



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Programa de Magíster en Psicología Comunitaria

**ADULTO MAYOR Y SUS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA
MIRADA A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL EQUIPO DE
CABECERA Y LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN
CESFAM LARAQUETE**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Comunitaria

ALDO REINER QUIJADA ROMERO

Director de tesis: Loreto Leiva Bahamondes, Psicóloga

Santiago, Chile

2011



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Programa de Magíster en Psicología Comunitaria

**ADULTO MAYOR Y SUS CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA
MIRADA A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL EQUIPO DE
CABECERA Y LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN
CESFAM LARAQUETE**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Comunitaria

ALDO REINER QUIJADA ROMERO

Director de tesis: Loreto Leiva Bahamondes, Psicóloga

Santiago, Chile

2011

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación tiene su origen en mi interés por trabajar con los adultos mayores desde el ámbito de la atención primaria de salud (APS), considerando el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario y Pertinencia Intercultural como estrategia de trabajo en los CESFAM.

Debo reconocer que en esta etapa de formación de postgrado conté con el apoyo de los directores de la Dirección de Administración de Salud Municipal de la Ilustre Municipalidad de Arauco, como también de la directora del CESFAM Laraquete, quienes respaldaron con su gestión administrativa y anuencia el que haya podido participar de las diversas actividades y exigencias del proceso de formación del curso magíster.

Estoy especialmente agradecido de la Profesora Guía Loreto Leiva, quien aportó con su conocimiento toda orientación necesaria en cuanto a los contenidos y aspectos metodológicos de esta investigación.

Finalmente, mi gratitud a mi cónyuge Orquídea Lucy Opazo Salazar, quien siempre ha estado a mi lado apoyándome y motivándome en la formación profesional; ella, sin duda, aporta cotidianamente algo nuevo cada día, y es a quien dedico esta investigación.

TITULO DEL PROYECTO

Adulto Mayor y sus Cuidados en Atención Primaria de Salud: una Mirada a las Representaciones Sociales Sobre el Equipo de Cabecera y las Acciones del Programa del Adulto Mayor en CESFAM Laraquete.

Tabla de contenidos	Página
Título del proyecto	3
Resumen del proyecto	8
Introducción	9
1. Antecedentes y contexto del problema de investigación	11
1.1 Demografía, epidemiología y población adulto mayor	11
1.2 El sistema de atención primaria de salud (APS)	14
1.3 El modelo de atención integral de salud con enfoque familiar comunitario y pertinencia intercultural	17
1.4 Equipos de cabecera y las prácticas comunitarias en el modelo de salud familiar	20
1.5 El CESFAM Laraquete	24
1.6 Adulto mayor, sus necesidades de accesibilidad a la atención en salud	29
2. Problematización	36
3. Formulación, delimitación del problema y pregunta de investigación	39
4. Relevancia de la investigación	40
5. Marco conceptual	43
5.1 Representaciones sociales	43
5.1.1 Representaciones sociales, generalidades	44
5.1.2 Representaciones sociales, sus alcances conceptuales	46
5.1.3 Representaciones sociales, algunas definiciones	48
5.2 Concepción de Adulto mayor	51
5.2.1 Adulto mayor como proceso de cambio y ciclo vital	51
5.2.2 Teorías psicológicas acerca del adulto mayor, procesos cognitivos y emocionales.	54
5.2.3 Adulto mayor, lineamientos desde el desarrollo psicosocial	56
5.3 Equipo de cabecera	60
5.3.1 Equipo de cabecera y cuidados, la relación médico paciente	60
6. Objetivos	65
6.1 Objetivo general	65

6.2 Objetivos específicos	65
7. Método	66
7.1 Diseño	66
7.2 Participantes	68
7.3 Técnicas de recolección de datos	69
7.4 Procedimiento	70
7.4.1 Etapa de actividades durante el estudio	71
7.4.2 Etapa final de salida	71
7.5 Técnica de análisis de los datos	73
7.6 Aspectos éticos	75
8. Resultados	77
9. Discusión y Conclusiones	102
10. Referencias	124
11. Anexos	133

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°	TÍTULO	PÁGINA
Tabla N° 1	Chile. Población total estimada según grandes grupos de edad.	12
Tabla N° 2	Enfermedades crónicas en adultos mayores	13
Tabla N° 3	Perfil epidemiológico CESFAM Laraquete, adulto mayor. 2009 – 1° semestre.	35
Tabla N° 4	CESFAM Laraquete, población mayores de 60 años, entre los años 2007 al 2010.	40
Tabla N° 5	Cuidados en APS, familias.	86
Tabla N° 6	Matriz conceptual de la representación social de los adultos mayores acerca de los cuidados en APS en el CESFAM Laraquete	92
Tabla N° 7	Matriz conceptual del CESFAM como unidad o entidad de salud y lugar	94
Tabla N° 8	Matriz conceptual de la representación social de los adultos mayores acerca del equipo de cabecera en APS en el CESFAM Laraquete	101

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA	TÍTULO	PÁGINA
Figura N° 1	Continuum de la atención en APS desde el modelo biomédico al biopsicosocial.	19
Figura N° 2	Matriz de poder como capacidad.	62
Figura N° 3	Mapa conceptual de cuidados en APS	90
Figura N° 4	Mapa conceptual CESFAM	93
Figura N° 5	Mapa conceptual equipo de cabecera	100

Resumen del proyecto

La presente investigación se propone responder la pregunta ¿Cómo percibe el adulto mayor la intervención de la Atención Primaria de Salud (APS) en relación a su salud y qué representaciones sociales articulan respecto al Equipo de cabecera?

Este trabajo considera, por una parte, abordar el fenómeno denominado transición demográfica avanzado el cual ha generado un aumento en la población de adultos mayores, situación que precisó cambios en las políticas públicas orientadas a dicho grupo etario.

Por otra parte, en salud, para responder a las necesidades emergentes en la población chilena, se adoptó en la APS el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario y Pertinencia Intercultural como estrategia de trabajo en los CESFAM. Ello devino en cambios profundos en las acciones en salud, realizadas por los equipos de cabecera.

Entre estos actores comunitarios surge el problema a investigar, considera en especial el relato de los adultos mayores - las representaciones sociales - que articulan en torno a los cuidados que reciben en la APS y a los equipos de cabecera.

Esta investigación se plantea desde la teoría de las Representaciones Sociales, definiendo ello los alcances de la misma, siendo de carácter cualitativa y sujeta a los lineamientos metodológicos de la Teoría Fundamentada.

Introducción

La presente investigación se dirige a responder la pregunta ¿Cómo percibe el adulto mayor la intervención de la Atención Primaria de Salud (APS) en relación a los cuidados recibidos y qué representaciones sociales articulan con respecto al equipo de cabecera?, es decir, conocer desde el relato de los adultos mayores, su percepción acerca de los cuidados que les brindan en el Programa del Adulto Mayor en APS y qué opinan del equipo de cabecera que los atiende en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Laraquete.

La elección de este tema está relacionado a las actividades de cuidados en salud que realiza el CESFAM Laraquete, unidad que durante los últimos cuatro años asume el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. También se reconoce en ésta la importancia de la etapa de transición demográfica avanzada en la que se encuentra el país, lo que involucra un aumento sostenido de adultos mayores, llegando actualmente a ser más del 11 % de la población chilena (Forttes & Massad, 2009).

En Chile, se han establecido políticas de salud orientadas a responder a las necesidades emergentes de este grupo etario, generándose el Programa del Adulto Mayor que involucra una gama de acciones a favor de los cuidados de estos usuarios en salud, a las que se deben sumar aquellas actividades con garantías explícitas de salud (AUGE).

Estas acciones son de carácter biopsicosocial, las que además reportan el empleo de indicadores o trazadores biológicos como sustrato de las escalas con las cuales se comprueba el estado de salud del paciente, por ejemplo: el Examen Médico Preventivo (EMP), el examen Escala de Funcionamiento Adulto Mayor (EFAM), aplicado en forma sistemática, siendo ambos parte de las Metas de APS. Todo ello involucra exámenes con diversos propósitos, entre los que se busca descartar o pesquisar y otorgar tratamiento a posible patologías, sean estas agudas o crónicas, tales como diabetes, dislipidemia,

hipertensión arterial y otras enfermedades, sumándose con ello a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual busca dar respuestas viables en salud que se constituyan en variable que tribute a una mejor calidad de vida (López & Chacón, 1997).

Esta investigación se plantea desde la teoría de las representaciones sociales, definiendo ello sus alcances, lo que se refleja en sus apartados, en especial en la discusión y conclusión de la misma.

El objetivo general de este trabajo es determinar cuál es la representación social que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS en el CESFAM Laraquete y cual es la representación social que articulan los adultos mayores con respecto al equipo de cabecera en el CESFAM Laraquete.

Para abordar lo anterior se plantean dos objetivos específicos. Por una parte, identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS en el CESAFAM Laraquete y por otra , identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca del equipo de cabecera del CESFAM Laraquete.

Este trabajo es abordado considerando metodología de carácter cualitativa, bajo los lineamientos metodológicos de la Teoría Fundamentada.

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Demografía, epidemiología y población adulto mayor

De acuerdo a los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2006, la población chilena experimenta el fenómeno denominado transición demográfica avanzada, lo que involucra el aumento sostenido del número de personas ubicadas en el tramo de 60 años y más, incluye también la disminución de la tasa de natalidad. Esta transición demográfica es entendida como un evento de larga duración que se desarrolla entre dos realidades o fenómenos identificados: la tasa de natalidad y de mortalidad.

Esta dinámica poblacional se inició en la década del 60', alterando la composición y el volumen de personas por edades de la población. En el año 1982, el grupo etario de adultos mayores constituía el 5.8% de la población chilena, llegando al 6.1% el año 1992. Sin embargo, pasada la década, en el Censo del año 2002, los adultos mayores alcanzaron el 11,4 % del total de la población chilena, llegando la esperanza de vida de las mujeres en Chile a los 80 años y la de los hombres a los 76 año respectivamente.

Este fenómeno demográfico además fue objeto de análisis por el INE quienes plantearon indicadores o cifras absolutas y relativas en las que estiman que en el año del bicentenario, 2010, ya el grupo de adultos mayores de 60 años y más constituirá un 13 % de la población total de chilenos, confirmando la tendencia de los últimos 50 años en cuanto a la transición demográfica avanzada en la que se encuentra el país, datos que se registran en la tabla que cede.

Tabla N° 1 Chile: Población total estimada según grandes grupos de edad .

Grupo de edad	2007		2010		2015	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total	16.598.074	100,00	17.094.270	100,00	17.865.185	100,00
0-14	3.958.354	23,8	3.814.756	22,3	3745.210	21,0
15-59	10.634.036	64,1	11.066.078	64,7	11.481.644	64,3
60 y +	2.005.684	12,1	2.213.436	13,0	2.638.331	14,7

Fuente Instituto Nacional de Estadísticas [INE] , Chile en:

http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/ganancia_de_vida.pdf.

Sumado a esta dinámica, se releva el tema de calidad de vida de los adultos mayores. Las investigaciones entregan información abordando una serie de variables, y, en este sentido, Cuervas (2004), refiere a lo diverso del tema, asumido también por López y Chacón (1997) quienes indican que la calidad de vida involucra primero la salud, luego educación, trabajo, actividad de tiempo libre, situación económica, entorno físico y social, vida familiar, vivienda, vecindario, comunidad, justicia y delincuencia, transporte y comunicaciones, política y religión.

Ante lo indicado, el adulto mayor tiene su particular discurso, producto de las características distintivas de ellos como grupo etario. Según los planteamientos sujetos al ciclo vital comentado por Elsner, Montero, Reyes y Zegers (2000) o Erikson (2000), se presenta una mayor probabilidad de que pierdan relaciones sociales como consecuencia de sucesos característicos de esta edad tales como la jubilación, viudez, institucionalización o por características personales (salud o escasos recursos educativos), lo que haría pensar que los adultos mayores cuentan con menores posibilidades de recibir el apoyo social necesario para afrontar los diversos acontecimientos estresantes, hecho alarmante en la medida en que necesita de ello para

hacer frente al deterioro propio de esta edad (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004).

Los autores mencionados reconocen como prioritario el tema de calidad de vida del adulto mayor, y su primer variable constituyente es la salud. En este aspecto, el perfil epidemiológico de los adultos mayores indica que las enfermedades crónicas más comunes o frecuentes que presentan son, primero la hipertensión arterial, luego la artrosis y artritis y después las enfermedades coronarias seguidas de otras patologías. La siguiente tabla presenta un resumen de las enfermedades crónicas y sus porcentajes prevalentes en Chile.

Tabla N° 2. Enfermedades crónicas en adultos mayores.

Enfermedades Crónicas.	Porcentaje
Hipertensión Arterial	52,3 %
Artrosis, Artritis	31,7 %
Enfermedades Coronarias	18,6 %
Diabetes	13,4 %
EBOC	12,6 %
Enfermedad Cerebrovascular	6,9 %
Algún tipo de Cáncer	4,5 %

Proyecto SABE Chile. INTA 2001. (n= 1.306) (Bustos y Villalobos en MINSAL, 2009.)

Para Bustamante, Concha y Schiattino (s.f.), a lo ya indicado en cuanto a las patologías que presentan los adultos mayores usuarios de la APS, resulta de particular interés el observar que los adultos mayores que mantienen un pobre o nulo contacto con sus familiares son portadores en su mayoría de algún tipo de patología psiquiátrica. Lo anterior hace presente la “ muerte social”, que se evidencia por una parte en aquellos pacientes que han perdido la conciencia de su existencia, y por otra el entorno social familiar en el cual la tendencia es a dejar de comportarse como si la persona estuviera

aún viva y comienzan a funcionar como si ya estuviera muerta, siendo progresivamente olvidados.

Lo anterior da cuenta de la importancia de la tarea que el Programa de Salud Mental (PROSAM) desarrolla en APS, pues el abordaje de caso clínico busca que la atención sea integral, es decir, biopsicosocial. Para la APS es vital manejar con claridad los aspectos epidemiológicos del envejecimiento y los cuidados de este grupo etario, su mortalidad, las enfermedades crónicas y su prevalencia, como también la morbilidad, todo ello para otorgar atención oportuna e integral en salud, tema que se aborda a continuación.

1.2 El sistema de atención primaria de salud (APS)

El sistema de salud Chileno tiene dos componentes esenciales, el público y el privado. A todos los trabajadores que tienen contrato se les descuenta un 7 % mensual para cubrir su seguro de salud, y cada ciudadano puede decidir si esta cotización va al Fondo Nacional de Salud FONASA (Seguro Público) o bien determina que sea una Institución de Salud Previsional Privada (ISAPRE), quien administre dicho fondo, estableciendo las ISAPRES convenios con sus afiliados que generalmente exige más del 7 % mensual a cotizar.

En salud se reconocen el nivel primario, secundario, terciario, y un cuarto nivel como garantes de atenciones a los usuarios, dependiendo de la complejidad que manejan para atender. En el nivel primario de atención, ambulatoria, se encuentra la APS como puerta de entrada al sistema, que en el caso Chileno tiene los siguientes dispositivos: Postas de salud rural (PSR), Centro general urbano (CGU), Servicio de atención primaria de urgencia (SAPU), Centro de salud familiar (CESFAM), Centro general rural (CGU), Centro comunitario de salud familiar (CECOSF) y los establecimientos (hospitales tipo 4) de menor complejidad (Gobierno de Chile - MINSAL, 2008).

En la actualidad la APS está sujeta a lineamientos en salud definidos por el poder ejecutivo (Ministerio de Salud junto al Presidente de la República) quienes comprometieron los “Objetivos sanitarios para la Década 2000 – 2010”, instrumento dedicado a orientar en el mediano y largo plazo, las políticas, estrategias, planes y programas del sector. Se establecieron cuatro objetivos sanitarios: (1) Mejorar los logros sanitarios alcanzados, (2) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, (3) Disminuir las desigualdades en salud y (4) Proveer servicios acordes a las expectativas de la población (Gobierno de Chile, MINSAL, 2006).

Todos ellos tienen como fin mejorar la salud de la población, prolongar la vida y los años de vida libre de enfermedad, reducir las desigualdades mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos y vulnerables de la sociedad. Es dentro de todo esto que se configura la acción de los CESFAM y su modelo de atención integral a lo largo del ciclo vital, sin embargo, la historia del modelo es anterior a los objetivos sanitarios señalados.

El segundo objetivo sanitario aborda directamente el quehacer de salud con respecto a los adultos mayores, y, si se piensa en estos como desfavorecidos y vulnerables, son objeto de las acciones y cumplimiento de los otros tres objetivos. El reconocimiento del envejecimiento de la población, estadísticamente confirmada por el INE, clasificado como etapa de transición demográfica, obligó a sentar acciones que buscaron dar cuenta de este segmento que va de los 60 años de edad y más, lo que implicó, por una parte, que la salud pública asumiera un rol más activo a favor de ellos. Cabe recordar aquí algunos datos entregados por el Ministerio de Salud en su página web:

La Encuesta Casen 2006 demuestra que la mayoría de la población se atiende en el sistema público de salud, porcentaje que ha ido en aumento desde 1990, desde 67,3% a 76,9%. Destaca, asimismo, la reducción a más de la mitad del porcentaje de personas que no se atendía en ningún sistema de salud, desde 12,2% en 1990 a 5,1% en 2006; y la reducción

de casi 2 puntos porcentuales en el total de personas que están en Isapres (15,1% en 1990 a 13,5% en 2006).

(en: http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=96).

Así, el grueso de la población chilena es atendida en el sistema público de salud, lo que confirma la importancia de las políticas sociales de salud que los gobiernos deben fomentar e implementar para responder a semejante demanda, buscando ampliar la oferta en salud la que siempre es insuficiente.

Desde una mirada socioeconómica, la encuesta señalada refiere que:

(...) el 73,7% de la población de menores ingresos (que es el 60% de la población) son beneficiarios del sistema público de salud. Por el contrario, más de la mitad de los afiliados a Isapres pertenecen a los sectores de mayores ingresos del país (20% de la población), mientras que sólo el 9,3% de los beneficiarios del sistema público pertenece a este grupo. (en: http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=96)

Además, al considerar grupos por edad y sexo, la CASEN 2006 refiere:

(...) que son los niños menores de 6 años y los adultos mayores quienes más se atienden en el sistema público (81,3% y 87,6%, respectivamente), y que las mujeres tienden a estar en el sistema público en mayor proporción que los hombres (80,1% versus 75,6%). Además, en 2006 el 80% de las mujeres del país están afiliadas al sistema público de salud. (en: http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=96).

Entonces, los resultados entregados por dicha encuesta revela que el sector público concentra la mayoría de las prestaciones realizadas en el país

La información confirma la ardua tarea realizada por el Estado en salud, ésta en sus cuatro niveles de atención. En el caso de los adultos mayores, que conforman la población objetivo -sujetos de investigación- como se informa en el respectivo apartado de metodología, se indica un crecimiento de la cobertura en cuanto a cantidad de personas. Lo señalado en la Encuesta CASEN 2006, revela que:

“... la población mayor de 60 años se atiende mayoritariamente en el sistema público, proporción que ha registrado un aumento sostenido desde 1996, desde un 77,3% a un 87%. Por el contrario, desde esa misma fecha se constata una reducción sostenida de los adultos mayores de 60 años afiliados a Isapre o sin sistema de salud. Destaca, asimismo, la reducción de los mayores de 60 años que declaran no contar con previsión de salud, desde un 11,1% en 1990 hasta un 2,4% en 2006. Además, al analizar los controles de salud preventivos del adulto y del adulto mayor, se observa que la realización de esta prestación aumenta progresivamente con la edad: 3% entre 51 y 55 años; 19,2% entre 66 y 70 años; 25,5% entre 71 y 75; 29,5% entre 76 y 80; y 32% para quienes tienen más de 81 años”.

(en http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=96)

Así observado, las tendencias dan cuenta del quehacer que en la APS se desarrolla como puerta de entrada en salud. Los apartados siguiente presentan el modelo de atención pública de salud con el que se atiende a más del 75 % de la población chilena, en este caso en APS, con los dispositivos con los que se cuenta para ello, particularmente en los CESFAM.

1.3 El modelo de atención integral de salud con enfoque familiar comunitario y pertinencia intercultural

La APS trabaja el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar

Comunitario y Pertinencia Intercultural, es biopsicosocial y sistémico, respondiendo a los requerimientos y contingencias que presentan los pacientes según ciclo vital individual y familiar, para el caso de esta investigación, de los adultos mayores, y lo hace gracias a la intervención de un equipo de salud multidisciplinario, en plano transversal por competencias, equipo al que se le denomina Equipo de Cabecera. Son los encargados de atender al adulto mayor, según sus necesidades, respetando los orígenes y acerbo cultural del paciente.

La pertinencia intercultural esta orientada al reconocimiento de las etnias existentes en Chile, de su saber milenario como depositarios del conocimiento ancestral, de su cultura y vida en comunidad, del resguardo de sus costumbres, de su lengua (dialecto o idioma), del reconocimiento de su cosmogonía, antropogonía, de su explicación del ciclo salud enfermedad, del lugar del Machi, del uso de su medicina como recurso terapéutico válido frente al modelo hegemónico occidental de salud (Ministerio de Salud, 2003).

Este modelo de atención integral exige, para ser ejecutado, la capacidad de establecer una articulación entre los distintos componentes (lo institucional, social, comunitario, familiar), involucra una eficiente gestión que orienta la forma como se organizan los recursos, en una atención centrada en el usuario, potenciando y fortaleciendo la familia (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008).

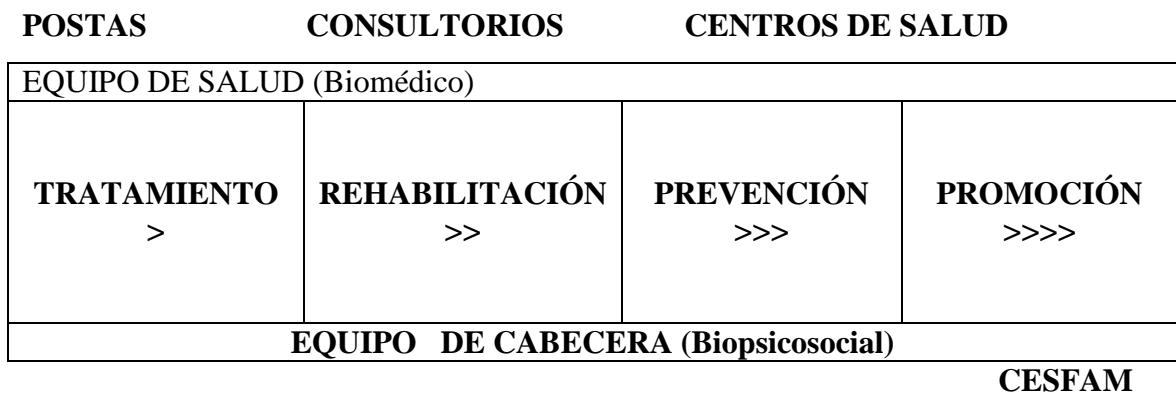
En este sentido, todos los programas son parte de la estrategia que materializa los lineamientos del modelo magistral, por ejemplo el PROSAM busca que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la capacidad de relacionarse entre sí con el medio o entorno (sistemas) para alcanzar individual y colectivamente el bienestar (subjetivo), el desarrollo y uso de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud: Unidad de Salud Mental, 2001).

La nueva concepción biopsicosocial de la salud requiere en este caso, que todo establecimiento de APS, contribuya a elevar el nivel de salud de la población de su

territorio y con ello, hacer un aporte a la mejoría de la calidad de vida y desarrollo de la localidad. Además este modelo considera los cambios en el perfil de la familia actual, en la transición epidemiológica, fortalece la promoción y prevención, detección precoz y control de salud, y el incremento de expectativas que la población tiene respecto del sistema de salud.

Los ejes de transición del modelo, con respecto a la atención, van desde un enfoque curativo a uno promocional y preventivo; desde un enfoque biomédico a uno biopsicosocial; desde un enfoque asistencialista a uno comunitario de salud; desde el eje hospitalario al eje de la atención primaria.

Figura N° 1. Continuum de la atención en APS desde el modelo biomédico al biopsicosocial.



Los principios que lo sustentan son la universalidad, equidad, solidaridad, integralidad, continuidad de los cuidados, el empoderamiento (potenciación) de la población, la democratización y descentralización (Programa de Salud Comunal, DAS ARAUCO, 2008).

Aplicado todo ello por medio de los diversos programas a lo largo del ciclo vital, en especial con el grupo etáreo de adultos mayores que son la población objetivo de esta investigación, representado para el caso en el programa del adulto mayor que esta en

ejecución en los CESFAM ya varios años, y que remite información relevante en cuanto al tema de esta investigación.

Para el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Laraquete la intervención comunitaria debe contribuir a una mejor calidad de vida a todo lo largo del ciclo vital, labor que no debe descuidar el último estadio de la vida, y en este sentido comprende la salud con enfoque biopsicosocial (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez, & Zamarrón, 1999).

1.4 Equipos de cabecera y las prácticas comunitarias en el modelo de salud familiar

Los CESFAM funcionan con equipos de cabecera a cargo de la atención del usuario en la APS, realizando su labor sujetos al modelo de salud integral con enfoque familiar comunitario y pertinencia intercultural. Para ello trabajan con población a cargo, manteniendo un contacto cercano y permanente con el usuario considerando todo el ciclo vital, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de intervención en la red articulada de servicios.

El modelo exige a los equipos conocer la población objetivo en toda su diversidad cultural y de género, conocer a las familias a cargo bajo el modelo sistémico, características epidemiológicas, etapas del ciclo vital familiar, los factores protectores y de riesgo en las familias. Igualmente deben formular el diagnóstico familiar y planificar la intervención, todo ello co-construido con la familia y su paciente índice (Gobierno de Chile, MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008).

Para lo anterior hacen uso del “enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), el cual permite entender la salud de la población como resultado de las interacciones entre la realidad biológica, mental, social, ambiental y cultural” (p.14). Por ende este enfoque permite que las acciones del sector salud estén orientadas a dar respuesta al conjunto de necesidades de salud de una población. Estas necesidades, identificadas, permiten la realización del diagnóstico de salud, el cual entrega información detallada de una población o sector a cargo.

Los equipos de cabecera están conformados por enfermeras(os), matronas, médicos, asistentes sociales y técnicos paramédicos. A este equipo se debe sumar el apoyo de los equipos transversales, compuestos por técnicos y profesionales de la salud que desarrollan labores de cuidado y promoción de salud en forma continua en la población adscrita al CESFAM. En este participan psicólogos(a), nutricionistas, kinesiólogos (a), odontólogos (a), educadora de párvulos, terapeutas ocupacionales, orientadores familiares, tecnólogos médicos entre otros (Gobierno de Chile, MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008)

Por lo general, la población a cargo del CESFAM se divide en sectores, y cada uno de estos sectores cuenta con su equipo de cabecera. Esta forma de organizarse esta normada para todos los CESFAM en Chile, existiendo algunas pequeñas diferencias, en especial con los CESFAM ubicados en sectores rurales.

Las prácticas comunitarias involucran el uso de tecnología o instrumentos para trabajar con familias, entre los que se encuentra el genograma, línea de tiempo, apgar familiar, círculo familiar, mapa ecológico de la familia, caso clínico y la visita domiciliaria integral. También emplean herramientas según protocolos para trabajar con familias con pacientes crónicos y postrados. De igual manera, dependiendo de la ubicación geográfica del usuario paciente, los CESFAM asumen el cuidado de pacientes que pertenezcan al Programa de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos. También se desarrollan acciones de educación en farmacoterapia y adherencia terapéutica. Todas estas actividades están normadas y cuentan con diversos protocolos que deben ser aplicados al momento de darse la atención al usuario (MIDEPLAN, 2008; MINSAL, 2009).

Estos equipos tienen asignadas funciones que orientan su gestión, por ejemplo deben conocer las características sociodemográficas, culturales y epidemiológicas del sector a cargo; es necesario que participen junto con el intersector y la comunidad en la elaboración de diagnósticos participativos como también participar en la formulación

ejecución y seguimiento del plan de trabajo del sector. También es necesario que trabajen en conjunto, en forma activa para el cumplimiento de las metas del equipo, realizar reuniones del equipo de sector, participar en el proceso de programación de actividades del sector, velar porque las relaciones humanas entre los integrantes del equipo y entre los equipos sean cordiales y armoniosas, conocer a las familias de su sector, establecer y mantener una relación equipo-sector basada en los principios que sustentan el modelo de salud familiar, brindar una atención de calidad, acorde a las necesidades de las familias de su sector, identificar sus necesidades de capacitación atinente a las funciones que realiza y al modelo de salud familiar e informar al jefe de sector, evaluar en forma permanente como equipo las agendas de los integrantes del equipo de sector (Universidad de Concepción. Facultad de Medicina, Programa de Salud y Medicina Familiar, 2009).

Por todo lo anterior, está claro que el equipo de cabecera es responsable de poner en práctica todos los lineamientos del modelo de salud familiar comunitario en el que han sido capacitados y, por lo tanto, cobra vital importancia el compromiso personal que cada miembro del equipo de cabecera y del equipo transversal tienen con respecto a esta labor. Por ejemplo, las prácticas comunitarias biopsicosociales implementadas por el equipo de cabecera del CESFAM Laraquete, con respecto a los cuidados de los adultos mayores son las siguientes:

1. En lo administrativo, cumplidos los 65 años, el usuario es egresado del Programa del Adulto (que va de los 20 a 64 años de edad) y se ingresa al Programa del Adulto Mayor, que para los efectos de CESFAM, ocurre a los 65 años de edad. Sin embargo, FONASA, comienza a los 60 años con todos los beneficios que en salud ello involucra, concentrando todos los controles del paciente y otorgándole las garantías explícitas en salud (GES) según patología.
2. Evaluación de la funcionalidad, para ello utilizan el instrumento de Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM). La puntuación obtenida

determina autovalencia, la cual puede ser con o sin riesgo. Además, si la puntuación determina dependencia, se aplica otro instrumento denominado Índice de Katz. También existe el Test del Informador, normalmente aplicado al cuidador primario del paciente.

3. Evaluación con escala de depresión geriátrica Yesavage, instrumento de tamizaje que entrega un perfil del trastorno del ánimo mencionado, con derivación al Programa de Salud Mental si lo amerita.
4. Aplicación de test para detección de alteraciones del equilibrio que consisten en dos pruebas denominadas Estación Unipodal y *Time Up and Go (TUG respectivamente)*. En el caso de estas pruebas están sugeridas para aplicarse en controles programados, posterior a una hospitalización, cuando se haya superado una condición mórbida aguda, antes y después de tratamientos de rehabilitación, como seguimiento cuando se entrega indicación de ayudas técnicas y también en las evaluaciones y seguimientos de los Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores (ELEAM).
5. Aplicación de Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMP) en forma anual. Se debe recordar aquí que la parte B del EFAM considera preguntas que determinan riesgo cardiovascular, estado cognitivo y sospecha de depresión o ansiedad, lo que complementa el EMP.
6. Programa de Inmunización, en este caso, la vacuna contra la influenza y contra el neumococo aplicada según normativa.
7. Programa Alimentación Complementaria Adulto Mayor (PACAM), administrado por la nutricionista del CESFAM.
8. Ayudas técnicas, según prescripción médica, exámenes de alto costo, todo ello gestionado por asistente social del CESFAM. Las ayudas técnicas son todos aquellos elementos que cumplen la función de corregir, facilitar la acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad.

Además, el Modelo de Salud Familiar aporta con variada tecnología para desarrollar la atención de salud al paciente, se trabaja con protocolos de Visita Domiciliaria Integral (VDI), de consejerías, APGAR familiar, tarjetón de familia, línea de tiempo, río de vida, mapa epidemiológico, ecomapa, genograma, carpeta de familia, estudio de caso y estudio de familia con programa consensuado de intervención, todo realizado por el equipo de cabecera según los sectores del CESFAM, registrado con sus respectivos documentos en las fichas clínicas de los pacientes o usuarios.

1.5 El CESFAM Laraquete

Este CESFAM está ubicado en la comuna de Arauco, provincia de Arauco, en la VIII Región del Bio Bio. Según los datos del Censo 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas, registrado como información en el portal de la Ilustre Municipalidad de dicha comuna, posee una superficie de 956 km² y una población de 34.873 habitantes, de los cuales 17.603 son mujeres y 17.270 son hombres (en <http://www.muniarauco.cl/index.php/informacion-comunal/resena>).

Arauco -como ciudad y comuna- posee algunos sectores que se desarrollaron siendo centros históricos por una parte, y por otra, como el tradicional grupo de casas que fue creciendo aledañas a caminos y sujetas a una actividad económica, es el caso de Laraquete, Carampangue, Ramadillas, y como terminal pesquero o caleta como es el caso de Tubul, Llico y Punta Lava Pie. Estas localidades pueden ser considerados pueblos lineales con asentamiento rural disperso en sus inicios y que a la postre, con el aumento demográfico, se han concentrado (Caballero & Moreno. s.f.). Además sus actividades económicas son semejantes, con excepción de Laraquete, que suma a su condición de caleta de pescadores la explotación de piedras cruces (semipreciosa) y la comercialización de tortillas.

El CESFAM Laraquete depende de la Dirección de Administración de Salud de la Ilustre Municipalidad de Arauco, y su jurisdicción en salud comprende los Sectores de

Tubul, Quiapo, Yani, Las Puentes y Laraquete, alcanzando a una población inscrita FONASA de 8.688 personas en el año 2009, cifra que disminuyó a 8.666 inscritas al año 2010, según registros estadísticos manejados en el CESFAM. El total de adultos mayores en el CESFAM Laraquete es de 1034 personas según los datos emanados del FONASA en el presente año

El CESFAM Laraquete es considerado rural por el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud Arauco (SSA). Los criterios establecidos en el Censo 2002, en el que clasifican rural/urbano según dos variables, cantidad de personas y porcentaje de dicha población económicamente activa. Forttes y Massad (2009), señalan que se entendió en dicho censo por población urbana al:

Conjunto de viviendas concentradas en que residen más de 2.000 habitantes, o bien una población entre 1.001 y 2.000 habitantes, con 50 % o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente se consideraron urbanos los centros de turismo y recreación que cuentan con más de 250 viviendas concentradas y que no cumplen el requisito de población. (p.37)

Y, se definió como población rural a todo “asentamiento humano concentrado o disperso con 1.000 o menos habitantes, o bien una población entre 1.001 y 2.000 habitantes en la que menos del 50 % de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias y/o terciarias” (Forttes & Massad, 2009, p.37).

Estos criterios son suficientes para determinar la ruralidad del CESFAM Laraquete, si bien la suma de los habitantes inscritos en FONASA son mucho más de 2.000 personas, y tanto las localidades de Laraquete y Tubul tienen una población mayor en número al establecido, es discutible el porcentaje de población económicamente activa. Además, los otros sectores que son dependientes del CESFAM Laraquete -Yani, Las Puentes y

Quiapo- si poseen población inferior a 1.000 habitantes, cumpliendo plenamente con los criterios mencionados por Forttes y Massad.

La condición de ruralidad de este CESFAM esta dada y reconocida por el SSA y el MINSAL en base a criterios sociodemográficos, por políticas de salud y social. Además es parte del catastro que el Servicio de Impuestos Internos (SSI) del Gobierno de Chile mantiene en la actualidad en cuanto a los territorios, asentamientos y poblaciones rurales que están en dicha condición (SSI, 2009).

Posee servicio de Agua Potable Rural (APR), apoyado en ello por las Políticas Sociales de Gobierno, lo que mejora la calidad de vida de los habitantes de Laraquete (Becerra, 2007, en <http://infocentro.bligoo.com/content/view/103759/Conociendo-el-Agua-Potable-Rural.html>).

Este CESFAM está conformado por cinco sectores con una gran dispersión geográfica, pues desde el CESFAM ubicado en Laraquete a los sectores más lejanos tales como a Yani y Quiapo, hay alrededor de 57 kilómetros de distancia, al sector Posta Las Puentes hay 32 kilómetros y distancia a Tubul, 37 kilómetros. En cuanto a conectividad vial, sólo Laraquete y Tubul tiene camino asfaltado y locomoción colectiva (microbus) cada 20 minutos con dirección a Arauco. En el caso de los otros sectores se llega a ellos por caminos secundarios de ripio, y la locomoción colectiva (microbus), tiene solamente un recorrido diario.

Siguiendo con el aspecto de ruralidad del CESFAM Laraquete, se observa en ello las dinámicas que Hernández y Pezo (2009) señalan al respecto que en la dimensión socioambiental se destacan nuevos patrones de uso y significado de los espacios rurales, ello implica nuevas relaciones entre el hombre y la naturaleza. Por otra parte, la dimensión económica-productiva surge con nuevas formas de producción agropecuaria orientadas a los mercados globales. Asimismo, en la dimensión social se destaca la emergencia de nuevos actores que se imponen en las relaciones económicas (empresas

transnacionales, agro-exportadores y grandes productores) y la generación de redes sociales que modificaron y continúan modificando la morfología de las sociedades rurales.

En cuanto a la dimensión cultural, hay desencuentros entre las culturas locales y las formas culturales provenientes de la globalización, provocando respuestas locales que no obedecen a patrones comunes, sino a una amplia diversidad cultural. Es interesante el proceso de revalorización de lo rural y de lo que significan las culturas locales, en el contexto de la búsqueda de una identidad basada en lo territorial, las vocaciones productivas, y en el patrimonio natural, histórico y cultural. Dado que en Chile, cerca de un 13% de la población vive en el sector rural, persisten serias desigualdades socioeconómicas y de oportunidades en relación a la población urbana, realidad que no puede ser dejada de lado al momento de planificar acciones en el ámbito de la salud (Hernández & Pezo, 2009)

En consecuencia, el mundo rural es conformado por un grupo humano significativo por su peso demográfico, por su aporte material al conjunto del país, porque son sujetos de derechos, por sus potencialidades y por sus aportes futuros, por la dinámica subjetiva, multicultural y ambiental, por la dinámica ciudadana y por la construcción de horizontes colectivos que son las piezas que forman el conjunto de la nación real.

Además, se debe considerar que:

...el mundo rural es portador, revitalizador y creador de símbolos, prácticas y tradiciones (...) son portadores de aquella memoria que llamamos historia (...) es sostenedor material y simbólico de la naturaleza frente a la vida urbana, dándole una referencia y un límite a ésta (...), como sostenedor de una diferencia en la igualdad de todos los chilenos, es un vitalizador de la construcción de la ciudadanía (...) cada vez más multicultural... (Guell, 2005. s.p.)

La suma de estos elementos son evidencia de un perfil de lo rural que supera al tradicional modelo folclórico patrón de fundo, al huaso, al mozo de campo, al mediero y al indígena campesino. Se está ante una figura híbrida respecto a los grandes propietarios por una parte, y por otra, el pequeño propietario, buscador de oportunidades y del favor de leyes que dicte el Estado o gobierno de tránsito, que le permita aliviar la pesada carga del día a día.

La población rural de la comuna de Arauco, y para el caso de Laraquete, está compuesta por pequeños propietario de tierras que se esfuerza para mantener una agricultura de sobrevivencia. Como notable contraste de poder económico y manejo de tierras, se encuentran los grandes propietarios, mega-empresas dueños de grandes extensiones de terreno, los cuales trabajan y cultivan el suelo con fines macroproductivos, transformando el paisaje y uso del suelo con plantaciones de árboles, especies tales como el pino y/o eucaliptos que hoy abundan en sus montañas. Se debe sumar a lo anterior, la venta de terrenos, pequeñas parcelas de media hectárea de cabida, usadas para recreación o parcelas de agrado, las que con el debido cambio del uso de suelo dejan de ser terreno agrícola. Frente a lo anterior el araucano rural ha cedido parte de su territorio y, junto con ello, de sus costumbres, como es el caso en Laraquete y sus sectores.

Otra característica de este CESFAM es su Servicio de Urgencia Rural, estratégicamente concebido para otorgar la ayuda en situaciones de riesgo vital en todo el sector aledaño a la Ruta 160, desde Laraquete por el norte hasta Ramadillas por el sur. Además dicho servicio trabaja en Red con el Hospital de Arauco, distante 20 kilómetros. Así, tanto el CESFAM Laraquete como el Hospital de Arauco son los encargados de cubrir con sus respectivos Servicios de Urgencia dichas contingencias.

El CESFAM Laraquete trabaja sujeto al Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario y Pertinencia Intercultural, y es el equipo de cabecera junto al equipo transversal de Salud quienes ejecutan las acciones. Son los encargados

de atender a todos los usuarios del sistema, considerando el ciclo vital, según sus necesidades, respetando los orígenes del paciente, es decir, integra la cultura mapuche en este caso.

Para ello, el Centro de Salud Laraquete, durante los últimos cuatro años, junto con desarrollar su quehacer normal en salud bajo el modelo biomédico, asumió el desafío de adquirir la calidad de CESFAM, siendo reconocido el día 18 de diciembre del año 2008 como tal. Esto involucró una serie de transformaciones, cambios y compromisos en todo el personal. El más trascendental es el paso en la atención del modelo biomédico al modelo biopsicosocial, actualmente implementado. En este aspecto todos los usuarios experimentan un cambio en la atención, ampliándose el universo de acciones de salud a favor de estos, y, para el caso de los adultos mayores objeto de esta investigación, abordar sus necesidades de manera integral, asunto que a continuación se expone.

1.6 Adulto mayor, sus necesidades de accesibilidad a la atención en salud

No son pocos los autores y a su vez diversos los enfoques con los que han planteado el tema de las necesidades que experimenta el ser humano. Se plantea, por acuerdo general, que habría cuatro áreas bien definidas al respecto, por una parte están las físicas y biológicas, aquellas que dan cuenta de la emocional, psicológico e intelectual, aquellas que tiene que ver con lo relacional o vínculos sociales y, también están las que se refieren a la espiritualidad o trascendencia. Todas tienen su importancia, y han de ser satisfechas en cierto grado con el fin de lograr salud y bienestar en las personas.

Por ejemplo para Maslow, el ser humano presenta y articula sus conductas en base a necesidades y motivaciones. Estas necesidades son: fisiológicas, de protección y seguridad, de amor y pertenencia, de estimación y la última, de realización personal (George, s.f.). Otros psicólogos humanistas y transpersonales, determinan horizontes más amplios respecto al ser humano y sus necesidades, consideran dimensiones

espirituales, relatos y mitos de culturas milenarias y sus creencias, siendo más holística (Celis, 2001).

En este sentido, según operan las necesidades, estas emergen a un primer plano buscando ser satisfechas, movilizan la energía o atención del sujeto a un satisfactor, y una vez atendida dicha necesidad, esta vuelve a un estado de latencia, dando lugar a otro foco de interés o necesidad.

Otros teóricos, Max-Neef, Elizalde y Hopenhayn (1986), refieren a categorías de necesidad versus satisfacción, y en ellas es claro que el actual modelo de sociedad deja de lado al adulto mayor. Su propuesta de desarrollo a escala humana (concepción más humanista y democrática de sociedad), da la oportunidad al adulto mayor para definir sus necesidades y también sus propios satisfactores.

Los satisfactores que responden a la matriz de necesidades planteados por este autor, dan cuenta de cinco tipos, los cuales son: violadores o destructores, pseudo- satisfactores, satisfactores inhibidores, satisfactores singulares y los satisfactores sinérgicos.

Así, en esta perspectiva, el modelo biomédico (satisfactor singular), no logró dar solución a las necesidades del adulto mayor, como satisfactor principal. Entonces se orientó el trabajo en APS en el modelo biopsicosocial-sistémico, siendo ello un satisfactor de tipo sinérgico (Max-Neef et al, 1986).

Ahora bien, para lograr un producto en salud que realmente sea de calidad y satisfaga a los usuarios en su necesidad de ser atendidos, y de encontrar solución a su problema dentro de la oferta presentada por el Sistema de Salud, Boada y Méndez (2005), indican que es preocupación constante del Estado y gobierno de Chile; para ello cuenta con instituciones tales como FONASA, la superintendencia de salud (SIPS), el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) y la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) con el propósito de evaluar dicha tarea.

En lo más técnico y especializado del área de salud, trabaja el Ministerio de Salud a través de los Servicios de Salud respectivos, cumpliendo labores de supervisión. A través de éstos se busca cautelar la calidad de la atención y los procesos que involucra, es decir, efectividad sanitaria y eficiencia en la gestión. Lo anterior exige determinar y supervisar parámetros de calidad, normativas que den cuenta del cumplimiento y exigencias de infraestructura, equipamiento, personal vinculado a la atención integral de salud, procesos o protocolos de gestión. Se busca generar satisfacción y confianza de los usuarios en su atención.

Las políticas ministeriales de salud son guiadas por principios fundamentales que involucran los derechos ciudadanos, la equidad, la solidaridad, la participación y la calidad. La reforma sanitaria establece derechos exigibles para las personas como base de la equidad, los que obliga dar respuesta a las necesidades del usuario, con lo que adquiere gran importancia la opinión de la población acerca de la atención en salud. Este aspecto es abordable considerando la cobertura y calidad que se brinda en salud, en el que la satisfacción del usuario actúa como un componente de ésta.

La satisfacción corresponde al juicio que el paciente hace sobre el cumplimiento de la expectativas que tiene en cuanto a la atención que espera recibir en salud. Uno de los medios que informa de ello son los reclamos, otro es la Encuesta de Satisfacción Usuaría y Sistematización de los Planes de Mejora de los Establecimientos de la Red Asistencial, ella aporta la opinión del usuario externo, es decir, los pacientes. Parte de esta información es recibida en las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) que existen en todas las unidades y servicios de salud en Chile.

Al respecto, Boada y Méndez (2005), en una muestra de 123 reclamos o casos presentados en el SERNAC, entre enero del año 2004 y marzo del año 2005, fueron en torno al área económico-administrativo seguido por la categoría mala prestación, con un 52 % de la muestra. Estos resultados incluyen la salud pública y privada.

La SIPS, en el mismo periodo 2004-2005, registró un incremento significativo del número de casos en relación a los presentados en SERNAC. Sin embargo, si bien existieron diferencias en las cantidades, en el análisis de las causas de reclamo se observó una similitud entre el SERNAC y la SISP, concentrando más del 50 % en lo económico-administrativo (Boada & Méndez, 2005).

En la cuenta anual del Servicio de Salud Arauco, correspondiente al año 2007 y 2008, se informó a la comunidad que la mayor cantidad de reclamos presentados por los usuarios del sistema público de salud se concentró en las categorías de trato y tiempo de espera, esto en hospitales como en los CESFAM de la provincia. En tercer lugar, se encuentra el ítem procedimientos administrativos. Hubo tanto en los CESFAM como en los hospitales un aumento en la cantidad de reclamos, que en el caso de los CESFAM fue de un 36,2% y en los hospitales fue de 29,2% respecto de los periodos informados.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios con la atención recibida, de las cinco aplicaciones del instrumento realizadas en el periodo ya indicado, los indicadores registraron que un 63% del total de los encuestados en la provincia se considera satisfecho; no satisfechos hubo un 32% como tope máximo y dicho indicador disminuyó a un 13% en las posteriores aplicaciones, mejorando el porcentaje de personas satisfechas respectivamente (Servicio de Salud Arauco, Sección de participación social SSA. 2009).

Los resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría y Sistematización de los Planes de Mejora de los Establecimientos de la Red Asistencial, aporta la opinión del usuario externo, es decir, los pacientes. Del último periodo evaluado, año 2008, la información remitida por medio del Ord. N° 19 A/N° 2197, de fecha 23.12.08, de su cuarta aplicación analizada, resultó en orientaciones que obligan al CESFAM a mejorar en la Sección de Orientación Médica y Estadística (SOME) en la que se otorgan las horas de atención de los diversos profesionales de la salud y la tramitación de inter-consultas a especialidad,

como también mejorar el aseo de las dependencias y entorno (patios, estacionamientos, por ejemplo).

Esta encuesta abordó también el trato en atención de usuarios, y en especial, cómo percibe el paciente que es atendido por los profesionales del CESFAM. Los resultados destacan que se atiende con respeto e interés por la persona.

Por otra parte, los reclamos presentados en el CESFAM Laraquete, en el año 2008 al año 2009, la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de dicho establecimiento, tiene registrado un total de 22 reclamos presentados por escrito, sobresalen los que involucran el trato que el usuario recibe por parte del personal del CESFAM, la otra categoría que presentó más reclamos fue la que involucra competencias técnicas (Fuente: CESFAM Laraquete, OIRS. Registro Estadístico Anual, 2008, 2009).

En cuanto a la atención de los adultos mayores, considerando las necesidades propias de estos según ciclo vital, se estableció el Programa del Adulto Mayor, el cual tiene cubiertas a todas las personas que tienen 65 o más años, según el Ministerio de Salud, pero FONASA lo sanciona desde los 60 años. Considera acciones y beneficios tales como entrega de órtesis y prótesis, atención oportuna para cirugías electivas y bonificación 100% para atenciones de salud de alto costo (en <http://www.fonasa.cl>).

El programa manejado en los CESFAM, aparte de lo ya indicado anteriormente, precisa acciones tales como control de salud, atención oftalmológica que incluye entrega de lentes ópticos, atención de otorrino con entrega de audífonos, atención odontológica integral, vacunación antiinfluenza, consulta de morbilidad, consulta y control de enfermedades crónicas, consulta nutricional y su vínculo al Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), intervención psicosocial, consulta de salud mental, diagnóstico y control de la TBC, promoción que involucra actividades educativas grupales y de educación física, consulta kinésica y el programa de atención a

domicilio, en el que participan diversos profesionales y técnicos de la salud (Gobierno de Chile, MINSAL 2002)

Se reconoce una mayor vulnerabilidad de estos en las zonas rurales debido al aislamiento, accesibilidad a servicios, programas y políticas públicas. El perfil epidemiológico de los adultos mayores, al comparar las tendencias (basado en los indicadores nacionales) con los resultados que se manejan en el CESFAM, en una exhaustiva revisión del Tarjetero de Adulto Mayor, se observó que las patologías que cuentan con un programa asignado como el cardiovascular y las enfermedades respiratorias agudas (ERA) presentan prevalencia similar en la población inscrita y bajo control del CESFAM Laraquete.

No obstante lo anterior, los registros de diagnósticos no reflejan la media nacional en el resto de las patologías. Los cuidados del adulto mayor en APS son un gran desafío. Al analizar los resultados obtenidos de los casos esperados en la población de adultos mayores en Laraquete, según patologías, se observa una preocupante realidad acerca del trabajo realizado y lo por realizar, en los que la brecha existente de casos esperados INE en relación a la población bajo control da cuenta de ello. La tabla que se encuentra a continuación registra lo mencionado y es indicio de brecha. (Ver tabla en próxima página)

La preocupación presente en el equipo de cabecera por desarrollar mejores estrategias para superar el problema del sub-diagnóstico epidemiológico presente en el CESFAM, puede ser algo compartido por los adultos mayores, por ejemplo, visto por ellos como un descuido o mala práctica en salud. Así, las necesidades de accesibilidad a la atención en salud es un tema que obliga a la APS a buscar solución a dicha brecha.

Estas inquietudes se abordan en este estudio puesto que se busca obtener información que mejore la práctica del equipo de cabecera, que profundice lo comunitario, dando cuenta de la brecha o necesidad emergente. Es posible que el equipo de cabecera no esté

pesquisando los casos, o bien, el adulto mayor no está entregando la información que permita diagnosticar. Por ello esta oportunidad de acercarse al mundo del adulto mayor y la salud, puede ser un intento fructífero que mejore la APS, y en especial la gestión de los equipos de cabecera en el CESFAM.

Tabla N° 3. Perfil epidemiológico CESFAM Laraquete, adulto mayor. 2009 – 1° Semestre.

Patología	% de Prevalencia (Indicador Nacional)	Población Asignada INE: 525. N° de casos esperados según prevalencia.	Población Inscrita: 386	Población Bajo Control, N° de casos.
Hipertensión Arterial	53.2	279	204	212
Diabetes Mellitus	13.4	70	52	60
Artropatías	31.7	166	122	49
Enfermedad pulmonar	12.6	66	49	57
Caídas	35.3	185	136	13
Sordera	33.1	173	128	11
Alteración dental	75.3	395	291	24
Depresión	23.9	125	92	6
Deterioro cognitivo	12.5	65	48	-
Demencia	9.1	47	35	2

(CESFAM Laraquete, 2009. Estadística PAM. Equipo de Cabecera, no publicado)

2. PROBLEMATIZACIÓN

En los últimos años se ha producido una transformación en la Política de Salud desarrollada en el país. Esta actuación concibe los derechos del usuario con un enfoque en la promoción de estilos de vida que contribuyan al bienestar integral, a la promoción y prevención. Se trata de acciones y servicios en salud comunitarios, cuya finalidad última es alcanzar una mayor calidad de vida y bienestar general, donde el equipo de cabecera aporta sujeto a lineamientos definidos y establecidos en base al modelo de atención integral.

El cambio en la APS hace que se hayan constituido equipos de cabecera que innovan en las prácticas de intervención en el área de la salud de diferentes profesionales. Así esta nueva concepción más multidisciplinaria, con visión familiar comunitaria y pertinencia intercultural aborda al usuario externo, identificado en este proyecto como adultos mayores, de manera biopsicosocial.

En este sentido el equipo de cabecera plantea la necesidad de cambio en la concepción del quehacer del profesional y técnico en salud, por ejemplo, de la clínica individualista hacia lo familiar y comunitario, del box hacia la sala de reuniones o bien la sede del grupo objetivo con el cual se trabaja. Así en APS se hace necesario la adecuación a los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario con Pertinencia Intercultural y a las demandas de los programa existentes según ciclo vital, a saber: programa de la mujer, programa del niño y la niña, programa del adolescente, programa del adulto, programa del adulto mayor, programas de salud oral, programa cardiovascular, programa enfermedades respiratorias agudas (ERA), programa infecciones respiratorias altas (IRA), programa de salud mental (PROSAM) entre muchos otros.

Se ha comentado anteriormente El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitaria con Pertinencia Intercultural, en que consiste y qué exige para ser

ejecutado. Y, es en tal caso que los equipos originales de salud que desarrollaban las acciones en salud con el enfoque biomédico, más orientado al tratamiento y a la rehabilitación, deben en el nuevo modelo integrar además todas las acciones necesarias en salud que den cuenta de la prevención y promoción. Así estas cuatro variables constitutivas del modelo biopsicosocial (tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción) plantean un horizonte con mayor espacio de acción, que involucra a su vez a más actores en el proceso ciclo salud enfermedad, buscando estratégicas alianzas entre paciente índice, familia, comunidad, equipo de cabecera, equipo transversal, y las diversas redes que conforman al sistema comunidad.

Ahora bien, sujetos al nuevo modelo de salud, el CESFAM debe contribuir a elevar el nivel de salud de la población de su territorio y con ello, hacer un aporte a la mejoría de la calidad de vida y desarrollo de la localidad. Además este modelo considera los cambios en el perfil de la familia actual, la transición epidemiológica, fortalece la promoción y prevención, la detección precoz y controles, el incremento de expectativas que la población tiene respecto del sistema de salud.

Para el cumplimiento de esta tarea, el CESFAM Laraquete a ejecutado un programa de capacitación de todo su personal, labor que continua realizando en la actualidad junto al apoyo del Servicio de Salud Arauco y a la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Departamento de Medicina y Salud Familiar. Sin embargo, una cosa es tener la capacitación en el modelo y otro es tener el compromiso con este. Ambas condiciones deben estar presentes en los actores de salud con el fin de lograr avances en el CESFAM.

Un aspecto más a considerar en el proceso es el necesario cambio en las agendas de los profesionales y técnicos, el resguardo de los rendimientos y el adecuado empleo de los recursos (uso de movilización, instrumentos de respaldo de las acciones, el paso de lo analógico a lo digital entre otros), ello plantea un obligado cambio en el modo de hacer, desde el habito de los muchos papeles al uso del procesador, y en particular de software

especializados diseñados para tal efecto. Todo esto ha generado cambios en los procesos de atención, ya sea en las acciones que se realizan en el box, como en el tiempo que deben emplear los profesionales en vaciar la información que se genera en el trabajo comunitario de campo.

Así, lograr compatibilizar todos estos cambios teniendo como prioridad al paciente índice y su entorno social primario, ha generado mayor complejidad en los procesos, situación que repercute en la calidad de la atención.

3. FORMULACIÓN, DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Es en este proceso que surge el problema, producto de la inquietud del psicólogo investigador en cuanto a la capacidad de respuesta a este desafío a desarrollar con el equipo de cabecera y cómo la APS atiende al adulto mayor en el CESFAM Laraquete.

El Servicio de Salud Arauco (SSA), preocupado por otorgar herramientas a los profesionales que trabajan en CESFAM, implementó un programa de capacitación continua en diversas áreas del quehacer de salud familiar y comunitaria, estudios que el autor de este proyecto está realizando junto a otros profesionales, sumando la responsabilidad directa en el logro consecutivo de metas por ser Coordinador de Equipo Gestor CESFAM, lo que lo sitúa en el campo mismo de la acción, permitiéndole ello contar con insumos, acceso a la población objetivo y a materiales necesarios para gestionar la investigación.

Se ha dicho que el CESFAM Laraquete experimenta una etapa de nueva práctica, sujeta al Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario y Pertinencia Intercultural, todo un desafío. Revisadas las acciones en relación a los cuidados que el equipo gestor realiza a favor de los adultos mayores, en este caso indicadores, se manifiesta brechas que desde los expertos son motivo de preocupación. Igualmente se piensa que los usuarios externos (en este caso adultos mayores) tienen su “perspectiva”, su opinión al respecto. Es necesario saber de ello, todo para buscar soluciones y zanzar las brechas, mejorando así la atención en APS. Esto es el marco referencial del problema y base para la pregunta de investigación: ¿Cómo percibe el adulto mayor la intervención de la Atención Primaria de Salud en relación a su salud y qué representaciones sociales articulan respecto a la Atención Primaria de Salud?; ¿cómo define, desde la representación social, el quehacer del equipo de cabecera en Atención Primaria de Salud el adulto mayor?.

4. RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Producto de la etapa de transición demográfica avanzada en la que se encuentra el país, la población chilena está envejeciendo, llega al 11.4 % el total de los adultos mayores en la población, porcentaje que es atendido mayoritariamente en la salud pública. Actualmente, según datos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se llega al 12.1 % de la población. Ahora bien, los estudios realizados presentan proyecciones tales, que para el año 2025, la cantidad de adultos mayores en la población chilena estará cerca a los 3 millones, generando ello un cambio profundo en la estructuración de la población por grupo etario (INE, 2007; Portal Ciudadano, Organizaciones de Interés Público, 2007).

En cuanto a los indicadores registrados en el CESFAM Laraquete en la etapa cronológica de esta investigación, que considera desde el año 2007 al 2010, se aprecia que las cantidades y porcentajes de adultos mayores están dentro de los valores nacionales, evidenciando las proyecciones que el INE planteó, asunto discutido anteriormente.

Tabla N° 4. CESFAM Laraquete, población mayores de 60 años entre los años 2007 al 2010.

Año	Población Total	Mayores de 60 años	% mayores de 60 años
2007	8.520	852	10 %
2008	10.052	1156	11.5 %
2009	8.688	996	11.4 %
2010	8.666	1034	11.9 %

Fuente: CESFAM Laraquete. Unidad Estadística.

Por ello, el criterio demográfico postula información que tributa a favor del curso de esta investigación.

Sumado a lo anterior, se han realizado investigaciones en este grupo etario, mayoritariamente de carácter cuantitativo, que dan cuenta de diversos fenómenos analizados a los que se debe sumar trabajos que contemplan un acercamiento cualitativo, como es el caso de esta investigación. En este caso la condición de la investigación que se lleva a cabo en un CESFAM en el que convergen factores de ruralidad de la localidad de Laraquete, unidad de salud en el que el número de adultos mayores es de 1034 personas, ofrece la posibilidad de reunir información útil para la gestión en estas unidades de salud, amplificado ello por los nuevos desafíos de sistematización de la práctica en lo que se ha convocado por el SSA a los gestores y actores del proceso.

Como es sabido, las políticas públicas de salud y lineamientos que se postulan para los CESFAM son pensados para zonas urbanas. Sin embargo, Laraquete es una localidad rural, y como tal obliga el desarrollo de la gestión en salud considerando dicha situación, a lo que se debe añadir sus características comunitarias (Bengoa, 1996; Larraín, 1996), asunto que se presenta en apartados posteriores de este trabajo.

Por ello, Laraquete presenta una cultura de la vejez diferente a la de los adultos mayores urbanos, y por ser grupos objetivos en el trabajo comunitario del CESFAM, se hace necesario indagar en las concepciones que el adulto mayor tiene acerca de los cuidados en APS y cuáles son las representaciones sociales que éste articula sobre sus actores, los equipos de cabecera. Con ello también es posible ver si son conocidos los lineamientos del CESFAM (como Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario con Pertinencia Intercultural) y si en su discurso se encuentra contenido dichos enfoques.

Así, para la APS es vital manejar con claridad los aspectos epidemiológicos del envejecimiento y los cuidados de este grupo etario, su mortalidad, las enfermedades crónicas y su prevalencia, como también la morbilidad, todo ello buscando dar una atención oportuna e integral en salud.

Otro aspecto relevante, desde lo social - comunitario, es que no son pocos los adultos mayores que aportan en el quehacer comunitario, integrando no tan sólo clubes, sino también otras organizaciones tales como el Consejo de Desarrollo, en el que suman ideas y acciones que vienen dando a Laraquete un perfil diferenciador significativo en cuanto gestión, reconocido ello por las autoridades de la provincia, en especial en el quehacer de salud.

También es necesario señalar que la provincia de Arauco cuenta con otros CESFAM con características semejantes a las de Laraquete, ellos son Tirúa, Los Álamos y Carampangue. Esto obliga a plantear las acciones de salud con pertinencia intercultural.

Conocer entonces el discurso de los adultos mayores, en especial las representaciones sociales en torno a las acciones en salud y equipo de cabecera, sin duda aporta información valiosa que puede repercutir en la intervención que se desarrolla por parte del CESFAM con el Programa del Adulto Mayor, como también se suma ello al dinámico saber de la Psicología Comunitaria como ciencia, en este caso aplicado al ámbito de la salud.

5. MARCO CONCEPTUAL

En la primera parte de este documento se ha descrito el fenómeno de transición demográfica avanzada presente en Chile como también se ha presentados los cambios que en Salud Pública se han realizado estos años en APS, con la implementación de los CESFAM y su Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario con Pertinencia Intercultural, y también al Programa del Adulto Mayor. Igualmente se ha descrito el CESFAM Laraquete, espacio y lugar desde el que se gestiona la investigación. Siguiendo el desarrollo de esta investigación se hace necesario comentar acerca de los criterios teóricos que dan base a este trabajo.

5.1 Representaciones sociales

Abordar esta investigación desde la teoría de las representaciones sociales permite dar cabida al discurso social, y como ha ocurrido en el Chile democrático, resta la acción de la movilización (marchas o paros) si no son atendidos. En este caso, los adultos mayores son parte de ello, junto a otros grupos que conforman la sociedad chilena, siendo ejemplo las manifestaciones de los pensionados o jubilados. Investigar el discurso de los adultos mayores, en especial conocer las representaciones sociales que ellos poseen en torno a los cuidados en APS, constituye una oportunidad de diálogo, otorga un insumo valioso a considerar en un diagnóstico participativo de la gestión de salud en el CESFAM Laraquete.

Se expondrá a continuación algunos lineamientos acerca de las representaciones sociales.

5.1.1 Representaciones sociales, generalidades

Como plantea Moscovici, las **representaciones sociales** son un modo de entender y comunicar particular, propio de una sociedad o de un grupo determinado, mediante el cual se construye la realidad y el conocimiento de la vida cotidiana (Prado & Krause, 2004). Se entienden como una manera de interpretar y aprehender la realidad cotidiana, de convertir lo desconocido en familiar y otorgar un sentido a lo inesperado.

Sandoval (2004), indica que la teoría sociorrepresentacionista propone un proceso dinámico-plástico psicociológico, que es elaborado desde el sujeto mediado por tal proceso, y que se propone explicar cómo el saber científico se hace sentido común, organizándose en imágenes ordenadoras del mundo y orientadoras de la acción.

Ahora bien, lo social está presente en la génesis de las representaciones sociales a través del contexto concreto en que individuos y grupos se sitúan, en la comunicación que se establece entre ellos, en los marcos culturales en los que están insertos, en los códigos, valores, ideología y pertenencia social. Así, la representación social tiene su base en la interacción de los individuos.

Según Jódélet (en Prado & Krause, 2004; Sandoval, 2004), la representación social emerge entre lo psicológico personal y lo social (grupo o colectivo) cultural. Estos objetos son creados y elaborados a través de los procesos de conversación y en los medios masivos de comunicación por los mismos actores sociales. Entonces las representaciones sociales son una armazón muy definida, en la cual un grupo, colectivo, o comunidad puede sustentar su concepción de mundo. Se constituyen como conocimiento social práctico pues dan sentido a acontecimientos y actos que terminan por ser habituales con los cuales las personas se relacionan, concurriendo elementos cognitivos, afectivos, conductuales y simbólicos.

En el enfoque procesual, se considera a las representaciones sociales como constituyente, es decir, centrada en los procesos. En este enfoque se trabaja con el

material discursivo proveniente de conversaciones, entrevistas, documentos escritos o grabados y que son objeto de análisis.

Por otra parte, para Abric (en Prado & Krause, 2004), las representaciones sociales poseen un fuerte núcleo central, parte más estable, coherente y rígida anclada en la memoria colectiva de quien lo elabora (condición histórico social del grupo), destacando la función generadora y organizadora de los elementos de la representación. Añade los elementos periféricos, los cuales son útiles como elementos de protección y adaptación. Indica además que las representaciones sociales poseen plasticidad, es decir, cambian, no son estáticas. Este enfoque estructural, considera que toda representación social posee una estructura, organización, sentido o significación y se centra en la representación social como productos o contenidos, es decir, lo constituido (Araya, 2002).

Para Sandoval (en Araya, 2002), las representaciones sociales cumplen a lo menos cuatro funciones, una de ellas es la comprensión del mundo, otras es la valorización que permite calificar y enjuiciar los acontecimientos o hechos, se suma la comunicación que permite la interacción entre las personas y finalmente la actuación, comprendiendo ésta como condicionada por las representaciones sociales.

Existen otras modalidades del pensamiento que surgen asimismo del trasfondo cultural acumulado a lo largo de la historia, se forman con base en instancias sociales estructuralmente definidas y tienen un modo de existencia social que cumplen funciones pragmático-sociales, orientando la interpretación y construcción de la realidad, guiando tanto las conductas como las relaciones sociales. Estos modos son afines e inclusivas al concepto de representación social, siendo estudiadas por los psicólogos sociales, asignándole estos su lugar en el quehacer de las personas, las cuales son: ideología, creencias, percepción, estereotipo, actitud, opinión e imagen (Araya, 2002).

Se mencionó el conocimiento del sentido común, y éste es comprendido como una forma de percibir, de razonar y de actuar (Reid, 1998 en Araya, 2004), siendo

socialmente elaborado. Las representaciones sociales contienen tal conocimiento (como proceso cognitivo), además éstas permiten entender las dinámicas de las interacciones y prácticas sociales (Abric, 1994 en Araya, 2004).

La comprensión de la teoría de las representaciones sociales necesariamente pasa por la noción de realidad social y su proceso de construcción. Para ello, Moscovici, investigó cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social, y a partir de estas reflexiones propuso la teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común, y lo enfocó desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad (Banchs, 1988 en Araya, 2004).

5.1.2 Representaciones sociales, sus alcances conceptuales

El concepto de construcción social de la realidad, idea fundamental de la sociología, fue desarrollado por pensadores tales como Durkheim , Schutz, Berger y Luckmann. Para los últimos dos, ésta se refiere a la “tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas” (Araya, 2004. p.13). Esta tendencia fenomenológica tiene que ver con lo cotidiano, con la percepción de la realidad como algo independiente de su propia aprehensión, en donde el sentido común termina definiendo a esta como realidad ordenada, objetiva y ontogénica.

Los aportes de estos dos autores a los planteamientos de Moscovici pueden resumirse en tres afirmaciones:

- el carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento en la vida cotidiana. Es decir, que nuestro conocimiento más que ser reproductor de algo preexistente, es producido de forma inmanente en relación con los objetos sociales que conocemos.
- que la naturaleza de esa generación y construcción es social, pasa por la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones.

- la importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea la realidad, por una parte, y como marco en que la realidad adquiere sentido, por otra. (Araya, 2004. p.26)

En la discusión, se perfila que la realidad cotidiana es co-construida de forma intersubjetiva, es decir, en un mundo compartido. Juega en ello un papel decisivo el lenguaje y las personas, la posición social, todo lo cual posibilita el conocimiento y su transmisión. Entonces,

el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en la que perciben la realidad. (Araya, 2004. p.14)

Sobre la realidad, se planean diversas opiniones, ellas versan sobre su objetividad o subjetividad, siendo una discusión abierta en las ciencias sociales, pero se debe reconocer que un amplio sector de investigadores aceptan el concepto de construcción social de ella. Están también aquellos que indican que la realidad varía con las personas, es plural, y ello depende del proceso de tratamiento de la información proporcionada por la realidad objetiva. Otros plantean que existen diferentes realidades que contienen características propias del quehacer de las personas.

Entonces, es importante notar que en cuanto a la construcción social de la realidad, la teoría de las representaciones sociales, asume y conjuga las dimensiones cognitivas y sociales de la construcción de la realidad, la que, según Moscovici, implica:

- cambiar el foco de nuestro interés y de nuestras investigaciones del plano individual al plano colectivo [...] dando prioridad a los lazos intersubjetivos y sociales más que a los lazos sujeto objeto.
- acabar con la separación existente entre los procesos y los contenidos del pensamiento social y siguiendo el ejemplo de la antropología y el

psicoanálisis, elucidar los mecanismos viendo el contenido que de ellos resulta y deducir los contenidos partiendo de los mecanismos.

- revertir el rol de laboratorio y el rol de observación, es decir, emprender el estudio de las representaciones sociales en su propio contexto preocupándonos por nuestras realidades. (en Araya 2004., p.17)

El énfasis en lo colectivo y en la comprensión de la realidad social a partir de su construcción social, son elementos centrales en la teoría de las representaciones sociales, pues permite la elaboración de planteamientos, puntos de vista, opiniones, observaciones, críticas, y elaborados razonamientos que influyen a las personas en sus decisiones cotidianas.

5.1.3 Representaciones sociales, algunas definiciones

Vista la complejidad del concepto, se presentan algunas definiciones, considerando en primer lugar a su principal exponente, Moscovici, quien las define como:

una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) la representación social es un corpus organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integra en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Araya 2002)

Las representaciones sociales, según Denisse Jodelet (en Araya, 2002) dan cuenta de:

- la manera en que nosotros, sujeto sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio

ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano.

- el conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestra experiencia y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social (...) un conocimiento socialmente elaborado y compartido.
- el conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.
- son al mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente.
- Son imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistema de referencia que nos permite interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver... formas de conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual.

Farr (en Araya, 2002), define las representaciones sociales en torno a sus diversas funciones, entre ellas menciona que estas hacen que “lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible” pues, lo insólito, extraño y desconocido resulta amenazante y hostil cuando se desconoce o no se clasifica. Además propone que, en el sentido de los valores, ideas y prácticas, ellas cumplen una doble función, la cual es “establecer un orden que permite a los individuos orientarse en su mundo material, social y dominarlo (...) posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”. (p.28)

Otros autores como Ivana Markova ponen su énfasis en la relación intersujetos (lo individual y lo social), el individuo y el grupo, la construcción de la realidad, la capacidad de controlar, en donde lo individual y social son interdependientes. Di Giacomo, por ejemplo, resalta el rol práctico de las representaciones sociales como regulador de la conducta de grupo, pero las perfila como estructuras cognitivo-afectivas. Algo similar plantea Doise, pero sus ideas dan cuenta de los factores socioestructurales (en Araya, 2002).

Finalizando estos planteamientos, Tomás Ibáñez, se refiere al tema, y escribe:

... la representación social es, a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad (...) nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración (...) La representación social es un proceso de construcción de la realidad y debemos entender esta afirmación en un doble sentido: primero, en el sentido de que las representaciones sociales forman parte de la realidad social, contribuyen pues a configurarla y, como parte sustancial de la realidad, producen en ella una serie de efectos específicos. Segundo, en el sentido de que las representaciones sociales contribuyen a construir el objeto del cual son una representación. (Araya, 2002. p.30)

Los lineamientos de esta investigación, en cuanto a las representaciones sociales, considera las ideas y planteamientos de Tomas Ibáñez, Jodelet, Abric y Moscovici, pues ésta se perfila en torno a los conceptos de lo constituido y constituyente, producto y proceso, en el enfoque estructural y procesual. Se trabaja el enfoque estructural (que

incluye las ideas de constituido y producto), al que se le otorga mayor desarrollo, sin dejar de lado lo procesual, que se manifiesta también en los relatos de los entrevistados, que incluyen lo que es denominado constituyente y proceso respectivamente.

Establecida entonces la idea acerca de las representaciones sociales, se aborda ahora el concepto adulto mayor, que se entiende por éste y cómo se configura desde la perspectiva psicológica, de ciclo vital y salud.

5.2 Concepción de adulto mayor

5.2.1 Adulto mayor como proceso de cambio y ciclo vital

La concepción de adulto mayor es una convención propia de la comunidad científica (sistema de salud, seguro social, gerontólogos, geriatras), que por lo general representa a la comunidad que atiende. Por ejemplo, en APS, adulto mayor es toda persona que tiene una edad igual o mayor a 65 años, condición básica para integrarse al programa del adulto mayor. Sin embargo, para FONASA, la edad base es 60 años.

Thomae (en Bustos, Ministerio de Salud [MINSAL] 2009), expresa que la persona durante la vejez “se afecta en forma diferencial por la herencia biológica, el comportamiento individual y todo un rango de factores sociales, ambientales, culturales y políticos”. Entonces, el envejecimiento es por una parte un destino social y por otra, una modificación funcional orgánica.

La vejez como construcción cultural es socialmente aprendida y compartida por los miembros de la sociedad, por lo tanto, las relaciones sociales con quienes viven la etapa de la vejez van a estar condicionadas por ese aprendizaje y se relacionarán con los demás condicionados por ese aprendizaje.

Los cambios físicos que se van produciendo son una parte de la realidad de la vejez, la otra parte corresponde a la concepción de la vejez desde lo social como miembros de

una sociedad. Esta concepción de la vejez se refleja en actitudes y conductas con las cuales se va encontrando la persona a medida que envejece y que durante toda la vida ha compartido trayendo consecuencias que definen las actitudes de los demás grupos hacia el grupo de los adulto mayores y de estos hacia sí mismos.

Para Goffman (en Bustos, MINSAL 2009), la vejez es estigmatizada en sentido de referirse a ella como profundamente desacreditadora, por lo que se construye razones para alejarse de quienes viven la vejez. Así, la aparición de los signos de vejez tales como los años, arrugas, canas, producen profunda angustia.

Gil-Calvo (s.f.) advierte de ello, observando tres características negativas que se atribuyen a la vejez, estas son pobreza, enfermedad y minoría.

Se afirmó que la vejez involucra un hecho fisiológico y de ello han dado cuenta tradicionalmente las ciencias médicas, en particular, los avances de la geriatría. Es así como hoy en día el umbral fisiológico de la vejez se ubica alrededor de los 80 años, lo que significa una diferencia de 20 años con respecto a lo que antiguamente se consideraba como umbral de la vejez. Como dice Bobbio (1987), a los 60 años se es viejo sólo en un sentido burocrático, por haber llegado a la edad que da derecho a una pensión. En el caso nacional, Chile, es a los 60 ó 65 años dependiendo del género.

Arber y Gimm (1996), distinguen tres sentidos diferentes de la edad: Edad cronológica con la que se refiere a la edad en años. La edad fisiológica, se refiere al proceso de envejecimiento fisiológico y se relaciona con las capacidades funcionales y con la gradual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza que se produce con el paso de los años. Y, edad social, que se construye socialmente y se refiere a las actitudes y conducta adecuadas, a las percepciones subjetivas (lo mayor que el sujeto se siente) y a la edad atribuida (la edad que los demás le atribuyen al sujeto).

Por otra parte, la connotación de género es importante en el envejecimiento ya que es universalmente aceptado hoy día que las mujeres viven más que los hombres. Pero el

fenómeno es aún más complejo, afectando no sólo la identidad de género y social, sino acentuando también la posición debilitada de las personas de edad en la sociedad, lo que se traduce en exclusión social.

Este vacío cultural en la vejez es mayor para el hombre que para la mujer. Al romperse en la etapa de la vejez la estructura rígida de sexo, género, roles, identidad de género, identidad social, y la pérdida en el ámbito laboral formal, hombres y mujeres después de haber sido tremendamente diferenciados, a través de todo el curso de vida, repentinamente son mirados como “viejos”.

Se puede cambiar esta situación, pero se debe tener claro que estas creencias colectivas son resistentes al cambio (Bustos, Jerez & Villalobos, MINSAL, 2009).

En APS, en el modelo de salud familiar, la vejez es vista en función del ciclo vital, reconociéndose el curso del tiempo, su efecto y los cambios que ocurren en las personas en relación a etapas anteriores. Teoría y práctica se unen en torno a ciclo vital individual y familiar, lo que se desarrolla en toda intervención.

Este ciclo vital o estadio de adulto mayor, diferenciado de los anteriores, involucra límites, objetivos externos y subjetivos del propio individuo. Según éste punto de vista, ciertas limitaciones se agudizan, especialmente en los últimos años de su vida, ejemplo, las habilidades motoras, de coordinación viso-espacial. Pero, tiene potenciales distintivos, tales como: serenidad, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, por nombrar algunas.

Si bien hay áreas de los cuales se desvincula (ejemplo lo laboral), también se involucra más en otros aspectos (ejemplo las relaciones familiares), siendo éstas últimas muy importantes. Esta construcción social, interindividualidad - intersubjetividad, es uno de los aspectos cruciales que ha generado cambios en la relación de la familia con el adulto mayor, debido al fenómeno de transición demográfica en el que se encuentra la sociedad chilena, lo que obliga a configurar una red de protección familiar y social capaz de

atender esta realidad (Bustamante, M., Concha, R. & Schiattino, G., s.f.).

5.2.2 Teorías psicológicas acerca del adulto mayor, procesos cognitivos y emocionales

Las investigaciones enfocan el tema del envejecimiento dentro del ámbito del desarrollo humano, se le reconoce como un proceso en el cual concurren elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Deneux, 1999, citado en Agüera, Martín & Cervilla, 2002). Más ampliamente referido, el envejecimiento como proceso posee características que involucran el tiempo, la dinámica del cambio, universalidad de carácter progresivo e irreversible, asincrónico, diferencial, variable hasta vulnerable (Agüera et al., 2002).

Ser Adulto Mayor es un reto que llama a la responsabilidad por uno mismo, a asumir limitaciones, a entender que envejecer es doloroso, pero también un camino a la sabiduría (Erikson, 2000).

En esta etapa, además, se presentan una serie de cambios. Entre estos están los cambios físicos, que involucran un declive funcional del organismo, por consiguiente, el desarrollo se sucedería por el cumplimiento del programa de envejecimiento sujeto al tiempo. Se postula un envejecimiento fisiológico normal, o bien, un envejecimiento fisiológico patológico (Salgado y Guillen, 1994). Se presentan síntomas o patrones del envejecimiento tales como fatiga y debilidad, pérdida de peso, cambios en el funcionamiento sexual, mareos y vértigo, estreñimiento, trastornos reumatológicos, artritis y dolores musculoesqueléticos, entre otros (Forcica & Lavizzo-Mourey, 1999).

Desde la perspectiva cognitivo conductual la clave del envejecimiento es la adaptación, esto en relación a lo biológico y social. Se presentan cambios cognitivos, que de acuerdo a las investigaciones van más allá del cociente intelectual que podría experimentar disminución, si bien esto está sujeto a la presencia o ausencia de patologías, también influye la formación académica, entorno, profesión, salud, lo biográfico, motivación,

estilo de vida en el individuo (Davidoff, 2000). También se evidencian cambios psicofísicos y biológicos, en los que, si bien existen reservas neuronales - plasticidad, éstas tienen límites, por lo que frente a ciertos eventos es imposible exigir al cerebro rendimiento homogéneo entre sujetos de distintas edades o bien de la misma; además parece que los adultos mayores, cognitiva y físicamente, tienen una capacidad de reserva inferior a la de los jóvenes (Baldes, 1993, citado en Agüera et al. 2002). En lo cognitivo se han reconocido factores biológicos tales como cambios cerebrales, perceptivos, salud, fármacos y genéticos. Igualmente existen factores motivacionales, pues por la pérdida de interés se utilizan menos recursos cognitivos. También se han destacado los ámbitos educativo, laboral y social, más lo cultural del sujeto que afecta este proceso (La Rue, 1992; Lehr, 1995, citado en Agüera et al. 2002).

Los principales cambios en los procesos socio-cognitivos experimentados por los adultos mayores asociados al envejecimiento tienen que ver con la inteligencia, la cual si bien se mantiene con la edad, necesita mayor tiempo para la resolución de problemas. Por otra parte la sensación de seguridad puede disminuir con la edad. Por ejemplo la pérdida del trabajo, de familiares y amigos son eventos frecuentes en la vida de las personas mayores. Pueden sentirse tristes, solos o preocupados. En cuanto a la memoria y la capacidad de aprendizaje, el recuerdo de eventos recientes generalmente no es bueno, a diferencia de los recuerdos de los eventos que sucedieron hace muchos. Ahora, aprender destrezas o ideas nuevas puede llevar más tiempo. Sin embargo, después de la fase inicial de aprendizaje, estas pueden mantenerse a la par con personas más jóvenes. La falta de capacidad de aprender, los problemas de memoria y los cambios significativos en la inteligencia puede estar asociado a problemas físicos y mentales (MINSAL, 2009).

Otro aspecto lo constituyen las modificaciones psicoafectivas, aquí también la palabra clave es cambio. Por ejemplo, la autoimagen es afectada producto de las pérdidas sensoriales; igualmente la jubilación afecta el status económico, la muerte de personas conocidas y compañeros de trabajo hacen más consciente la cercanía de la muerte.

Frente a estos procesos el Adulto Mayor debe adaptarse, si no lo hace, vienen crisis que conducen a la desesperación y angustia. Sin embargo, puede también alcanzar la integridad personal, resultado de la superación de las crisis (Agüera et al. 2002; MINSAL, 2009).

Así, los problemas psicológicos relacionados con el envejecimiento pueden presentarse como sintomatología de trastornos ansiosos, de confusión o delirio, demencia y depresión. En lo concerniente a la personalidad, por una parte es afectada directamente, y por otra parte, sólo algunas dimensiones o procesos dentro de ella experimentan cambios debido al envejecimiento. Las investigaciones han arrojado resultados cuyas conclusiones reflejan una gran estabilidad en la personalidad a lo largo del curso de la vida adulta y de la vejez. También se manifiesta una evolución distinta según los diferentes tipos de personalidad. Asimismo se evidencian mejores alternativas en la vejez para los patrones de personalidad caracterizados por un mejor ajuste previo en la vida, y, que las diferencias de género tienen que ver con los acontecimientos vitales (Agüera et al. 2002; MINSAL, 2009).

5.2.3 Adulto mayor, lineamientos desde el desarrollo psicosocial

En la teoría psicosocial, Erikson (2000), caracteriza a esta etapa como la oposición entre la integridad del yo versus desesperación. Sólo el individuo que de alguna manera ha cuidado de cosas y de personas, y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones inherentes al hecho de ser generador de productos e ideas, puede madurar gradualmente el producto de las siete etapas indicadas en la teoría psicosocial del autor ya mencionado. En este caso habla de la "integridad del yo" y señala algunos elementos que caracterizan dicho estado, tal como la seguridad acumulada del yo con respecto a su tendencia al orden y al significado, la experiencia de que existe un cierto orden en el mundo y un sentido espiritual ya insoslayable. Es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser, que necesariamente no permitía sustitución alguna; significa, en consecuencia, un amor nuevo y distinto hacia los propios padres, los

ancestros y las tradiciones; aunque percibe la relatividad de los diversos estilos de vida, el poseedor de integridad está siempre listo para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica, simplemente porque el estilo de su cultura o su civilización llegó a ser patrimonio del sí mismo.

En esta consolidación final, la muerte pierde su carácter atormentador; la falta, la pérdida de esa capacidad del yo acumulada se expresa en temor a la muerte.

Por lo tanto, la desesperación expresa que ahora el tiempo que queda es corto para intentar otra vida o para probar caminos alternativos hacia la integridad. Es como un malestar consigo mismo bajo la forma de mil pequeños sentimientos de frustración, apego, desgano, vergüenza, duda, ineficiencia, culpa, inferioridad, confusión de rol, soledad, desconfianza, miedo y tristeza. Son los vestigios no resueltos de aquellas batallas libradas (crisis psicosociales) en cada etapa del desarrollo para conquistar la fuerza básica respectiva (Erikson, 2000).

Lo maravilloso de esta etapa es arribar a una plataforma desde donde es posible mirar atrás con el corazón sereno y descubrir el significado singular de cada experiencia del pasado. Es poder dar sentido aún a los hechos vividos con dolor y angustia. Es la oportunidad para integrar ahora concientemente, las etapas que en su momento no pudieron ser coronadas con su fuerza básica correspondiente. Es recurrir a materias para llegar a ser una persona madura; la sabiduría cimentada sobre la experiencia de toda una vida, y una actitud contemplativa, serán las virtudes de esta última etapa, destinadas a lograr una integración progresiva y creciente, cada vez más plena de sentido. Paralelamente, crece también la seguridad con respecto a la integridad del otro, base de la confianza y el primero de los valores de la vida que se vuelve a imponer (Erikson, 2000).

En el ciclo vital, Erikson, plantea un noveno estadio en el cual subraya su importancia y su fuerza, sustituyendo el elemento sintónico - distónico sin abandonar la importancia

del conflicto y la tensión de las crisis psicosociales, los cuales son fuente de crecimiento, fuerza y compromiso. En este estadio se experimentarían el resultado de las crisis psicosociales manifestándose sus fuerzas básicas (esperanza, voluntad, finalidad, competencia, fidelidad, amor, cuidado, y sabiduría) lo cual sería imposible de comprender fuera del contexto social en que se realiza. El individuo y la sociedad están íntimamente entrelazados e interrelacionados dinámicamente en un intercambio continuo.

Aflora entonces la gerotranscendencia, concepto acuñado por el mismo autor. Este concepto aúna criterios psicosociales, humanistas y experienciales, (por orden cronológico, según el prisma psicológico) en él se reconoce que el envejecimiento humano como proceso se acompaña en general de un potencial. Es un cambio en la metaperspectiva de una visión materialista y racional a una más cósmica y trascendente, acompañada de un incremento de satisfacción vital. Al igual que en la teoría de individuación de Jung, la gerotranscendencia se contempla como el estadio final en un proceso natural hacia la madurez y sabiduría (Erikson, 2000).

Según esta teoría el individuo gerotranscendente experimenta un sentimiento nuevo de sintonía con todo lo que lo rodea, una redefinición del tiempo, la vida y la muerte, así como una redefinición del yo. Este individuo puede también experimentar una pérdida de interés por cosas materiales y una mayor necesidad de meditación solitaria. Así el sujeto gerotranscendente experimenta un sentimiento nuevo de comunión cósmica con el espíritu del universo; el tiempo se circunscribe al ahora, o tal vez a la semana que viene; el espacio se reduce a dimensiones dentro del radio de las capacidades físicas; la muerte se convierte en sintónica, en el sentido de todo lo vivo; y, el sentido del yo propio se expande (Erikson, 2000).

Para Forttes y Massad (2009) la vejez también es vista como proceso de construcción social, el que se hace muy notorio en el imaginario social acerca del adulto mayor. Si bien existe una invisibilización, prejuicio y mirada estereotipada del adulto mayor, se

hace necesario deconstruir y reconstruir nuevos significados en torno a dicho estadio de la vida, buscando posicionar a este como protagonista, como un actor movilizado en un nuevos roles laborales, en la familia, en su encuentro en la comunitario y social.

Entonces para el ser humano el proceso de envejecimiento es complejo, donde se viven fuertes experiencias ante las cuales se han adquirido herramientas para asumir responsablemente esa etapa, ya que se puede perder la salud física, el cónyuge o el desmembramiento de la familia. Es una etapa en la que el adulto mayor ve como se va cerrando su propia historia, percibiendo el fin de su existencia.

Envejecer también es paradójico, de la debilidad física, por ejemplo, se va hacia la fortaleza interior y sabiduría ante la vida. Es una etapa donde se pone a prueba la fuerza de los lazos familiares, en los que por lo general, se cumple la ley de la siembra-cosecha. (Elsner, Montero , Reyes & Zegers , 2000).

Como se ha planteado explícitamente en esta investigación al grupo objetivo en el cual se indaga las representaciones sociales acerca de los cuidados en APS, es necesario también conocer acerca de la interacción que se genera con el equipo de cabecera, cuales son las funciones y la complejidad del vínculo entre este equipo y los usuarios, en este caso, adultos mayores.

5.3 Equipo de cabecera

5.3.1 Equipo de cabecera y cuidados, la relación médico paciente

En cuanto a la relación médico paciente, en este caso relación equipo de cabecera paciente, los estudios realizados presentan resultados asociados a los cambios de paradigma en salud, pero con enfoques divergentes. Son pocos los estudios realizados al respecto.

Para Bascuñan (2005), los cambios en la relación clínica médico paciente dan cuenta de varios elementos que son percibidos como negativos por los facultativos. Uno de ellos es la tecnificación y especialización médica con sesgos deshumanizantes, sumando a ello la burocratización que despersonaliza la relación o el encuentro médico paciente.

En APS, un caso concreto es la gran cantidad de papeles y documentos a completar por parte de los médicos. Plantean los estándares internacionales como desafío positivo pero en desmedro del arte, experiencia y habilidad clínica del médico. Con la cultura organizacional de maximización del costo-efectividad, se proponen rendimientos que no consideran la calidad de la prestación, esto último es un gran tema en el modelo de salud familiar, muy difícil de compatibilizar, pues el modelo opta por la calidad de la atención.

Otro dilema es la judicialización de la medicina lo que ha derivado en un estilo de medicina a la defensiva, del terror, del miedo, lo que corroe la relación de la díada. En el mismo sentido ha ocurrido un cambio en el manejo de la información por parte de la sociedad, hoy en día el paciente está más informado y ello genera efecto en la relación y equilibrio de poder entre las partes. Por otra, se plantea la redefinición de expectativas, el respeto y la confianza, pues estos elementos mencionados determinan la naturaleza de la práctica en salud.

Siguiendo con lo planteado, Torres (2006), reconoce cinco factores claves en la díada, que han generado cambios en la práctica en salud (ya sea médica o de otro profesional

de la salud), estos son las nuevas tecnologías al servicio del conocimiento (como fuente de información) y de desarrollo de la ciencia médica, el pago de los servicios, las modificaciones y cambios en las fronteras de los estados de enfermedad y salud, y por supuesto el cambio en la relación médico paciente o profesional de la salud paciente.

Alude también el autor mencionado que las sociedades que se han organizado como potentes generadoras de cambio a favor de la satisfacción sinérgica de las necesidades de salud de la población, han dado a los ministerios y servicios de salud un papel no menor en la gestión para maximizar los resultados, entre los que se considera la díada usuario interno – externo. Reconoce también que se ha generado un problema no menor con respecto a las obligaciones propiamente clínicas y aquellas que se desprenden de la racionalidad económica.

Al respecto, por ejemplo, son varios los recursos de protección que usuarios de la salud pública en Chile han solicitado, buscando solución ante tales decisiones. En este aspecto, el sistema de salud y quienes trabajan en él observan un proceso de horizontalización y democratización de la díada, buscando la superación de la asimetría antes existente, en donde el usuario externo tiene protagonismo.

Por su parte, Braghetto y Baronti (2007), plantean el tema de la relación médico paciente como una alianza que fomenta la calidad, y, si bien reconocen los criterios mencionados por Bascuñan, indican que bajo el nuevo contexto en la relación médico paciente (profesional de la salud paciente), se presenta un nuevo paradigma en salud, y se debe asumir responsablemente ya que es tema ineludible.

En esta relación médico paciente, el tema del poder y la naturaleza de las intervenciones juega un importante rol, todo mirado desde las dinámicas de interfaz sociocultural (Duhart, 2006), esto aplicado al modelo de salud familiar, explicado a continuación.

En teoría, se concibe al equipo de cabecera como aquel que desarrolla una intervención participativa, que busca el empoderamiento mutuo (según el modelo de salud familiar)

en el paciente índice y su grupo de referencia. Existen acuerdos, co-construcción de propósitos terapéuticos de la intervención en diálogo permanente entre familia, paciente y equipo de cabecera; compromisos de las partes, seguimiento, evaluación en base a indicadores, y una serie de otras acciones e instancias de control.

Una de las características más poderosas del modelo de salud familiar es el manejo del poder dentro de los límites del mutualismo y la equidad (esto como ideal). Actualmente se trabaja en ámbitos de empoderamiento asistido, pues el logro de mutualismo y equidad involucra un camino aún por recorrer por todo CESFAM. La siguiente figura presenta las dimensiones de poder comentadas por Duhart.

Figura N° 2. Matriz de poder como capacidad.



Apuntes de Clase de Ciudadanía. Magister en Psicología Comunitaria. U. de Ch.

Así, en la relación médico paciente, o, equipo de cabecera paciente, se asume el tema del poder en cuanto relación sociocultural. Previo al modelo de salud familiar, la dinámica medico paciente otorgaba al médico (o equipo de salud) una relación de poder sujeta a la

inequidad, esto se apreciaba en todos los niveles de atención en salud. Ahora, en el modelo de salud familiar, se explicita como una de las características de esta equidad, siendo principio rector de la práctica, en la que, por ejemplo, se co-construyen los objetivos de una intervención familiar, lo que involucra al equipo de cabecera y el paciente con su familia, para el caso, el adulto mayor y su familia, democratizándose la intervención.

Sobre estos aspectos relacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el abordaje del tema de adherencia a tratamiento, considera la relación existente entre paciente y prestador, identificando al equipo de salud y al sistema sanitario como coprotagonistas junto al usuario en el proceso. Reconoce que hay escasa investigación al respecto, sin embargo señala lo negativo de una mala relación y plantea un apartado orientado a desarrollar estrategias fortalecedoras de la relación, considerándola como uno de las cinco variables intervinientes en el proceso adherencia a tratamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Para el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el escenario que presenta el actual fenómeno de envejecimiento en la población chilena, demanda asumir en forma proactiva como país, una serie de desafíos que a lo menos considere el cambio demográfico, la situación económica y empleo, educación continua y capacitación, salud y desarrollo de un sistema integral de servicios y cuidados de largo plazo como política pública, considerar también lo referente al maltrato de las personas mayores, vivienda y condiciones de habitabilidad, potenciación y participación, aspectos legales e institucionales frente al envejecimiento, y, por cierto, considerar el carácter de construcción social de la vejez (Forttes & Massad, 2009).

En cuanto a la salud, tema central abordado en esta investigación, dentro de lo alcanzado y aquello por alcanzar, sin duda, se debe desarrollar un sistema integral de servicios de cuidados de largo plazo, ello como compromiso país que convoque al sector público y privado.

En este caso la APS cuenta con una gama de acciones que ya responden a tal desafío, pero se debe enfatizar a lo menos en los siguientes: Cuidados de calidad en las instituciones o residencias de larga estadía; apoyo integral a los cuidados provistos en el ámbito familiar y comunitario; capacitar y formar cuidadores de adulto mayor; profundizar en materia de protección y acceso preferencial de las personas adultas mayores; mejorar la calidad de la atención en los sistemas primario, secundario y terciario; dimensionar y caracterizar la dependencia y funcionalidad del adulto mayor con énfasis en la prevención; diagnosticar oportunamente las enfermedades crónicas que producen deterioro en el adulto mayor; promover conductas de autocuidado a lo largo de todo el ciclo vital; y, la actividad física (Forttes & Massad, 2009).

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- Determinar cuál es la representación social que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en Atención Primaria de Salud y del Equipo de Cabecera en el CESFAM Laraquete.

6.2 Objetivos específicos

- Identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS en el CESFAM Laraquete.
- Identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tiene acerca del equipo de cabecera del CESFAM Laraquete.

7. MÉTODO

7.1 Diseño

La perspectiva con que se aborda este trabajo de investigación es la teoría de las representaciones sociales, la cual según Moscovici (en Sandoval, 2004) se propone explicar cómo el saber científico o formal se hace sentido común y se organiza en imágenes que ordenan el mundo y nos orientan hacia la acción. Este cuerpo de conocimiento es producido en forma espontánea por los miembros de un grupo social, quienes los consumen y transforman en el proceso de construcción de la vida cotidiana. La metodología utilizada en esta investigación es de carácter cualitativa, pues posee características que permite analizar el discurso de los adultos mayores, desde la teoría de las representaciones sociales sujeto al enfoque estructural y procesual, como objetos claves a trabajar por el investigador, en base a la Teoría Fundamentada.

Diversas investigaciones se han desarrollado en el área de la salud, sus actores y sus acciones en grupos etarios de todo el ciclo vital, siendo ellas tradicionalmente abordadas desde el modelo cuantitativo. Por ejemplo, se ha investigado a la APS y el nuevo modelo comunitario (Martínez, Silva, Sepúlveda & Soto, 2008), sobre los Adultos Mayores y su Calidad de Vida (Castro, Lillo & Quijada, 2006), sobre los efectos de la actividad física en personas mayores (García & Marcó, 2000; López-Cózar & Rebollo, 2002), sobre elementos de bienestar (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004). Además, el Servicio de Salud Arauco realiza continuas encuestas a los usuarios de APS, todas trabajadas con metodología cuantitativas, resultados que son publicados y enviados para su posterior análisis en las unidades de salud, exigiendo a ellas establecer planes de intervención de contingencia que den solución a los problemas.

La investigación en el campo de la salud es prolija. Tradicionalmente esta labor se ha realizado bajo el paradigma positivista, sujeto a la metodología cuantitativa, teniendo el

investigador una posición privilegiada del manejo de los procesos y de las variables trabajadas, cumpliendo los sujetos investigados una función de meros informantes en cuanto objetos de estudio.

Este asunto metodológico lo discuten Amezcua y Gálvez (2002), quienes indican que no fue fácil que en el área de la salud se comenzara a realizar investigación cualitativa, ya que tradicionalmente los estudios eran generados desde lo cuantitativo.

Esta opción de paradigma metodológico permitió emerger trabajos cualitativos, lo cual trajo como consecuencia una mirada multidisciplinaria, que incluyó también el tema del poder (posición de poder, participación en toma de decisiones, espacios de trabajo en el área de la salud) y la posibilidad de generar diálogo entre la ciencia médica occidental con la medicina ancestral o etnomedicina, por ejemplo.

Mercado, Villaseñor y Lizardi (2000), indican que se comienza a desarrollar la investigación cualitativa en salud, y en la década de los noventa se organiza la primera actividad internacional en esta área, dedicada exclusivamente a analizar trabajos con dicha orientación metodológica, conferencia convocada por el Instituto Canadiense, junto con la de Avances en Métodos Cualitativos, con una tendencia más interdisciplinaria.

Según Gribich (en Mercado, Villaseñor & Lizardi, 2000), “la investigación cualitativa en salud ha sido utilizada en países desarrollados para examinar las intenciones, las construcciones y los significados culturales, así como los fenómenos, los procesos estructurales y los cambios históricos, con relación a la salud y la enfermedad”.

Por otra parte Nigenda y Langer (en Mercado, Villaseñor & Lizardi, 2000), mencionan que temas tales como la etnomedicina, la investigación sobre problemas de salud y los sistemas de atención, las relaciones interpersonales en las instituciones terapéuticas, los aspectos sociales de las profesiones en salud y la educación médica han sido investigados con dicha metodología.

En el dossier referido, indica también que las temáticas abordadas desde aproximaciones etnográficas, son: los sistemas de atención, la medicina tradicional, la medicina doméstica, las medicinas alternativas, los saberes populares, los procedimientos y recursos terapéuticos, la religión y salud, los procesos y modelos de vida y los rituales de paso, y otros muchos (Mercado, Villaseñor & Lizardi, 2000).

Así, este proceso y experiencia investigativa resulta ser un aporte desde este modelo, un acercamiento que permite conocer el discurso de los adultos mayores como usuarios activos del quehacer en APS, considerando las categorías trabajadas en este proyecto.

7.2 Participantes.

La población objetivo de la investigación corresponde a adultos mayores de ambos sexos, con o sin capacidad de lectoescritura, cuyas edades van desde los 60 años en adelante según criterio FONASA, atendidos además en el Programa del Adulto Mayor en APS en el CESFAM, involucrados en algún club de adulto mayor o bien integrado en alguna organización de desarrollo comunitario, todos con residencia en la localidad de Laraquete.

La muestra es intencionada, seleccionada de entre los adultos mayores que son parte de la población investigada, actores directos cuyo discurso tributa con el objeto de estudio, es decir, considera la relevancia de la información que estos aportan analizada desde la metodología de la Teoría Fundamentada (Flick, 2004).

La decisión muestral se basó en el Muestreo Teórico, que hace referencia a la determinación de una muestra total cuando ya no se encuentran nuevos contenidos en la recopilación de la información, no basada en la cantidad de informantes sino en los significados de la información producida (Strauss & Corbin, 1990).

7.3 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo utilizando como herramientas la entrevista en profundidad (focalizada), junto con ello se consideró el análisis de documentos.

La entrevista en profundidad, se realizó a adultos mayores involucrados en los clubes de adulto mayor, aquellos que participan y colaboran en forma continua con el Consejo de Desarrollo o que están involucrados en alguna organización comunitaria del sector y que son parte del programa del adulto mayor del CESFAM. Estas son personas de compromiso profundo con la comunidad y buscadores incesantes de mejoras en las prestaciones de salud en APS. Esta técnica de conversación se adopta pues la muestra ha estado expuesta a la situación concreta de investigación, las acciones del CESFAM. Por otra parte, el investigador conoce la situación a investigar, el guión de entrevista es derivado de los objetivos de la investigación, y la entrevista se centra en la experiencia subjetiva de las personas expuestas al problema. En sí la entrevista focalizada es un recurso práctico para el investigador cuando éste maneja información relevante del tema (Merton & Kendall 1946 citados en Valles, 1997).

Las ventajas reconocidas de la entrevista apuntan a la riqueza informativa que ella aporta, la flexibilidad, diligencia y economía, sirve de contrapunto cualitativo de resultados cuantitativos, permite la accesibilidad a información difícil de observar además de otorgar comodidad y un espacio confiable de intimidad mediada (Valles, 1997). Además en este asunto el investigador maneja información relevante cualitativa y cuantitativa acerca del cuidado de los adultos mayores en APS.

Los temas incluidos están sujetos a los propósitos de la investigación, los cuales son: Determinar cuál es la representación social que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS y cuál es la representación social que se articula por los adultos mayores con respecto al equipo de cabecera. Estas instancias de trabajo con los adultos mayores generan información acerca de las prácticas que los equipos de cabecera

desarrollan en el programa del adulto mayor, identifican a su vez las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS y de los equipos de cabecera. Las pautas de trabajo se encuentran en sección anexos.

Se entrevistaron a doce personas, adultos mayores de ambos sexos, sujetos que cumplían con los criterios de inclusión mencionados en el apartado de participantes; además la revisión y análisis de documentos se efectuó por medio de la auditoría del Tarjetero del Programa del Adulto Mayor, auditoría de Fichas Clínicas, Auditoría a Manuales y Guías Clínicas del Adulto Mayor y del Programa de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos y su respectiva aplicación, Tarjetero del Programa de Atención a Domicilio de paciente Postrados y sus respectivas guías clínicas, también el análisis de los documentos migrados por la Unidad de Estadística del CESFAM Laraquete que informan sobre el Programa Adulto Mayor, y, finalmente el análisis de las actas de las Reuniones de los Equipos de Cabecera y Estudios de Caso Clínico y de Familias. Todo lo anterior se constituyó en insumos para esta investigación.

7.4 Procedimiento

Para realizar esta investigación, se ha considerado como base el material del modulo 1, unidad 2, Diseño y Estrategias Metodológicas en los Estudios Cualitativos, en Valles (1997), en base a las fases, tareas y decisiones de diseño, por un lado, y, por otro, considerando la realidad social; además de lo solicitado en las Guías respectivas del curso de Metodología Cualitativa, se puede establecer para la realización de esta investigación tres momentos en la investigación: Actividades al principio del estudio, que tiene que ver con la gestión del proyecto de investigación y las actividades realizadas durante el estudio y la etapa de salida que precisa el análisis final y redacción del informe de investigación, estos dos últimos se detallan a continuación.

7.4.1 Etapa de actividades durante el estudio.

Entrada y realización del campo: Gestión, Cartas, visitas de presentación, contactos formales, compromisos y agenda. Se procedió a enviar ordinario N° 449 de fecha 28.09.09, en el que el investigador, en su calidad de Coordinador Equipo Gestor CESFAM Laraquete, psicólogo PROSAM, y alumno en proceso de titulación en el Magister en Psicología Comunitaria (FACSO – Universidad de Chile), informó y solicitó autorización a la Directora Subrogante del CESFAM, Srta. Angélica M. Arévalo (enfermera universitaria) para realizar la investigación, quien toma conocimiento y autoriza la ejecución del proyecto el día 29.09.09, documento que posee el ingreso a secretaria N° 1491, con fecha, timbre y visado.

Actividades de ajuste en técnicas de recogida y ejecución del campo: La recopilación de datos por la vía de entrevista focalizada se realizó durante los meses de octubre y noviembre, en las que el punto de saturación definió el n, entrevistándose en total a 12 adultos mayores, de ambos sexos, grabadas en cinta cassette, y mecanografiadas en un procesador de datos en archivo Microsoft Office 2007, para su posterior análisis con el software ATLAS.ti 5.0.

En cuanto al análisis de documentos escritos, éste se realizó antes, durante y después de los procesos de entrevista, desarrollándose una continua comparación de los datos registrados en las fichas clínicas, tarjetones y actas con lo que indican las Guías y Protocolos de atención a los Adultos Mayores, todo lo cual se constituyó en información útil para los diversos apartados de la investigación.

7.4.2 Etapa final de salida

Finalizada la práctica o acciones de campo, cumplido el criterio de saturación de la muestra, se procedió al análisis de los resultados para posteriormente redactar el informe preliminar y ser este enviado y presentado al profesor guía, Psicóloga Loreto Leiva Bahamondes, quien indicó la realización de correcciones y sugerencias necesarias

a dicho documento, para su redacción final y posterior defensa de tesis. Queda pendiente la devolución de resultados en el CESFAM Laraquete.

El trabajo propuesto en este proyecto ha sido una inquietud presente en el investigador ya varios años, realizando distintas acciones de salud, sociales y comunitarias en este grupo etario. Sus primeros avances en este campo los experimenta en los años 90', en la ciudad de Ancud, lugar en el cual apoyó un hogar de ancianos (San Vicente de Paul), siendo este su primer acercamiento de trabajo práctico. Posteriormente, siempre inquieto con dicha población, en su pregrado de psicología realizó diversos trabajos de investigación con tales contenidos, desarrollando su tesis de grado enfocada a la calidad de vida en los adultos mayores institucionalizados en la comuna de Concepción y sus satélites comunales de alrededor.

Continúa su labor como psicólogo en la comuna de Arauco, profundizando sobre el tema, esta vez con los adultos mayores atendidos en APS, inicialmente en el Hospital de Arauco y posteriormente, en el Centro de Salud Laraquete.

Todo ello cobró más renovado interés al implementarse el CESFAM y su Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario y Pertinencia Intercultural. Este modelo, por su carácter comunitario – de base biopsicosocial (promoción, prevención, rehabilitación y tratamiento), con su enfoque de continuo interdisciplinario – multidisciplinario – transdisciplinario, ejecutado por el equipo de cabecera, genera una forma muy distintiva de trabajo en salud en APS, que sin duda repercute en el usuario, en este caso, adultos mayores.

Así el proceso de esta investigación tiene un acervo teórico práctico, una conexión que además, en la mirada del investigador, hunde sus bases en el proceso de transición demográfica en el que se encuentra Chile junto a otras naciones latinas.

Envejecer con dignidad, envejecer con equidad, en este caso en APS, involucra un reencontrarse con el adulto mayor, y construir juntos un espacio de cuidados común, y esta investigación realiza un aporte a dicha gestión.

7.5 Técnica de análisis de los datos

Para esta labor se tomó como informantes a los adultos mayores cuyo perfil satisfizo los criterios de inclusión mencionados en el apartado “participantes” como tal. Se realizaron entrevistas a los directivos de los Clubes de Adultos Mayores de la localidad y a aquellos que son colaboradores permanentes en el Consejo de Desarrollo o en alguna otra organización comunitaria, ello hasta lograr la saturación teórica. Para la entrevista se consideró un tiempo aproximado de 45 minutos; se realizó preferentemente en el establecimiento donde trabaja el psicólogo y en los domicilios de estos, espacios que permitieron un encuadre de confianza y privacidad.

La metodología de análisis fue la aportada por la Teoría Fundamentada, entendida como aquel proceso analítico destinado a la construcción teórica a partir de datos cualitativos, al mismo tiempo que se delimitan las necesidades de qué datos adicionales son necesarios (Strauss 1987, en Flick, 2004). La estrategia utilizada fue la comparación constante, que corresponde a la categorización y desarrollo de una teoría respecto de las representaciones sociales sobre el equipo de cabecera y las acciones del programa del adulto mayor en APS, desarrollando una continua revisión y comparación de los datos estableciendo finalmente el resultado en base a los criterios estructurales y procesuales de la teoría representacionista.

La técnica de análisis e interpretación fue la codificación, entendida como “un medio sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos que incluye la reunión de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones proposiciones” (Taylor & Bogdan en Chacón, 2004).

Inicialmente se utilizó la codificación abierta, la que se define por Strauss y Corbin como el “procedimiento analítico por medio del cual se descubren los conceptos en términos de sus propiedades y dimensiones” (en Chacón, 2004; Flick, 2004), lo que se relaciona con el análisis descriptivo según Araya (2002), posteriormente se recurrió a la codificación axial, que involucra “relacionar categorías con subcategorías, siguiendo la línea de sus propiedades y dimensiones” (Strauss & Corbin en Chacón, 2004) es además, según Flick (2004), una depuración de las categorías derivadas de la codificación abierta, codificación selectiva a nivel superior de abstracción, donde se pretende elaborar la categoría central que se relaciona con las demás. Conviene mencionar también que “la codificación axial está asociado a los niveles de categorización y conceptualización” (Chacón, 2004), lo que según Araya (2002) se vincula al análisis relacional. Todo lo anterior se realizó por medio de la herramienta de networks, recurso presente en el software Atlas/ti.

El análisis se desarrolló por medio del Software Atlas/ti.5, es una plataforma informática que posibilita el ordenamiento de los datos de acuerdo a la estructura propuesta por la Teoría Fundamentada, cuyo enfoque implica un método de comparaciones constantes con el objeto de generar teoría a partir de los datos empíricos. Además, la Teoría Fundamentada aporta como estrategia la rigurosidad necesaria para singularizar los contenidos relevantes de dichos discursos, mediante un proceso inductivo.

Depurados los archivos Microsoft Office 2007, se cargaron en la unidad hermenéutica, los que fueron asignados por el software ATLAS.ti 5.0 como documentos primarios por defecto. Finalmente, la unidad hermenéutica quedó conformado por 12 archivos o documentos primarios, los que fueron codificados y trabajados sujeto a los criterios ya indicados.

En relación con los criterios de rigurosidad, se consideró la credibilidad que consiste en hacer de los hallazgos cualitativos resultados no sesgados ni cuestionables por su subjetividad. Ello busca demostrar que lo que se informa es consistente con la realidad

estudiada, realizado por medio del contra-chequeo, que consiste en la confirmación posterior por parte de los participantes del estudio, mediante lectura de informes y transcripciones de entrevistas (Lincoln & Guba, 1980, en Flick 2004).

Finalmente se consideró el criterio de comprobabilidad, que se refiere al proceso de revisión profunda, teórica y metodológica, del estudio realizado, lo que fué cautelado por un metodólogo guía en la investigación (Flick 2004).

7.6 Aspectos éticos

En cuanto a los aspectos éticos, se precisó la puesta en práctica de principios básicos aceptados por la comunidad científica, quienes indican que, se debe tener siempre presente que los participantes son seres humanos – personas, por lo tanto, es necesario establecer con ello un trato digno, respetuoso. Se debe evitar todo contenido que humille o atente los derechos de las personas.

Respecto a la relación establecida entre el investigador y los participantes, en este sentido se consideró importante informar del alcance de la investigación, la difusión de los resultados y el anonimato de la información entregada, ello se expresó en el documento de consentimiento informado que firmaron los participantes. En este se resguarda la identidad de cada sujeto que participa en la investigación, considerando que las actividades se realizaron en un lugar adecuado, que permitió privacidad.

Igualmente, se resguardó la intimidad y la confidencialidad. El aspecto de la intimidad está fuertemente vinculado con la protección de la identidad de los participantes en la investigación. Así, ser anónimo dentro del contexto de la investigación indica que no hay manera de que alguien pueda vincular los resultados con algún individuo. Sólo el director de la investigación (investigador principal), conoce de los casos.

En relación a la confidencialidad, se trabajó con el método de registro, el cual no vincula nombres. Se mantiene en el más estricto secreto respecto de los participantes, contenidos y datos deben mantenerse en una situación controlada.

En cuanto a la protección contra daños, se cauteló la integridad física y psicológica de las personas. Siempre en este aspecto se debe poner atención a la dupla conceptual riesgo-beneficio.

Respecto de los resultados, asunto mencionado anteriormente, se considera importante presentar los descubrimientos o resultados al público, en especial a la comunidad en la cual se realizó la investigación. Así, finalizada la investigación y redactado el informe, se han de compartir los hallazgos. Esta acción, que involucra la comunicación, debe ser de alto nivel técnico profesional, lo que involucra manejo especializado de todos los contenidos, en especial del lenguaje.

Este proceso - investigación y resultados - pretende desarrollar una devolución de los resultados en orden de contribuir en los procesos de mejoramiento de las atenciones y los lineamientos comunitarios en APS, manteniendo transversalmente una actitud de respeto en relación a los esfuerzos profesionales desplegados.

Los Adultos Mayores que participaron de la investigación, firmaron el documento en el que confirmaron el consentimiento de participar en la investigación. Igualmente, en cada entrevista se presentó una carta (conocida por la Profesora Guía de Tesis) que da respaldo al trabajo, en la que se indicaba la a la Universidad de Chile, Facultad y Programa respectivo al que pertenece el investigador, en la que se apoya el proyecto de investigación y se identifica al investigador por su nombre. Dicho documento se encuentran en la sección anexos.

8. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se registran se presentan y mantienen su orden en base a la estructura de la entrevista aplicada a los adultos mayores por una parte, y por otro, el trabajo realizado con el software Atlas Ti, primero la codificación abierta o nivel textual y en segundo lugar el nivel conceptual.

Al analizar las entrevistas, se da cuenta de varios nodos (códigos) que conforman las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca de la salud, de los cuidados, del equipo de cabecera y del modelo de salud familiar aplicado en APS. Los nodos que emergieron dan cuenta de lo mencionado, su sentido de orden y complejidad, permite primero, identificar el nodo “programas conoce”, al que se le suman el AUGÉ, PROSAM, ERA, cardiovascular. También se presenta el nodo “programas desconoce” con su particular consecuencia como contrapartida. De igual forma, el adulto mayor hace mención de la atención en APS, desde el que surgen una serie de afirmaciones acerca de las interconsultas, las horas de especialidad, la demora, la falta de especialistas, el SOME y la importancia de la información oportuna y gestión de horas de atención.

En cuanto al nodo “programas conoce”, que se refiere a la información que el usuario adulto mayor tiene acerca del programa del adulto mayor y de otros programas, su pertenencia a dichos programas y los beneficios que éstos le reportan, varios adultos mayores indicaron tener conocimiento acerca del Programa del Adulto Mayor y otros de los cuales han participado. Así, en cuanto a la pertenencia a algún programa y beneficios recibidos, ellos respondieron:

P: ... ¿pertenece a algún programa...?

E7: El cardiovascular... por mi diabetes e hipertensión...

P: ¿qué cosas recibe usted aparte de los cuidados profesionales o médicos?

E7: Mis remedios no más... mis atenciones.

Asociado a este nodo “programas conoce”, el adulto mayor mencionó al programa AUGE, PROSAM, ERA y el Programa Adulto Mayor , a ellos se refieren como sigue:

E1: ... bueno... yo estoy siendo atendido en estos momentos por el... el programa AUGE...

P: Pero usted también perteneció a otro programa... fue por el duelo.

E10: si por el duelo... me dio depresión (...) el Programa de Salud Mental.

E4: El kinesiólogo me acaba de ingresar a su programa... este año cuando tuve la pulmonía ... Sí... el ERA

Todas estas ideas provienen de aquellos adultos mayores que están informados acerca de los programas, sin embargo, no son menos las referencias que se presentan indicando un desconocimiento de los programas, esto sujeto a diversas razones.

P: En cuanto a los cuidados de salud que ha recibido, usted pertenece a un programa determinado, ¿sabe cómo se llama ese programa?

E3: No sé...

P: Y como adulto mayor, ¿usted sabe qué beneficios tiene en Atención Primaria de Salud?

E7: No

P: En ese sentido... ¿usted sabe que pertenece a un programa específico en el Centro de Salud? ¿Usted sabe cual es ese programa?

E2: No, no.

Conviene dejar registrada las ideas de beneficios/privilegios que los adultos mayores tienen en cuanto a productos de farmacia, ortesis u otro insumo en salud. De ello mencionan:

P: ¿Algún otro tipo de beneficio tiene usted en el programa del adulto mayor?

E4: ...Cuando yo necesito algo... acudo a mi CESFAM... y... lo pido... me lo ceden al tiro. Entonces tengo el beneficio y la buena atención del personal...

E6: Si pues, los beneficios de remedios...incluso medicamentos especializados.

Por otra parte, en los diálogos sostenidos por los adultos mayores, se aprecian fortalezas y debilidades en los procesos de atención y cuidados en APS que ellos reciben, se suman las opiniones que generan los trámites de interconsultas y obtención de horas médicas, tanto en especialidad como de las horas profesionales en el CESFAM. Los nodos: interconsultas, hora especialidad, demora, especialistas faltan, SOME información, SOME oportuno, hora rápida hacen referencia a ello.

P: Si... sacar hora médica para sus controles... ¿le es fácil o le es difícil adquirirla?

E3: es un poco difícil... tiene que ir mi viejito ... sino yo...(...) y se nos hace difícil...

E2: ... yo pensaba que me iban a dar hora para el médico... llegué a eso de las cuatro... y me dijo que había entregado todas la fichas...

P: ... usted me dijo que se demoró un año, en la interconsulta...

E11: Sí... es mucho. Todavía estoy indecisa porque fuimos a Curanilahue, de Curanilahue me mandaron a ...

P: ¿usted ha sido derivada a algún especialista...?

E4: Sí... ese proceso es lento... muy lento...

P: ¿Usted a qué cree que se debe?

E4: Bueno yo pienso que es por falta de especialista...

El SOME, concentra diversas opiniones, de esta unidad comentaron:

E4: Por eso le digo que el SOME no está cien por ciento.

P: Y cuando va al SOME a sacar su hora... ¿demora mucho?

E9: No porque yo voy y le digo a la señorita... me dicen que me espere... yo le digo que no... que tiene que darme la hora....

P: ... usted me dice que si le ha costado obtener hora...

E10: Si... pero otras veces me han atendido al tiro... no todas la veces... porque uno tiene que ser realista con uno mismo.

E6: Ha sido dentro de la semana la atención, me pasaron al Plan AUGE, entonces, por la edad, fue rápido, ...dentro de los 15 días tuve la hora para ver el especialista.

P: En este mismo tenor, cuando usted va a sacar hora, ¿a qué hora va a sacar hora en el SOME cuando necesita que lo atiendan?

E6: A veces he tenido que ir en la mañana, pero casi más en el plan de las 2 de la tarde

Continuando con el orden de la entrevista, surgen códigos y nodos asociados al CESFAM como institución en desarrollo, el equipo de cabecera y una tercera idea que dice relación con la apropiación del espacio público.

Los códigos involucrados con el concepto CESFAM son modelo de salud, progreso o desarrollo, conocen/desconocen modelo. En cuanto al CESFAM como institución en desarrollo, dicen:

E8: No... como dijera, actualmente, en las atenciones ha habido un cambio... buenas condiciones... me ven allá y me dicen “ hola don N... cómo está”...y para muchos es agradable, se siente otra persona de adulto mayor.

E12: ... mi opinión... porque pienso que el personal ha ido cambiando, hoy día tienen otra forma de trato. Una sonrisa, o preguntan “¿qué anda haciendo doña M...? ¿cómo está?... y eso a uno la ayuda.

Indican que el CESFAM ha crecido en dotación:

E7: No poh... como le dijera yo... bien porque al haber más personal hay más atenciones...

E9: Es más grande... hay mucha comodidad, ahora hay muchas cosas que antes no tenía la persona y ahora lo tienen...

También el nodo “desarrollo” implica variadas relaciones con el modelo de salud familiar como tal, con cuidados, con más posibilidades y alcances, trabajo comunitario con las organizaciones en cuanto al factor salud.

E11: antes no había nada...el que haya una posta es harto bueno...

E4: No... la diferencia es bastante grande. Grandísima. Porque como nosotros empezamos... en una casita pequeña, después de a poco nos fuimos agrandando... y que ahora tengamos todos los días un dentista, ...una enfermera, matrona, médico... entonces, el salto fue gigante.

E6: Para mi la diferencia, es que siempre el personal se ha ido renovando, cada vez ha sido mejor la atención, se preocupan mucho más, en esa parte ha crecido mucho el policlínico.

P: ¿Usted observó que este CESFAM trabaja con la comunidad, lo ha visto usted?

E8: Si....

Por otra parte, hay una cantidad no menor de adultos mayores que reflejaron un desconocimiento de la institución, o bien conservan el modelo biomédico como proceso central de los cuidados, dando mucha importancia a la hora con el médico y a la recepción de los fármacos. Suelen en este aspecto, desconocer la gran cantidad de acciones en salud que otros profesionales o técnicos les proporcionan. En este sentido, la calidad de CESFAM no les es significativa, es tan sólo un cambio de rótulo, de razón social.

Los nodos: modelo de salud familiar y proceso les es ambiguo.

P: El modelo de salud familiar... ¿qué opina de ello?

E7: Sí... bien...

P: Somos Centro de salud familiar... ¿eso le trae alguna información interesante?

E12: ... no...

E3: No.. yo digo que es lo mismo no más.

Sobre el equipo de salud/cabecera surgen variadas opiniones, las que a continuación se registran. El nodo “desconoce equipo de salud/cabecera” fue uno de ellos.

P: Aquí en este subsector verde hay un equipo que trabaja apoyando a la gente con salud... ¿Usted sabe quienes son?..

E3: No... no lo sé.

P: El que haya un sector significa que existe un equipo de trabajo. La palabra o concepto expresión “equipo de cabecera” ¿la ha escuchado alguna vez?

E6: El equipo de cabecera m... no he escuchado.....

Otros adultos mayores respondieron afirmando saber acerca del equipo de salud/cabecera. Involucran en este a profesionales, administrativos y técnicos paramédicos, reconocen los sectores a los que pertenecen, se pronuncian sobre la calidad de la atención recibida. Igualmente fueron capaces de valorar el modelo de salud con el cual trabajan estos equipos.

P: ...en este cuidado hay un equipo que la ha atendido. ¿Usted sabe que significa eso?.

E10: ... los paramédicos, los médicos, auxiliares... creo yo.

P: en los sectores trabajan equipos de salud...usted podría mencionarme algunos de ellos.

E8: Si, la enfermera... la visitadora social, y así los primeros auxilios, la entrega de remedios, SOME.

E11: Los paramédicos, los de primeros auxilios...el dentista, el kinesiólogo....la enfermera....primero uno va a la enfermera, la enfermera a uno la deja pal médico, pero cada ciertos meses... la nutricionista...

E12: Equipo de salud... es que ellos están trabajando en conjunto para que la atención sea mejor.

Surge además de las entrevistas ideas en cuanto al CESFAM, su gente, las necesidades, la importancia de los cuidados que deban recibir del equipo de cabecera con acciones terapéuticas oportunas, la conversación, la capacidad de restaurar vínculos comunitarios, la necesidad de más horas profesionales, como también mejorar la conectividad (movilización) con otro vehículo, en este caso, indicaron que se necesitaba

una ambulancia más, y la apropiación del espacio público en cuanto a la participación en la reposición del edificio.

Acerca de los nodos referidos al cuidados y la conversación, dicen:

P: ... ¿Qué cree usted que es importante en cuanto al cuidado que debemos tener con los adultos mayores?

E12: eh, lo que estamos haciendo hoy, una conversación... eso, yo me siento muy aliviada, muy, muy aliviada, porque ello me estimula, me ayuda, y yo quedo bien.

E8: Mire, que mas que decirle que mas cuidados que hacen por nosotros...que andan preocupados, qué es lo que nos pasa oh... vamos allá y “cómo está don N...”, como está J., están preocupados ustedes.....

E10: Que sea mejor la atención, no más... porque si yo le hago una pregunta a usted, obvio que usted debe responderme... o si no sabe me dirá... mire yo no sé pero vamos a preguntar o a consultar ...

También surgen nodos referidos al bienestar, como aquello que construyen con gestión ante diversas entidades, en donde es importante la unión de la comunidad con el CESFAM.

E4: Bueno... todo lo que yo hago tiene que ver con el bienestar del consultorio... Yo soy la encargada de los Presupuestos Participativos... de la Provincia de Arauco, representando a mi CESFAM Laraquete... y ahí nos hemos dado cuenta que todo lo que nosotros hacemos, las diferentes personas de distinto establecimientos... tratar de salir adelante, obtener cosas que no tenemos...

E6: Antes no trabajaba con la comunidad, ahora trabajan unidos, hace unos 5 o 6 años... la comunidad se ha ido involucrando, ha costado, se ha ido involucrando mas .

En lo referente a los cuidados refieren preocupación por los pacientes postrados. Dicho nodo, siendo singular en su aparición, se reconoce.

P: ¿Algo más en cuanto a los cuidados para el adulto mayor?

E3: es importante el equipo... preocuparse de los postrados... más comprensivos... sin duda que el equipo de cabecera tiene mucho que hacer y mejorar... hay un desafío...

En cuanto al nodo apropiación del espacio público, es un tema emergente en el adulto mayor. Ellos mencionaron:

P: ... la gente me ha dicho... “el consultorio es parte de mi casa”... eso me impresiona por la cercanía que genera...

E12: Sí... yo creo igual

E4: ... todo... lo que pasó, el ver cómo la comunidad estuvo ahí... con nuestro CESFAM... lo viví y no se me va a olvidar nunca. Yo lo dije en una reunión en Los Álamos, cómo se había portado la comunidad, cómo se había portado el resto de la gente... eh, el Centro de Salud de Carampangue, eh... los de Tubul, ¡llegaron todos!. ¡Estaban todos!

E4: Si... en eso la comunidad se portó muy bien... muy bien. Bueno... todos pensamos que ahí en la ficha está nuestra vida, nuestra historia... es lo principal... porque es nuestra historia.

P: También se rescataron los tarjeteros...

E4: En eso me preocupé yo que los tarjeteros estuvieran todos... también yo estoy contenta con eso... esa inquietud de todos... de la comunidad era salvar las fichas...

E8: Perdóneme doctor, pero yo llegué a llorar.....porque se nos estaba quemando nuestra casa doctor, porque esa es nuestra casa, donde vamos a pedir auxilio, cualquier medicamento, que nos dan inmediatamente.

E7: Terrible... yo lo vi todo...

P: ¿Qué cree... vamos a tener un nuevo espacio?

E7: Quizás ... sonrío. Tendremos que verlo no más puh...

Hasta ahora se ha registrado el discurso de los adultos mayores en el nivel más básico, textual, los nodos en base a la codificación abierta. Se tuvo como guía en la entrevista los propósitos explicitados en esta investigación. Sin embargo, se presentan una serie de temas y contenidos que van más allá de lo propuesto, lo que permite la generación de conocimiento que orienta las representaciones sociales de los adultos mayores con ideas nucleares y criterios satélites (en lo estructural) y dinámicas de la formación del

conocimiento (en lo procesual), que permiten la identificación de un discurso enriquecido y nutrido, en especial porque son generadas desde el perfil identitario del grupo en el cual se realiza la investigación, esto es, el adulto mayor de origen y permanencia en zonas rurales.

Al trabajo ya realizado, cuya base son los contenidos de los diálogos de los adultos mayores, entregan categorías de mayor complejidad, es decir, permiten acceder al nivel conceptual, lo que implica analizar los elementos buscando su sentido y significado. Para ello se define una serie de familias estableciendo sus relaciones y componentes, finalizando con representaciones gráficas de dichos componentes. Este nivel, tiene la característica de reunir y organizar los diversos criterios expresados, permite considerar los propósitos de la investigación, pero también se adscribe a la flexibilidad de proceso que la investigación cualitativa posee.

El primer propósito específico de esta investigación, identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS, en el CESFAM Laraquete, considerándose el nivel textual migrado hacia nivel conceptual, se observan nodos que poseen categoría inclusiva con respecto a otros. Estas familias de códigos son los siguientes: Conoce o desconoce los programas y fortalezas y debilidades en la atención horas médicas, los que tendrían carácter de nuclear en la representación social que los adultos mayores tiene acerca de los cuidados en APS, los que se pasan a detallar.

Siendo el concepto “cuidados en APS” el de mayor jerarquía inclusiva dentro de la representación social de los adultos mayores, las familias de códigos que la conforman son las siguientes:

Familia “conoce o desconoce los programas”, que se relaciona directamente con el conocimiento o desconocimiento que el adulto mayor tiene acerca del programa del adulto mayor y los beneficios que este contempla. Además se suma a esta familia todas

aquellos códigos que tienen relación con otros programas de la APS mencionados por los entrevistados, tales como el AUGE, cardiovascular, ERA, PROSAM, postrados, códigos referidos a beneficios, privilegio entre otros. En cuanto a la familia “fortalezas y debilidades en la atención”, en ella destacan los siguientes códigos: hora médica, obtención hora profesional, interconsulta, profesionales faltan, fácil, difícil, rápido, lento, demora, SOME.

Tabla N° 5. Cuidados en APS, familias

Cuidados en APS	
Familia: Conoce o desconoce los programas	Familia: Fortalezas y debilidades en la atención.
Conoce/desconoce	Obtención hora profesional
AUGE	Horas médicas
Cardiovascular	Hora Interconsulta
ERA	Especialistas faltan
PROSAM	Fácil/difícil
Postrados	Rápido/lento/demora
Beneficios	SOME
Privilegio...	

El concepto familia “conoce o desconoce programas” reúne y determina las opiniones que los adultos mayores tienen en torno a los cuidados que reciben en APS. Se puede afirmar que, a mayor conocimiento de los programas, la opinión acerca de los cuidados en APS es más precisa, en el sentido de catalogarla como adecuada, buena o mala, lo que se vincula a la satisfacción usuaria.

Los códigos que se presentan en la familia “conoce o desconoce programas”, indican dos vertientes bien definidas: Por una parte están aquellos que dicen relación con saber y

conocer el o los programas, en los que sus citas y códigos asociados dan fuerza orientadora en cuanto a generar una concepción positiva de los cuidados en APS.

E1: ... ¿cómo se llama el programa?... bueno, es decir, yo estoy siendo atendido en estos momentos por el... el programa AUGE...

E10: si por el duelo... me dio depresión (...) el Programa de Salud Mental.

E4: ... Cuando yo necesito algo... acudo a mi CESFAM... y... lo pido... me lo ceden al tiro. Entonces tengo el beneficio y la buena atención del personal...

E1: Desafortunadamente tienen razón esas personas que dicen que los atienden mal y afortunadamente habemos muchos o a lo mejor somos menos los que estamos considerando que recibimos una buena atención... porque yo tengo la fórmula mágica ... tengo el privilegio de ser adulto mayor.

Por otra parte están los que desconocen el o los programas, problema no menor en los cuidados en APS, debido a que el usuario, en este caso adulto mayor, no recibe los beneficios, no sabe cuáles son sus derechos, se desmoraliza frente a los diagnósticos que se les entregan, incluso olvidan lo que se les conversa cuando son notificados de alguna patología GES, llegando a formular juicios de si mismos y del CESFAM completamente desesperanzadores.

P: En cuanto a los cuidados de salud que ha recibido, usted pertenece a un programa determinado, ¿sabe cómo se llama ese programa?

E3: No sé...

P: Bueno... claro que pertenece a un programa... por sus problema respiratoria compleja... usted pertenece a un programa que se llama ERA.

E10: ERA... no lo sabía.

P: Y como adulto mayor, ¿usted sabe qué beneficios tiene en Atención Primaria de Salud?

E7: No

La otra familia, “fortaleza y debilidades de la atención”, es central en la opinión que los adultos mayores perciben y co-construyen en torno a los cuidados en APS, y por lo tanto, en la representación social respectiva. A diferencia de la familia anterior, ésta es tema de debate entre los usuarios. Cuando se trata de especialidad, se debe considerar los protocolos de las enfermedades que son consideradas AUGE o GES, las que exigen plazos para la atención y cumplimiento explícito de las garantías. Esta familia tiene presente un código estratégico en la gestión de dichas horas, el SOME, unidad administrativa clave en estos procesos. Lo rápido o demoroso de este proceso (la obtención de hora médica) es objeto de preocupación no sólo de los adultos mayores, sino también de los gestores de tales atenciones, pues en ello hay una brecha entre demanda y oferta. Las dinámicas experimentadas dentro de estos conceptos, familias y códigos, en el relato de los adultos mayores, indican lo siguiente:

P: Si... (...) cuando usted tiene que sacar hora médica para sus controles... ¿le es fácil o le es difícil adquirirla?

E3: es un poco difícil...

P: Como adulto mayor usted tiene que ir a sacar hora al consultorio... ¿le dan la hora de inmediato?... ¿cómo lo hace?

E2: Bueno ese día yo pensaba que me iban a dar hora para el médico... pero... lo que pasó que me dijo esta niña, que ella había entregado esa hora a... pues de ahí no tenían más médico hasta el día viernes.

P: ¿usted me dijo que se demoró un año la interconsulta?

E11: Es mucho. Todavía estoy indecisa porque fuimos a Curanilahue, de Curanilahue me mandaron a Concepción a hacerme unos exámenes...

P: ... ¿usted ha sido derivada a algún especialista?

E4: Sí... ese proceso es lento... muy lento...

P: ¿Usted a qué cree que se debe?

E4: Bueno yo pienso que es por falta de especialista...

Por último, el código SOME, que es parte de la familia ya mencionada, cumple una función favorecedora de los cuidados en APS, cuando este entrega información y horas

oportunas y rápidas. Se reconoce también en esto el tiempo que las personas invierten a la espera de obtener su hora de atención, no siendo eficiente.

E4: Por eso le digo que el SOME no está cien por ciento.

P: Y cuando va al SOME a sacar su hora... ¿demora mucho?

E9: No, porque yo voy y le digo a la señorita... voy así a medio día... y... me dicen que me esperen... yo le digo que no... que tiene que darme la hora....

P: ... usted me dice que si le ha costado obtener hora...

E10: Si... pero otras veces me han atendido al tiro... no todas la veces... porque uno tiene que ser realista con uno misma.

P: Eso de la dación de hora, cuando lo derivan a especialidad ¿el proceso es rápido, es lento?

E6: Super rápido.

P: Le digo esto porque he visto que algunos adultos mayores, han pasado 4 o 5 meses , y todavía no tienen su atención.

E6: ...me pasaron al Plan AUGE, entonces, por la edad, fue rápido... dentro de los 15 días tuve la hora para ver el especialista.

P: ¿a qué hora va a sacar hora en el SOME cuando necesita que lo atiendan?

E6: A veces he tenido que ir en la mañana, pero casi más en el plan de las 2 de la tarde

P: ¿Le demoran mucho en darle la hora?

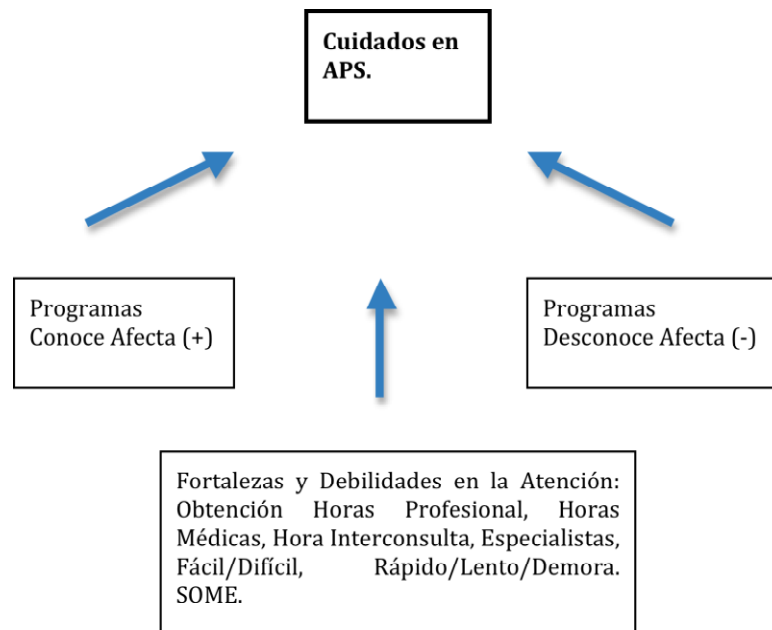
E6: No, de un mes para otro...

Las opiniones sobre valoración temporal del tiempo de espera para obtener una hora médica de especialidad, y en algunos casos para ser atendido por los profesionales del mismo CESFAM , resulta ser ambigua, para algunos es mucha demora, para otros el resultado es rápido. Sin embargo, la afirmación “de un mes para otro” del entrevistado E6 refleja el problema, que se agrava con las respuestas de la entrevistada E11, quien dijo que la interconsulta demoró más de un año, sin tener a la fecha solución a su problema de salud.

Así, se genera desde esta interfaz sociocultural, de experiencias relatadas, un mapa conceptual y una matriz conceptual de relaciones que da cuenta de la representación

social que los adultos mayores sostienen acerca de los cuidados en APS en el CESFAM Laraquete, modelo que a continuación se registra.

Figura N° 3. Mapa conceptual de cuidados en APS



El mapa que antecede muestra que la representación social de los adultos mayores en torno al tema abordado, posee como núcleo el concepto “cuidados en APS”, que en si representa todas las acciones que el adulto mayor recibe y percibe como beneficiario del sistema de salud. En torno a este núcleo, se presenta los elementos satélites más flexibles pero gravitantes en cuanto a los cuidados en APS. Tiene que ver con el conocimiento o desconocimiento que el adulto mayor tenga del programa o los programas a los que pertenece, las prestaciones o servicios, beneficios y privilegio. Se suma un tercer satélite, este se origina y depende directamente de la gestión que el personal del CESFAM realiza. Este satélite se identifica como fortalezas o debilidades de dicha gestión administrativa. Esta gestión tienen que ver con lo que en salud se denomina atención oportuna, se refiere a las horas médicas, dentro de esto están todos

los códigos que refieren a las horas médicas y de especialidad, los aspectos temporales, la accesibilidad a la oferta y demanda, siendo el quehacer del SOME de vital influencia.

En este aspecto sobre la unidad SOME recae el peso de gestión, como atención oportuna, informada y rápida. Si ello no se da, el reclamo es la solución o bien, el adulto mayor escinde el cuidado, diferenciando entre los cuidados clínicos y las respuestas de lo administrativo.

Al tenor de esto, se configura lo que los diversos estamentos de salud han sancionado en cuanto a la calidad del trabajo y la oportuna atención de pacientes (horas disponibles) indicando estos un efecto adverso en la calidad del trabajo, agenda copada y, por lo tanto, un SOME sobre-exigido por los usuarios por cuanto no se cumple con la oportunidad y accesibilidad a la atención, esto último es uno de los principios del modelo de salud familiar, no obstante, es un reclamo que el SENAMA presenta en su discurso, solicitando con urgencia la búsqueda de solución.

De los relatos de los adultos mayores que preceden, se han desprendido una serie de conceptos que fueron conceptualizados en el mapa ya explicado, en el que cada expresión (concepto) que conforma la representación social cumple un determinado rol o función, sea esta referida a las ideas de constituido y producto, o a lo denominado constituyente y proceso respectivamente.

En la matriz conceptual que cede, se establece cada código o familia resultante como concepto, determinando su rol o función dentro del diálogo de los adultos mayores, como también se le refiere su relación con lo representado y su estado o condición en referencia a lo estructural de la representación social analizada. Sin embargo, todo ello precisa ser entendido también como constituyente o proceso.

Tabla N°6. Matriz conceptual de la representación social de los adultos mayores acerca de los cuidados en APS en el CESFAM Laraquete

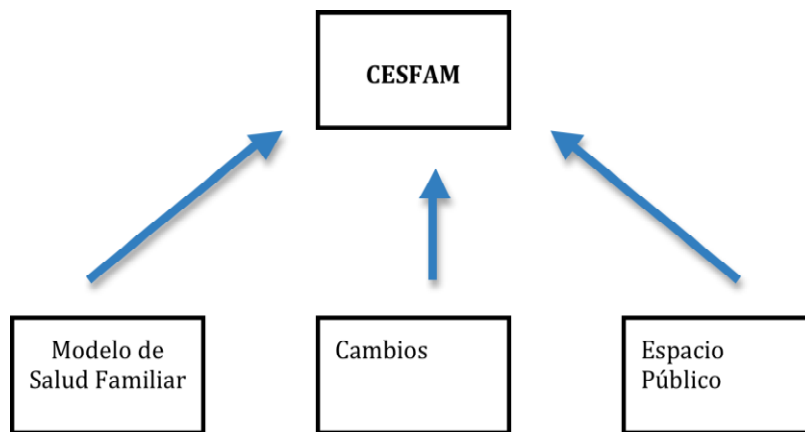
Código/Familia	Rol	Relación con lo representado	Condicionante
Cuidados en APS	Núcleo	Macroconcepto	Autónomo
Programa Conoce (Familia)	Satélite Primario	Estratégico	Favorece al Macroconcepto.
Programas AUGE, Cardiovascular, ERA, PROSAM, Postrados	Satélite Secundario	Vinculado a Programas Conoce.	Favorece si conoce
Beneficios, Privilegio	Satélite Secundario	Vinculado a Programas Conoce.	Favorece
Programas Desconoce (Familia)	Satélite Primario	Estratégico	Desfavorece
Fortalezas y Debilidades en la Atención.	Satélite Primario	Estratégico	Favorece/desfavorece al macroconcepto.
Obtención hora atención profesional de la salud Hora Interconsulta	Satélite Secundario	Vinculado a Fortalezas y Debilidades	Favorece
Horas Médicas.	Satélite Secundario	Vinculado a Fortalezas y Debilidades	Favorece
Especialistas faltan	Satélite Secundario	Vinculado a Debilidades	Desfavorece
SOME (Fácil/difícil, Rápido/lento/demora)	Satélite	Vinculado a Fortalezas y Debilidades. Aporte estratégico	Favorece si gestiona información, y genera hora rápido. Desfavorece si no gestiona.

Al revisar el segundo objetivo específico de esta investigación, identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca del equipo de cabecera del CESFAM Laraquete, los resultados de las entrevistas entregan insumos para formular mapas conceptuales y sus respectivas matrices.

Por una parte está la comprensión del CESFAM, idea central y representante tipo del modelo de salud familiar en APS, como entidad o unidad de salud, como lugar al cual

acudir en caso de enfermedad, un macro-concepto entre los códigos resultantes, en torno al cual se poseionan tres familias de códigos: modelo de salud, cambio y espacio público. A estos tres se relacionan de manera diferenciada códigos que refuerzan o caracterizan a los conceptos involucrados.

Figura N° 4. Mapa conceptual CESFAM



La tabla que cede, representa al mapa con sus dinámicas entre conceptos, en la que se asigna la condiciones de núcleo y macroconcepto a la sigla CESFAM, el que de manera tradicional y por hábito cultural en los adultos mayores de Laraquete es todavía referido en sus diálogos y comentarios como la posta, policlínico o bien como consultorio. En si el concepto CESFAM está en proceso de comprensión e internalización.

De igual forma, se categoriza los conceptos de modelo de salud familiar, cambios y espacio público como satélites cuya acción permite al núcleo su definición como tal. Por lo mismo, si bien el modelo estructural permite acceder a esta representación social, no es menor el carácter de procesual de ella.

Tabla N° 7. Matriz conceptual del CESFAM como unidad o entidad de salud y lugar

Código/familia	Rol	Relación en/con lo representado	Condicionante
CESFAM	Núcleo	Macroconcepto	
Modelo de salud (Familia)	Satélite Primario	Estratégica	Favorece
Conocen/desconocen el modelo	Satélite Secundario	Vinculo con el Modelo	Favorece/desfavorece
Participación	Satélite Secundario	Vinculo con el Modelo	Favorece
Cambio (familia)	Satélite primario	Estratégico	Depende de.
Desarrollo, etapas	Satélite	Vinculado al cambio	Favorece
Personal o recursos humanos.	satélite	Vinculado al cambio	Favorece
Atención	Satélite	Vinculado al cambio	Depende de.
Razón social	Satélite	Neutro	Neutra
Espacio publico (Familia)	Satélite primario	Estratégico	Favorece

Con respecto a lo precedente, en la concepción de CESFAM se reconoce un cambio en cuanto a la atención del usuario siendo ésta más personalizada; indican cercanía por parte del personal. Los diálogos a continuación dan ejemplo de ello.

E7: Pero a mí, como le digo, nunca me han mirado diferente o “qué quiere”... no... siempre la atención muy buena... en la posta como en el consultorio

E8: No... como dijera, actualmente, en las atenciones ha habido un cambio pero tremendo,...en buenas condiciones

E8: ... para mi, ...como familiar...porque me ven allá y me dicen “ hola don N... ¿cómo está?.

E12: Yo creo que sí. Esa es mi opinión... porque pienso que el personal ha ido cambiando, eran más... por decirlo de alguna manera, más frías, más tercas. Hoy día tienen otra forma de trato. Una sonrisa, o preguntan “¿qué anda haciendo doña M...? ¿cómo está?... y eso a uno la ayuda.

Indican que se aumentó el personal:

E4: Noo... la diferencia es bastante grande. Grandísima. Porque como nosotros empezamos... en una casita pequeña, después de a poco nos fuimos agrandando, agrandando, agrandando... hasta llegar a lo que somos ahora... antes venían... excepto la señora M. que siempre estuvo con nosotros. La matrona, pero... venía dentista de afuera cuando empezamos... una vez a la semana... y que ahora tengamos todos los días un dentista, tengamos todos los días una enfermera, tengamos todos los días matrona, todos los días médico... entonces, el salto fue gigante.

E6: Para mi la diferencia, es que siempre el personal se ha ido renovando, cada vez ha sido mejor la atención, se preocupan mucho más, en esa parte ha crecido mucho el policlínico.

De igual forma, el código familia “modelo de salud” reporta al macroconcepto CESFAM una realidad emergente en cuanto a elementos de participación comunitaria, conocimiento e información acerca del paradigma asumido en salud. Les genera agrado la dinámica del trabajo comunitario, con las organizaciones en cuanto al factor salud. Los adultos mayores respondieron en cuanto a ello lo siguiente:

E11: Yo creo que todos tuvieron que ver con esto, la comunidad (...)

E4: Bueno... todo lo que yo hago tiene que ver con el bienestar del consultorio... Yo soy la encargada de los Presupuestos Participativos... de la Provincia de Arauco, representando a mi CESFAM Laraquete... y ahí nos hemos dado cuenta que todo lo que nosotros hacemos, las diferentes personas de distinto establecimientos... la hacemos para nuestro establecimiento... tratar de salir adelante, obtener cosas que no tenemos, y... no se puh... yo... lo que yo hago lo hago con agrado y siempre pensando en mi CESFAM. Antes cuando éramos Consultorio pensando en el Consultorio.

Esta identificación con el CESFAM es mantenida con ahínco, sin embargo se debe reconocer que hay una cantidad no menor de adultos mayores en desconocimiento de la institución, o bien conservan el modelo biomédico como proceso central de los cuidados, dando mucha importancia a la hora con el médico y a la recepción de los

fármacos. Suelen en este aspecto, desconocer la gran cantidad de acciones en salud que otros profesionales o técnicos les proporcionan. En este sentido, la calidad de CESFAM no les es significativa, es tan sólo un cambio de rótulo, de razón social.

P: El modelo de salud familiar... ¿qué opina de ello?

E7: Sí... bien...

P: Somos Centro de salud familiar... ¿eso le trae alguna información interesante?

E12: ... no...

El desconocimiento abarca una serie de realidades con las cuales cada adulto mayor comparte, siendo la principal causa de ello la falta de información, asunto mencionado en procesos anteriores. Esto es preocupante debido a que esta brecha informativa se ha tratado de solucionar, sin embargo, pareciera que no hay resultados en ello. Convendría profundizar este asunto, esta vez con los demás grupos atendidos en el CESFAM, pues esto podría obligar a generar nuevas estrategias comunicacionales y de información, y en ello la OIRS cumple un especial rol.

El concepto familia “espacio público” posee su particular aporte al macroconcepto CESFAM. Un criterio - en escala conceptual - emergente del diálogo con los adultos mayores, en referencia al CESFAM y a los acontecimientos ocurridos en septiembre del año 2009. Se refieren a éste como espacio público y gestión, tema que no es abordado en el marco teórico, pero que sin embargo cobra fuerza en el relato de los adultos mayores, y, por lo tanto, suma un aporte desde el enfoque de esta investigación. En torno a este concepto, los adultos mayores entrevistados refieren cercanía con el CESFAM, el valor que ellos le otorgan a los documentos tales como las fichas clínicas y los tarjeteros. Otros lo sienten como una parte de sus propias casas.

E12: ... como ahora estamos esparcidos... unos por aquí, otros por allá... bueno, lo mas rápido el edificio, que luego lo restauren...

E4: Si... en eso la comunidad se portó muy bien... muy bien. Bueno... todos pensamos que ahí en la ficha está nuestra vida, nuestra historia... es lo principal... porque es nuestra historia.

P: También se rescataron los tarjeteros...

E4: En eso me preocupé yo que los tarjeteros estuvieran todos... también yo estoy contenta con eso... esa inquietud de todos... de la comunidad era salvar las fichas...

E8: Perdóneme doctor, pero yo llegué a llorar... porque se nos estaba quemando nuestra casa doctor, porque esa es nuestra casa, donde vamos a pedir auxilio, cualquier medicamento, que nos dan inmediatamente.

Por otra parte, algunos se abstuvieron de ir a pedir atención pues sabían que no estarían dados los espacios físicos para atender, al igual que se preguntaban acerca de lo que ello involucraba para dar continuidad a la atención.

E10: Cuando fui... me dio pena, tristeza... Entonces yo dije, bueno, si se incendió, no se yo que pasó... cómo yo voy a ir a molestar...

E1: Yo... también estuve esa noche observando el lugar del siniestro... y me pasaba toda una película yo con respecto de mañana... que mañana la vida continúa... los que tenían que ir a recibir la leche van a ir a buscar la leche... los que tienen que ir a buscar la insulina tiene que... encontrarse con que hay insulina... Yo por ejemplo soy insulino-dependiente ¿se llama así no es cierto ?

E1: Entonces... en eso pensaba esa noche... ¿cómo se nos va a atender mañana? ...

E7: Bueno para nosotros fue doloroso... entonces pero... con el tiempo lo vamos a tener. Se van a arreglar las cosas bien...

P: ...ahora, en cuanto al incendio del CESFAM... usted vive prácticamente al frente...

E7: Terrible... yo lo vi todo...

P: ¿Qué cree... vamos a tener un nuevo espacio?

E7: Quizás puh... sonrío. Tendremos que verlo no más puh...

La apropiación del espacio público ha sido uno de los temas que psicólogos comunitarios y urbanistas han puesto en la agendas de los municipios, como también ha sido objeto de debate en diversas instancias, sean estas académicas o gubernamentales. En este aspecto, esta característica de la representación social construida por los adultos mayores de Laraquete en torno al concepto CESFAM, está marcada por su apego al

espacio público (lugar) en el cual son atendidos, y esto más allá de lo funcional que puede ser en relación a la farmacoterapia que reciben.

En cuanto al equipo de cabecera, se desprende de las entrevistas que existe un grupo de adultos mayores que desconocen plenamente el concepto y al equipo mismo, teniendo una opinión sujeta al trabajo individual del profesional que lo atiende, pero no se aprecia en sus opiniones concepción de equipo de trabajo, equipo de salud o cabecera. Esto afecta negativamente.

P:... ¿Usted sabe cómo se llama ese grupo de profesionales y técnicos paramédicos que trabajan con ustedes?

E3: No... no lo sé.

P: El que haya un sector significa que existe un equipo de trabajo... equipo de cabecera ¿lo ha escuchado alguna vez?

E6: El equipo de cabecera mmm... no he escuchado.....

P: y el concepto “equipo de cabecera”...¿ qué cree que significa?

E7: No...

P: La confunde... y si le digo “equipo de salud”.

E7: Equipo de salud... eh, no se... que es...

Los adultos mayores que respondieron afirmando saber acerca del equipo de cabecera, fueron capaces de mencionar a sus integrantes, de reconocer los sectores a los que pertenecen, pronunciándose también sobre la calidad de la atención recibidas.

E8: Que ellos como... como le dijera, es un personal activo, responsable a sus funciones y atenciones que le hacen a todas las personas, desde la guagua hasta el adulto mayor.

E11: Los paramédicos, los de primeros auxilios...el dentista, el kinesiólogo....la enfermera....

E12: el doctor y el kinesiólogo... el dentista también... la asistente social.

E12: Equipo de salud... es que ellos están trabajando en conjunto para que la atención sea mejor.

P: ¿Usted pertenece a algún sector del CESFAM?

E4: El Pinar.

P: ¿Qué color tiene ese sector?

E4: Sector verde.

P: Usted vive en el Barrio Estación, ¿Qué sector es?

E11: El naranjo...

De la misma forma, al responder los adultos mayores sobre qué es importante en cuanto a los cuidados que deban recibir del equipo de cabecera, ellos reconocieron acciones terapéuticas oportunas, la conversación, la capacidad de restaurar vínculos comunitarios, la necesidad de más horas profesionales.

P: ... ¿Qué cree usted, Señora M... que es importante en cuanto al cuidado que debemos tener con los adultos mayores?

E12: eh, lo que estamos haciendo hoy, una conversación... eso, yo me siento muy aliviada, muy, muy aliviada, porque ello me estimula, me ayuda, y yo quedo bien

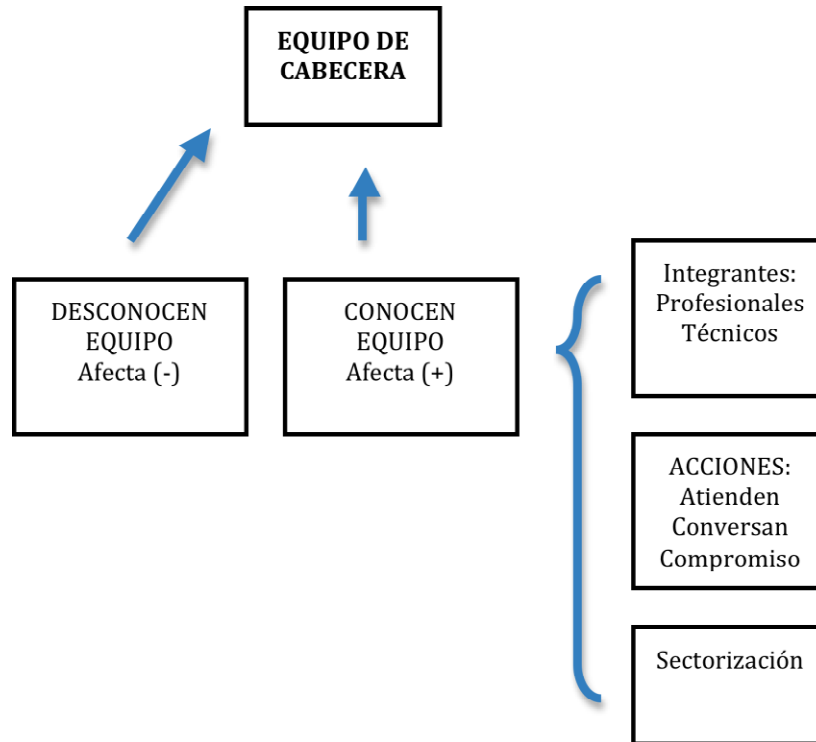
E8: Mire, que mas que decirle que mas cuidados que hacen por nosotros...que andan preocupados, qué es lo que nos pasa oh... vamos allá y “cómo está don N...”, como está J., están preocupados ustedes.....

P: Y respecto del equipo de cabecera, este equipo de salud, ¿qué cree usted que es importante para ellos, a realizar, para mejorar la atención?

E8: El traslado, hay una ambulancia no mas, poh.

De estas ideas se desprende el mapa conceptual y la matriz sobre el equipo de cabecera que a continuación se registran. En ellos se encuentra vinculados los códigos que pertenecen a este concepto, y que dan sentido a la representación social acerca del equipo de cabecera sostenida por los adultos mayores de Laraquete.

Figura N° 5. Mapa conceptual equipo de cabecera



Así señalado, la estructura de esta representación social en cuanto a aquellos que cuidan de los adultos mayores, configura como centro nuclear el concepto de equipo de cabecera, el que también es entendido como equipo de salud o personal que los atiende. La consistencia o claridad del saber sobre dicho concepto está determinado por dos satélites o conceptos auxiliares de menor categoría, pero de gran influencia en la representación social, que dice relación con el desconocimiento del equipo por parte de los adultos mayores lo que afecta negativamente al núcleo, invisibilizando a éste en su gestión. Por otra parte está el que conozcan al equipo, lo que afecta en forma positiva y otorgue sinergia y negentropía al núcleo mismo.

Ahora bien, los elementos argüidos por los adultos mayores, códigos y conceptos que determinan el conocer o desconocer del equipo de cabecera, dice relación con quienes son sus integrantes, las acciones de estos y finalmente la sectorización.

Tabla N° 8. Matriz conceptual de la representación social de los adultos mayores acerca del equipo de cabecera en APS en el CESFAM Laraquete

Código/Familia	Rol	Relación en/con lo representado	Condicionante
Equipo de Cabecera	Núcleo	Macroconcepto	
Conocen Equipo	Satélite primario	Vinculo al Núcleo	Favorece
Profesionales y Técnicos de la salud	Satélite secundario	Vinculo a Conocen Equipo	Favorece
Acciones: atienden, conversan, compromiso	Satélite secundario	Vinculo a Conocen Equipo	Favorece
Sectorización: sector verde, amarillo y naranja	Satélite secundario	Vinculo a Conocen Equipo	Favorece
Equipo desconocen	Satélite Primario	Vinculo al Núcleo	Desfavorece

En este propósito específico, las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca del equipo de cabecera del CESFAM Laraquete, sus relatos entrelazan todos los contenidos de los mapas conceptuales trabajados anteriormente. La nomenclatura de esta representación en cuanto a sus nodos es más compleja, puesto que el tema del poder y la naturaleza de las intervenciones juega un importante rol, todo mirado desde las dinámicas de interfaz sociocultural, asunto que se trabajó en el apartado sobre el equipo de cabecera y cuidados: la relación médico paciente y que se retomará en las discusiones.

9. Discusión y conclusiones

Como se ha mencionado en el apartado sobre el equipos de cabecera y las prácticas comunitarias en el modelo de salud familiar, las acciones biopsicosociales implementadas por el equipo de cabecera en APS en los cuidados de los adultos mayores en el CESFAM Laraquete dan cuenta de la consecución de los objetivos que el MINSAL propuso para la década 2000-2010. Todas las acciones están contenidas dentro de las normativas del Programa del Adulto Mayor, de las guías de atención al adulto mayor que dicen relación con fragilidad, trastorno cognitivo y demencia, depresión, ansiedad, trastorno del sueño, artrosis de rodilla y cadera, ayudas técnicas, uso de audífonos y enfermedad de parkinson, y todas aquellas acciones que tienen que ver con los cuidados de personas adultas mayores según su estado de salud, vigentes, son de conocimiento del equipo de cabecera.

Las prácticas del equipo de cabecera, confirman lo planteado por FONASA y por el MINSAL respecto del ingreso del adulto mayor al programa, comenzándose a aplicar todas la baterías de evaluación: el EFAM, la aplicación del instrumento denominado índice de Katz, el uso de la escala de depresión geriátrica Yesavage, las pruebas para detección de alteraciones del equilibrio y la marcha (Estación Unipodal y *Time Up and Go*), la aplicación del EMP, el programa de inmunización, de alimentación complementaria del adulto mayor y el apoyo con las ayudas técnicas necesarias.

De manera muy particular, se suma a lo ya expuesto la tecnología aportada por el Modelo de Salud Familiar implementado en esta unidad de salud.

Conviene recalcar que estas prácticas comunitarias son acciones que involucran teoría y práctica, al desafío de desarrollar un sistema integral de servicios de cuidado de largo plazo para el adulto mayor, asunto planteado por Forttes y Massad (2009). Los mismos autores consideran que se debe dimensionar y caracterizar la funcionalidad, dependencia, estados alterados y las enfermedades crónicas en los adultos mayores por

ejemplo, todo lo cual es abordado por los equipos de cabecera y que se ve reflejado en la descripción de las prácticas de éstos.

Al respecto, el MIDEPLAN (2008), informa dentro de los derechos a la salud, aparte del AUGE, la alimentación complementaria, el programa de salud del adulto mayor, y, en forma directa también, el plan de salud familiar los cuales otorgan una gran cantidad de beneficios para este grupo etario, lo que se refleja en las prácticas comunitarias que realiza el equipo de cabecera del CESFAM Laraquete. Por ejemplo, se dimensiona y caracteriza la dependencia, lo que permite desarrollar una atención con enfoque preventivo en los adultos mayores, de igual modo se apoya a la familia del usuario enseñando el manejo y cuidado del paciente, el autocuidado del cuidador, buscando crear lazos con la comunidad, esto hacia los clubes como con las otras organizaciones comunitarias en las cuales pueda participar el usuario.

Todas estas acciones en salud se constituyen en prácticas a favor del cuidado del adulto mayor que el equipo de cabecera realiza cada día, las que permiten a los usuarios, adultos mayores, informarse, analizar y opinar en el encuentro individuo-comunidad.

Como ha sido planteado, las personas construyen las representaciones sociales desde lo cotidiano, en el encuentro intersubjetivo que se nutren del acontecer o desde los hechos a los cuales significan, de los diálogos que cruzan ideas que se han formado en el encuentro de individualidades, teniendo la fuerza de dar cuenta de una realidad siempre subjetiva, de identificarla, de ponderarla en contacto con otras voces que permiten distinguirla. La percepción, actitud y opinión que el adulto mayor comparte con su grupo etario da cuenta de la comprensión de mundo que este tiene, en especial del de la APS, lo que le permite valorizar, comunicar y actuar (Araya, 2002).

Estas prácticas o cuidados en salud, son sentidas por los adultos mayores quienes expresan una diversidad de opiniones al respecto, las que se registran sujetos a los propósitos específicos de la investigación.

Para dar cuenta del primer propósito específico de esta investigación, a saber, identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS, en el CESFAM Laraquete, los resultados analizados a nivel textual y conceptual, conforman y explican la representación social de dichos cuidados en APS en base a las ideas de cuidados en APS, que conozcan o desconozcan los programas y las categorías de fortalezas o debilidades en el proceso de atención.

En este sentido, la representación social de los adultos mayores identifica como núcleo el concepto “cuidados en APS”, que en si representa todas las acciones que el adulto mayor recibe y percibe como beneficiario del sistema de salud. Por otra parte, los elementos satelitales más flexibles pero gravitantes en cuanto a los cuidados en APS tiene que ver con el conocimiento o desconocimiento que el adulto mayor tenga del programa o los programas a los que pertenece, las prestaciones o servicios, beneficios y privilegio. También lo anterior depende directamente de la gestión que el personal del CESFAM realiza. Un tercer elemento satélite se identifica, lo que dice relación con fortalezas o debilidades de la gestión administrativa. Esta gestión tienen que ver con lo que en salud se denomina atención oportuna, se refiere a las horas médicas, dentro de esto están todos los códigos que mencionan a las horas médicas y de especialidad, los aspectos temporales, la accesibilidad a la oferta y demanda, siendo el quehacer del SOME de vital influencia. Así esta representación social se nutre del entorno y del quehacer del CESFAM, en el que concurren los usuarios tanto interno como externos del quehacer de la APS.

Los programas integran una gran cantidad de acciones en salud que permiten realizar la práctica terapéutica, ya sean de promoción, prevención, rehabilitación o tratamiento. Responden a las demandas de los diversos grupos etarios, o bien en base a mapas epidemiológicos de enfermedades crónicas y/o agudas. Estos programas están siendo continuamente informados a la comunidad (usuarios), por diversos medios.

Por ejemplo, el MIDEPLAN en el año 2008 publicó su Guía de Derechos Sociales, orientada a los adultos en general, adultos mayores, familias, indígenas, adolescentes y jóvenes, mujeres, niños y niñas, personas discapacitadas, organizaciones e instituciones, con el fin de informar acerca de los beneficios, programas, directorio de instituciones y fonos útiles, en los siguientes temas: educación, salud, trabajo, seguridad social, vivienda y entorno amable, justicia, dignidad y buen trato, cultura, mejor calidad de vida e integración y legislación.

En cuanto a los derechos a la salud, da a conocer 8 programas y servicios, dentro de los cuales el programa del adulto mayor, la alimentación complementaria y el acceso universal a garantías explícitas en salud (AUGE) son descritos. La idea es que los usuarios estén bien informados.

En el mismo aspecto, el MINSAL, en el AUGE, determinó que cuando se realiza la confirmación diagnóstica de alguna patología con dicha cobertura, se debe informar al paciente en qué consisten las prestaciones, derechos y deberes entre paciente y unidad de salud, firmando un documento en triplicado acerca de esta acción. Todo ello indica la importancia de informar.

Así, en cuanto a los programas, si los adultos mayores conoce o desconocen de estos beneficios o prestaciones en salud, determinara el discurso acerca de los cuidados en APS.

Los adultos mayores indicaron conocer del AUGE, el programa cardiovascular, el ERA, el PROSAM, el programa postrados, indicando beneficios y considerando la atención en salud como un privilegio ganado, todo ello estructura una opinión favorable acerca de los cuidados que en APS ellos reciben.

Sin embargo, no son menos las referencias que se presentaron indicando un desconocimiento de los programas, esto sujeto a diversas razones. Este desconocimiento, o falta de información, es un contradictor de los cuidados en APS, debido a que el

usuario, en este caso adulto mayor, al estar desinformado, no sabe cuáles son sus derechos, deberes ni beneficios, se desmoraliza frente a los diagnósticos que se les entregan, incluso olvidan lo que se les conversa cuando son notificados de alguna patología AUGÉ, llegando a formular juicios de si mismos y del CESFAM y la correspondiente atención en APS completamente desesperanzadores.

En relación directa con los cuidados en APS, las fortalezas o debilidades mencionadas hacen presente el efecto que genera sobre los cuidados en APS el tema de oferta y demanda de horas médicas, interconsulta a especialidad en el CESFAM. Es indiscutible que se presenta un problema que afecta tanto a la APS como a los demás niveles (secundarios y terciarios). Esto es parte del discurso de los adultos mayores entrevistados, quienes reconocieron dicho problema y dificultad.

Los códigos: obtención hora profesional, horas médicas, horas interconsulta, especialistas faltan, lo fácil/difícil del trámite , y que este sea rápido, lento o demoroso; además el SOME aportan todo un espectro de opiniones que mayoritariamente exigen un cambio hacia una mayor capacidad de resolución.

Por ejemplo, la valoración temporal del tiempo de espera para obtener una hora médica de especialidad, y en algunos casos para ser atendido por los profesionales del mismo CESFAM , resulta ser para algunos muy demorosa, para otros el resultado es rápido. Sin embargo, la afirmación “de un mes para otro” del entrevistado E6 refleja el problema, que se agrava con las respuestas de la entrevistada E11, quien indicó llevar más de un año a la espera de solución. Estos casos no son aislados.

Al respecto, el SOME cumple una función estratégica en APS, cuando entrega información y horas satisfaciendo el criterio de oportunidad. Se reconoce también, en sentido opuesto, el tiempo que las personas esperan para obtener su hora de atención, no siendo eficiente.

Ocurre entonces que en torno a la familia que da cuenta de las debilidades en el proceso, hay un gran reclamo a nivel comunal y provincial en Servicio de Salud Arauco (SSA), repitiéndose esta situación en los demás servicios de salud del país. Conocido es el problema que se tiene con la hora de especialidad, así también que todos los profesionales de APS están con sus agendas colapsadas por la demanda de atención, jugando en contra las reuniones y capacitaciones en las que deben participar.

En el mismo tenor, la encuesta de satisfacción usuaria aplicada en el CESFAM Laraquete en el año 2008 daba cuenta de esta situación, indicando que el SOME, la obtención de las horas médicas y de especialidad fueron evaluados como deficientes. De igual forma, los motivos de reclamos que se presentaron en los CESFAM en los años 2007 y 2008, en la provincia de Arauco, el tiempo de espera es el de mayor recurrencia, siendo de 36,3 % y 30,5 % respectivamente, a lo que se debe sumar los reclamos por los trámites administrativos con un 13,3 % y 11 %. En este sentido, el reclamo de los adultos mayores aparte de ser un relato sentido es también parte del reclamo de otros usuarios, cuyo registro estadístico es conocido.

En este asunto, Forttes y Massad (2009), plantean que “es necesario reducir los tiempos de espera a los que se ven enfrentados las personas mayores (...) se deben desarrollar mecanismos efectivos de acceso a la salud para los mayores (...) se debe diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades... que producen deterioro en las capacidad funcional” (p.121). En estos desafíos el avance es mínimo y las soluciones implementadas no son suficientes. El CESFAM Laraquete no es la excepción en ello, razón por la que se han establecido protocolos que priorizan la atención a determinados grupos de usuarios, estos son los niños, los adultos mayores y las embarazadas, que con dificultad se logra gestionar.

Al respecto Boada y Méndez, (2005), indican que la calidad del servicio en salud o producto de salud es una preocupación constante del Estado y gobierno de Chile, para ello cuenta con instituciones tales como FONASA, la superintendencia de salud (SIPS),

el Servicio Nacional del Consumidor (SERNAC) y la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) para evaluar dicha labor. A través de éstos cautela la calidad de la atención y los procesos que ello involucra, es decir, efectividad sanitaria y eficiencia en la gestión buscando generar satisfacción y confianza de los usuarios en su atención.

No se ha logrado revertir el problema, pues si bien los adultos mayores entrevistados refieren buen trato, los cuidados en APS presentan brecha, distan de las exigencias del modelo en cuanto a la atención oportuna, si bien tienen cumplimiento.

Por lo mismo, Bascuñan (2005), advierte que hay un tema pendiente en relación a la calidad de la atención, asunto que en la actualidad sigue sin resolver. Para el autor citado, los rendimientos exigidos sujetos al criterio costo-efectividad, el papeleo - asuntos administrativos - y el afán por cumplir estándares internacionales en salud, juegan en contra de los cuidados y atención de calidad, asumiendo que todos son funcionales en el sistema.

Además, si se considerando el aumento sostenido de la población mayor de 60 años que se atiende en el sistema público, el que según la encuesta CASEN 2006 alcanza un 87%, el incremento de los controles de salud, y la demanda de diversos cuidados debido a la comorbilidad típica de dicha edad, involucra ello un desafío no menor al respecto (en http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=96).

Entonces, si bien existe el propósito de enfrentar el desafío que demanda el envejecimiento y el proveer servicios acordes a las expectativas de la población, la práctica indica que no se ha logrado satisfacer adecuadamente la demanda, pues la oferta de servicios no es suficiente; lo que si ha mejorado es el trato y ello tiene que ver con el modelo de salud familiar implementado en el CESAFAM, que exige un compromiso del personal de salud en cuanto a la humanización de la salud.

Es desde este acontecer que la representación social de los adultos mayores tienen acerca de los cuidados en APS en el CESFAM Laraquete comienza a manifestarse, pues

estas situaciones son cotidianas y se han naturalizado con sus correspondientes consecuencias. Así la realidad cotidiana co-construida intersubjetivamente por este grupo etario, en palabras de Araya (2002), posee estructural y procesualmente semblanza de desesperanza aprendida en la representación social acerca de los cuidados en APS.

Para el personal del CESFAM, la representación social sobre los cuidados en APS parte desde el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar Comunitario y Pertinencia Intercultural, siendo este el núcleo de dicha representación en torno al cual giran todos los programas y acciones sostenidos para ello, considerando los criterios de Abric.

El adulto mayor advierte los cuidados en APS, por una parte estructural, y por otra, procesual. Estructural serían los programas y sus acciones, procesual sería el enfoque biopsicosocial del CESFAM. Así la representación social de los cuidados en APS, concepto macro, para los adultos mayores, contiene tres ideas base: el que conozcan o desconozcan los programas y las fortalezas y debilidades de la atención, familias que contienen sus respectivos códigos.

El segundo objetivo específico de esta investigación, identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca del equipo de cabecera del CESFAM Laraquete, los resultados permiten establecer dos conceptos que son núcleo de la representación: CESFAM y equipo de salud, cada uno de ellos con sus respectivos códigos satélite.

En cuanto al CESFAM, este se debe entender como comunidad y no tan sólo como una unidad o institución de salud. En sí, el CESFAM, como estructura, es parte de una RED de salud, de un sistema comunal, provincial, regional y nacional, el cual experimenta procesos de cambio sujetos al Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque

Familiar, Comunitario y Pertinencia Intercultural, biopsicosocial y, desde tal perspectiva, en palabras de Jódélet y Moscovici, ello involucra lo procesual.

Las ideas sujetas al concepto CESFAM son modelo de salud, el cambio y el espacio público, los que según los adultos mayores, permiten una comprensión de éste como tal. Bajo tales lineamientos dan razón de dinámicos procesos que han sucedido en el CESFAM Laraquete.

Cuando se refieren al Modelo de Salud Familiar, los adultos mayores reconocen la sectorización de Laraquete y sus postas dependientes, y la integración de más personas a la dotación del centro, asunto que ellos indican no ha pasado desapercibido. Consideran el aumento de la participación de la comunidad como algo permanente en salud. Les reporta mucha sorpresa la dinámica del trabajo comunitario con las organizaciones en cuanto a salud.

También el adulto mayor reconoce cambios en cuanto a la atención del usuario siendo ésta más personalizada, a diferencia de lo ocurrido cuando eran Posta y Centro de Salud Rural; indican cercanía. A lo anterior se asocia lo que los adultos mayores denominan desarrollo, involucra que este modelo de salud familiar a generado mejoras y avance en sus cuidados, con más posibilidades y alcances.

La identificación con el CESFAM es mantenida con ahínco, sin embargo se debe reconocer que hay una cantidad no menor de ellos en desconocimiento de la institución, o bien conservan el modelo biomédico como proceso central de los cuidados, dando mucha importancia a la hora con el médico y a la recepción de los fármacos. Suelen en este aspecto, desconocer la gran cantidad de acciones en salud que otros profesionales o técnicos les proporcionan. En este sentido, la calidad de CESFAM no les es significativa, es tan sólo un cambio de rótulo, de razón social.

El desconocimiento abarca una serie de realidades con las cuales cada adulto mayor comparte, siendo la principal causa de ello la falta de información, asunto mencionado

en procesos anteriores. Esto es preocupante debido a que esta brecha informativa se ha tratado de solucionar, sin embargo, pareciera que no hay resultados en ello.

El tema de la información no es menor, ha generado variadas reacciones en los usuarios. Para Bascuñan (2005), la información tiene dos componentes, por una parte está el acceso a ésta y por otra parte el qué hago con dicha información. En el primer aspecto indica la accesibilidad como masificación de la oferta, siendo característica de los actuales tiempo el tener información de manera permanente por diversas vías, ya sea la Internet, la prensa (escrita, radio, televisión abierta o por cable), las académicas (institutos y universidades), o algún otro medio gubernamental o no gubernamental dedicado a la trasmisión del conocimiento e información. Bascuñan considera que el estar o no informado, en este caso, pasa por el interés que el usuario tenga en el asunto y no por falta de medios.

De igual forma, los diversos ministerios de gobierno, en este caso el MINSAL y los Servicios de Salud, mantienen en la WEB páginas en las que se accede a nutrida información al respecto; considérese también al SENAMA con sus recursos y permanentes publicaciones, cuyos fines de informar y mantener informado a la población, para el caso adultos mayores, está disponible.

Dentro de esta situación, Bascuñan observa que el paciente o usuario que está informado es más exigente, defiende más sus derechos, suele tener expectativas más elaboradas, tiende a cuestionar al profesional en cuanto a diagnóstico o tratamiento, y, en algunos casos entorpece la labor médica, llegando a generar lo que se conoce como “práctica medica defensiva”, esto con el propósito de librarse de la demanda jurídica. Bascuñan indica que esta situación a deteriorado la relación médico paciente, rompiendo la confianza mutua , base del encuentro de dichos actores. Sin embargo, hay otras voces.

Frente a lo anterior, el innegable advenimiento del usuario informado, Braghetto y Baronti (2007), plantean el tema de la relación médico paciente como una alianza, fomentando la calidad, y, si bien reconocen los criterios mencionados por Bascuñan, indican que éste nuevo contexto se debe asumir responsablemente siendo un tema ineludible, el cual exige esgrimir nuevas habilidades.

Este nuevo paradigma hace más simétrica la relación, y el desbalance asimétrico se connota por la judicialización de la medicina, lo que en cuotas de poder rompe el modelo tradicional. Estos autores reconocen que este nuevo modelo pone al usuario como el centro del quehacer del médico, y esto es también parte del modelo de salud familiar. El paciente es activo, cuenta con garantías, información, respaldo, experiencia compartida, es un sujeto exigente.

Frente a lo anterior, Braghetto y Baronti consideran importante que se tome conciencia y no tan solo noción del rol que juega el personal de salud, entre ellos el médico. Indican que se debe ampliar el repertorio conductual, ser mas flexibles en el trato, capacitarse. Siguen diciendo que debido al cambio en la relación, de asimétrica a más simétrica (asunto que involucra una relación de poder entre quien tiene el conocimiento, quien soluciona el problema y quien toma decisiones), obliga a adaptaciones que involucran la democratización del encuentro medico paciente, o equipo de cabecera paciente.

Siguiendo con la dinámica de CESFAM, se manifiesta el concepto espacio público, esto fruto de intencionadas acciones en salud. Los adultos mayores se refieren con ello tanto a lo espacial, a lo estructural, al contenido y a la gestión. Este tema cobra fuerza en el relato de los adultos mayores, y, por lo tanto, suma un aporte al enfoque de esta investigación.

En torno a este concepto, los adultos mayores entrevistados refieren cercanía con el CESFAM, le otorgan valor a los documentos tales como las fichas clínicas y los

tarjeteros. Otros ven al edificio y sus áreas como parte de sus propias casas. Otros, al no contar con un edificio que los acoja, se abstuvieron de ir a pedir atención pues sabían que no estarían dados los espacios físicos para atender. Se aprecia así la cohesión social, identidad y apropiación, elementos conformadores del sentido de comunidad, característica de este grupo etario en el que su apego al lugar en el cual son atendidos va más allá de lo funcional, se relaciona a la atención que reciben y al medio cultural en el que viven, el lugar social que ocupan y a la experiencia concreta de ellos (Araya, 2004).

Esta característica en este grupo etáreo, se fortalece con su apego al lugar en el cual son atendidos, y esto más allá de lo funcional que puede ser. Para Héctor Berroeta (s.f), es en el espacio habitado, construido y material, donde tienen lugar las interacciones comunicativas de una comunidad, son elementos constitutivos de la intersubjetividad que la construye y caracteriza; por ende, infraestructuras y espacios urbanos, son elementos materiales que los procesos de apropiación transforman en espacios simbólicos que co-producen el sentido de pertenencia, la vertebración social y la acción colectiva dentro de estos territorios. Además recalca desde lo psicosocial el sentido de comunidad, el apego y la identidad.

Ahora, los adultos mayores configuran en sus representaciones sociales de CESFAM como proceso, la dinámica de apropiación del espacio público, asunto trabajado por el psicólogo Bernardo Jiménez, quien afirma que no se necesita ser dueño de algo para apropiarse del espacio, en donde hay una dimensión afectiva que involucra proximidad, cercanía. También Gelh (en Jiménez, 2009) aporta la idea de espacio público como la necesidad de comunicación con un otro, el que debe ser evaluado a la luz de la intensidad de las relaciones sociales, por su capacidad integradora de grupos, por ejemplo. En tales sentidos, el adulto mayor tiene integrado en su relato tales dimensiones, siendo entonces el concepto de apropiación del espacio público de gran importancia para ellos.

La apropiación del espacio público es tema que psicólogos comunitarios y urbanistas integran en la agendas de los municipios, como también ha sido objeto de debate en diversas instancias, sean estas académicas o gubernamentales, y en el caso de la provincia, debe tener además mirada intercultural. Esto se aprecia directamente en los nuevos edificios (Hospitales y CESFAM) que se están construyendo en la ciudad de Cañete y Los Álamos respectivamente, en los que su arquitectura tiene a la base la cultura mapuche, con toda la riqueza del relato del hombre de la tierra reflejado como patrón enriquecedor de identidad.

Este patrón en el relato del adulto mayor, se constituye para el caso del CESFAM Laraquete, en cuanto a representación social, en señal distintiva y tema a profundizar en una futura investigación en los diversos grupos etarios que son atendidos en la APS, en especial en los CESFAM.

En cuanto al equipo de cabecera, se desprende de las entrevistas que existe un grupo de adultos mayores que desconocen plenamente el concepto y al equipo mismo, teniendo una opinión sujeta al trabajo individual del profesional que lo atiende, pero no se aprecia en sus opiniones concepción de equipo de trabajo, equipo de salud o cabecera.

Los adultos mayores que respondieron afirmando saber acerca del equipo de cabecera, fueron capaces de mencionar profesionales, administrativos y técnicos paramédicos, de reconocer muy bien los sectores a los que pertenecen, de mencionar adjetivando a los equipos pronunciándose sobre la calidad de la atención recibidas; fueron capaces de valorar el modelo de salud con el cual trabajan estos equipos. En este sentido, Sandoval (en Araya 2002) plantea que en las representaciones sociales se entretajan elementos que permiten una comprensión del mundo o del problema, entregan una semblanza del fenómeno cotidiano, otorga también elementos suficientes para valorizar el hecho, para comunicar acerca de ello y actuar en virtud de tales criterios. Todo ello se aprecia en el discurso del adulto mayor.

De la misma forma, al responder los adultos mayores sobre qué es importante en cuanto a los cuidados que deban recibir del equipo de cabecera, ellos valoraron las acciones terapéuticas oportunas, la conversación, la capacidad de restaurar vínculos comunitarios, la necesidad de más horas profesionales, como también mejorar la conectividad (movilización), en este caso, indicaron que se necesitaba una ambulancia más.

Ahora bien, en la representación social de los adultos mayores se reúnen los actores en un ordenamiento distintivo. En lo referente al equipo de cabecera y los cuidados que estos brindan a los adultos mayores en APS en el CESFAM, el núcleo estaría formado por el personal de salud visto como equipo de salud, en el que la figura del médico, la enfermera, la matrona y el técnico paramédico es central. El resto del personal de salud es satélite o bien funcional en el sistema. Ellos mencionan equipo de salud y equipo de cabecera en forma indiferenciada. Son estos los actores principales en los cuidados del adulto mayor, y los familiares igualmente son funcionales. En este sentido aún no se construye una mirada de alianza estratégica entre personal de salud (todo el personal de salud) y cuidadores (o familiares).

Lo anteriormente mencionado es referido al adulto mayor en general, pues dicha concepción cambia radicalmente con los adultos mayores postrados, a los cuales aparte del programa del adulto mayor, se les atiende guiados por las normas del Programa Postrado, el que involucra una alianza básica con los familiares u otro cuidador primario (comunidad organizada) y el equipo de cabecera, monitoreado de forma permanente.

Al integrar los contenidos conceptuales en este segundo propósito específico de esta investigación, los adultos mayores del CESFAM Laraquete, entrelazan todos los contenidos de los mapas conceptuales trabajados anteriormente. La nomenclatura de esta representación en cuanto a sus nodos es más compleja, puesto que el tema del poder, espacio público y la naturaleza de las intervenciones juega un importante rol, mirado desde las dinámicas de interfaz sociocultural (Duhart, 2006).

En teoría, se concibe al equipo de cabecera como aquel que desarrolla una intervención participativa que busca la potenciación mutua (esto según el modelo de salud familiar) en el paciente índice y su grupo de referencia. Existen acuerdos, co-construcción de propósitos terapéuticos de la intervención en diálogo permanente entre familia, paciente y equipo de cabecera; compromisos de las partes, seguimiento, evaluación en base a indicadores, y una serie de otras acciones e instancias de control.

Una de las características más poderosas del modelo de salud familiar es el manejo del poder dentro de los límites del mutualismo y la equidad (esto como ideal). Actualmente se trabaja en ámbitos de empoderamiento (potenciación) asistido, pues el logro de mutualismo y equidad involucra un camino aún por recorrer por todo el CESFAM Laraquete.

¿Cómo se constituye entonces esta representación social por los adultos mayores? Primero, asumido el tema del poder, como ineludible al proceso CESFAM, presente en el modelo biomédico y trabajado en el modelo de salud familiar biopsicosocial, se observa que en el núcleo se encuentra de manera irrefutable el equipo de cabecera, con el profesional de la salud y los técnicos respectivos, camino recorrido por la comunidad desde los inicios del CESFAM, con unos cuantos funcionarios que en la actualidad se han multiplicado, a lo que ellos se refieren como desarrollo, avance, logros.

En torno a este núcleo de la representación, elementos tales como el que conozcan o no al equipo de cabecera - elemento que va unido a los cuidados (matriz que se entrelaza con esta) - determina que el equipo atienda y desarrolle los programas, que cumple función de satélite. En este asunto, la comprensión del modelo de atención es vital, pues ello aclara y define en el usuario adulto mayor qué se entiende por equipo de cabecera. Se debe recalcar que en todas las entrevistas los adultos mayores se refieren a los conceptos de equipo de salud y equipo de cabecera como homólogos, también todos los adultos mayores fueron capaces de indicar su sector al que pertenecen en el CESFAM.

Ahora bien, este CESFAM postula a través de su gestión la potenciación de la comunidad, observándose en ellos relatos que, en el caso de los adultos mayores, evidencian contenidos de los enfoques estructural y procesal.

Se reconoce que el modelo de Centro de Salud con el que se trabajó por años en Laraquete y otros lugares, desarrolló una intervención más dirigida en la cual los profesionales de salud marcaban y definían la tarea. El poder estaba concentrado en ellos. El enfoque biomédico tradicional era el prevaleciente, la consulta de box. Sin embargo, según Bascuñan (2005), Braghetto y Baronti (2007), el enfoque biomédico es confrontado y la relación médico paciente experimentó un cambio notable en cuanto a la práctica en salud y por ende en la dinámica del poder en ésta década. Entonces adviene el modelo biopsicosocial.

Con los nuevos desafíos en salud, los lineamientos programáticos de los objetivos de impacto de la década 2000-2010, la inclusión de diversos programas, entre ellos el PROSAM y, la consolidación del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario y Pertinencia Intercultural, se da marcha a una nueva forma de hacer salud, esta vez, generando una alianza estratégica entre comunidad y CESFAM, es decir, entre el personal de salud y los usuarios de este. Esta experiencia va a cumplir 10 años desde que se inició por lo que se observa que tal desafío ya está cosechando resultados.

Así, en el quehacer del equipo de cabecera, en cuanto a proceso, la clave no es dar una charla acerca del modelo, sino que en el encuentro entre equipo de cabecera, paciente índice y familia-comunidad, vaya desarrollando el conocimiento desde la práctica, integrando en ello los lineamientos de la salud familiar comunitaria. Aquí cobra fuerza el aporte de las disciplinas comunitarias, en especial la psicología comunitaria, pues ella cuenta con tecnología (estrategias de trabajo) que fortalecen la relación CESFAM-comunidad, más aún, otorgan a la comunidad un espacio protagónico en la construcción de su presente en salud para este caso.

La primera conclusión dice relación con la identificación de las representaciones sociales que el adulto mayor tiene acerca de los cuidados en APS en el CESFAM Laraquete, la que precisa como base la practica comunitaria biopsicosocial del equipo de cabecera que contribuyen de forma directa al cuidado de los adultos mayores.

Estas acciones del equipo de cabecera permiten en APS atender los planteamientos del SENAMA, según Forrtes y Massad, siendo vitales para asumir responsablemente el envejecimiento de la población en Chile. Ambos autores plantean el tema de la salud y la necesidad de desarrollar un sistema integral de servicios de cuidados de largo plazo como necesario. Reconocen que los pasos dados en la actualidad, el plan de acceso universal con garantías explícitas en salud (AUGE), el programa de salud del adulto mayor, el estipendio al familiar cuidador del dependiente severo y los establecimientos de larga estadía han favorecido la calidad de vida y bienestar de los adultos mayores. Sin embargo, esto no es suficiente, quedando aún grandes desafíos, sobre todo en la mejora de los procesos y resultados de tales acciones.

A partir de lo anteriormente mencionado, los adultos mayores evalúan dicha gestión, en base a elementos estructurales y procesuales reflejados en a la representación social. Para ello, consideran el conocimiento o desconocimiento de los programas como parte gravitante en la representación social sobre los cuidados en APS. Un tercer componente son las fortalezas y debilidades en los procesos de atención, los que se acompañan de diversos códigos, siendo dentro de ellos el SOME de gran relevancia, cumpliendo una función estratégica en cuanto a los cuidados en APS. Para esta unidad la clave es la gestión, buscando cumplir con los criterios de accesibilidad y oportunidad.

El discurso del adulto mayor, respecto de la representación social sobre los cuidados en APS, refleja entonces aspectos estructurales y de proceso, que en el caso del CESFAM Laraquete, mezcla pasado y presente, advirtiendo ello la oportunidad de cambios que generó el nuevo modelo biopsicosocial.

En cuanto al segundo propósito específico de esta investigación, identificar las representaciones sociales que los adultos mayores tienen acerca del equipo de cabecera del CESFAM Laraquete, los resultados establecen dos conceptos que son núcleo de la representación: CESFAM y equipo de cabecera, cada uno de ellos con sus respectivos códigos satélite.

En torno al concepto CESFAM, se encuentran ideas que dan fuerza a la representación, estas son el modelo de salud familiar, los cambios experimentados y la importancia del espacio público, constituyéndose este último elemento como un aporte de los adultos mayores del CESFAM Laraquete que rescata la importancia de dichos espacios en la cotidianidad de estos.

El conocimiento del modelo de salud familiar es de importancia primordial para el CESFAM. Este es garante de los cambios que permiten que la comunidad sea más proactiva junto al personal del CESFAM en la construcción de acuerdos, asignación de tareas, compromisos de red y de representación ante las autoridades, como asimismo impulsar proyectos generados desde las bases en cuanto a salud. Si bien se deben cumplir las acciones de los programas, sus metas por ejemplo (como las campañas de vacunación), en esta labor los adultos mayores pueden establecer alianzas estratégicas activas con los diversos representantes del CESFAM (todo el equipo de cabecera), por lo que el cambio y operacionalización del modelo biopsicosocial - sin duda – implica hacer realidad procesos de integración sociosanitarios, en los que la promoción y prevención (realizada en conjunto) generan profundos cambios hacia modelos de vida sana, más y mejor calidad de vida y bienestar, esto no sólo en dicho grupo etario sino a lo largo de todo el ciclo vital.

Se debe recordar que el modelo integral de salud familiar comunitario con pertinencia intercultural demanda políticas participativas, a puertas abiertas que releva el capital social, y los adultos mayores son parte de dicha ecuación junto al equipo de cabecera.

Los otros dos componentes de la representación, las ideas de cambio y espacio público, tiene directa relación con lo anteriormente expresado.

En las respuestas entregadas, el CESFAM es sentido por ellos como logro, un camino recorrido, como proceso y desarrollo, en el cual la participación de la comunidad es signo de apertura; reconocen de manera muy distintiva la dimensión ‘atención’, y ésta como personalizada, más respetuosa. Indican que en ello hay un cambio rotundo, una notable humanización del encuentro entre adulto mayor y personal de salud (todos los usuarios internos).

Dentro de este modelo, la concepción del CESFAM como estructura física (edificio), revela por parte de estos un sentido de apropiación de dicho espacio. No lo conciben simplemente como un edificio, sino que es parte de su cotidiano vivir, como una extensión de la casa de familia. Los relatos de ellos, cargados de profundos sentimientos, de preguntas, a veces de ambivalencia al no ser capaces de interpretarse en cuanto a sus pensamientos o de expresarse en cuanto a sus emociones, de preocupación en cuanto a cómo se realizan las atenciones, en dónde se realizan, o de cohesión familiar, grupal y etaria, son un recurso de ellos y de su capital social que es garante para reconstruir, no un edificio, sino un nuevo espacio público en el cual las personas significan cada rincón del CESFAM. El adulto mayor asume este elemento como una nueva oportunidad para hacer de Laraquete, junto a su CESFAM, una comunidad más unida, motivada, comprometida y responsable de mayores logros en salud.

A este componente, el espacio público y apropiación, se le suman elementos de identidad, apego (experimentado como cercanía afectiva) y comunidad (experimentado como diálogo intersubjetivo) observándose ello en sus relatos, más aún cuando se refieren a la pérdida de dicho espacio. Este aspecto surge como característica de los adultos mayores que son atendidos en el CESFAM Laraquete, lo que evidencia parte de la relación existente entre ellos y la unidad de salud.

El segundo componente de esta representación, el equipo de cabecera, emerge con fuerza en el relato de los adultos mayores, constituyéndose ella por el conocimiento que tengan los adultos mayores del equipo o en su defecto, el desconocimiento de éste. Los referentes que permitan al adulto mayor conocer el equipo de cabecera son el saber quienes lo integran, sean estos profesionales o técnicos de la salud, el que distingan las acciones y actitudes de estos, y aquellas ideas que dicen relación con la sectorización, que refiere a la ubicación del domicilio de los adultos mayores.

El que conozcan el equipo permite cierta lógica al relato del adulto mayor, pues éste identifica al equipo y a sus integrantes como un todo, en donde la identidad “de cabecera” no es primordial, pero sí las acciones y actitudes. Son capaces de identificar su sector y color asignado, lo cual descubre en sus relatos un saber básico del modelo de salud que el CESFAM trabaja, en especial, aquellos adultos mayores que mantienen nexos con el Consejo de Desarrollo.

Conviene mencionar que el rol fundamental en este equipo, según el adulto mayor, es la persona del médico, a éste se le debe sumar la enfermera, el kinesiólogo, la asistente social y los técnicos paramédicos. Todos los demás son funcionales en el sistema. Tiende entonces a primar en el adulto mayor el modelo tradicional biomédico, a pesar de sus limitaciones.

Finalmente, esta investigación trabajó con adultos mayores con el fin de saber qué piensan acerca de los cuidados en APS, en especial dar una mirada a las representaciones sociales sobre el equipo de cabecera y las acciones del programa del adulto mayor en CESFAM Laraquete. Se desprende de dicha experiencia afirmar que los adultos mayores, como grupo en crecimiento en la población chilena, poseen en su discurso, contenidos que deben ser considerados al momento de proyectar acciones en el ámbito de la salud. Existe sabiduría en ellos que es capital social y cultural, aporte que puede ser significativo en los proyectos que un CESFAM quiera implementar con dicho grupo objetivo.

En el caso de los cuidados en APS, se debe profundizar con ellos la información respecto del programa del adulto mayor y las dinámicas que el modelo de salud plantea como básicos a toda intervención de salud.

Además, las representaciones sociales analizadas en torno a los cuidados en APS y los equipos de cabecera, tienen en los adultos mayores bastante rigidez, pues todos ellos han experimentado por muchos años el modelo de salud biomédico, cuyo ejercicio del poder estaba centrado en el interventor, siendo el intervenido (paciente, para el caso adulto mayor) un receptor de la acción. Este modelo está en franca retirada, presentando un nuevo panorama y desafío para la atención de salud en todos sus niveles. La salud con criterio biopsicosocial es una realidad.

En consecuencia, el nuevo modelo de atención de salud al cual se adscribe el CESFAM, precisa de cambios en tales perspectivas. La representación social de los adultos mayores sufre cambios en sus estructuras, en especial en lo satelital, ya que ello posee cierta plasticidad en su argumento, conceptualización y componentes. Ellos connotan el tema de los cuidados de manera muy particular, concentrando en las personas preferentemente su mirada.

Por otra parte, el equipo de cabecera y el modelo de salud en conjunto con la calidad de CESFAM, significan para los adultos básicamente mayor desarrollo, cambio; reconocido, como gran acierto en salud con más expectativas y beneficios.

Por último, respecto del aporte de este trabajo al campo y disciplina, implica para el CESFAM Laraquete una oportunidad de diálogo con los adultos mayores en el que se comparte el conocimiento e información de esta investigación, con el fin de profundizar temas tales como: el modelo de salud, los equipos de cabecera, el programa del adulto mayor, donde se ven dos elementos esenciales: mejorar la comunicación con ellos y desarrollar en conjunto los programas, es decir, fortalecer al grupo como paridor de

conocimiento, coconstructor del saber, capaz de gestionar proyectos en el ámbito de la salud y en otros de interés para los adultos mayores e intersector.

En el ámbito de la psicología clínica y comunitaria otorga esta investigación información valiosa para el psicólogo que se desarrolla en la APS, que necesariamente debe tener formación comunitaria, pues las acciones en salud de los CESFAM exigen tal conocimiento.

A futuro queda el desafío de profundizar el tema del espacio público y ejercicio del poder. Estos lineamientos surgieron de los diálogos de los entrevistados, lo que involucra necesariamente la democratización del encuentro usuario interno – usuario externo en salud. El modelo de atención integral de salud con enfoque familiar comunitario y pertinencia intercultural aborda el tema del poder, dado que es un componente de las intervenciones, involucrando la mutualidad y equidad en los grupos sociales estudiados.

10. REFERENCIAS

- Agüera, L., Martín, M. & Cervilla, J. (2002). *Psiquiatría geriátrica*. Ed. MASSON. Barcelona, España.
- Amezcuca, M. & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud : perspectiva crítica y reflexiones en alta voz. *Revista Española de Salud Pública*, Vol.76, número 5, Ministerio de sanidad y consumo. Pp. 423-436
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. FLACSO. Costa Rica.
- Arber, S. & Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea.
- Bascuñan, L. (2005). Cambio en la relación médico – paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. Med. Chile*. 133:11-16.
- Becerra, J. (2007). “Conociendo el agua potable rural”, en *Alfabetizando Digitalmente, Infocentro APR Chile*. Extraído el 15 de febrero de 2010, de:
<http://infocentro.bligoo.com/content/view/103759/Conociendo-el-Agua-Potable-Rural.html>
- Bengoa, J. (1996). Modernización e identidad o como vivir bajo el signo de la libertad. *Revista Persona y Sociedad*, Vol. X N° 1. Ed. ILADES.
- Boada, M. & Méndez, M. (2005). Caracterización de los reclamos del sector salud recibidos en el servicio nacional del consumidor. Chile, enero de 2004 – marzo de 2005. Tesis de grado para optar al Título de Licenciado en Kinesiología. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

- Bobbio, N. (1987). “De senectute”. España: Taurus.
- Braghetto, I. & Baronti, P. (2007). Relación paciente – médico. Una alianza que fomenta la calidad. *Revista Chilena de Cirugía*. Vol. 59 - N° 5, octubre. pp. 385-392.
- Bustamante, M., Concha, R. & Schiattino, G. (s.f). Realidad biopsicosocial del adulto mayor usuario del sistema APS. material Diplomado en salud pública y salud familiar. PDF. Módulo I, Tendencias en salud publica: Salud familiar y comunitaria y promoción.
- Caballero, J., & Moreno, E. (s.f.) Guía didáctica de ciencias sociales: nuestro mundo. Educación secundaria de adultos. Editorial MAD.
- Canales, M. & Peinado, A. (1999). Grupo de Discusión (pp.287-316), En: J. M. Delgado y J. Gutiérrez, Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Editorial Síntesis.
- Castro, G., Lillo, J., & Quijada, R. (2006). Elementos diferenciadores de la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en hogares de ancianos en las comunas de Concepción, Chiguayante, Hualqui y San Pedro de la Paz. Tesis para optar al Título de Psicólogo, escuela de Psicología, Universidad San Sebastian, Concepción, Chile.
- Celis, A. (2001). Qué es y qué no es la psicoterapia transpersonal. *Revista psicología y sociedad*. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central, Santiago – Chile.
- CESFAM Laraquete, O.I.R.S. (2008, diciembre). Registro Estadístico Anual, año 2008. Documento no publicado.
- CESFAM Laraquete, O.I.R.S. (2009, diciembre). Registro Estadístico Anual, año 2009. Documento no publicado.

CESFAM Laraquete. (2009). Estadística PAM. Equipo de Cabecera, no publicado

Chacón, E. (2004). El uso de ATLAS/TI como herramienta para el análisis de datos cualitativos en investigaciones educativas. *I Jornadas Universitarias*, UNED-Madrid.

Charlas a la Comunidad: El Nuevo Modelo de Salud Familiar. Material de Trabajo CESFAM Laraquete. DAS Arauco (no publicado)

Cuervas U., Mónica, (2004). Tercera Edad: Los Factores que dan Calidad de Vida. El Mercurio, Chile. Octubre 4, 2004.

Davidoff, L. (2000). *Introducción a la Psicología*. Tercera edición, Ediciones McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A.

Duhart, D. (2006). Exclusión poder y relaciones sociales. *Revista MAD*. N° 14.

Elsner, P., Montero, M., Reyes, C. & Zegers, B. (2000). La Familia Una Aventura, 5° edición, Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Erikson, E. (2000). El Ciclo Vital Completado. Edición revisada y ampliada. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.

Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Iñiguez, J., & Zamarrón, M. (1999). Qué es la Psicología de la Vejez. Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid.

Flick, U. (2004). Proceso y Teoría, En *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: MORATA. (pp.55-60).

FONASA. Beneficio Programa Adulto Mayor, Modalidad Atención Institucional. Extraído el 4 de julio del 2009, de

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20041227/pags/20041227172536.html

Forcica, M., & Lavizzo-Mourey, R. (1999). *Secretos de la Geriatría*. Ediciones McGraw-Hill Interamericana. Mexico.

Forttes, P., & Massad, C. (2009). *Las Personas Mayores en Chile: Situación, Avances y Desafíos del Envejecimiento y la Vejez*. Gobierno de Chile, SENAMA.

García, M., & Marcó, M.(2000). Efectos Psicológicos de la Actividad Física en Personas Mayores. *Psicothema*. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Vol. 12, Nº 2, pp. 285-292. Copyright 2003.

George, C. (s.f.). *Teorías de la personalidad*. e-book. Extraído el 23 de enero de 2010, de <http://webspaceship.edu/cgboer/maslowesp.html>

Gil-Calvo, E. (s.f.). “La emancipación de los ancianos”, en: *Política Social y Estado de Bienestar. Políticas de Igualdad*. Ministerio de Asuntos Sociales, Estudios, España.

Gobierno de Chile, MINSAL. (s.f.). *Plan de apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia severa*.

Gobierno de Chile, MINSAL. (2001). *Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*.

Gobierno de Chile, MINSAL. (2002). *Norma de la atención integral de salud del adulto mayor*.

Gobierno de Chile, MINSAL. (2003). *Políticas de salud y pueblos indígenas*.

Gobierno de Chile, MINSAL. (2006). *Objetivos sanitarios para la Década 2000 – 2010*.

Gobierno de Chile, MINSAL. (2006). Encuesta CASEN 2006. Extraído el 15 de marzo de 2009 de: http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=96)

Gobierno de Chile, MIDEPLAN. (2008). Guía de derechos sociales. Edición actualizada.

Gobierno de Chile, MIDEPLAN. (2008). La atención primaria de salud como puerta de entrada al sistema de salud; posibilidades y límites.

Gobierno de Chile, MINSAL, (2009). Servicio Nacional del Adulto Mayor. Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía.

Gobierno de Chile, MINSAL, (2009). “Aspectos Transversales Relacionados con el Envejecimiento”, Modulo I., Bounot, Estrada, Marín, Valenzuela, OPS.

Gobierno de Chile, MINSAL, (2009). “Chile, una Sociedad que Envejece”, Módulo I., Bustos, Jerez y Villalobos.

Gobierno de Chile, MINSAL, (2008). “Aumenta el número de chilenos atendidos en el sector público de salud”. Publicada el 17-03-2008. Extraído el 15 de octubre de 2009 de: http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=96)

Gobierno de Chile, MINSAL, (2008). Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento de Diseño y Gestión de APS. “Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria”. Primera Edición.

Gobierno de Chile, MINSAL, (2008) Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria. Manual de apoyo a la implementación de centros comunitarios de salud familiar. Primera edición.

- Gobierno de Chile, MINSAL, (2008). Secretaría de redes asistenciales. En el camino a centro de salud familiar.
- Güell, P. (2005, diciembre). Un desafío para el desarrollo humano..Exposición Seminario Chile Rural.
- Hernández, R. & Pezo, L. (2009). La antropología rural chilena en las dos últimas décadas: Situación y perspectivas. *Revista de antropología iberoamericana*. Volúmen 4, N° 2. Mayo – Agosto. 2009. Pp. 204-228.
- Ilustre Municipalidad de Arauco. (2010). Portal. Extraído el 10 de marzo del 2009 de: [http://www.muniarauco.. cl/index.php/informacion-comunal/resena](http://www.muniarauco.cl/index.php/informacion-comunal/resena)).
- Instituto Nacional de Estadísticas. (1992). Indicadores Demográficos Censo 1992 – 2002. Extraído el 27 de septiembre de 2005, de: <http://www.ine.cl>.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2006) Ganancias en años de vida y riesgo de muerte 1992- 2002 . Pdf. Extraído el 12 de febrero de 2010 de, http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/ganancia_de_vida.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). Enfoque estadístico adulto mayor en Chile. Pdf.
- Larraín, J. (1996). El posmodernismo y el problema de la identidad. *Revista Persona y Sociedad*. Vol. X N° 1. Ed. ILADES.
- Lopez, M., & Chacon F., (1997) Intervención psicosocial y servicios sociales: Un enfoque participativo. Madrid, editorial Síntesis.
- López-Cózar, R., & Rebollo, R. (2002). La práctica deportiva en personas mayores: análisis de la Calidad de Vida y la práctica deportiva realizada. Universidad de

Granada Doctoranda del Departamento de Educación Física y Deportiva.
Universidad de Granada.

Max-Neef, M., Elizalde, A. & Hopenhayn, M., (1986). Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. *Development Dialogue*. Número especial.

Martínez, N., Silva, L., Sepúlveda, G., & Soto, K. (2008). Obstáculos percibidos por los equipos de atención primaria en la implementación del nuevo modelo comunitario en salud mental. *En cuaderno de trabajo N° 6, Otoño 2008*. Universidad de Chile, FACSOS, Programa Magíster Psicología mención Psicología Comunitaria.

Mella, R., González, L., D'Appolonia, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *PSYKHE*, Vol. 13, N° 1, 79-89.

Mercado, F., Villaseñor M. & Lizardi, A. (2000). Investigación cualitativa en salud. *Revista Universidad de Guadalajara*. Dossier. Número 17, año 2000. Extraído el 24 de septiembre de 2009, de <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/entrada.html>

Montenegro, M. (2001). La Intervención Social: Intervenciones Dirigidas, Tesis de Doctorado: Conocimientos, Agentes y Articulaciones, Una Mirada situada a la Intervención Social, Universidad Autónoma de Barcelona.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.

Portal Ciudadano, Organizaciones de Interés Público. Extraído el 23 de octubre de 2007, de: http://www.portalciudadano.cl/detalle_noticia.html?id=859;id_seccion=114

- Prado, M. & Krause, M. (2004). Representaciones Sociales de los Chilenos Acerca del 11 de Septiembre de 1973 y su Relación con la Convivencia Cotidiana y con la Identidad Chilena. *PSYKHE*, Vol 13, N° 2, 57-72.
- Programa de Salud Comunal, DAS ARAUCO. (Septiembre, 2008). Material de SUBRED ARAUCO.
- Salkind, N. (1999). Métodos de investigación. Tercera edición. México: Prentice Hall.
- Sandoval, M. (2004). Representaciones, discursividad y acción situada. Editorial Universidad de Valparaíso.
- Servicio de Impuestos Internos, (2009) Rol Semestral de Contribuciones, segundo semestre. Comuna de Arauco, Predios Agrícolas.
- Servicio de Salud Arauco, Sección de Participación Social SSA. (2009, Abril). *Cuenta Pública SSA, años 2007 - 2008*. Informe presentado en Cuenta Pública por el Director del Servicio de Salud Arauco, Lebu, Chile.
- Servicio de Salud Arauco, Ord. N°6B/N° 1379, de fecha 14/08/2007
- Servicio de Salud Arauco, Ord. N° 6B/N°1003 de fecha 04/07/05
- Servicio de Salud Arauco, Ord. N° 19 A/N° 2197, de fecha 23.12.08
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). El muestreo teórico. En bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía, 2002. (pp. 219-235)
- Torres, R. (2006) Las dimensiones éticas de la relación médico paciente frente a los esquemas de aseguramiento. Ponencia presentada en el XIII Curso OPS/OMS-

CIESS, Legislación de Salud: La regulación de la práctica profesional en salud, México, DF.

USS, (2005) . Apuntes de metodología de la investigación aplicada a la psicología.

Universidad de Concepción. Facultad de Medicina, Programa de Salud y Medicina Familiar, (2009). Apuntes de Asignatura.

Valles, M. (1997). Técnicas de conversación, narración: Las entrevistas en profundidad (pp.177-234). En Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis.

11. ANEXOS

11.1 Entrevista Focalizada

Pauta entrevista focal

Tema: Adulto Mayor y sus Cuidados en Atención Primaria de Salud: una mirada a las Representaciones Sociales sobre el Equipo de Cabecera y las acciones del programa del Adulto Mayor.

Objetivo: Conocer las representaciones sociales del adulto mayor acerca de los equipos de cabecera y las acciones del Programa del Adulto Mayor.

Duración: Una hora

Número de participantes: un adulto mayor y el entrevistador.

Procedimiento:

1. Preparación

- Fije los días, hora y sala en que se llevarán a cabo las entrevistas focales.
- Seleccione adultos mayores, de ambos sexos y diferentes edades, que sean parte de las directivas de los clubes de adulto mayor o que participen activamente en actividades comunitarias de apoyo a la gestión de salud en APS.
- Invite a los adultos mayores seleccionados
- El investigador debe hacer de entrevistador o bien puede asignar a un tercero capacitado para desarrollar tal actividad.

2. Desarrollo de la entrevista

- Reciba al adulto mayor, invítelo a tomar un lugar en las silla.
- Instale al adultos mayores en un espacio privado (box)
- Preséntese al participante.
- De una breve explicación inicial en relación al interés por parte del investigador de conocer el discurso del participante en torno al tema que los reúne, a su vez agradezca por la voluntad del adulto mayor a participar.
- Entregue el documento Consentimiento Informado para que sea leído, se hagan preguntas, se aclaren dudas por el participante y firme el documento.
- Terminado lo anterior se plantean las interrogantes como tema a discutir.

La idea es lograr que el adulto mayor se expresen libremente sobre los contenidos de las preguntas. El moderador debe ser empático, favorecer al diálogo, a la aclaración de conceptos, y a la profundización de los contenidos.

Preguntas

Identificación

P1. Me puede decir su nombre.?

P3. ¿qué edad tiene usted?

P4: ¿cuál es su profesión u oficio?

P5: ¿Usted está jubilado?

P6: ¿Qué tipo de pensión tiene usted?

P8: A que Club de Adulto Mayor pertenece?

Acerca del Programa del Adulto Mayor y sus Acciones

las patologías – sus problemas de salud más recurrentes – medicina.

P: ¿me puede decir cuales son las enfermedades que usted padece?

P: ¿alguna otra enfermedad padece?

P: Don... le voy a hacer unas preguntas que tienen que ver con la atención de salud que usted ha recibido... Usted sabe que pertenece a un programa determinado... ¿cómo se llama ese programa?

P: ¿usted sabe que en salud hay un espacio que se llama Programa del Adulto Mayor?

Sobre los beneficios que contempla el programa.

P: Usted me dice que conoce perfectamente ese plan ¿qué tipo de atenciones recibe usted en ese plan

P: ¿Está continuamente en control?

Sobre los horarios para sacar hora médica y sus controles

P: en cuanto a este espacio del adulto mayor... cuando usted saca hora médica ¿cómo lo hace? ¿tiene que presentarse temprano ... hay algún trato especial por ser adulto mayor?

P: ¿cómo se fue formando en usted .. como se estableció... de que manera las personas que trabajan en salud le ayudaron a usted a visualizarse como adulto mayor y con beneficios y cosas que le corresponden que le entreguen, le den o le atiendan?

P: en el caso del CESFAM... donde usted va... cuando hay filas... cuando hay mucha demanda, ¿cómo lo hace?

Sobre los controles y las derivaciones (a otros profesionales de la salud)

Sobre el Equipo de Cabecera.

Proceso Posta – consultorio – centro de salud – CESFAM.

P: Ud. sabe que el CESFAM de Laraquete pasó por un proceso: Es una posta --- después paso a ser consultorio, .. centro de salud y ... ahora es un Centro de Salud Familiar... según usted, ¿es lo mismo o hay una diferencia en estos nombres... en el quehacer de ese lugar?

P: Y esas etapas según usted... ¿han sido ... esta condición de ser CESFAM... que como usted sabe recién ocurrió el año pasado...

P: Que vió usted en la gente en ese tiempo o antes de que sean reconocidos CESFAM... qué observó usted... cómo vio a los profesionales... a los técnicos paramédicos... a los administrativos... ¿estaban encerrados simplemente o... estaban compartiendo con la comunidad?

P: Laraquete tiene un consejo de Desarrollo... ese consejo de desarrollo está formado por distintas personas... ¿los vió usted a ellos trabajar juntos a ese consejo de

desarrollo... por ejemplo? Con los profesionales de la salud allí? ¿O eran independientes?

P: el CESFAM obliga en sus funciones, que toda la gente de salud que trabaja debe hacerlo junto a la comunidad organizada... ¿Usted participó en algún momento de ese tipo de reuniones?

Cual es su subsector – y quienes componen el Equipo de cabecera del subsector.

P: Pertenece a un subsector? ...

P: hay un equipo de trabajo que está apoyando en salud a la gente... cierto... a usted... que mencionó médicos... mencionó otros profesionales... ¿cómo podría usted definir, si tuviera que preguntar sobre ese grupo... usted sabe como se llama ese equipo?

P: ¿La palabra Equipo de Cabecera... significa algo par usted?

P: ¿En qué sentido significa algo para usted?

P: ¿cómo ve uste a ese grupo?... ¿es un equipo de trabajo?... o es que... estos por ejemplo... este médico... esta enfermera va simplemente porque tiene que ir a atender... ¿qué cree usted acerca de eso?

Equipo de salud – Equipo de Cabecera (que sabe de ellos, diferencias), Sobre el cuidado que el equipo de cabecera les brinda

P: ¿el cuidado que el equipo de cabecera le ha brindado, cómo lo ve usted... qué opina de ello?

Cual es su opinión en referencia al cambio en la APS. Este nuevo modelo.

P: ¿cuál es su opinión en referencia a este cambio en la APS, este nuevo modelo... este modelo de CESFAM que es un modelo que se indentifica como Modelo de salud de atención integral con enfoque familiar y comunitario... que opina usted acerca de esto?

P: ¿qué cosas cree usted son esenciales en cuanto a los cuidados del adulto mayor... por parte del equipo de cabecera?

Profundizando en las Representaciones Sociales a la luz de los relatos.

- Qué cosas cree Ud. son esenciales en cuanto a los cuidados del adulto mayor.
- Que cosas cree Ud. son esenciales en el CESFAM y en especial en el Equipo de Cabecera.

Resumen de ideas centrales.

Finalizada la conversación, ofrecer un refrigerio o té al participante, a su vez registrar en una hoja a la asistencia.

Posteriormente se debe transcribir los contenidos de la entrevista para su posterior análisis.

11.2 Carta de Consentimiento Informado

**Escuela de Posgrados de la Facultad De Ciencias Sociales,
Universidad de Chile
Programa De Magister Mención Psicología Comunitaria**

Fecha:

Estimado señor(a)

La Facultad de ciencias Sociales, Departamento de Psicología: Programa de Magister Mención Psicología Comunitaria de la Universidad de Chile, apoya la práctica de obtener el consentimiento informado de, y proteger a, los sujetos humanos que participan en investigaciones. La siguiente información tiene por objeto ayudarle a decidir si participará en el presente estudio. Usted está en libertad de decidir por participar, incluyendo el retirarse del estudio en cualquier momento si decidiera ser parte de esta investigación.

Se le pedirá a usted que participe en una entrevista focal o grupo focal, actividad que será grabada para su posterior análisis. Los contenidos de la entrevista o grupo focal versan sobre dos áreas específicas de la atención de salud en el CESFAM de Laraquete: averiguar acerca de las acciones o cuidados del Adulto Mayor que usted recibe y conocer las representaciones sociales acerca del equipo de cabecera, es decir, conocer su relato.

La entrevista tiene una duración aproximada de una hora y la actividad grupal una duración cercana a una hora y media.

Nos gustaría que usted participara, pero tal participación es estrictamente voluntaria. Le aseguramos que su nombre no se mencionará en los hallazgos de la investigación. La información sólo se identificará mediante un código alfanumérico.

Si le gustaría tener información adicional acerca del estudio antes o después de que finalice, puede ponerse en contacto por teléfono o bien en el CESFAM, solicitando entrevista con el investigador.

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

Atentamente,

Reiner Quijada Romero
Estudiante de Posgrado
Fono: 2553746 / 2571006

Loreto Leiva Bahamondes
Profesor Guía.

Firma del Participante. (INICIALES)

Edad:

Sexo:

Estudios:

Estado civil:

11.3 PLAN DE TRABAJO

Considerando el contenido del apartado de procedimiento, además de mantener un continuo flujo de información - retroalimentación entre alumno investigador y profesor guía, el plan se presenta como sigue:

Actividades Al Principio del Estudio	Abril 2009	Mayo 2009	Junio 2009	Julio 2009	Agosto 2009
1° Guía. Etapa de Reflexión y preparación del proyecto según directrices Guía 1 a trabajar y entregar en el mes de Noviembre la Primera Parte del informe que debía contener: Título de la investigación, Resumen, Problema de Investigación.	X	X	X		
2° Guía. Marco teórico referencial, Discusión bibliográfica (estado del arte), Objetivos.			X	X	
3° Guía. Pauta metodológica				X	X
Exposición diseño de Proyecto de Investigación					X

Una vez confirmado el diseño, se procede a realizar los otros dos grandes apartados de la investigación, esto durante el año 2009.

Actividades Durante el Estudio	Agosto 2009	Septiembre 2009	Octubre 2009
Entrada y Realización del Campo: Gestión: Cartas, visitas de presentación, contactos formales, compromisos y agenda		X	
Actividades de ajuste en técnicas de recogida y ejecución del campo: Recopilación de datos por la vía de entrevista focalizada y grupo focalizado.		X	X
Archivo, transcripción y análisis preliminar			X

Ultima parte o etapa final en el próximo apartado.

Actividades al final: Etapa de salida, análisis final y redacción.	Octubre	Noviembre	Diciembre
De finalización o interrupción del campo: muestra saturada.	X		
Análisis intenso final, Redacción del		X	

informe			
Presentación al profesor guía, correcciones			X
Redacción Final			X
Defensa de Tesis			Fecha a definir año 2010
Devolución CESFAM			Fecha a Definir

ABREVIATURAS

SIGLA	CONCEPTO
APS	Atención Primaria de Salud
CESFAM	Centro de Salud Familiar
EMP	Examen Médico Preventivo
EFAM	Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor
OMS	Organización Mundial de la Salud
MINSAL	Ministerio de Salud
SSA	Servicio de Salud Arauco
INE	Instituto Nacional de Estadística
APR	Agua Potable Rural
ERA	Enfermedades Respiratorias Agudas
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
SOME	Sección de Orientación Médico Estadística
OIRS	Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
PROSAM	Programa de Salud Mental
DAS	Dirección de Administración de Salud
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
FONASA	Fondo Nacional de Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PACAM	Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
SABE Chile	...
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
SERNAC	Servicio Nacional del Consumidor
COMPIN	Comisión Médico Preventiva e Invalidez
SIPS	Superintendencia de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
TUG	Time Up and Go
ELEAM	Establecimiento de Larga Estadía Adultos Mayores
VDI	Visita Domiciliaria Integral
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud