“Entonces mi padre cuidó hasta última hora a mi madre, yo salí con los mismos genes que él, enamorado de mi mujer, en las condiciones que esta, en eso soy bien franco, no le voy a fallar nunca, esa es una promesa, nunca le voy a fallar. Que me da la rebeldía, sí, porque es normal en un humano”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“Aquí vivimos hace más de cincuenta años”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Me enseñó él todas esas cosas, a responder”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“No porque yo no soy muy amigable de los amigos, de los, no no, yo tuve una juventud muy activa eso me ayudó mucho, pero después de que me case participábamos con mi señora, salíamos, bailábamos, comíamos hacíamos de todo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Perteneíamos a un club de adulto mayor en Quintero, vivimos veinte años por allá”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

“Todos de gendarmería, es una familia, entra uno y entran todos y gracias a Dios no estoy arrepentido de haber entrado, gracias a Dios de eso estoy viviendo y la jubilación no es buena pero tampoco es mala, pero para hoy día uno tiene para darse vuelta”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

“Jajaja, sí, lo que pasa es que yo fui treinta años dirigente por allá”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace seis años y cuida a su cónyuge.

Masculinidad

Por masculinidad en la investigación se entendió como los atributos que son propios del varón, los cuales están asociados a su comportamiento y roles.

Lo que más llama la atención en esta categoría tiene que ver con que dentro de la mayoría de los relatos la masculinidad está presente durante gran parte de los discursos. Lo que dificulta el análisis de la categoría por sí sola.

Los hombres cuidadores son los encargados de velar por el bienestar de la familia, los que pueden trabajar lo hacen, manejan los dineros del grupo familiar, no piden ayudan, ya que son capaces de resolver todo solos, pese a que en muchas ocasiones sus familias ofertan cuidados o apoyo económico. Se puede afirmar que los hombres cuidadores deben cumplir con la obligatoriedad del cuidado, como deber moral, ético e incluso religioso, ya que desde el momento en que decidieron contraer el vínculo del matrimonio dijeron hasta la muerte y finalmente están cumpliendo con esos mandatos.

Se mantiene el mandato de que los hombres deben ser atractivos, son conquistadores, sexualmente activos.

“Fue donde la hija y le dijo que yo la andaba persiguiendo, que la andaba acosando, yo tengo un radio allá afuera y me pongo a bailar, porque el baile para mí es un ejercicio entonces ella por la ventana me miraba como bailaba jajajaja.”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace cuatro años y cuida a su cónyuge.

Gran parte de su vida se dedicaron a cumplir el rol de proveedor, preocupados del trabajo y sus cónyuges de las labores domésticas y la crianza de los hijos. Lo que queda de manifiesto en este relato:

“Jajajaja, pero él fue muy regalón, el chiche que teníamos con Luisa y con su madre sí que era muy serio, es muy serio, porque su madre fue muy estricta con él. Lo enseñó muy muy muy, entonces como que le quedó eso a él, es bien curioso, le quedó eso, él no es muy cariñoso con su madre, va en la noche, la tapa, le da sus vueltas, pero no es de regaloneo o mamita te voy a dar un besito, no nada, en cambio conmigo sí. Él se va, incluso Marcelita estuvo hoy día y pregúntele como se despide, chao papito me voy, pum me da un beso en la mejilla, igualmente yo con él. Es así el hijo, como yo lo mal enseñe, papi me vai´ a traer como es que me decía, un alito´ un alito´ cuando era chico, si mi hijito ya, todas las veces le llevaba un auto, dos veces por semana, un autito”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace siete años y cuida a su cónyuge.

“No, sí yo soy hombre y debo cuidar, si un hombre puede hacer todo”.

Hombre cuidador, ejerce el rol hace tres años y cuida a su madre.

Capítulo V Discusión

El envejecimiento pese a ser un proceso natural, es considerado una construcción social, debido a que cada cultura elabora su propio concepto de envejecimiento y establece el límite a partir del cual las personas son consideradas mayores. En los relatos de los entrevistados queda en evidencia la imagen negativa de la vejez, la cual está asociada a la carga de enfermedades e inactividad laboral. Como plantea Sánchez, es el medio social el que crea la imagen de las personas mayores a partir de normas e ideales humanos que persisten en cada época (Sánchez, 2000). Por lo tanto, se debe resignificar la imagen de la vejez, promoviendo estilos de vida saludable, fomentando la participación social.

El cuidado es inherente al ser humano, todas las personas requieren de cuidados en algún momento de sus vidas. Cada sociedad responde al cuidado de diferentes formas. Sin embargo, se puede afirmar que el cuidado que ejerce el hombre familiar de personas en situación de dependencia severa según los discursos de los entrevistados tienen gran relación con la obligatoriedad en su rol de cónyuge, padre, hijo, hermano, siempre existiendo un vínculo de filiación. Actúan con base al deber ser, lo que marca y determina qué tareas debiesen realizar como hombres, desde lo que socialmente se ha construido y se espera de ellos. Llama la atención que desde el discurso de los hombres no exista demanda por una ética del cuidado, sin conciencia de su ejercicio de derechos, como hombres y personas mayores cuidadoras de familiares en situación de dependencia severa.

Los hombres cuidadores a pesar de realizar tareas que históricamente han sido asociadas a roles femeninos tratan en la medida de sus posibilidades mantener su rol de proveedor, de trabajador, sin embargo, existe una tensión en lo que respecta a las esferas públicas y privadas, la que se genera por la necesidad de cuidados. Como plantea Flores-Castillo, los cuidadores olvidan que han optado por cuidar, que ellos decidieron cuidar consciente

o inconscientemente y repiten incesantemente que tienen que seguir haciéndolo porque no hay nadie más que pueda hacerlo como ellos lo hacen, lo que los coloca en una situación de omnipotencia y les produce una secreta satisfacción (Flores-Castillo, 2012).

Lo que queda en evidencia en los discursos de los hombres cuidadores, quienes constantemente refieren en sus relatos que si ellos no cuidan ¿quién lo hará? Dejando de manifiesto que se han visto en la obligación de dejar el trabajo remunerado para dedicarse exclusivamente al trabajo en el hogar, lo que genera cierta contradicción con el concepto de masculinidad hegemónica que plantea Olavarría, ya que los hombres se deben al trabajo, son reprimidos en sus emociones, deben ser fuertes, no son temerosos, por lo tanto, se ven en la obligación de reprimir sus emociones frente a la persona en situación de dependencia severa (Olavarría, 2011). Lo que nuevamente genera tensiones.

Los hombres cuidadores son superiores a los sujetos de cuidado en la medida que realizan las ABVD y AIVD de las personas en situación de dependencia, responsabilizándose de éstas, en algunos casos existe una apropiación del otro, por lo tanto, no existiría equidad en el poder, por lo que se mantiene el modelo patriarcal y la masculinidad hegemónica, donde los cuidadores son autoridad, son quienes toman las decisiones en el hogar, finalmente la desigualdad se mantiene, lo que tiende a generar cierta sobreprotección y pérdida de autonomía de las persona en situación de dependencia.

A su vez, se puede afirmar que en la mayoría de los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa existe una habituación en el ejercicio de cuidados, que implica que la acción se pueda ejecutar en el futuro de la misma forma, lo que guarda estrecha relación con la definición que los hombres hacen del cuidado y sus relatos de vivencias cotidianas, que dan cuenta finalmente de acciones concretas para garantizar la supervivencia de la persona en situación de dependencia severa. Llama la atención que los cuidadores son muy creativos en sus tareas cotidianas, debido a que constantemente buscan nuevas estrategias para poder satisfacer las necesidades de sus familiares, lo cual

impresiona que no es visualizado por ellos como recursos personales, sino que es un acto mecanizado, del cual no existe mayor conciencia.

En gran medida los hombres cuidadores manifiestan cierta resignación frente a su rol de cuidadores, en la mayoría de los casos no tiene conciencia de lo que implica dicho rol, por lo tanto, se puede afirmar que son invisibilizados desde ellos y en su entorno social. Pese a esto, los hombres son categorizados como cuidadores informales, cuidadores principales y mantienen relaciones afectivas con el sujeto de cuidados.

Se reiteran los relatos respecto al sentimiento de terror o pánico frente a la muerte de la persona en situación de dependencia o de ellos como cuidadores. Existiendo una connotación negativa respecto a la última fase de la vida. Como plantea Berger y Luckmann, la muerte es la amenaza más terrible a las realidades establecidas de la vida cotidiana. Toda legitimación de la muerte debe capacitar al individuo para seguir viviendo en sociedad después de la muerte de otros significantes y anticipar su propia muerte con un terror que se halla suficiente mitigado como para no paralizar la reacción continúa de las rutinas de la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 2003). La muerte del ser cuidado acerca a la propia muerte, no se conversa, no está naturalizada porque socialmente tiene una connotación negativa. Se puede afirmar que como sociedad construimos una visión negativa respecto a la muerte y duelo, sin entender que ésta es parte del curso de vida.

Las historias de vida determinan el cuidado entregado, ya que como se mencionó anteriormente existe un sentido de responsabilidad, el cual tiene directa relación con la socialización primaria de los hombres cuidadores, finalmente ellos realizan el rol de cuidador desde el sentido de responsabilidad que les fue impuesto por sus padres o figuras protectoras.

Las instituciones existen como realidad externa, los cuidadores las conocen, pese a esto, es un conocimiento objetivado por sus expectativas frente a las respuestas que dichas instituciones brindan a los hombres cuidadores. A su vez, individualizan las políticas

públicas en el sentido de identificar a personas puntuales quienes son los ejecutores de dichas políticas (SNAC, TVI, programa de atención domiciliaria MINSAL, departamento social DIDECO, Hospitales, entre otros). Es preciso destacar que la calidad de la atención tiene relación con que el profesional que brinda la atención.

En lo que respecta a los CESFAM se puede afirmar que los cuidadores y personas en situación de dependencia severa no son visualizados desde el modelo de salud familiar y comunitario, en la medida que el sistema de salud no se organiza en función de las necesidades de los usuarios. En lo relativo a sus principios irrenunciables, no se cumple el principio de atención centrada en la persona, el cual considera las necesidades y expectativas del hombre cuidador y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, cuando se afirma que no se cumple esto es porque no se respeta la heterogeneidad de los cuidadores, no se consideran sus particularidades, invisibilizado sus necesidades y tiempos disponibles, los que en reiteradas ocasiones han sido verbalizadas a los equipos de salud, siendo los hombre cuidadores quienes deben adecuarse al funcionamiento de los CESFAM, en algunos casos no existe la posibilidad de flexibilizar respecto a ciertas prestaciones, lo cual sí es posible. Llegando a ser cuestionados por los profesionales de los equipos de salud en su rol de cuidador. Se puede afirmar además que dentro de los grupos priorizados en los CESFAM de la comuna están las personas en situación de dependencia severa, lo cual es una tremenda contradicción, desde el deber ser al hacer.

El principio de continuidad en los cuidados no se cumple con el objetivo de mejorar la accesibilidad del sistema, es más, cuando el cuidador se acerca a solicitar atención tanto para él como para su familiar en situación de dependencia severa, éste se debe adecuar a la disponibilidad de agenda, a la disponibilidad y/o voluntad del profesional tratante. En ocasiones son los cuidadores quienes manifiestan de forma explícita sus necesidades, sin embargo, éstas son invisibilizadas. En lo que respecta al flujo expedito y complementario entre el intrasector e intersector también se puede afirmar que la articulación depende del profesional tratante, en la medida que se pudo visualizar que

había usuarios que conocían muy bien donde asistir para atenciones puntuales, donde obtener beneficios sociales, sin embargo, existían varios que desconocían las redes de apoyo con las cuales cuentan.

Es interesante visualizar como la política pública falla nuevamente en lo que respecta a la continuidad en sus intervenciones, debido a que se crean programas de cuidadores de respiro los cuales no son sostenidos en el tiempo, el programa TVI apoya a muchas familias, pero las intervenciones son por tres años, entonces ¿qué sucede con la continuidad de la atención, con el cuidado y apoyo que requieren las familias?

Finalmente se pierde la confianza y se genera una desesperanza aprendida en los cuidadores y familiares en situación de dependencia, ya que se generan vínculos y lazos afectivos con sus cuidadores de respiro. Se puede afirmar que queda la sensación de abandono tanto para las personas en situación de dependencia como para los hombres cuidadores. Lo cual a juicio de la investigadora sería un maltrato estructural.

Referente a SNAC existe una valoración y visualización de éste como programa de apoyo, sin embargo, desde los discursos de los entrevistados hay problemas en la atención debido a que constantemente les están cambiando los cuidadores de respiro, lo que no se condice con el sentido de apoyo en el cuidado planteado desde el programa.

Llama la atención la falta de articulación de los dispositivos de la comuna, debido a que en ocasiones hay familias que son sobreintervenidas, con dos cuidadores de respiro y otras no cuentan con éstos por escasos de cuidadores. Lo que deja en evidencia la falta de articulación intersectorial a nivel local, por lo que la gestión de la red local no estaría dando los resultados esperados.

La religión, la fe, aparecen en la mayoría de los relatos, como factor protector en la vida de los hombres cuidadores, a su vez se podría hipotetizar que la religión podría ser aspecto central quizás para entender por qué cuidan las personas y le dan un sentido a ello, es preciso mencionar que la postergación que implica el cuidado le hace sentido al

cuidador en cuanto a la estabilidad que le genera a su familiar en situación de dependencia severa.

La religión, la fe, sirven como refugio de consuelo, esperanza, a través de una creencia se adquieren nuevas fuerzas, se genera una sensación de estar haciendo el bien por otro, en un sentido sacrificial.

Los hombres trascienden en un acto de amor y de bondad por el prójimo, que en este caso es su familiar. Se sacrifican en sus cuidados desde el amor, que todo lo soporta, siendo éste un amor desinteresado.

Capítulo VI Conclusiones

La mayoría de los hombres que formaron parte de la investigación visualizan las masculinidades desde la visión hegemónica, donde los modelos de dominación son masculinos, son ellos quienes tienen privilegios, el poder es masculino, lo que se puede atribuir a los rangos etarios de la muestra y a la construcción social de los roles de género. Pese a que impera el modelo de dominación masculina, los hombres cuidadores se ven sometidos a la realización de tareas que socialmente han sido atribuidas al género femenino, es más, la mayoría de ellos no realizaban quehaceres del hogar antes de ejercer el rol de cuidadores de familiares en situación de dependencia y esto los obliga a flexibilizar su accionar en relación a los roles de género, por lo que se puede afirmar que su hombría se encuentra en permanente tensión, en la medida que realizan actividades que históricamente han sido asociadas a lo femenino, que han tenido que dejar el trabajo, su espacio público, por brindar cuidados y dedicarse al ámbito privado. Son los hombres quienes visualizan el trabajo como una forma de no envejecer, lo cual es sumamente importante en la medida que en Chile existe una visión negativa de la vejez, asociada a carga de enfermedad, falta de autonomía y/o dependencia.

Son los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa quienes definen el cuidado como la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Llama la atención que el estado de salud mental de la persona en situación de dependencia severa y del hombre cuidador no aparezca en los hallazgos de forma explícita, lo que guarda estrecha relación con que los hombres no siempre expresan sus sentimientos y emociones desde una imagen hegemónica de las masculinidades, la cual ha sido definida patriarcalmente, es más, éstos generalmente son reprimidos. Por lo tanto, se puede concluir que no existe preocupación por la salud mental de quienes reciben el cuidado y de quien lo proporciona. Situación que se contradice con su sensación de tristeza o frustración al ver a su familiar en situación de dependencia severa y desde su relato al tener ganas de escapar, de perderse. El cuidado para los hombres es

un mandato social, en la medida que se realiza desde la obligatoriedad, desde el deber ser.

Los hombres cuidadores están permanentemente resignificando sus masculinidades, en el sentido de que en su vida cotidiana experimentan tensiones desde los roles de género, desde los sentimientos y emociones que vivencian producto del cuidado, en la esfera pública y privada. Lo que probablemente guarda relación con su socialización primaria, con los mandatos sociales imperantes, desde el patriarcado. Cabe destacar que hoy en día el mundo masculino es heterogéneo y se mueve con mayor respeto hacia la diversidad.

Se puede afirmar que los hombres construyen sus masculinidades con base a sus propias vivencias y experiencias cotidianas, que entienden sus masculinidades desde su contexto actual que corresponde a su rol de cuidador, por lo tanto, su concepción de masculinidades se construye en su vida cotidiana, en el día a día, resignificando ésta. Sin embargo, se debe relevar que existe una feminización de la masculinidad en la vejez, lo cual es muy coherente con el supuesto que se plantea en el inicio de la investigación que da cuenta de que los hombres deben replantearse y flexibilizar en los roles de género, en las tareas que socialmente han sido atribuidas a hombres o mujeres. Pese a que los hombres flexibilizan en sus roles de género, en sus relatos queda de manifiesto la necesidad permanente de masculinizarse, por ejemplo, por medio del trabajo y finalmente consideran que lo más masculino que realizan es decidir sobre los gastos del grupo familiar, pese a que ese acto siempre fue realizado por sus cónyuges, hermanas, madre.

Llama la atención que respecto a la sexualidad no aparezca ningún hallazgo, ya que los hombres desde la masculinidad hegemónica debiesen ser sexualmente activos, lo que es un símbolo de hombría, que reafirma su identidad de rol masculino, a pesar de no haber sido un tema tratado en las entrevistas, sólo un hombre lo devela en su discurso. Por lo que se puede concluir que cuando se está a cargo de un familiar en situación de dependencia severa la hombría desde la sexualidad, pasa a segundo plano, postergando los deseos y necesidades de los hombres cuidadores, por el bienestar de su familiar.

Se puede afirmar que la relación de poder ejercida por los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa se perpetúa, ya que son éstos los tomadores de decisiones, apropiándose de la persona que cuidan, invalidando, invisibilizando y/o anulando a la persona que recibe el cuidado, ya que las decisiones familiares ya no se toman en conjunto, sino que son los hombres cuidadores quienes deciden qué, cómo y cuándo se hacen las cosas.

Los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa se validan desde el ennoblecimiento del rol de cuidador, donde socialmente son valorados desde el ejercicio de roles históricamente femeninos y no como varones que flexibilizan en roles.

El poder configurador de la masculinidad hegemónica en los hombres cuidadores sigue casi intacto, pese a que las masculinidades son constructos sociales, por lo que se construye y deconstruye de forma permanente y constante. Cabe destacar que la masculinidad hegemónica marca y define el quehacer de los hombres cuidadores, lo que guarda relación con las masculinidades de los hombres en la vejez.

Con base a los relatos de los hombres entrevistados se puede hipotetizar que éstos no se visualizan como personas mayores sujetos de derecho, lo que es un desafío para la intervención social, desde el rol profesional de Trabajadores Sociales, donde existe un deber ético de empoderarlos, de orientarlos y educarlos en sus derechos. Finalmente los hombres cuidadores de personas en situación de dependencia severa se visualizan como benefactores de políticas públicas y no como sujetos de derechos, por lo tanto, mantienen una actitud pasiva frente a las intervenciones que reciben desde los equipos de salud, desde los dispositivos municipales, programas ministeriales, entre otros. Es importante intervenir desde la perspectiva de género, educando y re-educando a los hombres respecto a sus masculinidades, haciéndolos conscientes de las transformaciones que han surgido en los roles de género, explicitando que no existe una forma única de construir masculinidades, que estas son heterogéneas y se construyen en la vida cotidiana y la política pública debe adaptarse a esta realidad, con intervenciones pertinentes y coherentes con la realidad social.

Se debe trabajar y educar a la comunidad, líderes sociales, agentes comunitarios, organizaciones sociales entre otros, respecto a los cuidados al final de la vida, este es un desafío de la política pública, ya que dentro de los hallazgos de la investigación estaba la falta de información respecto al manejo de la persona en situación de dependencia severa, lo que reduciría los niveles de estrés y angustia del cuidador, los cuales claramente son innecesarios. Finalmente se puede afirmar que la mayoría de los cuidadores aprenden de las tareas y ejercicios del cuidado en el ir haciendo, por ensayo y error. Van aprendiendo desde sus experiencias de la vida cotidiana.

Desde la intervención social es importante visibilizar el fenómeno del cuidado de personas mayores en situación de dependencia severa realizado por hombres, aportar y generar conocimiento desde las ciencias sociales, debido a que la información es escasa. Se debe entender la particularidad de cada persona, mirando a éste en su contexto social y curso de vida. Debido a que los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa están ejerciendo actualmente un rol masculino no tradicional, rompiendo con la construcción social del cuidado, que históricamente ha sido femenino.

El cuidar a un familiar en situación de dependencia severa y con diagnóstico de algún tipo de demencia es un estresor en la vida de los hombres cuidadores, ya que su familiar no es el mismo de antes, en la medida que éstos desconocen que es lo que le sucede a la persona sujeto del cuidado, tratando de identificar e interpretar sus necesidades, la noche es un elemento estresor, esta afirmación se realiza con base a los discursos de las personas entrevistadas. La pérdida de conciencia problematiza más el cuidado, por lo que desde la intervención social, se debe realizar un abordaje familiar, asociado a consejerías respecto al manejo de personas con diagnóstico de demencia.

El apoyo de las familias o de cualquier tipo de red es un factor central para generar un mejor cuidado. Por lo tanto, dentro de la intervención social, siempre es importante el articular las redes de apoyo familiar en el caso de que el cuidador principal no cuente con ésta, por medio de intervenciones familiares. En la medida que los hombres cuidadores cuenten con una red de apoyo familiar estable o sólida los niveles de estrés generado por

el cuidado debiesen disminuir, lo que mejorará la calidad de vida de éstos y de sus familiares en situación de dependencia severa.

A su vez, es preciso mencionar que desde la intervención social se debe fomentar de la participación ciudadana en los hombres cuidadores, quienes requieren vincularse y establecer relaciones con otros significativos, donde se sientan valorados, acompañados, lo que debiese repercutir en un mejor estado de salud mental. Las personas necesitan un diálogo permanente con otro, desde ahí se construye la realidad, por lo que es imperativo el fomento de la participación ciudadana en los hombres cuidadores.

A juicio de la investigadora la sociedad chilena se encuentra en deuda con las personas mayores y con los hombres cuidadores de familiares en situación de dependencia severa, pese a que existe oferta pública en lo que respecta al cuidado, ésta es muy baja en cobertura. Se puede afirmar que vivimos en una sociedad exitista, donde el acceder a bienes y servicios es muy bien visto y valorado, claramente el cuidador y quien recibe el cuidado no acceden a bienes y servicios, excepto la oferta pública. En la sociedad se releva el poder económico, siendo las injusticias sociales parte de la cotidianidad, los sistemas de pensiones deficientes e insuficientes para las personas mayores, quienes en muchas ocasiones trabajaron gran parte de su vida y actualmente con sus pensiones logran sobrevivir, ya que no cuentan con los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas como son la alimentación, vivienda, salud, entre otros. Mínimos que el estado debiese garantizar, más si se firmó la Convención interamericana sobre la protección de derechos humanos de las personas mayores y la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, con el fin de dignificar a las personas mayores, sus cuidadores y finalmente respetar la otredad.

Capítulo VII Bibliografía

Alvarado, A., y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

Arriagada, I. (2009). La Crisis del Cuidado en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 23 (27), 58-67. Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6884/1/RCS_Arriagada_2010n27.pdf

Banco Interamericano de Desarrollo. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y Caribe*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3&isAllowed=y>

Bassi, J. (2015). *Formulación de proyectos de tesis en Ciencias Sociales*, Santiago, Chile: El buen aire S.A.

Batthyány, K. (2015). *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Doble clic.

Berger, P., y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Biblioteca del congreso nacional. Ley 20066. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242648>

Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossier feministas*, (6), 7-36. Recuperado de <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/dossiers/article/view/735/635>

Bourdieu, P. (2000) *La dominación masculina*, Barcelona, España: Anagrama SA.

Campos, S. (2016). *Necesidades de cuidados en la vejez: percepciones desde los adultos mayores dependientes, las personas cuidadoras y los tomadores de decisiones* (tesis doctoral). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CENSO 2017. Recuperado de: <http://www.censo2017.cl/descargue-aqui-resultados-de-comunas/>

Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento UC Santiago. (2005). *Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado*. Recuperado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf

Comas d'Argemir, D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas*, 15(3), 10-22. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/750/583>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2009). *Panorama Social de América Latina*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1232-panorama-social-america-latina-2009>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2011). *Los derechos de las personas mayores*. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/43682/Modulo_1.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). *Políticas de cuidado en América Latina*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40628/1/S1600887_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Panorama Social de América Latina*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf

Consejo de Europa. (1998). *Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>

Departamento de empleo y asuntos sociales. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Recuperado de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/Atencion%20Gerontologica.pdf

Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica. (2015). *Adultos mayores, síntesis de resultados*. Recuperado de

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. (2015). *Políticas públicas sobre envejecimiento en los países del cono sur*. Recuperado de <http://www.flacsochile.org/publicaciones/politicas-publicas-sobre-envejecimiento-en-los-paises-del-cono-sur/>

Félix, A. (2012). *Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: una perspectiva de género* (tesis doctoral) Universidad de Alicante, Alicante, España.

Flores-Castillo, A. (2012). *Cuidados y subjetividades, una mirada a la atención domiciliaria*. Santiago, Chile: CEPAL.

Flores, R. (2009). *Observando observadores: una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*, Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Fundación la Caixa. (2010). *Cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI* (28). Recuperado de https://multimedia.caixabank.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/estudiossociales/vol28_completo_es.pdf

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. DF México: Mc Graw-Hill.

Huenchuán, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: CEPAL.

Iacub, R. (2014). Masculinidad en la vejez. *Voces en el Fénix*, (36), 38-47. Recuperado de <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/5Iacub%20Web.pdf>

Instituto Nacional de Estadística Chile. (2017). *Compendio Estadístico*. Recuperado de: <http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/compendio-estadistico-2017.pdf?sfvrsn=6>

Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En Olavarría, J., y Valdés, T. (De las mujeres). *Masculinidades, poder y crisis* (pp. 49-62). Santiago, Chile: De las Mujeres.

Lahera, E. (2002). *Introducción a las políticas públicas*. Series Breviarios del Fondo de Cultura Económica. México: FCE.

Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.

Mahoney, FI, Barthel, D. (1955): *La evaluación funcional: El Índice de Barthel*. Estado de Meryland Medical Journal.

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. País Vasco, España: Estudios Gráficos Zure.

Mcmullin, J. (1996). Teorías de las relaciones de edad y género. En Arber, S., y Ginn, J. (Narcea S.A), *Relación entre género y envejecimiento, enfoque sociológico* (pp.55-71). Madrid, España: Narcea S.A.

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Subsecretaría de Servicios Sociales División de Promoción y Protección Social, *“Orientación técnica sistema nacional apoyos y cuidados Chile cuida”*.

Ministerio de Salud. (2005). *Modelo de atención integral en salud*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

Ministerio de Salud. (2013). *Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria*. Recuperado de http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ot_a_MAYOR.pdf

Ministerio de Salud. (2013). *Orientación para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria. *Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa*.

Ministerio de Salud. (2016). *Norma técnica de los programas alimentarios*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-Técnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jurídica.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). *Plan nacional de demencia*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>

Montecinos, R. (2002). La masculinidad ante una nueva era. *El cotidiano*. 18 (113), 37-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/325/32511305/>

Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda. Departamento de Salud. (2017). *Plan de Salud Comunal 2018*.

Municipalidad Pedro Aguirre Cerda. (s.f.). Dirección de Desarrollo Social. Acción Social. Recuperado de https://www.pedroaguirrecerda.cl/w15/?page_id=54

Naciones Unidas. (2007). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Olavarría, J. (2001). *¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo, sexo*, Santiago, Chile: LOM Ediciones.

Olavarría, J. (2001a). *Hombres, identidad y violencia*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/ Red de masculinidades.

Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización de los Estados Americanos. *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. Recuperado de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Boletín sobre envejecimiento perfiles y tendencias* (4-5). Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43805/9789243547305_spa.pdf;jsessionid=F43E3FA295EA70E105EA02DFFDF9EDE1?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Resumen de informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdfk

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Recuperado de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/SA-2017-es.epub>

Pautassi, L. (2016). Del boom del cuidado al ejercicio de derechos, *Revista internacional de derechos humanos*, 13(24), 35-42. Recuperado de <http://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/3-sur-24-esp-laura-pautassi.pdf>

Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid, España: IMSERSO.

Rogero, G. (2010). *Los tiempos de cuidado, el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*, Madrid, España: IMSERSO.

Salgado-de Snyder, V., y Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(4), 515-521. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011

Sánchez, C. (2010). *Gerontología Social*, Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

SanFélix, J. (2011). Las nuevas masculinidades. Los hombres frente al cambio en las mujeres. *Prisma social*, (7), 220-247. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3537/353744579008/>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2008). *Estadísticas sobre las personas mayores: un análisis de género*. Recuperado de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estad-personas-AM_Un-analisis-de-genero-2006.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). *Estudio Nacional de la dependencia de las personas mayores*. Recuperado de <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). *Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Las-personas-mayores-de-chile-situacion-avances-desafios-del-envejecimiento-y-vejez-2009.pdf>

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2017). *Guía de orientaciones técnicas programa cuidados domiciliarios*. Recuperado de

http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_Orientaciones_Tecnicas_PCD_VERSI_ON_RESOLUCION_09_08_2017_-_copia.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2018). *Quinta encuesta nacional inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile. Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento*. Recuperado de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/SENAMA_libro_5ta_encuesta_BAJA%2C_libro_final.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor. *Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025*. Recuperado de <http://omayor.cl/wp-content/uploads/2016/05/Pol-tica-Integral-de-Envejecimiento-Activo.pdf>

Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda-Castillo, C., Nunez-Huasaf, J., Silva, J.R., MuñozNeira, C., y Delgado, C. (2013). The Cuide Me Study: determinants of burden in chilean primary caregivers of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35, 297–306.doi: 10.3233/JAD-122086

Tamayo, M. (1997). El Análisis de las Políticas Públicas. En Bañon, R., y Carrillo, E. (Alianza S.A), *La Nueva Administración Pública* (pp.281-312). Madrid, España: Alianza S.A.

Valle, M. (2014). *Entrevistas cualitativas*, Madrid, España: Centro de investigación sociológica.