

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**GÉNERO Y REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA
SALUD EN PERSONAS MAYORES USUARIAS DE
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SANTIAGO**

XIMENA MORENO HERRERA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

Directora de Tesis: Dra. Cecilia Albala Brevis

Co- Directora de Tesis: Dra. Paulina Osorio Parraguez

Santiago, Enero, 2016

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

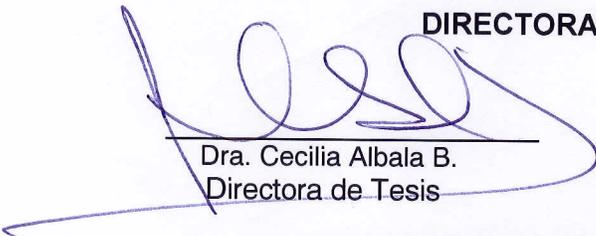
**INFORME DE APROBACIÓN
TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Doctorado en Salud Pública presentada por la candidata

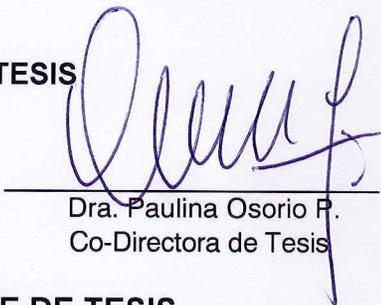
SRA. XIMENA ROSARIO MORENO HERRERA

ha sido aprobada con nota 7.0, (en la escala de 1 a 7), por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de **DOCTORA EN SALUD PÚBLICA** en Examen de Defensa de Tesis rendido el día 07 de enero de 2016

DIRECTORAS DE TESIS

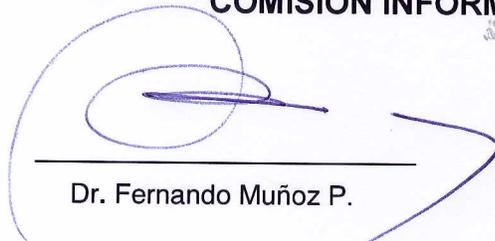


Dra. Cecilia Albala B.
Directora de Tesis



Dra. Paulina Osorio P.
Co-Directora de Tesis

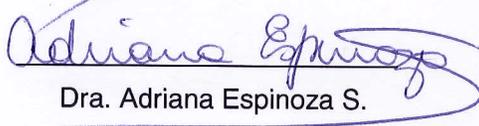
COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS



Dr. Fernando Muñoz P.



Dra. Pamela Eguiguren B.



Dra. Adriana Espinoza S.



COMITÉ DE ETICA

Acta de Aprobación N° 32 Miércoles 3 de Septiembre de 2014

Asisten: Ana María Pino presidenta (Bioquímica, Prof Asociado), Cecilia Algarín (Médico-Cirujano, Prof. Asociado), Ema Raimann (Médico Cirujano, Prof. Asociado).

Preside: Prof. Ana María Pino Z

Proyecto: "Género y representaciones sociales de la salud en personas mayores usuarias de centros de atención primaria de Santiago".

Investigadora: Ximena Moreno H.

Documentos revisados: Proyecto y documento de consentimiento informado.

Se analiza el Proyecto a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, del Código de Núremberg y del Reglamento para comités de Ética de la Universidad de Chile.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto (Copia en archivo) y de los antecedentes aportados personalmente por la investigadora, el Comité de Ética, estima que el estudio no significa para los sujetos involucrados, riesgos físicos, psíquicos, social, legal o de otra naturaleza, propios de este tipo de investigación.

En la evaluación del proyecto el comité de ética del INTA consideró los siguientes fundamentos: 1- El valor social del proyecto resulta de conocer la visión de mujeres y hombres adultos mayores acerca de la salud. 2- El proyecto tiene validez científica, según se desprende del análisis del documento completo, incluyendo los antecedentes de los investigadores. 3- Los participantes, adultos mayores sólo deben contestar una encuesta y, en algunos casos, participar en una reunión de grupo. 4- Se estimó que el consentimiento informado expresa la información necesaria en un lenguaje claro, incluyendo la protección de los derechos de las personas al establecer la posibilidad de no participar y de contactar a este Comité en caso de algún reclamo sobre el trato recibido. 5- Los miembros del Comité no tienen ninguna relación con el patrocinante, ni con el investigador que pudiera ser motivo de conflicto de interés.

En virtud de tales consideraciones el Comité otorga la autorización correspondiente para la realización del estudio dentro de las especificaciones señaladas en el Proyecto de Investigación y en el consentimiento informado.

Cualquiera modificación del protocolo debe ser autorizada por este Comité. Una vez finalizado el estudio, el comité deberá ser informado de los resultados de éste.

Atentamente,



PROF. ANA MARÍA PINO Z.
Presidenta



Dedicatoria

A las mujeres de mi familia, en particular a las que ya partieron. No tengo la posibilidad de hablarles de mí ni de mis proyectos, pero de alguna forma lo que vive de ustedes en sus descendientes estará más contento y tranquilo, al saber de mí en este momento.

Agradecimientos

A la Dra. Cecilia Albala, mi Directora de tesis, por aportarme su experiencia y conocimientos, y brindarme su apoyo y confianza en mis capacidades, a lo largo de todos estos años de trabajo conjunto.

A la Dra. Paulina Osorio, mi Co-Directora de tesis, quien además fue mi Tutora durante el programa, por creer e interesarse en mi proyecto, y por acompañarme generosamente en este proceso.

A la Comisión Revisora de esta tesis, Dr. Fernando Muñoz, Dra. Adriana Espinoza y Dra. Pamela Eguiguren, por el tiempo dedicado y por cada una de sus observaciones, que permitieron llegar a consolidar mi trabajo en este documento.

A la Coordinadora del Programa de Doctorado, Dra. Josiane Bonnefoy, por haber agilizado los aspectos administrativos, de modo de poder terminar mi proceso de obtención de grado dentro de los plazos programados.

A la Dra. Verónica Iglesias, quien me orientó amablemente en una serie de procedimientos administrativos a lo largo de los años que cursé el programa.

A la Sra. Janet Recabarren, la Sra. María Gatica, el Sr. Hernán Cuitiño y el Sr. Héctor Martínez, funcionarios de la Escuela de Salud Pública que gentilmente me ayudaron en aspectos logísticos y prácticos, siempre con la mejor disposición.

A aquellos compañeros que, con gran espíritu de colaboración, me ayudaron a conseguir artículos y en general compartieron desinteresadamente información, tanto relativa a aspectos metodológicos como a aspectos prácticos de funcionamiento del programa.

A mi familia, en particular a mi madre, Carmen Herrera, por compartir mi alegría en este momento, a mi padre, Hernán Moreno, por su ayuda para conseguir algunos textos y aclarar ciertos términos en otro idioma, a mis suegros, Gabriela Marty y Oscar Huerta, por haber cuidado a mi hijo para poder cumplir con las actividades presenciales del programa, a mi tío Hugo Moreno y su esposa Michèle Sarde, por haber conseguido algunos artículos no disponibles en Chile, a mi madrina Olga Herrera, gracias a quien pude financiar mi carrera de pregrado, a mi hermano Francisco Moreno, por sus consejos sobre cómo desenvolverme en este proceso hacia el logro de un grado doctoral. A mi compañero, Martín Huerta, por su amor, su cuidado, su apoyo y por aquellas conversaciones en torno a mi tema de investigación, cuyos inicios se remontan al año 2011, que me permitieron recorrer este camino con paso cada vez más seguro. A mi hijo, Gabriel, que nació en medio de este proceso, por su hermosa presencia y su amorosa compañía cotidiana.

A CONICYT, por haber financiado mis estudios de doctorado y la realización de la tesis, a través de la Beca de Doctorado Nacional.

Índice

Resumen	10
Abstract	12
Introducción	14
Antecedentes	16
Transición demográfica	16
Condiciones de vida de la población adulta mayor	19
Situación de salud de la población adulta mayor	22
Políticas y programas orientados a la población adulta mayor en Chile	27
Imágenes de la vejez	29
Conceptualizaciones de la salud y del envejecimiento	33
Marco teórico	39
Teoría de las representaciones sociales	39
Representaciones sociales y salud	45
Representaciones sociales de la salud	47
Enfoque de género en la investigación en salud	52
Pregunta de investigación	56
Hipótesis	56
Objetivos	57
Objetivo general	57
Objetivos específicos	57
Método	58
Población y muestra	60
Instrumentos y análisis	63
Criterios de rigor de la investigación	72
Consideraciones éticas	73
Resultados	74
Descripción de la muestra	74
Análisis prototípico	78
Verificación de la centralidad	86
Análisis de correspondencias	89
Representaciones sociales de la salud de las personas mayores, desde una aproximación dialógica	91
Discusión	138
Recomendaciones para el diseño de políticas públicas	148
Conclusiones	153
Referencias	156
Anexos	

Resumen

El envejecimiento de la población es una situación que plantea desafíos a la salud pública, considerando el tipo de necesidades específicas que esto implica. En cuanto a la esperanza de vida y esperanza de vida saludable, se observan diferencias marcadas entre mujeres y hombres, en que la tendencia es que las mujeres vivan más, pero que pasen más años en peores condiciones de salud. Esto indica la necesidad de estudiar las especificidades de mujeres y hombres mayores en relación a la salud, considerando la importancia de desarrollar políticas públicas con enfoque de derechos y que aborden las inequidades sociales en salud, entre ellas las relativas al género. Dado que el género, al igual que la vejez, son categorías socioculturalmente construidas, resulta relevante generar evidencia desde un enfoque que incluya la perspectiva de las ciencias sociales.

Para efectuar eso, este estudio se fundamentó en la teoría de las representaciones sociales, para conocer cuáles eran las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores, usuarios de centros de atención primaria de Santiago. A través de esto, se buscó iluminar el sentido que la salud y las prácticas en torno a ésta tienen para este grupo de la población adulta mayor, con el fin de generar evidencia que aporte a la pertinencia de políticas, programas e intervenciones orientadas a promover y mejorar la salud de las personas mayores en Chile.

La investigación fue descriptiva, con enfoque cualitativo y empleo de técnicas mixtas de recolección de información y análisis, a saber, aplicación de cuestionarios de manera individual y grupos focales con el primer fin, y análisis prototípico, análisis factorial de correspondencias y análisis dialógico del discurso, en el segundo. La muestra estaba constituida por personas de 70 años o más, sin deterioro cognitivo, inscritas en centros de atención primaria de dos comunas de Santiago.

Los resultados señalaron el predominio de elementos relacionados con enfermedades y síntomas, e instancias de prevención, tratamiento o cuidado. El análisis dialógico mostró que las trayectorias vitales de mujeres y hombres configuraban representaciones sociales de la salud diferentes. Las mujeres aparecieron vinculadas a roles en el ámbito doméstico y familiar, dentro de los que cabía el cuidado de la salud de los miembros de la familia; se consideraba más propia de ellas la capacidad de desenvolverse en el sistema de salud. Dificultades en su capacidad de ejercer roles en el ámbito doméstico, fueron descritas como la principal consecuencia de los problemas de salud. Se consideró como propio de los hombres el tener dificultades para desenvolverse en el ámbito del

cuidado de la salud; entre ellos, se expresó una paradoja en términos de, por una parte, demandar una mejora en la provisión de servicios de salud, como forma de obtener reconocimiento social por su aporte a la sociedad como trabajadores remunerados, y por otra, señalar el deber de asumir la responsabilidad personal por sus problemas de salud actuales, a raíz de su falta de consciencia y cuidado en el pasado.

Se concluye, en general, la necesidad de considerar la relevancia de los aspectos socioculturales vinculados a los procesos involucrados en la situación de salud de las personas, de modo de desarrollar políticas, programas e intervenciones capaces de generar cambios sociales e involucrar a las comunidades locales en el cuidado de la salud, y en particular, por una parte, incorporar el enfoque de género a las políticas y programas de salud pública, dada la importancia de este ámbito en la situación de salud a lo largo del ciclo vital, y por otra, transformar los centros de atención primaria y servicios de salud de otros niveles, en espacios que sean sensibles y respondan a las necesidades de las personas mayores.

Abstract

World population ageing challenges public health, considering particular health needs that this situation poses. There are marked differences between women and men in life expectancy and healthy life expectancy, where women live longer, but they are more likely to live more years in worse health situation than men. This indicates the need to study older women and men specificities in relation to health, attending to the relevance of developing public policies with a rights-based approach, which address social inequalities in health, in particular those related to gender. Considering that gender and age are socially and culturally constructed categories, it is relevant to generate evidence from an approach that incorporates the social sciences perspective.

To achieve that, this study was based on the social representations theory, to find out what were the social representations of health among older women and men, enrolled in primary care centres in Santiago. The purpose was to illuminate the meanings that health and practices related to it have for this group of the older population, in order to provide evidence to support the relevance of policies, programmes and interventions aimed at promoting and improving health of older people in Chile.

The study was descriptive, with a qualitative approach, and mixed methods to collect and analyse information, i.e., individual surveys and focus groups, for the former, and prototypical, correspondence factorial and dialogic discourse analyses, for the latter. The sample consisted of people aged 70 or more, free of cognitive decline, enrolled in primary care centres located in two municipalities of Santiago.

The results indicated a predominance of elements related to diseases and symptoms, and prevention, treatment and care. Dialogical analysis showed that different social representations of health were constructed through vital trajectories of women and men. Women were associated to domestic and family settings, including taking charge of health of family members; they were considered more able to deal with health systems. Difficulties to perform their domestic roles were described as the main consequence of health problems. Men were considered as less skilled to cope with health care; a paradox was expressed among them, in terms of, on the one hand, demanding an improvement in health care provision, as a way of getting social recognition for their contribution to society as paid workers, and on the other, having the obligation to take personal responsibility for current health problems, due to their lack of awareness and care in the past.

It may be concluded that it is necessary, in general, to consider the importance of socio-cultural aspects linked to processes involved in people's health, in order to develop policies, programmes and interventions which are able to generate social changes and to include local communities in health care, and in particular, to incorporate gender perspective to policies and programmes in public health, due to the importance of this aspect for health situation through life cycle, and to transform primary care centres and health services in places which are sensitive and responsive to the needs of older adults.

Introducción

Desde hace décadas, el envejecimiento de la población se ha venido imponiendo en la agenda de la salud pública mundial, a raíz de las consecuencias sobre la salud que ha implicado la transición demográfica, expresada en el envejecimiento de la población. Si bien éste fenómeno afecta a la mayoría de las naciones del mundo actualmente, ha tenido velocidades y cursos diversos, según el nivel de desarrollo económico y la estructura política y social de cada región y país.

El diseño de políticas y estrategias de salud para enfrentar los problemas de salud de la población adulta mayor, de manera pertinente y eficaz, enfrenta desafíos particulares, considerando tanto el perfil epidemiológico específico como el contexto socio-cultural en el cual las personas envejecen. Es en este último ámbito donde esta investigación se sitúa, al estudiar la forma en que el medio socio-cultural se expresa en las representaciones y prácticas en salud.

Esta investigación ha puesto el foco en un grupo específico de la población adulta mayor de Chile, con el fin de estudiar sus representaciones sociales acerca de la salud. Teniendo en cuenta las desigualdades en la situación de salud de mujeres y hombres mayores, se consideró de particular relevancia comprender el rol del género en la configuración de las representaciones y prácticas en torno a ésta. De este modo, el marco interpretativo de las representaciones sociales estuvo constituido por la doble condición de ser adulto mayor y de ser mujer u hombre.

A lo largo de la sección de antecedentes, se contextualiza el problema y se destacan los elementos que le confieren relevancia, en el marco del quehacer y la investigación en salud pública, y que justificaron las elecciones teóricas y metodológicas realizadas.

En primer lugar, se hace referencia al envejecimiento de la población mundial, con énfasis en la situación en América Latina y particularmente en Chile. A continuación, se caracterizan las condiciones de vida y la situación de salud de la población adulta mayor, así como las políticas públicas orientadas a este grupo en Chile, señalando aspectos deficientemente cubiertos, en particular en lo que se refiere a la incorporación de la perspectiva de género que aborde las inequidades existentes, y la incorporación de un enfoque de derechos que fomente la participación de las personas mayores en la elaboración de las políticas, desde la definición de las demandas y necesidades, incluyendo la planificación y desarrollo, hasta su evaluación. Se incluye una revisión de las imágenes existentes en torno a la vejez, tanto entre las personas mayores como en la sociedad.

Ligado a lo anterior, se introducen algunas discusiones planteadas en la literatura con respecto al estudio del envejecimiento y la salud de las personas mayores, problematizando en torno a los modelos y conceptos empleados, incluyendo una reflexión crítica en torno a la definición de salud.

En la sección del marco teórico se describe la teoría de las representaciones sociales, fundamentando esta elección en relación a su concordancia con la pregunta y la propuesta metodológica de esta investigación. Luego de la revisión de la literatura en torno al estudio de las representaciones sociales de la salud, se plantea la relevancia de la incorporación del enfoque de género en la investigación en salud, para a continuación formular la pregunta de investigación, hipótesis y objetivos.

A continuación, se detallan los aspectos metodológicos del estudio, de tipo cualitativo, con empleo de técnicas mixtas de recolección de información y análisis, describiendo las decisiones tomadas para los fines de esta investigación.

En los resultados, se describen las características de la muestra, así como los hallazgos de los análisis efectuados. Finalmente, se presenta una discusión de los resultados, su relación con los objetivos e hipótesis planteadas y con la evidencia previa en torno al tema, sus implicancias para el quehacer en salud pública, así como las limitaciones de la investigación, para terminar con las conclusiones.

Antecedentes

Transición demográfica

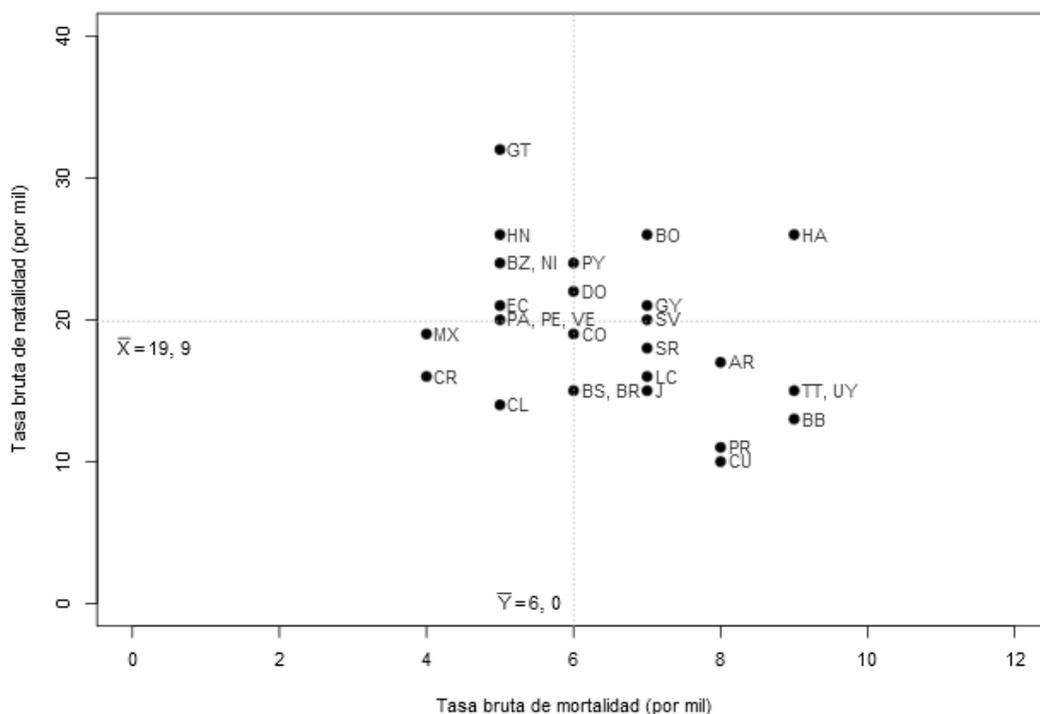
El envejecimiento progresivo de la población mundial es un fenómeno que se ha venido desarrollando desde hace décadas. Desde la década de 1960, el grupo de personas de 60 años o más experimentó un aumento leve pero sostenido en su número hasta el año 2005, momento en que el crecimiento se aceleró, proyectándose un número mayor que el de los niños de 0 a 14 años, para el año 2050. (1) Para los años 2011 y 2012, la esperanza de vida global al nacer era de 67,1 años para los hombres y 71,6 para las mujeres; la esperanza de vida a los 60 años, a su vez, era de 21,6 años en el caso de las mujeres y 18,5 para los hombres, mientras que a los 80 años era de 8,5 y 7,1 años, respectivamente.

El curso que ha seguido el cambio en la composición etaria de la población no ha sido igual en todas las regiones del mundo, observándose variaciones en cuanto a la velocidad y patrones que ha presentado, así como al contexto político, económico y social en que se enmarca. El envejecimiento de la población se observó primero en países desarrollados, donde se produjo a un ritmo lento, a diferencia de los países en vías de desarrollo, donde el aumento de la población de más edad, si bien se produjo de manera más tardía, ha ido aumentando a un ritmo mucho más acelerado, tomando más de cien años en el primer caso y, en el caso latinoamericano, menos de cincuenta. (2) En los países desarrollados más de un quinto de la población tiene más de 60 años, pero el ritmo de envejecimiento en los países en vías de desarrollo hoy es mayor, esperándose que para 2050 alcancen esta proporción, con 80% de la población mayor mundial viviendo en ellos. (3)

En Latinoamérica y El Caribe, si bien existen diferencias entre países y entre grupos de población al interior de éstos, se observa en general una consolidación de la etapa de transición demográfica avanzada en que, junto con la disminución de la mortalidad, hay un descenso en la fecundidad. (2) La población en la región, por lo tanto, está creciendo a un ritmo más lento que hace décadas, por una disminución sostenida de la fecundidad y de la mortalidad, lo que se traduce en una disminución de la población de menos de 15 años, y en un aumento de los mayores de 60. (4) La tasa de natalidad promedio para el quinquenio 2005-2010 alcanzaba a 19,9 por mil y la de mortalidad no superaba el 6 por mil (2), siendo los promedios mundiales el año 2010 de 19,8 por mil para la tasa de natalidad y de 7,9 por mil para la tasa de mortalidad. (5)

Como se observa en la Figura 1, la heterogeneidad entre países se expresa, por un lado, en países con altas tasas de mortalidad y natalidad, tales como Haití o Bolivia; por otro, países con características post-transicionales, como es el caso de Cuba, en que la tasa de natalidad se ha reducido y la tasa de mortalidad va en aumento, dado el elevado porcentaje de población muy mayor; asimismo, Uruguay es un ejemplo de transición prolongada, en que el crecimiento de la población ha tendido a detenerse, pero la tasa de mortalidad no ha aumentado. (2)

Figura 1. Tasa bruta de natalidad y mortalidad de países de América Latina y El Caribe, 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial, disponibles en: <http://datos.bancomundial.org/>

En el caso de Chile, el proceso ha seguido una evolución caracterizada por un descenso considerable y acelerado en las tasas de mortalidad y de natalidad a partir de la década de 1960, situándose bajo el promedio regional entre 1980 y 2005, acompañado de un aumento en la esperanza de vida al nacer y una baja tasa de mortalidad infantil. (2)

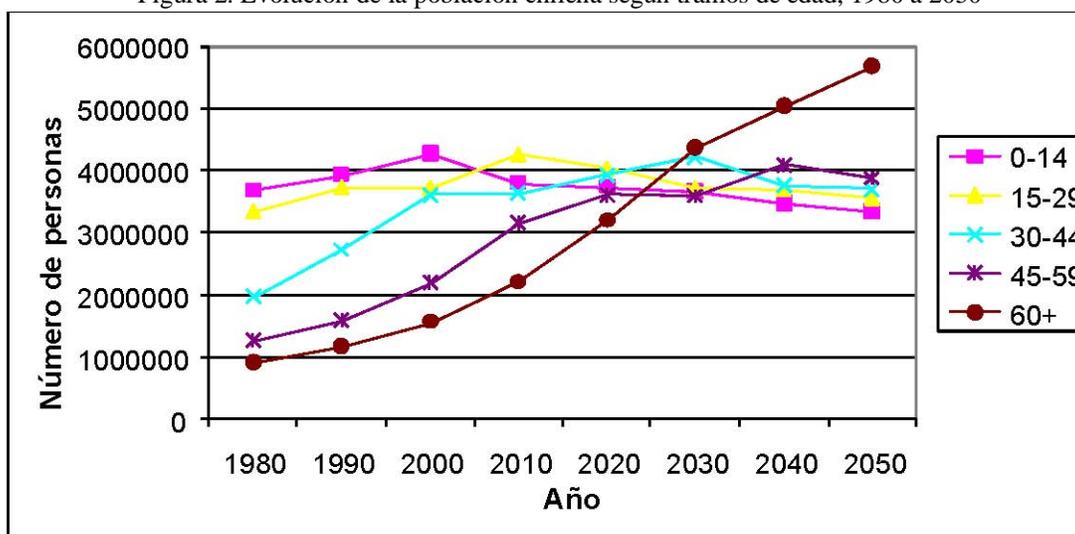
La tasa de natalidad para el quinquenio 1960-1965 era de 37,7 por mil, experimentando un descenso continuo, con la excepción de la década de 1980 a 1990, en que subió levemente y se mantuvo alrededor de 23 por mil, para volver a descender a partir de la década posterior, estimándose en 14,5 por mil para el presente período. (6)

La tasa de mortalidad infantil en el quinquenio 1950-1955 era de 120,3 por mil, mostrando un descenso continuo que alcanza los 6,5 por mil en el período 2010-2015. En cuanto a la tasa de mortalidad, entre 1955-1960, alcanzaba a 13,3 por mil, mostrando un descenso continuo y sostenido hasta el período 2000-2005, en que ha comenzado a aumentar, con una estimación de 5,9 por mil para el actual quinquenio. (6)

La población chilena mayor de 60 años estimada al año 2013 es de 2.468.372 (13,9% del total), con 1.367.225 mujeres (55,4%); al considerar a los mayores de 65 años, la cifra estimada es de 1.718.626, con 976.544 mujeres (56,8%) Al año 2020, se espera que haya 3.207.729 personas de más de 60 años (54,8% mujeres), 2.202.559 de ellos mayores de 65 años (56% mujeres). (6)

El índice de envejecimiento el año 2010 era de 41,5, estimándose que para el año 2030 alcanzará 98,4 y para el 2040, 136,9. (7) En cuanto a la distribución por sexo, el índice de feminidad para los mayores de 60 años alcanzaba 131,4, aumentando a medida que aumentaba la edad, hasta 166,3 en mayores de 75. (8) Si bien se observa una tendencia al alza en el número de mujeres con respecto a los hombres mayores, se proyecta que para el año 2025 el número de hombres mayores habrá aumentado, estabilizándose el índice de feminidad para mayores de 60 años alrededor de 120. (8)

Figura 2. Evolución de la población chilena según tramos de edad, 1980 a 2050

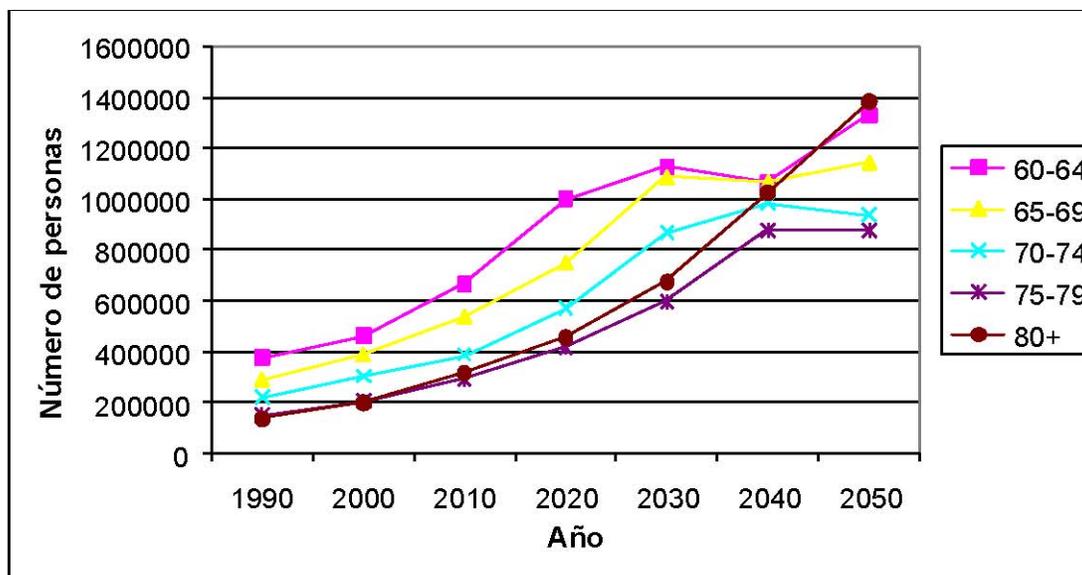


Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL. (6)

La esperanza de vida al nacer en Chile para el período 2010-2015 se estimaba en 79,1 años, con 82,2 años para las mujeres y 76,1 años para los hombres. (6) La esperanza

de vida a los 60 años para el quinquenio 2010-2015 se estimaba en 25 años para las mujeres y en 21 años para los hombres, mientras que para las mujeres y hombres mayores de 80 años, la estimación es de 10,1 y 8,5 años, respectivamente. (9) El proceso de transición demográfica afecta la estructura de la población, lo cual se evidencia en las Figuras 2 y 3.

Figura 3. Evolución de la población chilena de 60 años o más según tramos de edad, 1980 a 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL. (6)

Si bien la población mayor de 60 años va en aumento en todos los tramos de edad, se estima que al año 2050, el grupo de 80 años o más será más numeroso que los otros tramos de adultos mayores de menos de 80 años. (10)

Condiciones de vida actuales de la población adulta mayor

Los países en vías de desarrollo, incluyendo los países de Latinoamérica y El Caribe, han debido enfrentar el proceso de envejecimiento de la población con menos tiempo para ajustarse, y un menor nivel de recursos para responder a las demandas sociales, económicas y de salud que plantea este proceso. Esto se vincula al nivel de desarrollo institucional y a la calidad y cobertura de los sistemas de protección social, con consecuencias sobre las desigualdades existentes entre distintos grupos de población. (2)

En el caso de la población adulta mayor chilena, al año 2010 se estimaba en 85,3% quienes residían en zonas urbanas, si bien, tal como ocurre en la mayoría de los países de la región, la proporción de personas de 60 años o más respecto al resto de la población es mayor en zonas rurales (14,6% versus 12,7% en zonas urbanas). (11)

Según la CASEN 2011, el 8,6% de las personas mayores no tenía educación formal, y el promedio de años de escolaridad entre mujeres y hombres de este grupo de edad era de 7 y 7,6 años, respectivamente. (12) Esta situación disminuye la probabilidad de tener mejores oportunidades laborales, lo cual incide en menores ingresos por pensiones o jubilación y redundante en una mayor vulnerabilidad económica. (8) En concordancia con lo anterior, estudios efectuados con muestras de adultos mayores de distinto nivel socio-económico, muestran que entre aquellos de nivel socio-económico superior, sólo un 4,5% presentaba un nivel de escolaridad inferior a 6 años, comparado con 51,6% en el resto. (13)

Cabe señalar que tanto las intervenciones como la medición de la seguridad económica en la vejez son aspectos que no se encuentran resueltos a nivel regional ni nacional. A partir de las cifras existentes, se observa que, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, la pobreza en Chile es menos frecuente en la vejez que en otros grupos de edad, estimándose en un 9,8% al año 2005. (8,14) Los hombres mayores se encuentran en esta categoría con una leve mayor frecuencia que las mujeres (10,6% versus 10,1%). (15) En cuanto a la composición de los hogares, aquellos sin adultos mayores se encuentran más afectados por la pobreza que aquellos en los que residen personas mayores. (8) Hay estudios (16), no obstante, que sugieren que la estimación de la pobreza según ingreso, en hogares conformados por una o dos personas mayores, podría estar subestimada, al no tomar en cuenta el mayor monto de sus gastos. A futuro podría producirse un aumento en la pauperización de la vejez, considerando que el nivel de seguridad económica actual de la población mayor descansa en el sistema de protección social diseñado hace cuatro décadas, junto a las condiciones laborales de dicho período (15); las condiciones laborales han ido experimentando una flexibilización progresiva y la privatización del sistema de pensiones ha significado una disminución de las pensiones, en relación a los ingresos percibidos durante la vida laboral. Por otra parte, la pobreza en la vejez acarrea una situación de vulnerabilidad ante la que se cuenta con menos recursos para sobrellevarla. (15)

Al igual que en la mayoría de los países de América Latina, las personas mayores suelen vivir acompañadas, si bien hay una tendencia al aumento de personas viviendo solas, con 9% en 1990, 11,4% en 2000, 12% en 2002 y 15% en 2010 (8,17); más del 90% de las

personas mayores, al año 2002, habitaban una vivienda propia. (8) En cuanto a su estado civil, el año 2009 se estimaba que un 35,1% de las mujeres mayores eran viudas, en comparación a 12,3% de los hombres. (10) La encuesta CASEN 2011 (12) mostró que en 34,6% de los hogares de la Región Metropolitana, la jefatura de hogar la ejercía una mujer mayor, en comparación a 27,6% de hombres, con cifras de 36,5% y 29,5%, respectivamente, a nivel nacional. Según un informe de la CEPAL (16), los hogares en que la mujer ejerce la jefatura son más pobres que aquellos en los que un hombre es jefe de hogar.

En cuanto a la participación laboral en la Región Metropolitana, sólo 16,5% de las mujeres mayores se encontraban en esta categoría, comparadas con 46,2% de los hombres del mismo grupo de edad; a nivel nacional los porcentajes de ocupación se estimaron en 14% y 40,4%, respectivamente. (18) Sin embargo, el hecho de no participar mayoritariamente en actividades laborales remuneradas, no implica que las mujeres mayores cuenten con más tiempo libre; por el contrario, entre los posibles escenarios se cuenta el caso de las mujeres mayores que deben hacerse cargo del cuidado de un cónyuge enfermo o del cuidado de nietos y bisnietos, retomando las labores de crianza asumidas a lo largo de su vida adulta. (16) En relación al primer caso, cifras del año 2009 indicaban que un 85,6% de los cuidadores de personas mayores en situación de dependencia eran mujeres (19); del total de cuidadores, 30% eran mayores de 60 años, y entre ellos 75,6% eran mujeres.¹ Similarmente, un estudio encargado por SENAMA para analizar la situación de adultos mayores dependientes que recibían pensión asistencial y sus cuidadores, encontró que 28,4% de los cuidadores, en su mayoría mujeres, tenían más de 61 años. (20) En cuanto al cuidado de los nietos, un estudio efectuado el año 2005 en la Región Metropolitana, encontró que 33,3% de mujeres mayores de nivel socioeconómico medio bajo o bajo, incluidas en el estudio, declaraba cuidar a sus nietos durante la semana, en comparación a 19,3% de los hombres. (21)

La transformación en la composición según edad de la población tiene como consecuencia, por un lado, un eventual déficit en el número de potenciales cuidadores para la población mayor, y un cambio en el tipo de demanda que enfrentan los servicios de salud, por otro. (4)

¹ Datos no publicados provenientes del Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, INTA – SENAMA.

Situación de salud de la población adulta mayor

Existen una serie de indicadores para analizar la salud de las poblaciones, relacionadas con la situación actual y expectativa de vida en buena salud, particularmente apropiadas para describir la situación de salud de las personas mayores, afectadas con mayor probabilidad por problemas de salud que redundan en una pérdida progresiva de la funcionalidad o capacidad de desarrollar las actividades propias de la vida diaria. Este proceso de pérdida de la capacidad, hasta llegar al estado de dependencia de otros para poder desarrollar las actividades de la vida diaria, ha sido ampliamente descrito y estudiado desde hace varias décadas. (22) Es importante señalar que existe una discordancia conceptual entre autores y organismos, lo cual dificulta la claridad respecto a las mediciones efectuadas, así como la comparabilidad entre estudios. (23). El modelo propuesto por Verbrugge y Jette (22) distingue las siguientes etapas en el proceso: patologías, ya sea enfermedades crónicas, congénitas o secuelas de accidentes, que producen impedimentos, no necesariamente perceptibles, en sistemas específicos del organismo, tales como el musculo-esquelético o cardiovascular, lo cual redundan, en un plazo variable, en limitaciones funcionales, consistentes en restricciones para realizar acciones básicas físicas y mentales, tales como caminar, subir escaleras, hablar u oír, entre otras; la etapa final del proceso involucra dificultades o la pérdida de la capacidad de efectuar actividades de la vida diaria, incluyendo el ámbito social y laboral, doméstico y de supervivencia, indicando una severidad progresiva de esta situación y la necesidad de ayuda o dependencia completa de otros para poder llevar a cabo estas actividades.

Se reconoce que este proceso es dinámico, en el sentido de verse afectado por múltiples mediadores tales como el entorno físico, la disponibilidad de recursos individuales, familiares y colectivos y una serie de elementos socioculturales, que afectan la trayectoria experimentada por las personas y pueden acelerar o retardar el avance y prevenir o revertir su desarrollo, existiendo estrategias diversas para revertir los problemas, prevenir o retardar su progresión, así como para facilitar el desarrollo de acciones y actividades en cada una de estas etapas, lo cual resulta de particular relevancia para la planificación de políticas de salud pública y aquellas enfocadas en mejorar la calidad de vida en la vejez. (22) Ligado a lo anterior, se observan desigualdades en cuanto la presencia de determinados problemas, así como al riesgo de presentar un mayor deterioro o más acelerado, en particular en relación al género y al nivel socioeconómico. (24,25) Teniendo en cuenta lo anterior, se presenta la

información disponible a nivel nacional, en relación a la situación de salud de la población adulta mayor, incluyendo los aspectos vinculados al proceso de pérdida de la funcionalidad.

Los principales problemas de salud que afectan a la población adulta mayor en nuestro país, con un impacto sobre la expectativa de vida saludable, son la presencia de factores de riesgo que configuran el síndrome metabólico, las enfermedades crónicas y la pérdida de la funcionalidad. (26) La prevalencia del primer grupo de problemas, así como de hábitos en relación al consumo de tabaco y la realización de actividad física entre la población de 65 años o más, se detalla en la Tabla 1. El número promedio de medicamentos tomados al día entre personas mayores de 65 años es 4. (26)

Tabla 1. Prevalencia de algunas enfermedades crónicas y factores de riesgo en la población chilena mayor de 65 años o más, según sexo, 2009

	Hombres	Mujeres	Total
	% (I.C. 95%)	% (I.C. 95%)	% (I.C. 95%)
Hipertensión arterial	74,8 (65,0-82,6)	74,4 (67,8-80,1)	74,6 (69,1-79,4)
Colesterol elevado	36,1 (26-47,6)	45,6 (36,7-54,8)	41,6 (34,7-48,8)
Dislipidemia HDL	35,7 (25,1-47,9)	42,3 (33,6-51,4)	39,5 (32,6-46,8)
Dislipidemia triglicéridos	28,8 (19,4-40,6)	36,7 (28,4-45,8)	33,4 (26,9-40,5)
Dislipidemia LDL	52,9 (40,2-65,2)	34,5 (26,5-43,5)	42,7 (35,4-50,3)
Diabetes	29,9 (20,4-41,6)	22,8 (17,9-28,6)	25,8 (20,6-31,9)
Sobrepeso (IMC >25 y <30)	45,3 (36,1-55,0)	40,7 (34,0-47,7)	42,6 (37,1-48,4)
Obesidad (IMC igual o >30)	24,4 (17,4-33,6)	35,5 (29,1-42,6)	30,9 (25,9-36,4)
Obesidad abdominal	73,1 (63,5-80,9)	77,1 (70,9-82,4)	75,4 (70,1-80,1)
Síndrome metabólico	46 (33,4-59,1)	50,7 (40,6-60,9)	48,8 (40,8-56,9)
Hábito tabáquico	11,7 (7,5-18,0)	14,3 (10,2-19,8)	13,2 (10,1-17,2)
5+ porciones de vegetales	10,6 (6,9-16)	22,2 (16,4-29,5)	15,5 (13,4-22,2)
Baja actividad física	46,4 (37,6-55,4)	50,3 (43,6-57)	48,7 (43,3-54,1)
Riesgo cardiovascular alto*	53,7 (40,97-65,88)	37,5 (27,51-48,74)	44,6 (36,61-52,79)
Riesgo cardiovascular muy alto	4,9 (1,48-15,29)	7,1 (3,30-14,5)	6,2 (3,22-11,43)

*Incluye riesgo moderadamente alto

Fuente: Elaboración propia con datos de la Segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (26)

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 (26), 4,5% de las personas mayores de 60 años presentaban deterioro cognitivo, (2,9% de mujeres y 6,4% de hombres); en relación a esta distribución, el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (ENADEAM) reportó que el deterioro cognitivo era más frecuente entre los hombres

mayores, pero la relación se invertía partir de los 85 años, con prevalencia mayor entre las mujeres. (19) En el auto-reporte de problemas funcionales en la ENS, se incluyeron limitaciones funcionales al señalar un grado de dificultad moderada o mayor para desplazarse (66,9%), para recordar cosas o concentrarse (41,3%), para ver (25,4% y 35,1%, para objetos lejanos o cercanos, respectivamente), limitación para realizar esfuerzos moderados como pasar la aspiradora o mover una mesa (56,4%) o para subir varios pisos en una escalera (65,4%). Respecto a la percepción de haber hecho menos de lo que se hubiera querido hacer en actividades cotidianas, a causa de la salud física, 19,7% de las personas declararon que siempre o casi siempre, y 26,8%, algunas veces. Respecto al desarrollo de actividades en el hogar o el trabajo, 41,5% declaró dificultades al menos moderadas. Un 14% de las personas declaraban haber tenido dificultad moderada, elevada o no haber podido efectuar al menos una actividad básica de la vida diaria. En cuanto a la salud autopercebida, 40% de las personas la calificaron de regular y 15,2%, de mala o muy mala. En cuanto a diferencias de género, las mujeres mayores de 60 años declararon con más frecuencia limitaciones funcionales en este ámbito (48,5% en comparación a 38,2% de los hombres de 60 a 69 años, 59,2% en comparación a 38,4% de los hombres de 70 a 79 años y 48,3% en comparación a 41,1% de los hombres de 80 o más años), mientras entre las personas mayores de 65, 61% de las mujeres y 56,9% de los hombres declararon tener limitaciones en el ámbito de la visión, y 48% de las mujeres y 58,5% de los hombres, en el de la audición, sin que estas diferencias fueran significativas. (26)

El ENADEAM determinó distintos grados de pérdida de la funcionalidad, a partir de indicadores desarrollados con este fin, y encontró que el año 2009, 21,4% de la población mayor del país presentaba algún nivel de dependencia, 12,4% severa y 5% moderada. La prevalencia de dependencia era mayor en los hombres que en las mujeres menores de 70 años, pero la relación se revertía a partir de esta edad, superando en 5 (70 a 74 años), 7 (75 a 79 años), 12 (80 a 84 años) y 14 (85 o más) puntos porcentuales a los hombres del mismo grupo de edad. (19)

Respecto a la mortalidad en la población adulta mayor, el año 2010 ésta fue de 32,5 por mil hombres y 19,6 por mil mujeres de 65 a 79 años, y de 132,1 por mil hombres y 107,6 por mil mujeres mayores de 80 años. En personas de 65 años o más, el mismo año, las primeras causas de muerte, en orden decreciente, fueron las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón y la demencia o enfermedad de Alzheimer. (27)

En cuanto a la existencia de desigualdades socio-económicas y de género relacionadas con la situación de salud de las personas mayores, un estudio reciente (13) ha encontrado que tanto la prevalencia como el desarrollo de limitación funcional y la mortalidad se distribuyen de manera desigual según la posición socioeconómica de las personas, con una marcada peor situación y pronóstico en el caso de las personas de nivel socio-económico bajo; la prevalencia de enfermedades crónicas muestra diferencias significativas, con menor proporción de hombres y mujeres con una posición socioeconómica más aventajada reportando tener hipertensión, enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o alguna enfermedad crónica en general; esta diferencia se observa además entre las mujeres, tanto para caídas en los últimos 6 meses como para presentar 2 o más enfermedades crónicas, mientras en los hombres se observa para diabetes, síntomas depresivos y cáncer. Se observa algo similar en cuanto al estado funcional, con mayor probabilidad de presentar 1 o más limitaciones tanto para actividades básicas, como para instrumentales o avanzadas de la vida diaria, en hombres y mujeres de posición socio-económica menor; entre las mujeres con peor situación socio-económica se observó mayor prevalencia de deterioro cognitivo, y tanto en hombres como en mujeres de este grupo, había mayor probabilidad de declarar que su salud actual era regular o mala. (13)

Los resultados de una investigación reciente indican marcadas diferencias en cuanto a la expectativa de vida a los 60 años y a la expectativa de vida saludable entre las mujeres, según su nivel socioeconómico; aquellas de nivel socioeconómico bajo viven 12 de los 17 años de vida que se espera que vivan sobre los 60 con limitación funcional, mientras esto ocurre en 9 de los 28 años que se espera que vivan aquellas mujeres de nivel medio y alto. Entre los hombres, los de clase media tienen la menor expectativa de vida sobre los 60, de 15,6, mientras los de clase alta, de 20, y los de clase baja, de 17, si bien estos últimos se espera que pasen 10 de estos años con problemas de salud limitantes. (Comunicación personal vía correo electrónico con Alejandra Fuentes García, el 09/12/2013)²

Los principales usuarios del sistema de salud, tanto público como privado, son las personas mayores del país; el año 1998, casi un cuarto de las personas de 65 años o más pertenecían al grupo A de Fonasa, con un 62% cubiertos por el plan A o B, y un 15% con los planes C o D; la población total de este grupo de edad, inscrita en Fonasa, alcanzaba 80,4%, 6% cotizaba en instituciones de las Fuerzas Armadas y menos de 7% en Isapres. (28) El año

² Título: El efecto de la posición socioeconómica y del apoyo social en el proceso de discapacidad de adultos mayores chilenos. Tesis de Doctorado en Salud Pública, Universidad de Chile.

2010, el porcentaje de adultos mayores inscritos en Fonasa se estimaba en 85,6%. (18) La proporción de adultos mayores de nivel socio-económico medio-bajo o bajo, usuarios del sistema público de salud, es de 95%; según un estudio efectuado con adultos mayores de la Región Metropolitana. (29) Análisis efectuados en la última década mostraban la persistencia de inequidades en el acceso a atención entre el sistema público y el privado; solamente las personas con mayores ingresos pueden solventar el costo de los planes de Isapres o los seguros privados, con mejor acceso a atención médica, si bien quienes tienen mayor probabilidad de enfermar son los usuarios del sistema público; no obstante, en situaciones de urgencia, un tercio de los usuarios del sistema privado de salud se atendían en servicios públicos de urgencia. (30) El único aspecto en el cual los usuarios del sistema público declaraban mayor acceso era en los exámenes de control preventivo de salud, si bien la tasa de cobertura de éstos era de sólo 25%, y en cuanto al examen preventivo Papanicolau, el mayor porcentaje de realizaciones correspondía a las usuarias inscritas en el sistema privado (80%). (28)

En cuanto a la asistencia a controles de salud y adherencia a tratamiento de enfermedades crónicas, la Encuesta Nacional de Salud encontró que, entre los mayores de 65 años con hipertensión arterial, 73,2% declaraba estar en conocimiento de tener este problema, 46,4% estar en tratamiento y 14,1% acudir a control periódico. (26) Algunos estudios se han referido al nivel de adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas entre los usuarios del sistema público de atención primaria, señalando cifras de 62,5% de adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus para todo grupo de edad, sin diferencias significativas según sexo, en un estudio efectuado con una muestra pequeña (N=92) de pacientes de un CESFAM que habían acudido a efectuarse control metabólico, por lo que los resultados pueden sobreestimar el nivel de adherencia, si se considera a la población adulta mayor general, que está inscrita en el sistema público. (31) En relación a la misma patología, también entre una muestra pequeña (N=50) de usuarios de un CESFAM, se ha encontrado que las personas declaraban haber mantenido una dieta general adecuada un promedio de 4,3 días a la semana, y 40% presentaban un control metabólico pobre. (32) En cuanto a la hipertensión, un estudio efectuado con personas de 65 años o más, encontró un 78,4% de incumplimiento terapéutico en relación al conjunto de recomendaciones entregadas por parte del equipo de salud. (33)

Políticas y programas orientados a la población adulta mayor en Chile

El proceso de envejecimiento de la población se ha venido abordando desde las políticas públicas de salud, por un lado, y de protección y desarrollo social, por otro. El Programa de Salud del Adulto Mayor se creó en 1995, lo cual significó contar con metas específicas en relación a este grupo etario en los centros de atención primaria, con determinados exámenes, beneficios y prestaciones; en particular, el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que desde el año 2007 constituye una garantía AUGE, y que fue introducido el año 1999 como Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM), para determinar el riesgo de pérdida de funcionalidad, así como el Programa de Alimentación Complementaria (PACAM), programas de vacunación gratuitos contra el virus de la influenza y el neumococo, y atención domiciliaria gratuita para pacientes con discapacidad severa.

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incluye entre sus metas específicas aumentar la sobrevivencia de las personas con patologías cardiovasculares, incrementar el porcentaje de personas con hipertensión y diabetes mellitus bajo control, disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica y mejorar el estado de salud funcional entre las personas de 65 a 80 años; la meta específica en relación a la salud del adulto mayor es disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en las personas de este grupo de edad. (34)

En cuanto al ámbito de la protección y desarrollo social, el organismo encargado de coordinar estas acciones es el Servicio Nacional del Adulto Mayor, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. Recientemente se propuso la Política Integral de Envejecimiento Activo 2012-2025, la cual se plantea como una política flexible, en el sentido de ir revisando continuamente sus metas y logros, a medida que se implemente. Al igual que la Estrategia Nacional de Salud, pone énfasis en la mantención de la funcionalidad de las personas mayores, proponiendo un modelo denominado de atención integral de salud, extendiendo la atención a los hogares y a los centros diurnos y establecimientos de larga estadía; la estrategia específica en este sentido sería identificar factores de riesgo (físicos, biológicos, psíquicos y sociales) para la dependencia y deterioro cognitivo. Junto a lo anterior, se plantean como grandes objetivos, la integración social de las personas mayores, considerando el ámbito educacional, laboral, diseño de espacios públicos y medios de transporte, así como la promoción de una imagen positiva de la vejez. (35)

Durante el gobierno anterior (2010-2013) no se desarrollaron directrices específicas de trabajo en salud con la población adulta mayor, situación que se ha subsanado el presente año, con la elaboración del borrador del Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores (36), el cual retoma los aspectos planteados por el programa en sus orígenes, y por primera vez se señalan una serie de principios y enfoques a los que este programa manifiesta adherir, entre ellos, un modelo de atención con énfasis en lo promocional y preventivo, con participación social e intersectorialidad, asumiendo un enfoque que contempla la equidad, los determinantes sociales, el género y la interculturalidad, entre otros aspectos; no obstante - teniendo en cuenta que se trata de un borrador - en el desarrollo del programa, tanto en los antecedentes relativos a la situación de salud, como en el detalle de las estrategias y objetivos a alcanzar, estos elementos se integran sólo parcialmente, siendo llamativo en particular la ausencia de consideraciones acerca del género. Se incluye en cambio, en el conjunto de líneas estratégicas y objetivos, la intersectorialidad como modalidad de trabajo para desarrollar metas relativas a la mantención de la funcionalidad de las personas mayores; junto a esto se plantea la importancia de levantar las necesidades de las personas mayores, para el desarrollo de políticas, planes y programas, a nivel público y privado, que favorezcan su salud, calidad de vida y bienestar, así como el fomento de la participación y fortalecimiento de redes sociales.

En relación a la relevancia del género en las políticas de salud en general, Matamala et al. (37) destacan la ausencia de este enfoque en las políticas de salud chilenas, a pesar de haberse suscrito compromisos internacionales que fomentan la incorporación del género al desarrollo de las políticas públicas; desde el punto de vista de la justicia en salud, no se observan mecanismos de levantamiento y debate de las demandas y propuestas, especialmente de grupos que experimentan un mayor nivel de exclusión, tales como las mujeres o las personas mayores, entre otros, y en general se advierte una invisibilización de las desigualdades de género en salud, con predominancia de intervenciones de aparente neutralidad, que no se hacen cargo de las distintas necesidades de mujeres y hombres. En efecto, los objetivos y metas sanitarias planteadas como orientaciones para la planificación y gestión en red el año 2013, hacen una breve mención a la reducción de inequidades en salud, refiriéndose exclusivamente a la posición social, operacionalizada en años de estudio, y a la ubicación geográfica, sin ninguna alusión a las inequidades de género, a lo largo del documento. (38)

Este análisis crítico es aplicable a las políticas públicas enfocadas a las personas mayores, en particular en lo relativo a su participación en el levantamiento de necesidades, y

en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud. En cuanto al género, en el ámbito de las políticas sociales se han venido generando algunas iniciativas que buscan disminuir las brechas entre mujeres y hombres en acceso a determinados beneficios, tales como el Programa Vínculos o el Programa de Turismo Social (39); no obstante, el indicador empleado para sustentar el empleo de un enfoque de género es que un mayor porcentaje de beneficiarias son mujeres, lo cual considerando la composición según sexo de este grupo de edad, no indica necesariamente que las mujeres se vean más beneficiadas que los hombres; por otro lado, tanto el sustento conceptual como los programas desarrollados no incorporan al conjunto de la sociedad en un compromiso por mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, sino que operan a través de acciones de tipo reparatorio. La Política Integral de Envejecimiento Activo, a su vez, si bien plantea incorporar perspectiva de género, lo menciona de manera tangencial en el documento, sin incluirlo en sus líneas de acción. (35)

Considerando el marco conceptual propuesto por Huenchuán para analizar los objetivos de las políticas públicas orientadas al envejecimiento, se puede distinguir entre políticas que abordan la vejez como un asunto de pobreza, como un asunto de exclusión social, como un asunto de integración social, o como un asunto de derechos, en las cuales la concepción a la base, en relación a las personas mayores, se desplaza desde la noción de objetos de protección, beneficiarios pasivos y beneficiarios activos hasta la de sujetos activos. (40) Si bien se reconoce que Chile está entre los países de la región pioneros en el desarrollo de políticas públicas destinadas a la población adulta mayor (41), un análisis de los programas y servicios disponibles al año 2007 mostraba una predominancia de iniciativas enfocadas en la exclusión social o vulnerabilidad, en la integración social, en menor medida en la pobreza y en último lugar, en los derechos. (42) Sólo un análisis de los objetivos y contenidos de una política permiten determinar si la adherencia explícita a un enfoque de derechos se concreta en su planificación y puesta en práctica; es importante también distinguir aquellas políticas que pretenden fomentar la integración social y la participación de las personas mayores, pero que expresan una concepción paternalista e infantilizante de la vejez. (41)

Imágenes de la vejez

La Política Integral de Envejecimiento Activo plantea como objetivo explícito el potenciar una identidad positiva de los adultos mayores. Existen estudios en Chile que han

investigado la imagen de la vejez entre algunos grupos, el nivel de exclusión social que los adultos mayores experimentan y la percepción que las mismas personas mayores tienen respecto de su calidad de vida, de bienestar y salud.

Un estudio enfocado en los imaginarios sociales acerca de la vejez y el envejecimiento en textos escolares del Ministerio de Educación, encontró una imagen parcial y estereotipada en relación a las personas mayores, en que su principal inclusión se produciría en el entorno familiar, dejando fuera las relaciones de amistad o pareja que pudieran establecerse, restringiéndose al rol de abuelo/a, que constituiría su único aporte a la sociedad. En este sentido, su principal relación social la constituirían los niños, en particular los nietos, relación que se caracterizaría por la armonía y el amor; esta situación cambiaría a tensión constante en la adolescencia, con un contraste entre el apogeo de la juventud y la decadencia propia de la vejez. Quedan fuera aspectos como la autonomía, la capacidad de desenvolverse en contextos diferentes al familiar, así como aquellas personas mayores sin hijos ni nietos, o la diversidad entre los adultos mayores, según lo avanzado de su edad, entre otros. (43)

Entre estudiantes universitarios, se encontraron predominantemente imágenes negativas en torno a la vejez, con la idea central de decadencia asociada a vergüenza; los autores vinculan esto a la sobrevaloración actual de la juventud, así como a relacionar la realización personal al éxito, sobre todo económico, el cual descansa en la competitividad característica de la juventud y la adultez. (44)

Un estudio basado en la prensa escrita encontró que la vejez era un tema poco presente en estos medios; cuando se incluía, se presentaban estereotipos tanto positivos como negativos, frecuentemente contradictorios, apareciendo por un lado como una carga y enfermos, o como microempresarios emprendedores y personas que disfrutaban del tiempo libre. Si bien no se concebían como teniendo influencia en el ámbito familiar ni social, se les reconocía como grupo de opinión y consumo; un rol importante que se les asignaba era el cuidado de los nietos, contribuyendo de este modo a que los adultos pudiesen trabajar. Los resultados expresaban el predominio de una imagen de envejecimiento activo vinculado al desarrollo de diversas actividades con la finalidad principal de entretenimiento personal; cuando se los visualizaba como productivos, era en relación a su capacidad de generar ingresos económicos, no en cuanto a su potencial de influir en el funcionamiento social, en la producción de ideas o en la generación de redes sociales. (45)

Los estereotipos negativos sistemáticos en relación a la vejez han sido descritos por diversos autores como “viejismo”³ o “edadismo”, resultantes en la discriminación hacia las personas por el hecho de ser viejas. (46,47) Más aún, el uso de la palabra “viejo” o “vieja” está profundamente cargado de ideas negativas y se evita para aludir a las personas. (48) Arber (46) se refiere también al “viejismo” de género, en referencia al efecto diferenciado que este fenómeno tiene sobre mujeres y sobre hombres. Freixas (49), al analizar la publicidad televisiva en España, encontró una tendencia a no mostrar personas mayores, especialmente a las mujeres, así como la expresión de un doble estándar que planteaba que, mientras los hombres maduraban con la edad, las mujeres envejecían.

El tema de la exclusión social de la vejez ha sido abordado en algunos estudios nacionales. Como señala Osorio (50), este fenómeno en las sociedades contemporáneas se liga a que en un primer momento la problemática de la vejez se concibió como un asunto de asistencia, delegado fundamentalmente a instituciones privadas de beneficencia, situando a la vejez en el marco de la vulnerabilidad. Las acciones estatales también adoptaron un modelo paternalista, lejano a la noción de ciudadanía y ejercicio de derechos, ligado al rol que tradicionalmente se ha atribuido a las personas mayores - como sujetos de beneficio – el cual las margina y quita la posibilidad de reconocer un rol activo, de ser recursos para el desarrollo o de poder ejercer su ciudadanía.

En torno a este tema, entre una muestra representativa de la población nacional mayor de 18 años, entrevistada el año 2011, un 45,9% consideraba que la televisión presentaba a los adultos mayores con características negativas. 73,8% de las personas consideraba que los adultos mayores no son capaces de valerse por sí mismos (65,9% entre los mayores de 60 años). Respecto a la percepción del nivel de preparación del país para abordar el envejecimiento de la población, 32,8% y 45,6% de las personas entrevistadas consideraban que nada o poco, respectivamente; en cuanto a la preparación personal para enfrentar el propio envejecimiento, 75,8% consideraba tener poca o ninguna. Se atribuía la responsabilidad por el bienestar de las personas mayores principalmente a las políticas públicas (59,3% entre la población general, y 63,2% entre mayores de 60 años) y a familiares y amigos (35,8% en la población general, y 28% entre mayores de 60 años). (51)

Entre las personas incluidas en el Estudio Nacional de Dependencia en el Adulto Mayor, 14% declaraban haberse sentido discriminadas al menos alguna vez; 49,3% de éstas, por el hecho de ser adultos mayores. (19)

³ Traducción propia del término inglés ‘ageism’, acuñado originalmente por Robert Butler en 1969. (47)

Un estudio acerca de las representaciones sociales de la vejez entre mujeres mayores chilenas con algún nivel de limitación funcional, encontró que este grupo se refería a la vejez principalmente en relación a pérdidas físicas, cognitivas y emocionales, y como una amenaza a su status, construido y sostenido en torno a un rol de género que se expresaba en el cuidado de los otros y la mantención del hogar; el deterioro en la salud, en particular sus efectos sobre la funcionalidad, era uno de los contenidos centrales de la representación de la vejez para estas mujeres.⁴

Un estudio efectuado entre personas de 60 años o más, de todos los niveles socioeconómicos, mostró que los problemas de salud se reconocían como un importante determinante de la calidad de vida en la vejez, lo cual se acompañaba de la noción de responsabilidad personal en el cuidado de la salud, a través de acciones de tipo preventivo, ligadas a la alimentación o la actividad física; en particular, la calidad de vida se ligaba a posibles limitaciones de tipo físico y mental a futuro, que afectarían su movilidad, el desarrollo de las actividades cotidianas y el reconocimiento por parte de sus seres queridos y entorno; se mencionaba como relevante el acceso a atención de salud, el cual variaba según el nivel socioeconómico, evaluando de manera negativa el uso de medicamentos. (52)

La calidad de vida en la vejez, al igual que la salud, responde a múltiples factores de tipo personal y socio-ambientales, y su comprensión implica tomar en cuenta aspectos subjetivos, además de indicadores objetivos. (53) Entre personas de todos los niveles socioeconómicos, autovalentes y semivalentes, señalaban al entorno social como un aspecto de gran importancia en relación a la calidad de vida, en cuanto potencial fuente de contención y apoyo emocional, recursos materiales y económicos, así como por constituir un incentivo para mantenerse activos, articular las rutinas cotidianas, promover las relaciones entre distintas generaciones y facilitar el desenvolvimiento en el entorno físico del hogar, en cuanto a los aspectos positivos, mientras los aspectos negativos apuntaban a limitar la participación en la toma de decisiones y promover una imagen negativa de las personas mayores. (53,54)

La Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010), focalizada principalmente en población mayor de 60 años de zonas urbanas, encontró que 59,5% de las personas se declaraban satisfechas con su vida (56,8% de las mujeres y 63,2% de los

⁴ Resultados no publicados a la fecha del estudio “Género, salud y funcionalidad en adultos mayores en Santiago, Chile” (2010-2011). Investigadora principal: Ximena Moreno.

hombres), con una gradiente según nivel educacional (46,3% entre personas sin educación y 74,1% en aquellos con educación superior). 34% declaraba haberse sentido estresado durante el último semestre (38,6% de las mujeres y 27,1% de los hombres). La principal preocupación expresada fue tener que depender de otras personas. Los principales problemas enfrentados en el último semestre fueron dificultades económicas, enfermedad grave de algún pariente o persona cercana o haber tenido un problema de salud o accidente grave. En cuanto a haber sido tratado injustamente por el hecho de ser adulto mayor, la mayor frecuencia se refería al consultorio, hospital o centro de salud (29,7% de los entrevistados). (17)

La percepción del propio estado de salud era regular o malo entre el 56,7% de las personas; sólo 39,9% de las mujeres consideraban que su salud era buena o muy buena, en comparación con 48,3% de los hombres, existiendo una gradiente según nivel educacional (28,1% entre personas sin educación y 64,1% entre personas con educación superior). La capacidad para efectuar actividades de la vida diaria y la sensación de control sobre lo que le sucede, son de los factores que más se relacionan con la sensación de bienestar, así como la presencia o no de enfermedades, el estado de ánimo, la calidad del sueño y la memoria. También resultan gravitantes las condiciones económicas, de vivienda y de alimentación, así como la existencia de relaciones afectivas, la disponibilidad de apoyo, la posibilidad de participar en organizaciones sociales y de realizar actividades recreativas, en el nivel de bienestar expresado. (17)

Conceptualizaciones de la salud y del envejecimiento

Al igual que los significados asociados a la vejez, el concepto de salud no es unívoco. Su significado, y por lo tanto, las prácticas asociadas a éste, se han ido transformando según el contexto histórico y cultural; más aún, dentro de una misma sociedad, la salud adquiere diversas connotaciones y significados.

Cabe señalar que las instituciones de salud modernas surgieron en respuesta a la necesidad de hacer frente a las enfermedades, por lo que el énfasis se ha situado en el estudio de las enfermedades, sus formas de transmisión, su curación y posteriormente su prevención. En Latinoamérica, esto se daba inicialmente en el contexto colonial y posteriormente con la instalación de negocios norteamericanos, bajo el interés de no ver mermada la disponibilidad de mano de obra. (55)

La definición médica más extendida alrededor de 1900 consideraba que la salud era la ausencia de enfermedad, pero en el transcurso del siglo pasado, ésta fue evolucionando para incorporar la referencia a la persona y su entorno y no solamente la expresión exclusivamente biológica. (56) En la década de 1930, el cirujano René Lariche sostuvo que la salud era el silencio de los órganos, introduciendo de este modo el punto de vista del individuo, que es quien determina “el silencio” de los órganos mientras no manifieste síntomas o malestar; la enfermedad, a su vez, sería lo que obstaculiza el desarrollo de las actividades normales de la vida y produce sufrimiento. (56)

Al momento de fundarse la Organización Mundial de la Salud (OMS) se incluyó el objetivo de no sólo combatir la propagación de enfermedades, sino buscar lograr el nivel más alto de salud posible. (55) Se incorporó la dimensión subjetiva a su definición, señalando que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (57)

Esta definición ha sido criticada como vaga, idealista y poco práctica. (58,59) También se ha señalado que fomenta la hiper-medicalización, al buscar descartar todo tipo de señal de enfermedad, incluidas las sub-clínicas, potenciando a las industrias de la tecnología médica y farmacéutica. (60) No obstante, la amplia aceptación de esta definición se manifiesta en que continúa vigente hasta hoy.

Una corriente particular, cuyo desarrollo principal se dio en América Latina, es la medicina social, cuyos orígenes se sitúan a mediados del siglo XIX con los trabajos de Virchow en Alemania, que mostraban los efectos de las condiciones sociales sobre las enfermedades y la mortalidad, por lo que se planteaba la necesidad de cambios sociales para mejorar los problemas de salud (61), definiendo a la medicina como una ciencia social, cuyo campo de acción eran los problemas sociales. (62) Conceptualmente, existe una distancia respecto a las nociones tradicionales de la salud pública; la salud y la enfermedad no se comprenden como una dicotomía, sino como un proceso dialéctico, siendo la unidad preferente de análisis los colectivos, con sus respectivas condiciones de vida, en lugar de los individuos en relación a una serie de variables. (61) La medicina social se fue planteando como un quehacer ligado a la práctica, con un compromiso de cambio social y emancipación, siendo habitual el desarrollo de investigación e intervenciones en conjunto con grupos y organizaciones de las comunidades, tales como sindicatos o coaliciones indígenas. (63)

Los desarrollos de la medicina social, poco conocidos en los países donde no se habla castellano o portugués (61,63), se consideran antecedentes fundamentales para la elaboración de las políticas de promoción de la salud (64), al incorporar la noción de

determinantes sociales de la salud, relativizar el impacto de los avances tecnológicos en cuanto a las posibilidades de acceso de la población en función de su posición de poder dentro de la estructura social, promover un cambio en las relaciones entre los servicios de salud y los usuarios, con énfasis en la participación y establecer un compromiso político con movimientos sociales y proyectos que impulsaran el cambio social, de modo de mejorar las condiciones de vida de las personas y colectivos. (63)

Chile se cita como un ejemplo en relación al impacto que la medicina social fue alcanzando, a partir de los debates de la década de 1930, en que se analizaba el rol de las condiciones de vida como determinantes de la situación de salud de la población, y cuyo principal impulsor fue Salvador Allende, quien en calidad de Ministro de Salud, el año 1939 abordó esta situación en el libro “La realidad médico-social chilena”, cuyo proyecto fue consolidándose durante las décadas siguientes, con una serie de iniciativas tendientes a lograr una distribución más equitativa de los ingresos, mejorar las condiciones laborales, de vivienda y de nutrición de la población, y con la creación del Servicio Nacional de Salud, hasta la abrupta interrupción ocurrida a raíz del golpe de Estado de 1973. (61)

Si bien es innegable el impacto de la medicina social sobre el quehacer en salud pública en Chile durante el siglo XX, en paralelo se efectuaron reformas con un trasfondo conceptual distinto, con importantes implicancias para la representación de la salud. Específicamente, el año 1938 se promulgó la ley de Medicina Preventiva, la cual fomentaba toda acción del Estado que a través de la medicina evitara la enfermedad del trabajador, cuya salud era el principal elemento de riqueza para el país; en la misma línea, algunas interpretaciones de la medicina social en esa época, si bien reconocían la importancia de las condiciones de vida, enfatizaban la necesidad de mantener la salud de las personas, como una forma de preservar el valor económico, al evitar que las personas se convirtieran en cargas pasivas para la sociedad o disminuyeran el nivel biológico del país. (62)

En cuanto a las corrientes principales de la salud pública, a partir de la década de 1950 se observó una medicalización de la sociedad (65), acompañada de una esperanza plena en que el avance de los conocimientos científicos y el progreso de la tecnología médica serían capaces de lograr mejorar la salud de la población, eliminando las desigualdades en salud. (66) El modelo de atención se comenzó a centrar en la prevención de determinadas enfermedades, estableciendo relaciones verticales con los usuarios y favoreciendo el uso de tecnología farmacológica para hacer frente a los problemas de salud. (67) Durante la década de 1970 emergió, de manera más reconocida por la comunidad internacional que el movimiento de la medicina social, una concepción de salud que daba

cuenta de la influencia de aspectos no biológicos en la salud de las personas, incluyendo la estructura social, la situación política, el modelo económico, las condiciones medioambientales o las características de las relaciones sociales. (65) Junto a esto, se reconocía la importancia de la participación de diversos sectores, aparte de salud, en la implementación de estrategias para mejorar o mantener la salud de las personas, atendiendo a la existencia de inequidades en salud, que requería un abordaje integral que incorporara sus múltiples determinantes. (68)

Las definiciones previas se plasmaron en documentos clásicos del enfoque de promoción de la salud, tales como la Declaración de Alma Ata o la Carta de Ottawa. No obstante, en las décadas posteriores, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud fue en gran medida absorbida por el enfoque de riesgos, con lo cual los factores no biomédicos suelen considerarse como variables que afectan el riesgo individual de padecer determinada condición, tendiendo a reducir las posibilidades de intervención en salud al campo de las acciones individuales (69), situando predominantemente la responsabilidad sobre la salud en el individuo. (56)

En concordancia con esto, los programas de salud pública tienden a enfatizar la adopción de estilos de vida saludable, como una de las principales estrategias de prevención y promoción de la salud; tal es el caso del Programa Elige Vivir Sano, que se centra en el fomento de hábitos de vida saludables para alcanzar una serie de metas en salud. (34) Existe evidencia respecto a que este enfoque por sí solo resulta ineficaz para disminuir las inequidades en salud, dado que se ha observado que los hábitos de vida no explican el exceso de mortalidad en función de la posición social, siendo determinantes, en cambio, además de la posición social, el nivel de deprivación, el grado de control y la participación social. (70)

Así como la definición de salud, la investigación en este campo y los modelos de atención son portadores de determinados valores (71), también lo son los modelos en que se basa el estudio del envejecimiento. Se plantea que el enfoque gerontológico tradicional considera el envejecimiento como un proceso individual y fundamentalmente biológico, sosteniendo una visión de la vejez como una etapa de déficits y deterioro. (47,72) A esta perspectiva pertenece también el concepto de envejecimiento exitoso, que otorga valor a la mantención de la autonomía y la independencia, los cuales corresponden a valores de la sociedad occidental. (73) Más aún, los críticos del concepto señalan que existen diversas formas de envejecer bien, que no necesariamente hay un grado de concordancia entre la definición normativa y lo que las propias personas evalúan como envejecer exitosamente, y

que la definición no considera la realidad de las personas que envejecen con limitaciones funcionales, lo que redundaría en que no se plantee la importancia de los elementos contextuales en cuán exitosamente las personas puedan o no desenvolverse. (74-76)

Otra de las grandes críticas a la gerontología tradicional es que se analiza el proceso de envejecimiento de manera no diferenciada entre mujeres y hombres (77), sin tomar en cuenta la importancia que el género tiene en relación a la estructura de las relaciones sociales, los roles y la identidad, elementos que influyen en la delimitación de oportunidades a lo largo de la vida, y que moldean los recursos con que se cuenta en la vejez para afrontar las demandas de esta etapa. (77) El enfoque de género se desarrolla más adelante en este documento, en la sección de marco teórico.

En relación a esto, la OMS ha producido documentos y diseñado directrices para abordar la salud de las personas mayores, tomando en cuenta la importancia del género en el proceso de envejecimiento y la situación de salud. (78,79) El análisis y recomendaciones tanto para hombres como para mujeres se basan en una perspectiva de ciclo vital, en que se otorga relevancia a la influencia de los determinantes sociales de la salud a lo largo de la vida y se enfatiza en la necesidad de impulsar políticas públicas que apunten a generar cambios, sostenibles en el tiempo, en la estructura social y económica y en las condiciones medioambientales, teniendo como horizonte el logro de un envejecimiento activo, buscando ampliar el concepto de envejecimiento exitoso al incorporar la serie de factores que influyen en cómo las personas envejecen. El envejecimiento activo es definido como un proceso individual y social, que implica que las personas puedan desplegar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de su vida, participando en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, contando con protección, seguridad y cuidado cuando lo requieran. (80)

Los documentos de la OMS que abordan la salud de las personas mayores atendiendo a las especificidades de género, proponen una variedad de acciones no sólo en los distintos niveles de atención en salud, sino en múltiples ámbitos de la sociedad, implicando reformas sustanciales a las políticas públicas enfocadas al proceso de envejecimiento. Se plantea la necesidad de mejorar la información respecto a cómo las diferencias de género influyen en la salud en la vejez, más allá de constatar las diferencias existentes en cuanto a la mayor mortalidad de los hombres y el mayor nivel de discapacidad en las mujeres. (78,79)

Los factores asociados a la salud de las poblaciones en general, y las mujeres y hombres mayores, en particular, son múltiples y su modo de acción es complejo. Se han

estudiado mayormente elementos cuyo efecto sobre la salud es más fácilmente observable, tales como los hábitos y comportamientos individuales. Sin embargo, resulta evidente que hay aspectos políticos, económicos, sociales, culturales y psicológicos que entran en juego y delimitan las posibilidades de acción que las personas enfrentan a lo largo de su vida, generando diferencias de salud que no se explican cabalmente a través de un modelo de factores de riesgo que influyen sobre determinada condición o proceso. Se ha observado, por ejemplo, que en los países desarrollados, por sobre el grado medio de riqueza, mientras más igualitaria es una sociedad, mayor es la probabilidad de tener una esperanza de vida elevada entre su población (66), y que el exceso de mortalidad entre los grupos más vulnerables no se asocia a causas específicas, sino que se da con la misma magnitud para todo tipo de causas. (81)

Si bien es cierto que el estudio de los factores de tipo político, social, económico, cultural o psicológico, en el contexto de la salud pública, es teórica y metodológicamente desafiante, resulta imprescindible incorporarlos en los modelos comprensivos que se desarrollen, con miras a resolver los problemas de salud pública. El reconocer que la situación de salud no es un evento que responde mecánicamente al efecto de factores de riesgo o protectores sobre un individuo, sino que corresponde a un proceso en que también entran en juego, en una relación dinámica, elementos culturales y sociales, exige el empleo de un enfoque epistemológico y metodológico apropiado, que permita comprender los fenómenos y entregue elementos para la acción.

Al poner el foco en la situación de salud de las mujeres y hombres mayores y los esfuerzos desplegados para influir sobre los factores modificables que la afectan, tales como los hábitos, la utilización de los servicios de salud o la adherencia a tratamientos, debe tenerse en cuenta que estos elementos constituyen prácticas sociales, relacionadas con las representaciones que las personas construyen socialmente en torno a la salud, las cuales se encuentran ancladas en sistemas de significado construidos socialmente, por lo que la comprensión y eventual modificación de estas prácticas requiere un abordaje que considere el contexto en el que se desarrollan, mantienen y transforman.

Es reconocida la dificultad de las intervenciones orientadas a fomentar el autocuidado de la salud, para lograr un cambio sostenido en el tiempo que se exprese en prácticas que se vuelvan parte de la vida cotidiana de las personas, dado el predominio en nuestro país de un modelo de atención tradicional, que se centra en la perspectiva del prestador de salud, con dificultades para reconocer y comprender el punto de vista del usuario. (82)

A nivel nacional existen estudios que buscan conocer algunos elementos propios de la perspectiva de los usuarios adultos mayores de los servicios de salud, y su rol en aspectos del autocuidado tales como los hábitos o la adherencia a tratamientos. (33,83) Estos estudios aportan hallazgos en relación a conocimientos que poseen las personas acerca de determinadas patologías crónicas, así como la percepción de la propia capacidad de adoptar conductas de cuidado en relación a éstas. Estos esfuerzos de investigación deben ser complementados con un enfoque que tome en cuenta el carácter social y cultural de las creencias y prácticas en salud, así como el dinamismo e interconexión entre los elementos de carácter individual y social que sustentan las conductas en relación a la propia salud. Esto permitiría, por una parte, comprender el sentido de los comportamientos en las situaciones reales y cotidianas, y por otra, incorporar aspectos socioculturales - sustentados teóricamente y basados en evidencia empírica – a los programas de salud, generando intervenciones pertinentes según edad y género, superando el enfoque de riesgos predominante, que apunta a la modificación conductual como un fenómeno individual.

Tal enfoque contribuiría, además, a transformar a los usuarios de los servicios de salud, adultos mayores en particular, en sujetos de derecho, comprendiendo la salud como un campo en el cual desplegar la ciudadanía, en lugar de continuar implementando los programas de salud verticalmente (84), imponiendo de este modo la perspectiva de los prestadores de salud. (85)

Atendiendo a lo anterior, se propone la teoría de las representaciones sociales como marco conceptual apropiado para abordar esta investigación, con el fin de aportar en la comprensión de las formas en que ser mujer u hombre mayor configura las representaciones sociales de la salud. Esta información podría constituir un insumo para desarrollar programas e intervenciones más pertinentes y eficaces, que consideren a las personas mayores como sujetos activos en la construcción de su propio bienestar. Para sustentar esta elección teórica y metodológica, se describen a continuación los aspectos conceptuales de la teoría de las representaciones sociales y su aplicación al ámbito de la salud.

Marco teórico

Teoría de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales surgió como el estudio del pensamiento de sentido común, es decir, la forma en que las personas interpretan la realidad en la vida

cotidiana, lo cual da sentido a las prácticas y permite la comunicación en relación a los tópicos relevantes para las personas. (86) Moscovici, quien introdujo por primera vez el concepto al estudiar el modo en que el psicoanálisis era aprehendido por personas pertenecientes a determinados grupos sociales, no científicos, señaló que una representación social es un sistema de valores, ideas y prácticas con dos funciones: por una parte, establecer un orden gracias al cual los individuos se orientan en su mundo social, y por otra, proveer códigos para nombrar y clasificar los múltiples aspectos del mundo y de la historia individual y grupal, haciendo posible la comunicación entre las personas. (86)

Esta teoría plantea que las representaciones sociales constituyen el conocimiento de la vida cotidiana, cuya función es interpretar y a la vez construir la realidad, definiendo las posibilidades de comunicaciones, valores e ideas, así como las interacciones y comportamientos de las personas. (87) El conocimiento de sentido común se construye a partir de la experiencia, que incluye conocimientos y modelos de pensamiento que son transmitidos a través de la tradición, la educación, los intercambios sociales y los medios de comunicación. (88)

El enfoque epistemológico a la base de esta teoría la distingue de otros modelos, frecuentemente empleados en el quehacer en salud, que buscan comprender y modificar la posición y comportamiento de las personas frente a determinados objetos. La teoría de las representaciones sociales se aparta de la epistemología fundacional, centrada en la búsqueda de principios objetivos o universales que pudieran ser descubiertos por la mente individual, los cuales se relacionan con una concepción mecanicista de la realidad, constituida por una cadena de causas y efectos; Markova (89) se refiere a una epistemología interaccional, en el sentido que las representaciones sociales suponen que existe una interacción entre los fenómenos sociales y quienes los constituyen, empleando la analogía de los campos electromagnéticos, que requieren la comprensión de lo que sucede entre dos cargas (el campo) y no del comportamiento de cada carga por separado.

El concepto de interacción supone una relación triangular básica: *Ego–Alter–Objeto*, en que el objeto representacional es construido conjuntamente por el *Ego* y el *Alter*, en su interacción, a diferencia de las concepciones mecanicistas del conocimiento, que plantean que el *Ego* genera conocimiento de manera individual e independiente. (90) Jodelet (88) señala que toda representación representa algo y a alguien, constituye un proceso en el que se establece una relación de las personas con el mundo y los objetos; por un lado, la representación incluye un contenido relacionado con un objeto, ya sean informaciones, imágenes, opiniones, etc.; por otro, la representación siempre es de un sujeto (individual o

grupales) con otro sujeto, por lo que depende de la posición que los sujetos ocupen en la sociedad.

En este sentido, la noción de sujeto no alude a la de individuo aislado, al concebir a las personas como actores sociales activos, con pertenencia social a distintos niveles – desde la estructura social o el espacio público hasta grupos sociales y culturales y el ámbito de vida más próximo - cuya vida cotidiana se desenvuelve en un contexto social de interacción, donde se desarrolla el proceso triádico mencionado de construcción de conocimiento. (91)

Los fenómenos sociales no se conciben como la suma de fenómenos individuales, sino por el contrario, se plantea que los fenómenos que ocurren a nivel individual derivan de fenómenos que suceden a nivel social, entendidos como procesos dinámicos que siempre implican interacción entre los miembros de la sociedad; de este modo, lo social siempre se manifiesta en la consciencia individual. (92)

Se plantea que las representaciones sociales surgen cuando la identidad colectiva se ve amenazada por alguna novedad. (86,93) El estudio pionero de Moscovici acerca del psicoanálisis, por ejemplo, se centraba en la representación social de una teoría que transformaba radicalmente las nociones en relación a la génesis y funcionamiento de la psiquis, incorporando un aspecto disruptivo para las nociones de la época, tal como la sexualidad. (87)

Se postulan dos procesos principales a través de los cuales se desarrollan las funciones básicas de las representaciones sociales, que son integrar la novedad, interpretar la realidad y orientar las prácticas y relaciones sociales. (88) Uno de ellos se denomina objetivación, a través del cual los objetos representados adquieren su forma específica, lo que implica literalmente la construcción de íconos o metáforas que ocupan el lugar del nuevo fenómeno o idea. (86) Por ejemplo, en el estudio de la representación de la locura en un pueblo rural en Francia, Jodelet (94) observó que se empleaban imágenes como “cuajado” (del queso) o “volverse agrio” (como la leche), las cuales se encontraban disponibles para las personas por formar parte de sus experiencias cotidianas en el campo. Una vez que se generan estas imágenes, se constituyen en una estructura esquemática, el núcleo figurativo, que reproduce la estructura conceptual, adquiriendo status de realidad para las personas y siendo empleado en las comunicaciones e interacciones cotidianas, en que las personas actúan como si el objeto tuviera estas características particulares. (88)

El otro proceso se denomina anclaje, que es la integración del objeto representado a sistemas de representación existentes, de modo de poder nombrarlo y comprenderlo. (86)

De este modo, el grupo asigna sentido al objeto, y a su vez, expresa su identidad. (88) Entran en juego las creencias o valores generales compartidos por un grupo, así como la posición social particular ocupada por éste. (95) El anclaje implica el contacto de la novedad con un sistema de representación que ya existe, lo que le confiere a las representaciones una dualidad entre ser innovadoras y rígidas, dinámicas y permanentes; esto se asocia con el fenómeno al que Moscovi (88) aludió por primera vez como polifasia cognitiva.

La polifasia cognitiva se refiere a la co-existencia de distintas modalidades de conocimiento, que se expresan de manera simultánea. (90) Dado que las representaciones sociales constituyen los medios para comprender la realidad, comunicarse y constituir una identidad social (86), al mismo tiempo marcan límites entre distintos grupos sociales, por lo que distintas representaciones sociales presentes en la realidad compiten entre sí en términos de la definición de lo que es real, dado que éstas no solamente representan lo real, sino que al hacerlo se convierten en lo que intersubjetivamente se considera como real. (96) Los grupos pueden incorporar elementos de distintos sistemas de conocimiento, lo cual da lugar a las contradicciones propias del pensamiento humano. (90) La competencia entre sistemas de conocimiento o definiciones de la realidad se da con frecuencia en las sociedades contemporáneas, en particular entre el conocimiento científico y algún tipo de conocimiento tradicional. (97) En este sentido, ciertos sistemas de conocimiento se encuentran más legitimados que otros en la sociedad (93), tales como la ciencia occidental, que se acepta generalmente como más cercana a la realidad objetiva. (96) En efecto, uno de los ámbitos privilegiados de estudio de las representaciones sociales ha sido cómo el conocimiento científico penetra el conocimiento de sentido común (98); se ha estudiado con mucha menor frecuencia la forma en que otras representaciones sociales hegemónicas permean el conocimiento científico. (96)

Los medios de comunicación de masas cumplen un importante rol en la diseminación y transformación del conocimiento experto en conocimiento de sentido común, proceso en el cual los contenidos son simplificados y cargados de ciertos valores y normas sociales propios de la cultura. (93) Sin embargo, no se concibe a las personas como recipientes pasivos, sino como constructores activos de sus representaciones, en el sentido que, si bien estos contenidos pueden ser aceptados acríticamente, las personas pueden transformar e incluso cuestionar su significado, lo cual dependerá de la distribución de poder dentro de la sociedad. (96) En este sentido, distintos grupos sociales no tienen la misma posibilidad de acceso a la construcción de la realidad social en el espacio público (99), lo que se relaciona con su nivel de inclusión o exclusión en la sociedad. (100)

La teoría de las representaciones sociales, al establecer un puente entre lo individual y lo social, supera el carácter estático de conceptos como actitud, conducta, opinión o imagen, que no toman en cuenta los procesos de interacción en que se originan, ni el rol activo de las personas en su producción. Este enfoque teórico busca generar modelos comprensivos para los comportamientos de las personas, incorporando el marco cultural y las estructuras sociales. (101) De este modo, se trasciende la noción de conductas individuales, para comprenderlas como prácticas con un sentido socialmente construido.

Los modelos más habitualmente empleados para la investigación y el diseño de intervenciones en salud se basan en un enfoque individualista, cognitivista y racional acerca de cómo las personas conciben la salud y la enfermedad; tal es el caso del modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada y la teoría del comportamiento planificado. Las principales limitaciones de estos modelos, según Joffe (93), son que se focalizan en el individuo y descartan o abordan débilmente la influencia social; en caso de incluirla, se emplea el concepto de norma subjetiva, que alude a lo que el individuo piensa que son las normas y creencias de los otros; se desconocen las presiones sociales y culturales que pueden actuar sobre la voluntad de una persona para asumir determinados hábitos que pudieran mejorar su salud; se presupone que las personas toman decisiones en relación a su comportamiento de manera racional, a partir de la información que poseen, y que cuando esto no ocurre, hay un error cognitivo llamado sesgo. Esto marca una diferencia fundamental entre esta teoría y otros enfoques que buscan entender el pensamiento de sentido común, dado que no privilegia una forma de conocimiento por sobre otra, sino que se busca examinar los sistemas de conocimiento en su contexto, para dilucidar el valor y propósito de un sistema de conocimiento para un grupo social; la implicancia en salud es que el punto de vista del usuario adquiere relevancia primordial para acceder al sentido de sus prácticas, más allá de constituir un facilitador o una barrera para la eficacia de un tratamiento o intervención. (102)

Cabe señalar que la teoría comprende a las prácticas como parte integral de la representación, en lugar de determinadas por ésta. (103) Se utiliza el concepto de prácticas, que alude a un sustrato histórico y cultural, en lugar de conductas o acciones, que tienen una connotación más individual y no dan cuenta de los procesos de interacción social, aún cuando impliquen a un grupo. (96) En ocasiones las representaciones sociales son accesibles al investigador solamente a través de la observación de las prácticas, en particular cuando se refiere a elementos estigmatizantes, que no se considera apropiado expresar a otros; un ejemplo de esto es lo observado por Jodelet (94) al estudiar las representaciones sociales de

la locura, en que las personas que acogían a pacientes psiquiátricos en sus hogares, expresaban verbalmente que la locura no era contagiosa; sin embargo, lavaban los utensilios y ropas empleados por el paciente aparte de los de las personas del hogar.

En relación a las posibilidades de intervención, a partir del estudio de las representaciones sociales, Jodelet (104) plantea un modelo de tres esferas de pertenencia de las representaciones sociales, relacionadas entre sí, y que constituyen distintos niveles en que pueden efectuarse intervenciones. La primera se refiere a lo subjetivo, que como se señalaba previamente, implica la participación en una red de interacciones con otros y la pertenencia a determinados grupos sociales que definen la identidad; en el plano subjetivo el foco se pone en cómo el individuo construye las representaciones; la segunda esfera es la de la intersubjetividad, referente a las situaciones de interacción entre los individuos, en que las representaciones son construidas y puestas en común a través de la comunicación; finalmente, la esfera trans-subjetiva implica los contextos de interacción, es decir, el espacio social y público donde circulan las representaciones, incluyendo, entre otros, los medios de comunicación, los marcos institucionales, la estructuración de las relaciones sociales o la distribución de poder en la sociedad.

En cuanto a los métodos de investigación, la teoría se ha desarrollado abierta a múltiples métodos, en la medida que contribuyan a responder la pregunta de investigación. Un ejemplo paradigmático es el estudio mencionado de Jodelet (94), en que combinó el empleo de observación participante, la realización de entrevistas en profundidad y la utilización de encuestas. A lo largo de las décadas, el uso de métodos cualitativos es más frecuente en regiones de habla inglesa y alemana (105), mientras el empleo de encuestas y métodos estadísticos de análisis se ha desarrollado en Francia (particularmente, pero no de manera exclusiva, en la Universidad de Aix en Provence) y Suiza. (106) En Latinoamérica se han empleado ambos enfoques, (105) con desarrollo de investigación basada en esta teoría desde hace más de una década en Brasil, México y Venezuela.

Un desarrollo teórico particular lo constituye la teoría del núcleo central, propuesta por Abric en la década de 1970. Intenta dar cuenta de las características de estabilidad y movilidad y de consenso y marcadas diferencias individuales que caracterizan a las representaciones sociales. (107) Este enfoque plantea que las representaciones sociales están organizadas en dos sistemas: el núcleo central y el sistema periférico. En el núcleo central se encuentran unos pocos elementos que otorgan estabilidad y consenso a la representación, ligados a la memoria colectiva y la historia de un grupo social, más resistentes al cambio e impermeables a situaciones contextuales inmediatas. (108)

El sistema del núcleo central cumple, por una parte, una función generadora, a través de la cual se otorga significado a los otros elementos que constituyen la representación, y por otra, una función organizadora, dado que el núcleo central determina la naturaleza de las relaciones que unen a los elementos de la representación, cuya jerarquía y conexión se relacionan con el significado de ésta. (109)

En cuanto al sistema periférico, se organiza alrededor del núcleo central y su valor está supeditado a éste, teniendo un rol en la concretización del significado de la representación. (109) Sus elementos son más flexibles a las circunstancias inmediatas, existiendo variabilidad interindividual y permeabilidad al cambio. Facilita la integración de las experiencias individuales contradictorias, permitiendo la heterogeneidad de representaciones dentro del grupo, con el fin de adaptarse a las situaciones. (108)

Es por esto que resulta tan relevante no sólo conocer el contenido de la representación social, sino también su estructura, dado que es posible que existan dos representaciones sociales con contenidos similares, pero con diferencias importantes en su organización, en cuanto a su pertenencia o no al núcleo central, y a las relaciones existentes entre ellos, lo cual otorga un sentido distinto a cada representación. (110)

Los temas y ámbitos estudiados desde la teoría de las representaciones sociales son extensos, incluyendo distintos ámbitos de la salud mental, nuevas tecnologías, diferentes enfermedades, derechos humanos o la salud, entre muchos otros. (96) El siguiente apartado detalla la aplicación de este modelo al campo de la investigación en salud.

Representaciones sociales y salud

Denise Jodelet (101) plantea que las representaciones sociales se relacionan particularmente bien con el tema de la salud desde una perspectiva cultural, dado que las representaciones tienen un importante papel en el tratamiento cultural que se da a los aspectos relacionados con la vida corporal. Se comprende a la enfermedad (o la salud) como un hecho social, objeto de discursos que varían de acuerdo a la situación histórica y pertenencia social y grupal de las personas, y que le dan sentido a las prácticas privadas e institucionales.

Algunos estudios centrados en la teoría de las representaciones sociales y la salud se centran en la utilidad de la teoría para el quehacer en salud. Banchs (111) sostiene la importancia de este enfoque para la investigación en salud pública, bajo el entendimiento de que la salud no constituye un asunto individual, y que los conceptos y programas de salud

pública y promoción de la salud enfocados a grupos específicos requieren nociones respecto a lo que las propias personas conciben en relación a la salud y la enfermedad, atendiendo a que este conocimiento cotidiano es socialmente construido.

Entre los objetivos perseguidos con el empleo de este enfoque, Flick (112) señala el favorecer la reflexión crítica sobre los sistemas y situaciones de salud, la contribución a mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud y el desarrollo de métodos que permitan alcanzar esto. Plantea que la investigación y aplicación debiera incorporar no solamente el plano individual o comunitario, sino también el institucional, en el sentido de analizar de manera crítica las actividades efectuadas con los pacientes.

Otro nivel señalado relevante para el quehacer en salud, en que podría inscribirse el desarrollo de investigación desde el enfoque de las representaciones sociales, es el de la sociedad; el autor plantea la necesidad de una revisión del predominio de la epidemiología, más ligada al modelo biomédico, con insuficiente desarrollo teórico o integración de las teorías psicosociales y sociológicas de la salud para la comprensión del proceso de salud y enfermedad, y una fuerte orientación a las conductas de riesgo aisladas; atendiendo a esto, se podrían dar las condiciones para una mejor articulación entre políticas, programas, instituciones y profesionales de la salud y usuarios. También plantea como relevante la incorporación del enfoque durante la formación de los profesionales de la salud y en la práctica profesional en los servicios de salud. (112)

Howarth (102) coincide con este autor en la relevancia de incorporar el enfoque de representaciones sociales al quehacer en salud pública, tanto en el plano de las relaciones terapéuticas como en el desarrollo de programas de salud. Esta autora se refiere al status que posee el conocimiento médico, el cual, al igual que el sistema legal, define en gran medida lo que es normal, apropiado y deseable, con lo cual el ser categorizado como enfermo tiene importantes consecuencias sobre la identidad y sobre las percepciones, experiencias y prácticas en relación a la salud; en este sentido, sin pretender reducir la situación de pobreza y de exclusión social a aspectos meramente psicosociales, las representaciones sociales acerca de la salud y la enfermedad podrían contribuir a la mantención de las inequidades en salud, en particular en lo que tiene que ver con la exclusión social.

La existencia de representaciones sociales que entran en conflicto entre proveedores de salud y usuarios, en que a nivel social las representaciones de los primeros poseen un mayor valor de realidad, pueden afectar las posibilidades de desarrollar una relación de confianza, apertura y comunicación efectiva, con consecuencias sobre el éxito del

tratamiento; más aún, en los casos en que la representación del experto considera a los usuarios como incapaces de reflexionar acerca de sus creencias y prácticas en relación a su propia salud, se los excluye de la discusión acerca de sus problemas de salud y del tratamiento adecuado. (102)

En cuanto a los programas y campañas de salud, el no tomar en cuenta las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, puede acarrear importantes obstáculos para su desarrollo exitoso, tal como se describe en relación a un programa enfocado a la prevención del VIH en la India, que no tomó en cuenta las representaciones locales acerca de la sexualidad. (97) Importantes luces en este sentido aporta también un estudio efectuado en Chile entre población pehuenche, para estudiar sus representaciones sociales acerca de la hipertensión y el tratamiento farmacológico, a raíz de la baja adherencia a tratamiento farmacológico observada entre este grupo; se encontró que tanto el diagnóstico de hipertensión, como la situación de consulta médica y el tipo de tratamiento ofrecido no tienen sentido en la representación social pehuenche de la salud y la enfermedad, que se conciben como englobando el plano físico y el espiritual; la hipertensión no constituye una enfermedad en su sistema de conocimiento, y de cualquier modo, el proceso de curación debe incorporar a la comunidad y a sanadores tradicionales, empleando elementos de la naturaleza tales como hierbas, frente a los que los medicamentos alópatas serían francamente dañinos, por no provenir de la tierra. (113)

El conocer las representaciones sociales de las personas en relación a la salud permite comprender el sentido que las prácticas tienen, el cual no necesariamente responde a la disponibilidad de información o evidencia que lo sustente. Por ejemplo, ¿por qué un adulto mayor que padece diabetes no acude a controlar su patología ni adhiere al tratamiento farmacológico, aun habiendo sufrido un coma diabético? A su vez, es un medio para reflexionar acerca del enfoque, contenidos y diseño de los programas e intervenciones en salud, de modo de mejorar su pertinencia y efectividad.

Representaciones sociales de la salud

Como se mencionó, el primer estudio de representaciones sociales se enfocaba en una teoría acerca de la salud mental – el psicoanálisis. (87) La primera investigación acerca de las representaciones sociales de la salud la llevó a cabo Claudine Herzlich en Francia, el año 1969; a partir de entonces se multiplicaron los estudios sobre representaciones sociales de la salud, la enfermedad y temas afines tales como la lactancia o el cuerpo. (111) Entre los

numerosos ejemplos existentes, cabe referirse a algunos estudios que ejemplifican el tipo de preguntas planteadas, para luego poner el foco en los estudios de las representaciones sociales de la salud de las personas mayores y las tipologías a que aluden los resultados.

Un estudio efectuado en un barrio pobre de una ciudad brasileña buscó conocer las representaciones sociales acerca de la salud de las madres; la salud era representada como lo más importante y que debe ser preservado; en cuanto a las prácticas de prevención, se incluían diversos ámbitos tales como sociabilizar con vecinas, evitar alimentos dañinos o ser solidarias, lo que da cuenta de una representación holística de la salud, que no separa los aspectos físicos y psicológicos; las prácticas desplegadas en torno a una situación definida como de enfermedad incluían un recorrido que priorizaba el empleo de medicina casera o popular, salvo en el caso de enfermedad de los hijos, en que si estas estrategias no mostraban un efecto positivo e inmediato, se acudía al médico. (111)

Otro estudio llevado a cabo en Brasil estudió las prácticas en relación a la promoción de la salud en la infancia. Se encontró que las prácticas maternas en relación a la salud de los hijos y las prácticas profesionales, expresaban sistemas representacionales potencialmente generadores de conflictos entre usuarios y prestadores, destacando la importancia de considerar las prácticas profesionales no solamente desde el punto de vista técnico, sino también en cuanto a las representaciones sociales que expresan y las que excluyen. (111)

Entre los estudios acerca de las representaciones sociales de la salud que han implicado un mayor alcance en términos de la profundidad de los métodos empleados o de la magnitud de la muestra considerada, destaca el estudio pionero de Herzlich (114), basado en entrevistas en profundidad a 80 personas, el cual solamente incluyó a personas de nivel socio-económico medio o alto; esta autora identificó tres nociones de salud o tipologías en el discurso de las personas; la primera la definía en términos negativos, como la ausencia de enfermedad, la segunda se refería a una reserva o capital endógeno de fortaleza para resistir a las enfermedades, mientras que la tercera planteaba una noción positiva de la salud como equilibrio, en términos de bienestar físico y psicológico, capacidad de desarrollar las actividades y establecer relaciones sociales positivas.

Las representaciones acerca de la salud entre madres e hijas de clases populares en Gran Bretaña, en cambio, se caracterizaban por una ausencia de la noción de equilibrio, centrándose en una definición funcional de la salud, en el sentido de poder desarrollar sus actividades, no desde una perspectiva hedonista o de desarrollo personal, sino de ser capaces de desempeñar su rol en la sociedad. (114)

Pierret (114) estudió las variaciones en las representaciones sociales de la salud en Francia, según la posición socio-económica de las personas, determinada por el nivel educacional, la ocupación y los ingresos, concluyendo que éstas se encuentran ancladas en las condiciones de vida y de trabajo, encontrando que las formas de definir la salud entre esta población coincidían en parte con los hallazgos de Herzlich. Una de ellas se refiere a definir la salud en referencia a la enfermedad, no solamente como ausencia de ésta, sino también como la capacidad de recuperarse; esta respuesta fue común a todos los niveles socio-económicos. Otra definición, fuertemente presente entre la clase popular, fue concebir a la salud de manera instrumental, en el sentido de ser un medio que otorga la capacidad de trabajar, lo cual constituye el medio de subsistencia. También se encontró la definición de la salud como un producto de comportamientos individuales sanos y como resultado del funcionamiento de los servicios públicos, ambas entre personas de grupos más favorecidos.

Al estudiar las representaciones de salud entre usuarios de un centro de salud de una ciudad francesa, las respuestas también daban cuenta de la estructuración social en relación a la ocupación. La noción de salud como equilibrio entre lo físico y lo mental, junto al plano social que se expresa en tener buenas relaciones familiares, aparecía evocada con mucha mayor frecuencia por personas de nivel alto y medio que por los obreros o agricultores, quienes solían referirse al cuerpo relegándolo a su función de permitir trabajar, mientras que para las otras categorías el cuerpo se relacionaba con el disfrute y la libertad de acción; la salud asociada a la necesidad de trabajar entre las clases populares, en suma, expresaba la necesidad de poder garantizar los medios de subsistencia, por lo que aludían a ésta como lo esencial o la mayor riqueza. (115)

Estos estudios que han tomado en cuenta la posición socio-económica de las personas, señalan que en el contexto francés de ese período (década de 1980) las clases más acomodadas tendían a representarse la salud de manera hedonista, con definiciones más expresivas asociadas al disfrute y la libertad de acción, y las prácticas ligadas a cuidarla tenían la finalidad de asegurar la realización personal en un sentido amplio; las clases populares, por su parte, expresan una representación de la salud concebida como un medio para asegurar la capacidad de trabajar, y el cuidado de ésta tenía que ver con defenderse ante una amenaza a su subsistencia inmediata. (114)

En cuanto a la importancia del género en la conformación de las representaciones sociales, se efectuó un estudio en Gran Bretaña, incluyendo una muestra de 9000 personas, entre las que se encontraron algunas diferencias de género, ligadas a los roles sociales, en las tipologías de representaciones de la salud; en particular, la definición de la salud en

función de las relaciones sociales era fundamentalmente propia de las mujeres, tanto entre las jóvenes, en quienes se expresaba como la posibilidad de sostener buenas relaciones con su familia y sus hijos, como entre las mayores, para quienes se ligaba a la capacidad de ayudar a los otros. En los casos en que la salud era definida como energía o vitalidad, su connotación variaba entre mujeres y hombres; para las primeras, se relacionaba con la capacidad de llevar a cabo las labores del hogar, mientras para los segundos se vinculaba a su capacidad de desarrollar un trabajo remunerado. (114)

Cousteaux (114) estudió las representaciones de la buena salud en Francia, a partir de una encuesta aplicada a una muestra de 5000 personas el año 2001, analizando las respuestas según la edad, el género y el estado de salud. Sus hallazgos generales señalan la preponderancia de definiciones positivas de la salud, en lugar de definiciones que aludieran a la enfermedad; las representaciones se articulaban en torno a poder hacer, ya fuera actividades elegidas libremente, actividades laborales o actividades de la vida cotidiana. Otros elementos esenciales de la buena salud eran el bienestar, es decir, sentirse bien tanto física como psicológicamente, y estar en forma, tanto por la energía física disponible como por la motivación para ocuparla.

Un análisis según la edad de las personas mostró una marcada diferenciación entre las representaciones de la salud por grupos de edad, en que los adultos mayores aportaban mayormente a la definición de vivir normalmente, en el sentido de poder efectuar las actividades de la vida diaria, así como a la noción de salud como autonomía, es decir, la capacidad de efectuar las actividades por sí mismos. Si bien se encontró una relación entre el estado de salud de la muestra general y el tipo de representaciones, esta relación desaparecía en los adultos mayores, en que la representación social ligada a la capacidad de hacer las actividades de la vida diaria, de manera autónoma, se encontraba presente independientemente del estado de salud, el cual se determinó a partir del estado de salud auto-percibido, el tener alguna enfermedad crónica o grave que requiriera control periódico y auto-percepción de limitación en la realización de actividades diarias. (114)

En lo que hace referencia a las respuestas según el género, se observaban diferencias en cuanto a las situaciones a las que aludía la salud como posibilidad de desarrollar actividades, que en los hombres estaba ligada al trabajo remunerado, mientras en las mujeres expresaba más frecuentemente el ámbito doméstico; en los hombres predominaba más una definición de tipo hedonista, vinculada a no tener restricciones para efectuar todo tipo de actividades, mientras en las mujeres no se observaban alusiones al aspecto hedonista de la salud, sino el predominio de preocupaciones en torno a la

dependencia, la enfermedad y el dolor, con ausencia de representaciones positivas de la salud, tales como el equilibrio o el bienestar, lo cual coincide, décadas después, con los hallazgos del estudio entre mujeres trabajadoras en Gran Bretaña, mencionado más arriba, en el sentido que la enfermedad para las mujeres supondría una amenaza a la organización y funcionamiento familiar cotidiano, del cual se sienten responsables. Entre los hombres se observaba una relación de tipo curativo con los servicios de salud, en el sentido de consultar sólo en caso de enfermedad, mientras las mujeres expresaban una relación preventiva con los servicios de salud; la tendencia en los hombres sería a recurrir a la atención en salud cuando su capacidad de efectuar actividades se ve mermada, mientras las mujeres estarían más atentas a dolores y síntomas experimentados. (114)

Al considerar la edad y el género en conjunto, entre los hombres se detectaban alusiones al bienestar aún entre los mayores de 75 años, mientras las preocupaciones acerca de la dependencia aparecían a menor edad entre las mujeres, a contar de los 60 años; los hombres en este mismo grupo de edad todavía expresaban preocupación por conservar su libertad de acción en su representación de la salud. Se observaba una distinción en las preocupaciones acerca de la autonomía entre hombres y mujeres, en que estas últimas destacaban la importancia no sólo de poder continuar efectuando sus actividades cotidianas, sino de poder hacerlo sin ayuda; esto podría ligarse a la necesidad de poder conservar el ejercicio de su rol social, ligado al cuidado del hogar, con el fin de proteger su identidad. (114)

Existen algunos estudios que se han enfocado en las representaciones sociales de la salud entre adultos mayores, o en las representaciones sociales de la salud de los adultos mayores, entre prestadores de salud o cuidadores. En Alemania se estudiaron las representaciones de médicos y enfermeras, caracterizadas por considerar la salud de las personas mayores como algo posible a pesar de la presencia de enfermedades crónicas o dolor, en la medida que la situación social y ambiental en que las personas vivieran lo favoreciera; otro elemento presente fue la noción de resistencia a las enfermedades, como una característica intrínseca de algunas personas; finalmente, en cuanto al bienestar, éste se concibe como un estado alcanzable sólo parcialmente en esta etapa de la vida. (116)

En Brasil, prestadores de salud del nivel primario de atención describían la salud de las personas mayores en términos del desarrollo de actividades a modo de estrategia preventiva, y de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, evidenciando una representación centrada en la prevención o tratamiento de la enfermedad, que no incorporaba elementos positivos de la salud. Los cuidadores de personas mayores, incluidos

en este mismo estudio, se referían a los hábitos a lo largo de la vida, así como a la autonomía para poder llevar a cabo actividades en la vida diaria, con independencia de si se tenían patologías crónicas o no. Las personas mayores entrevistadas, en tanto, expresaban la representación de salud como bienestar o equilibrio emocional, en particular entre aquellos con enfermedades crónicas, y como autonomía, en cuanto a tener la capacidad de efectuar diversas actividades cotidianas dentro y fuera del hogar. (117)

En Canadá se estudiaron las representaciones sociales de la salud entre la generación nacida en un período de explosión de la natalidad, inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial. Se encontraron dos de las tipologías planteadas por Herzlich en el primer estudio sobre representaciones de la salud, a saber, ausencia de enfermedad y resistencia individual a las enfermedades; otras nociones encontradas fueron el estilo de vida, ligado a los mensajes de promoción de la salud recibidos en el marco de campañas gubernamentales, la actitud positiva ante la vida, independientemente de la presencia o no de enfermedades, la capacidad de desarrollar las actividades de la vida diaria, y en menor medida, la mantención de relaciones familiares y sociales estrechas. (118)

En Chile se desarrolló un estudio acerca de los discursos sobre la salud y la vejez saludable entre personas mayores, correspondiente a una tesis de Magister. El estudio se focalizó en una casa de encuentro de adultos mayores, la mayoría jubilados, en Valparaíso, empleando un enfoque cualitativo con recogida de información a partir de entrevistas grupales y observación. Este estudio encontró que las personas mayores tenían consciencia de la tendencia, por parte de los servicios de salud, a definir la salud por lo que no es, es decir, en términos de enfermedad, por lo que la relación con éstos no tenía sentido para ellos más que ante la presencia de alguna enfermedad. Los adultos mayores, por su parte, definían la salud como una condición humana que no era ideal, sino que era posible aún ante la presencia de enfermedades o discapacidades físicas. La salud constituía la principal preocupación para los participantes y era definida en torno a tres dimensiones, como bienestar del cuerpo y de la mente, siendo el componente psicológico decisivo en el bienestar físico; como motor que impulsa la vida, en el sentido de no echarse a morir, y como libertad, entendida como la posibilidad de realizar actividades y desplazarse. (119)

Enfoque de género en la investigación en salud

El estudio de las desigualdades de género en salud se plantea como un campo en expansión, ligado a los aportes del movimiento feminista y la necesidad de comprender las

diferencias en los indicadores de morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres. (120) El concepto de género resalta las diferencias entre mujeres y hombres, evidenciando aquellos aspectos en que éstas son social y culturalmente construidas para, por un lado, hacer la distinción entre lo biológico – relativo al sexo - y lo socialmente construido – relativo al género -, y por otro, mostrar la relación entre ambos aspectos. (121) Mientras el sexo alude a las características anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres, que posibilitan la reproducción sexual, el género se refiere a lo femenino y lo masculino, no como hechos biológicos, sino como construcciones culturales, propias de un sistema de relaciones sociales y simbólicas que prescribe normas y prácticas y produce ideas y representaciones en torno a las mujeres y los hombres. (122)

Otra distinción ligada a la anterior es aquella que se establece entre diferencias y desigualdades en salud; las primeras estarían vinculadas a las características biológicas de los sexos, mientras las segundas apuntan a las disparidades en salud entre mujeres y hombres que son sistemáticas, innecesarias, injustas y evitables. (121) La equidad de género en salud, por lo tanto, no se refiere a igualar las tasas de morbilidad y mortalidad entre ambos sexos, sino de eliminar aquellas diferencias en la mantención de la salud susceptibles de remediarse. (123)

Ambos factores se relacionan, por lo que la perspectiva de género señala la importancia de examinar y relativizar la naturalización de determinados eventos o características de éstos como propios de las mujeres o los hombres, en el sentido de considerarlos como naturales o normales para determinados grupos, en base a una concepción biologicista del cuerpo humano. (120) El no considerar los aspectos sociales y culturales involucrados en los eventos de salud de las mujeres y de los hombres puede derivar en sesgos en la investigación y práctica. En este sentido, Krieger (124) lo ejemplifica con la tendencia por parte de los médicos a interpretar de manera distinta los síntomas de síndrome coronario agudo, dependiendo del sexo del paciente, dado que se lo considera un problema mayormente masculino, con mayor derivación de hombres que de mujeres a intervención. Otro de los múltiples ejemplos se refiere a las características asumidas como típicas de la menopausia y su respectivo tratamiento, aún cuando se ha mostrado que los síntomas no son universales y que el único aspecto en común, entre las distintas culturas estudiadas, es el descenso del nivel de estrógenos y el cese de la menstruación. (120)

La investigación en salud se ve permeada por el ordenamiento social en relación al género. (121) En este sentido, se observa una tendencia a describir las trayectorias de envejecimiento a la luz de los elementos característicos del ciclo de vida de los hombres

(125); algunos autores denominan a esto androcentrismo, por el hecho de identificar la experiencia masculina con la experiencia humana en general, usándola como marco desde el cual valorar a las mujeres, lo cual redundaría en la invisibilización de la experiencia social femenina y en el fortalecimiento de estereotipos asumidos como parte de la naturaleza de éstas. (121)

El concepto de género ha sido usado y se emplea muchas veces de manera ambigua o errónea, al equipararlo a sexo (122), con lo que los resultados de esas investigaciones constituyen meras constataciones de diferencias entre mujeres y hombres, sin buscar explicaciones respecto a cómo estas diferencias obedecen a procesos socialmente construidos. (120) El enfoque de género no pretende excluir la influencia de los factores biológicos, pero se centra en comprender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres, que son social y culturalmente construidas, y en consecuencia, modificables. (121)

La OPS (126) ha sistematizado algunas aclaraciones conceptuales básicas relativas al concepto de género: es relacional, en el sentido que se refiere a las relaciones entre mujeres y hombres que se construyen socialmente; reconoce la existencia de relaciones asimétricas de poder, en que se atribuye mayor valor a los hombres y lo masculino; es contextual, en cuanto las relaciones de género varían según la pertenencia a determinada clase, etnia, cultura, etc.; estas relaciones son susceptibles al cambio; además, no suceden exclusivamente a nivel privado, sino que existe un marco social que las sostiene y regula, basado en valores e instituciones.

Se plantea que un análisis de la situación de salud de las personas que no incorpore el enfoque de género, no será capaz de comprender ni enfrentar las desigualdades de género en salud. (127) Otro aspecto a tener en cuenta es la relación entre el género y otros determinantes estructurales de la salud, que actúan como ejes de estratificación social, tales como la edad, la etnia o la posición socio-económica, por lo que se plantea como un desafío el estudiar la interacción entre estos aspectos, para comprender la situación de salud y las relaciones que mujeres y hombres tienen con el sistema de salud. (121)

Las disparidades de género en la salud de las personas mayores se manifiestan en una esperanza de vida que en general favorece a las mujeres, mientras la esperanza de vida saludable las sitúa en desventaja frente a los hombres, con mayor probabilidad de desarrollar condiciones discapacitantes (56,128). Reconociendo la importancia de identificar los posibles aspectos biológicos a la base de estas diferencias, resulta relevante estudiar y comprender su interrelación con aspectos socio-culturales, los cuales podrían favorecer las diferencias antes mencionadas. Algunos estudios aportan luces acerca de mecanismos que

actúan a lo largo de la vida e influyen en la situación de salud durante la vejez, en particular, la posición en el mercado laboral, que normalmente ha sido más insegura o desventajosa para las mujeres, expresando una menor disponibilidad de poder dentro de la sociedad. (128) Se plantea también que los roles sociales masculinos han tendido a prescribir la adopción de conductas más riesgosas para la salud, así como un menor contacto con los servicios de salud a lo largo de la vida, en rechazo a la imagen de fragilidad que no corresponde a la identidad masculina hegemónica (129,130), mientras las mujeres mantienen un contacto más frecuente con los servicios de salud, en la medida que se considera apropiado recurrir a este tipo de ayuda en relación al proceso reproductivo y el cuidado de los hijos. (131)

No obstante lo anterior, en relación a la equidad en el acceso a los servicios de salud, Gómez (123) plantea algunos aspectos que complejizan el aparente mayor acceso de la mujeres; la mayor utilización por parte de las mujeres, en promedio, de los servicios de salud, puede ocultar posibles inequidades de género en la satisfacción de necesidades de salud para ciertos grupos específicos, por lo cual es necesario efectuar este análisis ajustando en relación a las necesidades de atención en salud. Existen datos de países latinoamericanos que indican que las diferencias por sexo en la utilización de los servicios de salud se reducen o desaparecen a edades avanzadas, sin que necesariamente disminuyan las necesidades de atención de las mujeres mayores. (123) Un estudio cualitativo efectuado en Chile encontró que entre mujeres mayores con limitación funcional moderada, existía reticencia a recurrir a los servicios de salud, a pesar de su mayor necesidad de atención; una de las explicaciones para esta situación era el rechazo a asumir un deterioro en su funcionalidad, al constituir este evento una amenaza para su auto-estima, vinculada a una identidad de género que las situaba como encargadas de mantener su hogar y cuidar de las necesidades de los otros miembros de su familia.⁵

Articulando la teoría de las representaciones sociales con la perspectiva de género, esta investigación adquiere el potencial para construir formulaciones positivas de la salud, a partir de las elaboraciones que las propias mujeres y hombres mayores efectúen (120), las cuales podrían entrar en diálogo con los sistemas de conocimiento experto, de modo de superar tres tendencias que sesgan la investigación y el quehacer en salud: 1) la tendencia a identificar la vejez como una etapa caracterizada por el deterioro y la decadencia, perdiendo

⁵ Resultados no publicados a la fecha del estudio “Género, salud y funcionalidad en adultos mayores en Santiago, Chile” (2010-2011). Investigadora principal: Ximena Moreno.

de vista los recursos y potencialidades que pueden ser propios del proceso de envejecimiento; 2) la naturalización de los eventos relativos a la salud, asumiendo su causalidad biológica y su universalidad; 3) el empleo de la experiencia masculina como la norma respecto a la cual valorar la experiencia femenina en torno a la salud.

Pregunta de investigación

Habiendo discutido la utilidad del enfoque de las representaciones sociales para el quehacer en salud pública, esta investigación se propuso profundizar en el conocimiento disponible a nivel local en relación a las representaciones sociales de la salud entre personas mayores. Se incorporó el género como elemento que guió la exploración y la interpretación de los resultados, atendiendo a la importancia de generar programas de salud pertinentes para mujeres y para hombres, considerando sus especificidades en cuanto a necesidades de salud.

La investigación se desarrolló entre usuarios del sistema público de salud, considerando que éstos representan a la mayoría de los adultos mayores del país, por lo que la relevancia a nivel de políticas públicas en salud orientadas a este grupo de la población puede ser mayor.

La pregunta de investigación fue:

¿Cuáles son los contenidos y los procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores, usuarias o usuarios de centros de atención primaria de Santiago, considerando un enfoque de género?

Hipótesis

Las hipótesis bajo las que se desarrolló esta investigación fueron:

1. Las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores presentan diferencias que se relacionan con la diferenciación de roles según género a nivel social.
2. Las representaciones sociales de las personas mayores incluyen contenidos relativos a la mantención de la funcionalidad como componente central de la salud.

Cabe señalar que las hipótesis planteadas no constituían hipótesis estadísticas, sino conjeturas a ser corroborados a partir de los resultados obtenidos mediante estrategias de análisis pertinentes para el diseño específico empleado.

La primera hipótesis se basa en las diferencias en las trayectorias vitales de hombres y mujeres, que implican la asunción de roles sociales que sustentan identidades distintas, sobre las que el ámbito de la salud y su relación con este sistema tendrían implicancias particulares. A modo de ejemplo, sería posible que para los hombres el recurrir a la atención médica amenazara su auto-imagen en el sentido de disminuir su virilidad, o que para una mujer, el recurrir a este mismo tipo de atención implicara admitir que su salud está obstaculizando el desempeño de sus actividades cotidianas en el hogar, las cuales a lo largo de su vida adulta conformaron su identidad como proveedora de cuidado a la familia.

La segunda hipótesis se planteó considerando los hallazgos previos, que señalan a la autonomía como preocupación central de las personas mayores en torno a su salud, lo cual sugiere la influencia del modelo cultural occidental que valoriza la independencia y la capacidad de competir, y a los modelos de envejecimiento que permean el ámbito de la salud pública, en que la prolongación de la funcionalidad en la población adulta mayor constituye una de las metas a las que más se alude, no sólo por su relevancia para el bienestar de las personas, sino también por la factibilidad de ser medida.

Objetivos

Objetivo general

Conocer las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores, usuario/as de centros de atención primaria en Santiago, en cuanto a sus contenidos y a los procesos de construcción y mantención, empleando el enfoque de género.

Objetivos específicos

1. Describir el contenido y la estructura de las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores, usuario/as de centros de atención primaria en Santiago.
2. Determinar la existencia de una diferenciación en los contenidos y la estructura de las representaciones sociales de la salud entre mujeres y hombres mayores, usuario/as de centros de atención primaria en Santiago.

3. Explorar el proceso de construcción y mantención de las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores, a la luz de la edad y del género como construcciones socioculturales.
4. Identificar las implicancias de las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores, usuario/as de centros de atención primaria en Santiago, para el desarrollo de programas e intervenciones de salud pública.

Si bien, para responder a la pregunta de investigación, se interpretaron en conjunto los resultados obtenidos a través del empleo de estrategias mixtas, para el logro del objetivo 1, en particular en lo referente a la estructura de las representaciones sociales, así como para el logro del objetivo 2, se utilizaron preferentemente estrategias de análisis de tipo cuantitativo, mientras para el logro del objetivo 3 se privilegió el uso de estrategias cualitativas.

Método

El estudio fue descriptivo, cualitativo en su enfoque y mixto en cuanto al empleo de métodos de análisis.

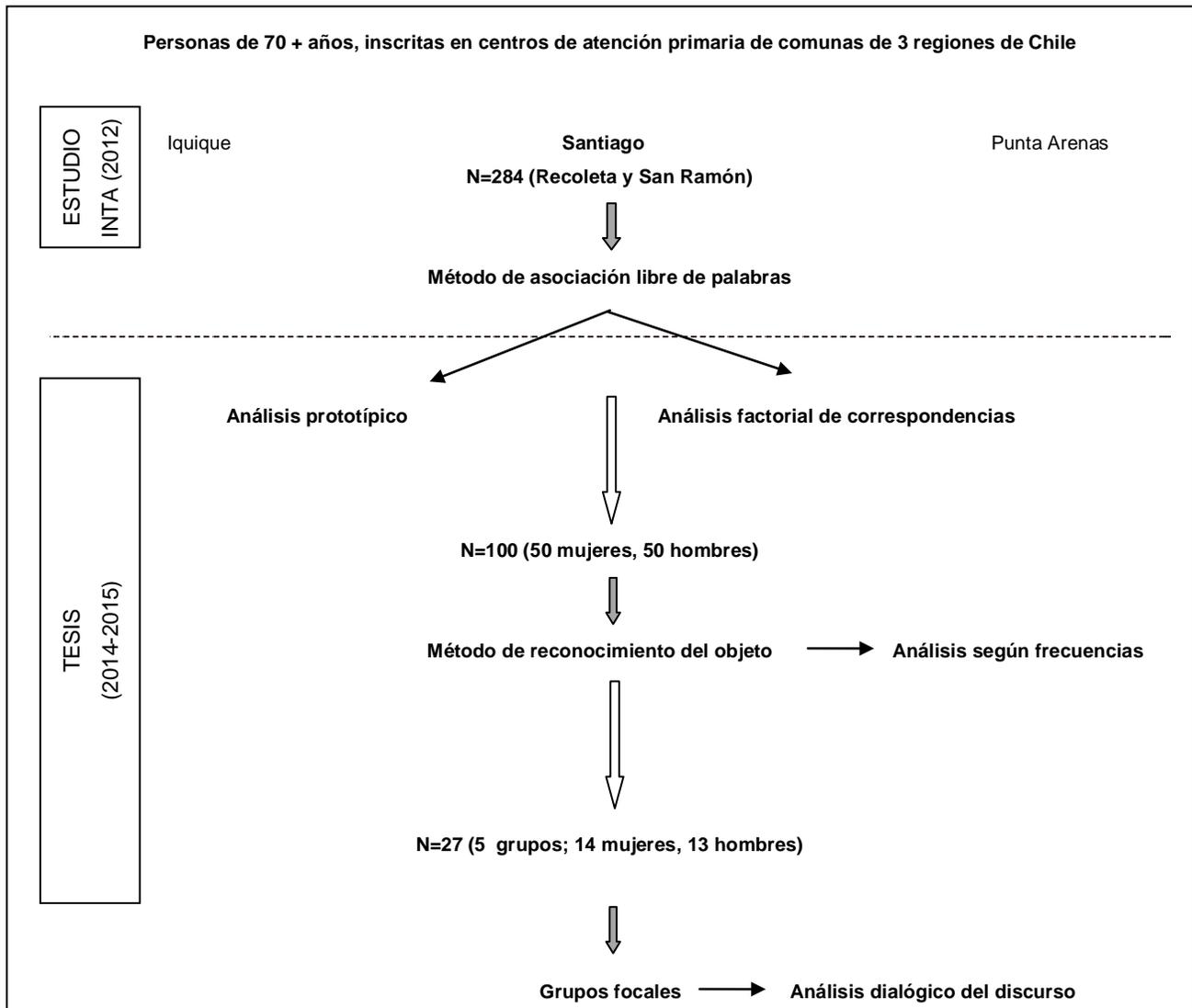
Desde el punto de vista ontológico, epistemológico y metodológico, la teoría de las representaciones sociales es coherente con el empleo de la perspectiva cualitativa de investigación; en relación al primer punto, como se señaló en el marco teórico, se asumió que la realidad es socialmente construida; en cuanto a la relación entre el investigador y lo que busca conocer, se consideró como un proceso de interacción en la construcción de sentido; finalmente, la metodología consideró el proceso de investigación como algo dinámico, y por lo tanto, flexible. (132)

Existe una relación esencial entre las representaciones sociales y la comunicación, que es el medio a través del cual se forman las ideas, opiniones y creencias, siendo la conversación el tipo de comunicación mediante el cual se construye el conocimiento de sentido común. (133) De este modo, la construcción, mantención y transformación de las representaciones sociales se lleva a cabo a través de las prácticas comunicacionales cotidianas (134), por lo que resultó fundamental elegir un método de estudio que permitiera reflejar las dinámicas de producción propias de la comunicación cotidiana. (133)

El estudio de las representaciones sociales tiene la doble finalidad de identificar las representaciones, en cuanto a su contenido, y comprender su dinámica de construcción y

funcionamiento en la vida social (133), asumiendo que las palabras no reflejan la realidad a modo de espejos, de manera literal y transparente (135), sino que los significados son co-creados en procesos interactivos. (136)

Figura 4. Aspectos metodológicos de la investigación: muestra, instrumentos y análisis



La presente investigación se definió como cualitativa, dado que aún cuando se emplearon algunas técnicas de tipo cuantitativo, su utilización y su interpretación se fundamentaron en un paradigma constructivista e interpretativo, característico de la investigación cualitativa. (137) De este modo, el empleo de técnicas de producción de información y análisis de tipo cuantitativo contribuyó a conocer contenidos comunes de las representaciones sociales, a identificar diferencias entre mujeres y hombres, y a lograr una

aproximación general a la estructura de la representación, en términos de elementos más o menos estables. Sin embargo, el potencial de estos resultados no radicó exclusivamente en poder estudiar aspectos de las representaciones sociales entre muestras más numerosas, ni se limitó a someterlos a determinadas pruebas estadísticas, sino que implicó un proceso de análisis interpretativo de la información, para acceder a los significados que los datos expresaban y al contexto en el cual se produjeron, superando el nivel meramente descriptivo. Los autores que han desarrollado métodos basados en procedimientos estadísticos, enfatizan que el proceso de análisis no constituye una “caja negra” cuya entrada es la introducción de los datos, y la salida, un determinado resultado, siendo el rol del investigador crucial en las decisiones que se tomen durante el proceso y en la interpretación de los resultados. (138) Flament (139) señala, en relación a una técnica estadística específica para estudiar las representaciones sociales, que el investigador no puede prescindir de su capacidad interpretativa y que esta herramienta debe ser confrontada con otras técnicas de estudio de las representaciones sociales.

La descripción de los aspectos metodológicos detalla las especificidades de cada fase, según se trate de empleo de técnicas cuantitativas o cualitativas. Para mayor claridad, se incluye una figura en que se esquematizan los aspectos metodológicos más relevantes del desarrollo del estudio (Figura 4).

Población y muestra

Para el desarrollo de esta investigación se trabajó con una muestra de adultos mayores reclutados para el estudio “Nueva bebida láctea para el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM): niveles óptimos de fortificación con vitamina D y B12 para mejorar la funcionalidad cognitiva y motora de sus usuarios”⁶, ejecutado en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), el cual se encuentra finalizado. Se optó por desarrollar la presente investigación con esta muestra, dado que sus características concordaban con las requeridas para responder a la pregunta de

⁶ Estudio desarrollado en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile, que buscaba evaluar el efecto de una suplementación con vitaminas D y B12 sobre el déficit de estas vitaminas, la funcionalidad física y el estado cognitivo. El estudio era un ensayo clínico, controlado, doble ciego randomizado, en cluster, factorial (3x1), cuya intervención consistía en suplementar la bebida láctea “Años Dorados” con vitaminas D y B12.

investigación de esta tesis, constituyendo una oportunidad de contar con información acerca de aspectos socio-demográficos que pudieran ser relevantes para la selección de la muestra, el análisis y la interpretación de los resultados.

La población contemplada en el estudio mencionado la constituían personas de 70 años y más, inscritas en centro de atención primaria de Santiago, Iquique y Punta Arenas. Para los fines de la presente investigación se consideró a los residentes en Santiago.

Como criterio de inclusión del estudio efectuado en el INTA se consideró el ser beneficiario del PACAM, mientras que el deterioro cognitivo, determinado a partir de los instrumentos MMSE y test de Pfeffer, validados para la población chilena (140), constituyó un criterio de exclusión, lo cual se justificaba en el marco de esta tesis, dado que para estudiar las representaciones sociales de los participantes se requería que los participantes fueran capaces de participar en una entrevista, expresar ideas y jerarquizar conceptos, aspectos que podían verse afectados por esta condición.

La muestra de Santiago del estudio original, de 312 personas, fue seleccionada de manera aleatoria, a partir de los listados de personas de 70 años o más, inscritas en centros de atención primaria de las comunas de San Ramón y Recoleta. Entre las personas seleccionadas que accedieron a participar, se obtuvo su consentimiento para efectuar las pruebas de tamizaje de deterioro cognitivo; quienes obtuvieron un puntaje inferior al punto de corte en el Mini-Mental State Examination (MMSE) y la prueba de Pfeffer, no fueron incluidos en el estudio, mientras que aquellos que no presentaban deterioro cognitivo dieron su consentimiento informado para incorporarse a la investigación. Estas personas participaron en una entrevista basal que incluía la aplicación de un cuestionario sobre variables socio-demográficas y de salud, además de evaluaciones antropométricas, bioquímicas y hematológicas. Este cuestionario incluyó preguntas acerca de representaciones sociales, una de las cuales constituye el insumo para conocer los contenidos y estructura de las representaciones sociales de la salud. La pregunta específica y el modo de análisis empleado se describen más adelante.

Su participación en el estudio mencionado, durante su desarrollo, implicó continuar retirando de manera habitual el alimento “Años Dorados” entregado en los respectivos centros de atención primaria, en el marco del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), asignándose de manera aleatoria y con doble ciego el alimento suplementado a algunos centros de salud.

En el marco de la presente investigación, la muestra quedó constituida por 284 personas, quienes tenían datos completos en relación a la pregunta acerca de las

representaciones sociales y el resto de variables de interés. Se compararon las características de las personas incluidas en los análisis y aquellas que no fueron incluidas. Solamente se observaron diferencias significativas entre las personas incluidas y las excluidas en relación a la capacidad de realizar actividades básicas ($p=0,05$) e instrumentales ($p=0,027$) de la vida diaria; mientras en el primer caso 92,6% de las personas incluidas no tenían dificultad, 78,6% de los excluidos del análisis se encontraban en la misma situación. Con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, poco más de 83% de las personas incluidas no expresaron dificultad, en comparación a 64,3%, entre los excluidos del análisis.

Para la recolección de información de la segunda fase, se contactó a 100 personas, a través de un muestreo intencionado; esta estrategia consiste en seleccionar a las personas que se considera que permitirán responder de mejor manera a la pregunta de investigación (141); en el presente caso, atendiendo a la pregunta de investigación y a los resultados del análisis factorial de correspondencias, los criterios de selección fueron el sexo y el nivel educacional (menos de 6 años o más de 6 años) de las personas, de modo de asegurar una proporción similar de mujeres con alta o baja escolaridad y de hombres con las mismas características. Con este fin, se prepararon cuatro listados, correspondientes a cada uno de los grupos, los cuales fueron ordenados aleatoriamente para contactar a los participantes. Para incorporar a los participantes en esta fase, se los contactó telefónicamente, explicándoles que la presente investigación implicaba darle continuidad a un aspecto sondeado en la entrevista basal del estudio llevado a cabo en el INTA, describiendo de manera general el objetivo e invitándolos a participar. En caso de mostrarse interesadas, se les visitó en su domicilio, donde se les entregó la hoja informativa del estudio y se revisó en conjunto, aclarando cualquier duda en relación al estudio y a las implicancias de su participación en éste; en caso que la persona accediera a participar, se obtuvo su consentimiento por escrito. De las personas que se intentó contactar, 5 habían fallecido y 11 rechazaron participar (8 mujeres y 3 hombres). No había deferencias significativas en cuanto a la edad, el nivel educacional ni el estado de salud, entre las personas que aceptaron participar y quienes rechazaron hacerlo.

Para la tercera fase, eminentemente cualitativa, se seleccionó a 27 personas entre las 100 personas incluidas en la segunda etapa, buscando conformar grupos focales de mujeres y de hombres por separado y al menos un grupo de cada sexo con distinto nivel de escolaridad. El procedimiento consistió en invitar a participar en estos grupos a cada persona a la que se le fue aplicando el cuestionario contemplado en la fase anterior, una vez

concluida la aplicación del instrumento, hasta que se hubieran extendido un número de invitaciones suficientes para desarrollar los grupos focales. No se invitó a participar en los grupos a aquellas personas que presentaban dificultades para comunicarse, específicamente 4 personas con problemas auditivos severos y una persona con evidente consumo problema de alcohol, todos ellos hombres. El número total de grupos focales efectuados fue 5, con un promedio de participantes de 5,4 y un rango de 4 a 7. Se desarrollaron 3 grupos con mujeres (N=14) y 2 grupos con hombres (N=13). No fue posible conseguir participantes para el tercer grupo de hombres, dado que la frecuencia de rechazo a participar en esta actividad por parte de los hombres, fue mayor que entre las mujeres; en el primer caso, 11 hombres no aceptaron ser contactados para participar en un grupo focal, siendo los motivos explícitos más frecuentes el cuidado de la esposa (N=3), un estado de salud muy deteriorado (N=3) o ser reacios a participar en reuniones (N=2); solamente 3 mujeres manifestaron, inmediatamente después de la entrevista, no querer ser contactadas (N=2) o no poder participar (N=1) por cuidar a un bisnieto.

Instrumentos y análisis

El cuestionario basal del estudio original del cual proviene la muestra incluida en el presente estudio consideró una pregunta para conocer el contenido y la estructura de las representaciones sociales de la salud, la cual se incluye en el Anexo I. Se empleó el método de asociación libre de palabras, una técnica usada tradicionalmente para estudiar las representaciones sociales desde el enfoque estructural, con el fin de conocer su contenido y generar hipótesis respecto a su estructura, en términos de los elementos más estables y resistentes a transformaciones y aquellos que son más flexibles, permeables al cambio y dependientes de las situaciones. (142) Este método permite además efectuar análisis de tipo estadístico, con el fin de determinar la relación entre determinados tipos de respuesta y ciertas características de los participantes, tales como el sexo, la edad, el estado de salud o el nivel educacional, entre otros. (143)

La técnica de asociación libre es un tipo particular de pregunta abierta, en que se pide a las personas que mencionen un número específico de palabras o ideas en asociación a determinado estímulo – la salud, en este caso -, con lo que se obtienen producciones más espontáneas que las se lograrían con preguntas cerradas. (144) Si bien se plantea que las palabras o ideas producidas podrían verse influenciadas por la interpretación que las personas hagan de la situación de entrevista, en términos de qué representa el entrevistador

y el contexto mismo de la investigación (110), desde el mismo enfoque estructural de la teoría se sostiene que los elementos del núcleo central, más estables, se encontrarán presentes entre las ideas evocadas. (144) Por otra parte, se señala la importancia de complementar esta técnica con otras que permitan contrastar la estructura que los resultados sugieren y profundizar en cuanto al sentido y dinámica de construcción, mantención y transformación de los contenidos. (110)

El estímulo empleado en la presente investigación fue: “Le voy a mencionar algo, y le voy a pedir que me diga las primeras 5 palabras que se le ocurran, que se relacionen con lo que le diga. Por favor, dígame las 5 palabras que en su opinión se relacionan con salud del adulto mayor”.

Una vez que la persona decía las palabras (se tomaba nota de las primeras que dijera, fueran éstas 5 ó menos), se le preguntaba: “Y de las palabras (se leían las 5 palabras), ¿cuál es la más importante en relación a la salud del adulto mayor? ¿Cuál le sigue en importancia? ¿Después de esa, cuál sigue en importancia? ¿Y después, cuál seguiría en importancia?”

Al lado del registro de cada palabra, se anotaba el lugar que la persona le había asignado en importancia en relación a la salud del adulto mayor.

Para analizar las asociaciones libres de palabras se han utilizado las técnicas de análisis prototípico y análisis factorial de correspondencias. Previo al desarrollo de estos procedimientos se realizó un primer tratamiento de los datos, incluyendo la revisión de los términos para detectar y corregir errores de digitación; posteriormente se efectuó una reducción del vocabulario, empleando un criterio semántico consistente en la identificación de palabras o términos con significado similar (145); en el análisis de correspondencias en particular, es necesario trabajar con palabras que tengan una frecuencia mínima (145), por lo que para ese análisis se eliminaron aquellas palabras con frecuencia inferior a 6, lo cual aseguró incluir un 81,2% de los términos evocados.

El análisis prototípico es un método propuesto por Vergès (146), que permite conocer el contenido de las representaciones y generar hipótesis acerca de su estructura; para este fin se construye una tabla con cuatro cuadrantes, considerando la frecuencia y lugar medio en que se sitúa cada término; esto da como resultado un cuadrante con las palabras más frecuentes y a las que se les asignó mayor relevancia, un cuadrante con palabras frecuentes, pero cuya relevancia fue menor, otro cuadrante con palabras poco frecuentes, pero a las que se les asignó mayor relevancia, y finalmente, un cuadrante con palabras poco frecuentes y calificadas como poco relevantes por los participantes; el cuadrante que incluya las palabras

más frecuentemente mencionadas y situadas en primer lugar, se hipotetiza que corresponde a elementos del núcleo central; el cuadrante que contiene los términos mencionados con poca frecuencia, pero situados en primer lugar, puede indicar la existencia de un subgrupo dentro de la población estudiada, para el cual estos elementos podrían constituir parte del núcleo central; el cuadrante con las palabras muy frecuentes, pero que no se sitúan en primer lugar, se supone que constituyen elementos periféricos de la representación, denominado primera periferia, mientras los elementos contenidos en el cuadrante de los poco frecuentes y no situados en primer lugar, se denominan segunda periferia. (110)

En cuanto a los criterios para determinar los puntos de corte de frecuencias e importancia, según el orden en que las personas sitúen cada término, no existe consenso al respecto, habiendo disponibles distintas propuestas. Para determinar qué frecuencia se considerará alta, el planteamiento original del método desarrollado por Vergès era de calcular el promedio de las frecuencias, habiendo excluido aquellas frecuencias muy bajas (146); otros autores sitúan el 10% de los términos más frecuentes en la categoría de alta frecuencia (147); también se sugiere emplear la mediana de las frecuencias o elegir un punto en que se asegure la inclusión de determinado porcentaje de evocaciones (146); también es posible determinar la existencia de un salto evidente en la frecuencia de los datos, en que de una frecuencia a otra existe una diferencia de varios puntos en el porcentaje acumulado. (148) Cuando unos pocos términos presentan frecuencias muy elevadas (146), se sugiere que la mitad de la frecuencia más alta es un punto de corte adecuado.

Respecto al punto de corte para determinar la importancia asignada a los términos, la opción más habitual es la mediana de las posiciones en que se ordenaron las palabras, cuando el total de posiciones posibles es impar, o el promedio, en caso de corresponder a un número par. (146)

Para los fines del presente análisis, considerando la concentración de frecuencias elevadas en unos pocos términos, se ha determinado emplear la mitad de la frecuencia más alta como punto de corte para determinar alta o baja frecuencia. La frecuencia más alta entre las mujeres fue 64 y entre los hombres, 29, por lo que se consideraron como términos con alta frecuencia, aquellos que tuvieran una frecuencia de 32 o más y 14 o más, respectivamente, lo cual corresponde al 27% de las evocaciones entre las mujeres y al 37% de los términos evocados entre los hombres. El criterio empleado para determinar el punto de corte en relación a la importancia de los términos evocados, fue el de la mediana de los órdenes de todos los términos evocados por la muestra, la cual corresponde a 3, por lo que aquellos términos cuya mediana de ubicación fuera inferior a 3, fueron considerados de alta

importancia, y aquellos cuya mediana fuera igual o superior a 3, se consideraron de baja importancia. Finalmente, considerando que los autores plantean determinar una frecuencia mínima de inclusión, que a su vez permita incluir un porcentaje elevado de personas, se estableció en cada caso una frecuencia mínima que incluyera al menos a 80% de las respuestas. De este modo, para las mujeres, se consideró una frecuencia mínima de 4, correspondiente al 83,4% de respuestas entre ellas, mientras entre los hombres, al establecer el punto de corte en 3, se analizaron el 81,3% de los términos evocados por ellos.

Para obtener información respecto a la relevancia de algunas variables socio-demográficas de los participantes en relación al contenido de las representaciones sociales, se empleó análisis factorial de correspondencias, basado en el empleo de una tabla de contingencia, que se compara con una tabla de frecuencias teóricas o esperadas, con el fin de descartar la independencia entre ciertas variables, en este caso un tipo particular de contenidos de las representaciones sociales y determinadas características de la muestra. (143) Las variables específicas a considerar para este análisis y sus respectivas operacionalizaciones fueron: sexo (masculino o femenino), edad (75 o menos y mayores de 75 años), nivel de educación (menor a 6 años o mayor o igual a 6 años), estado civil (soltero/a, casado/a o en pareja, separado/a o anulado/a, viudo/a) y si la persona vivía sola o acompañada. Los análisis bivariados mostraron que la única variable respecto de la que las evocaciones no eran independientes, era nivel educacional; en consecuencia, se efectuó un análisis de correspondencias múltiples incluyendo sexo y nivel educacional como variables activas y el resto como variables pasivas, es decir, considerando su posición en el plano factorial, con respecto a las otras categorías, pero sin contribuir a la construcción de las dimensiones. Este análisis se efectuó con el programa FactoMineR.

La segunda fase de recolección de información contempló el empleo de una técnica para verificar qué contenidos corresponden al núcleo central de las representaciones sociales. Se decidió emplear un método denominado reconocimiento del objeto; en este procedimiento, se construye un cuestionario incluyendo los contenidos que se supone que constituyen los elementos centrales de las representaciones, según los resultados de una fase previa, que en el presente caso fue la pregunta de evocación de palabras; una vez diseñado el instrumento, se le plantean a las personas una lista de ítems y se les solicita que para cada uno de ellos señalen si “con seguridad”, “puede que sí o puede que no” o “de ninguna manera” son característicos de o corresponden al objeto estudiado. (110) Para afinar este instrumento, se efectuaron aplicaciones pilotos a personas mayores con características similares a las de la muestra en cuanto a edad, ser usuarios de centros de

atención primaria y vivir en comunas con un ingreso medio similar, de acuerdo a la clasificación socioeconómica de hogares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (149) Este procedimiento buscaba adaptar el lenguaje empleado, de modo de favorecer un nivel óptimo de comprensión de las instrucciones y afirmaciones contenidas; con este fin, se seleccionó intencionadamente a personas que se supuso que podrían tener mayores dificultades para comprender el instrumento, específicamente de más edad (sobre 75 años) y menor nivel educacional (ninguno a 3 años). Se efectuaron cuatro entrevistas, en las cuales se observó que la encuesta era comprendida con facilidad, sin detectarse la necesidad de introducir modificaciones a esta versión del instrumento, que se incluye en el Anexo II.

Para analizar los resultados obtenidos a través de esta técnica, se comparan las frecuencias de las alternativas de respuesta para cada ítem; aquellos ítems en que se eligió en mayor proporción la alternativa “con seguridad”, se considera que forman parte del núcleo central de las representaciones sociales (150); cuando las frecuencias se distribuyen de manera similar entre las tres alternativas o de manera predominante en la respuesta “puede que sí o puede que no”, se asumen como elementos periféricos. (110,138) Para determinar el punto de corte, se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, (151) estableciéndose para la muestra total un criterio de 86% o más de las respuestas en la alternativa “con seguridad”, y un 81% o más de las respuestas en la misma alternativa, para el análisis según nivel educacional, estratificado por sexo, considerando un nivel de significancia de 0,05.

Para la fase correspondiente al empleo de métodos cualitativos de recolección de información, se optó por utilizar grupos focales como técnica de producción de información. Algunos autores consideran los grupos focales como una de las técnicas más apropiadas para estudiar las representaciones sociales (133,135), dado que la formación de las ideas, creencias y opiniones que conforman el conocimiento de sentido común se produce a través de la comunicación, y esta técnica presenta una serie de características relevantes para observar las prácticas comunicacionales, en particular, el poder centrar la comunicación sobre un tema específico de interés (a diferencia de lo que ocurre con las técnicas de observación), el tener acceso a la expresión de ideas en un contexto particular específico, tal como un grupo de pares, el observar las prácticas conversacionales a las cuales las personas recurren para tratar determinado tema, y el favorecer el acceso a las interacciones que se producen al conversar acerca de este tema, no solamente a los contenidos expresados. (152)

Kitzinger (153) señala que un grupo está focalizado en cuanto al desarrollo de una actividad colectiva, habitualmente la conversación y debate en torno a un tema; esta técnica

es particularmente relevante para examinar el modo en que las ideas se desarrollan y operan en un contexto social, siendo el uso explícito de la interacción grupal como información a analizar, uno de sus aspectos distintivos en relación al resto de técnicas enmarcadas en la categoría de entrevistas de grupo. Por sus características, los grupos focales pueden dar acceso a aspectos que otros métodos, tales como la entrevista individual, normalmente no producen, en particular, a estilos comunicacionales propios de la vida diaria, que incluyen el intercambio de anécdotas o bromas; adicionalmente, en los grupos focales se puede explorar intencionadamente las diferencias de opiniones, solicitando a los participantes elaborar explicaciones de los motivos por los que esas divergencias existen. (153)

La forma de constituirlos debiera reforzar la participación y favorecer la expresión de los discursos cotidianos (154); en relación al tamaño de estos grupos, la literatura sugiere un mínimo de 4 y un máximo de 8 participantes; algunos autores plantean que los participantes no deben conocerse previamente, mientras otros consideran relevante incorporar a grupos pre-existentes; su duración se sitúa entre 90 y 120 minutos. (133,152,153) En cuanto al número de grupos focales a efectuar en el marco de una investigación, esto varía ampliamente según los objetivos y el alcance de la investigación, así como de los recursos disponibles; hay autores que señalan un criterio arbitrario de entre 3 y 5 grupos, si bien algunas investigaciones han desarrollado alrededor de 50 grupos focales. (154,155)

El rol del moderador debe fluctuar entre mantener al grupo focalizado en torno a un tema y permitir el libre desarrollo de la discusión, para favorecer aquellos aspectos interaccionales de interés, tales como el relato de anécdotas, el debate a partir de diferencias de opiniones, la búsqueda de consenso y el cambio de opinión, entre otros. (133,154) Precisamente el rol del moderador es una de las distinciones importantes entre el grupo focal y el grupo de discusión; en este último, el moderador no cuenta con una pauta previa para cubrir ciertos temas con el grupo, siendo el grupo quien desarrolla la conversación a partir de una propuesta inicial; a lo largo del desarrollo de la discusión, el moderador no plantea nuevas preguntas, sino que sus intervenciones buscan favorecer que sea el grupo quien conduzca la conversación. (156) Dado lo fundamental que resulta para el estudio de las representaciones sociales el explorar ciertas formas de interacción entre los participantes en el grupo en torno a temas específicos, la modalidad de grupo focal corresponde al formato más apropiado para producir el tipo de información relevante.

Para el desarrollo de los grupos focales se ha empleado una pauta con los temas a cubrir, basada en los objetivos de la investigación, enmarcando la conversación desde el comienzo en el interés por explorar las posibles diferencias entre mujeres y hombres

mayores en cuanto a sus experiencias y prácticas en torno a la salud y su relación con los servicios de salud. Una de las preguntas de la pauta, referente a cómo se presentaba el tema de la salud en los medios de comunicación de masas, fue eliminada con posterioridad a los dos primeros grupos focales, al observar que las conversaciones que se generaban se referían a temas contingentes de interés para los participantes, tales como las teleseries, pero que se alejaban del tema en estudio y restaban tiempo útil para explorar otros aspectos más productivos. La versión final de la pauta del grupo focal y de la pauta de observación se presenta en el Anexo III.

La literatura en relación a la investigación de las representaciones sociales ha sido prolífica en cuanto a su desarrollo teórico, no así en cuanto a las estrategias analíticas a emplear (157), salvo en el caso del enfoque estructural, que es el empleado en la primera y segunda fases de esta investigación. Es habitual el empleo del análisis temático, el cual en su modalidad convencional, según algunos autores (158), no logra dar cuenta del carácter dialógico de la búsqueda de sentido, por lo que proponen una herramienta analítica, basada en el enfoque dialógico, especialmente provechosa para el estudio de las representaciones sociales mediante grupos focales; esta técnica ha recibido varias denominaciones, entre ellas análisis dialógico del discurso.

Braun et al. (159) señalan algunas decisiones analíticas pertinentes de efectuar y explicitar en relación al análisis desarrollado en esta investigación; en este caso se ha adoptado lo que las autoras denominan análisis deductivo, dado que el proceso está sustentado en la teoría de las representaciones sociales, en contraste con un análisis de tipo inductivo, en que se busca observar qué temas emergen de los datos, sin enfrentarlos con supuestos teóricos. En concordancia con el marco conceptual, se asume que el análisis se efectuará buscando identificar los contenidos de las representaciones sociales, pero también y de manera intencionada, los procesos de construcción y mantención de estos contenidos, para lo cual se incorporará al análisis el contexto en el cual se producen los temas, es decir, las cualidades del diálogo en el cual se producen, esto es, el tono emocional, si se trata de una situación de consenso o de disenso, las estrategias a las que se recurre para argumentar (tales como empleo de fuentes, relato de anécdotas, etc.) si se producen cambios de opinión o silencios. (153,154) Esto implica asumir una posición epistemológica constructivista, en que no se supone que los temas emergerán por sí mismo de los datos, ni que estos reflejarán de manera explícita la realidad tal como es para los participantes; junto con los contenidos manifiestos expresados, por lo tanto, se buscará activamente

identificar contenidos latentes, relacionados con los procesos de construcción de conocimiento en la vida diaria. (159,160)

Para estos fines resulta apropiado emplear el análisis dialógico del discurso, que en términos de pasos a seguir presenta afinidades con el análisis temático, en el sentido de codificar desde lo particular, y posteriormente integrar estos códigos en temas más amplios (159); sin embargo, la nomenclatura y especialmente el proceso de codificación, presentan distinciones importantes, que se detallan a continuación, en la descripción de las fases del análisis, integrando las propuestas de Markova et al. (158) y lo propuesto por Braun et al. (159):

1. Familiarización con la información, a través de una lectura de las transcripciones completas de los grupos focales, con el fin de revisar la fidelidad de la transcripción; en esta etapa no se realizaron codificaciones, sin embargo, se tomó nota de las ideas que surgieron en relación a cómo efectuar la codificación, así como a ciertas recurrencias en los contenidos y procesos observados.

2. Codificación: una vez generadas algunas ideas respecto a lo que incluye el cuerpo de datos, se procedió a identificar episodios tópicos⁷, en que el tópico implica una o varias ideas y el modo en que su sentido ha sido negociado por los participantes en el grupo. Cabe señalar que desde esta perspectiva, el habla de un solo individuo también se considera dialógica, al incluir argumentos y contra-argumentos en relación a un tópico. Se asume que la separación del diálogo entre episodios, si bien es necesaria para fines analíticos, implica efectuar cortes que no dan cuenta de cómo un episodio puede ser desarrollado y transformado posteriormente durante la conversación, por lo cual el proceso de análisis implicó revisar si los episodios tópicos eran retomados posteriormente durante el transcurso del grupo, para dar cuenta de esto. A cada episodio se le asignó una o más etiquetas, aludiendo a su contenido semántico, pudiendo al término de este paso haber varios episodios con la misma etiqueta, obteniendo un listado de códigos.

3. Revisión de los códigos: este paso implicó revisar los códigos y las correspondientes transcripciones asociadas, buscando la presencia de tópicos similares y eventualmente recodificándolos. Asimismo, se compararon los recorridos seguidos por los episodios tópicos

⁷ Topical episodes, en el original. (158)

en cada grupo en particular, de modo de identificar las similitudes o diferencias en el desarrollo de los temas; los elementos empleados para esta comparación fueron: 1) el uso de analogías y de dichos, que desde la perspectiva de las representaciones sociales constituyen estrategias para anclar los contenidos a estructuras pre-existentes, de modo de volver familiar lo nuevo; 2) el uso de citas o referencias, como una forma de respaldar lo dicho, de emitir opiniones sin hacerse personalmente responsable o de manifestar desacuerdo con opiniones de otros; 3) la co-narración de historias, como un modo de construir el tópico de manera colaborativa; 4) el uso de imágenes, metáforas o ejemplos prototípicos, vinculado al proceso de objetivación descrito en la teoría de las representaciones sociales, como una manera de concretizar aspectos de la representación y volverlos comunicables. Cada uno de estos elementos permite describir los procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales.

4. Búsqueda de temas: a partir de la revisión de la lista de códigos generados en la fase anterior, considerando su contenido semántico, se buscó enfocar el análisis a un nivel superior o más amplio, identificando conglomerados temáticos o dimensiones, que pudieran contener varios códigos en conjunto.

5. Revisión de los temas: a partir de los temas que se definieron en la fase previa, se buscó identificar las relaciones entre los códigos, los temas y eventuales subtemas que fuera relevante distinguir. Se buscó determinar qué aspectos del conjunto de la información contenía cada tema, así como comprender los aspectos más amplios que el conjunto de la información expresaba, en particular en relación con la pregunta de investigación, con el fin de identificar similitudes y diferencias entre los temas expresados por mujeres y hombres mayores.

Este análisis fue efectuado con la asistencia del programa Atlas.ti 7. Para incorporar al proceso de codificación los aspectos que dieran cuenta de la interacción dentro de los grupos focales, las transcripciones incluyeron información no verbal, a saber, los tonos emocionales empleados, los silencios, las interrupciones, cuando varias personas hablaban al mismo tiempo, así como los registros de la observación del desarrollo de cada grupo. Ligado a la estrategia elegida, y de acuerdo a lo propuesto por Kitzinger (153,154) en relación al análisis de la interacción en grupos focales empleados para el estudio de las representaciones sociales, se consideró:

- La manera en que las personas expresaban y elaboraban su identidad, en este caso como mujeres y hombres mayores.
- Qué contenidos se asumían implícitamente y cuáles se definían explícitamente.
- Cómo se trataba la información nueva que parecía contradecir opiniones existentes.
- Qué normas grupales se encontraban a la base del consenso frente a determinados contenidos.
- Qué explicaciones se elaboraban en relación a las diferencias de opinión.
- Qué estrategias se desplegaban para generar cambios de opinión.

Respecto al modo en que los resultados de cada fase fueron integrados, si bien la literatura señala consistentemente la pertinencia y necesidad de complementar los hallazgos obtenidos mediante métodos cuantitativos, no existe un método de análisis específico que se plantee para integrar ambos tipos de información, dado que esto obedece más bien al enfoque epistemológico de cada investigación. En el presente caso, el estudio se define como cualitativo, en particular por pretender abordar el tema de estudio desde una perspectiva constructivista e interpretativa. En términos concretos, los resultados de las fases I y II, que contemplaron el empleo de técnicas de análisis cuantitativas, constituyeron insumos para el desarrollo de las fases posteriores. Por otra parte, el primer acercamiento que las herramientas cuantitativas empleadas dieron acerca del contenido de las representaciones sociales de la salud entre mujeres y hombres mayores, con posibilidad de explorar otras relaciones relevantes desde el punto de vista de la frecuencia y distribución de las respuestas, fue profundizado en términos de interpretar el vínculo entre representaciones sociales de la salud y género, en cuanto procesos de construcción social, para lo cual resultó imprescindible el material de tipo cualitativo producido. La forma en que se relacionan los resultados generales del estudio se consideran en la discusión.

Criterios de rigor de la investigación

Como señala Sandín Esteban (161), aún no se encuentra resuelta la discusión respecto a qué criterios de credibilidad se pueden aplicar a la investigación cualitativa, existiendo diversas propuestas que van desde adaptar los criterios tradicionales de la ciencia, tales como la validez interna y externa o la confiabilidad, hasta aplicar criterios

generados desde el paradigma cualitativo, con posturas más o menos radicales respecto a la posibilidad de establecer criterios específicos para juzgar la calidad de una investigación.

Para los fines de este estudio, se eligieron algunas propuestas de Creswell y Johnson (1991), aplicables considerando el enfoque particular asumido, así como las limitaciones temporales y de recursos existentes. En términos generales, se buscó lograr validez descriptiva, mediante un reporte detallado y transparente del proceso de investigación, incluyendo no sólo la información producida, sino el cómo se planificaron y desarrollaron estas actividades, así como las decisiones tomadas antes, durante y después de cada etapa; la presencia de un observador durante los grupos focales fortaleció este aspecto, en lo que se refirió a esa etapa del estudio. También se persiguió la validez interpretativa, en cuanto a lograr captar los significados expresados por los participantes y dar cuenta de éstos en el reporte de los resultados; el empleo de citas textuales y descripción de intercambios entre los participantes se empleó para facilitar la posibilidad de juzgar este aspecto por parte de los revisores y lectores del informe. Se buscó, asimismo, confirmar los resultados con los participantes, en particular después de realizados los primeros grupos focales, sondeando resultados de las etapas anteriores y aspectos desarrollados por los participantes en los grupos previos.

Consideraciones éticas

El estudio “Nueva bebida láctea para el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM): niveles óptimos de fortificación con vitamina D y B12 para mejorar la funcionalidad cognitiva y motora de sus usuarios”, a partir del cual se reclutó originalmente a la muestra contemplada para la presente investigación, fue aprobado por el Comité de Ética del INTA.

Se obtuvo consentimiento informado de los participantes, asegurando que su participación fuera voluntaria, que se protegería su anonimato y que las evaluaciones e intervenciones no significarían ningún daño a su bienestar.

Dado que la presente tesis se desarrolló a partir de una pregunta y objetivos propios, con posterioridad a la aprobación del protocolo de investigación del estudio original, y que contempló nueva recolección de datos entre los participantes, se obtuvo aprobación para este estudio en particular de parte del Comité de Ética del INTA, con fecha 03 de Septiembre de 2014. Se incluye la hoja informativa y el documento de consentimiento en el Anexo IV.

Para incorporar a los participantes al estudio, se les entregó una hoja informativa y documento de consentimiento, diseñados con el fin de informar, de manera sencilla y clara, pero completa, la finalidad de esta investigación, así como las implicancias de su participación. Junto con asegurar que la participación fuera voluntaria, se garantizó el derecho de retirarse en cualquier momento, así como el anonimato. Se solicitó, a quienes accedieron a participar, emplear algunos extractos de sus palabras, con el fin de ilustrar los resultados, tanto en el ámbito de la presentación de resultados en el contexto del Programa de Doctorado, como en eventuales publicaciones futuras; este aspecto fue optativo, y todos los participantes en los grupos focales accedieron a que sus palabras fueran eventualmente reproducidas.

Se ofreció a los participantes, en caso de estar interesados, un resumen de los resultados de la investigación, una vez concluido el estudio.

Resultados

Descripción de la muestra

Las características socio-demográficas y situación de salud de la muestra se resumen en las Tabla 2, 3 y 4. La muestra estaba compuesta por algo menos del doble de mujeres (64,1%) que de hombres (35,9%). El rango de edad era de 70 a 95 años entre las mujeres, y de 70 a 87 años entre los hombres; la edad promedio era de 76,9 años, sin diferencia significativa ($p=0.44$) entre mujeres (77,1 años) y hombres (76,6 años). Se observaron diferencias significativas en la distribución del estado civil, el número de personas en el hogar y la participación en un grupo comunitario. Más de la mitad de las mujeres no tenían pareja (53,8%), siendo la situación frecuente en este subgrupo la viudez (37,4%), mientras que más de cuatro quintos de los hombres (82,4%) se encontraban casados. En cuanto al número de personas en el hogar, una mayor proporción de mujeres vivían solas o con una persona (52,7%) y más de la mitad de los hombres vivía con más de una persona (62,7%). La participación de las mujeres en algún grupo comunitario era más del doble que la de los hombres, siendo de 47,8% y 22,5%, respectivamente.

Tabla 2. Características socio-demográficas de la muestra, según sexo.

	Total		Hombres		Mujeres		p^a
	284		N=102 (35,9%)		N= 182 (64,1%)		
	N	%	N	%	N	%	
Edad							
70-75	138	48,6	54	52,9	84	46,2	0,272
76+	146	51,4	48	47,1	98	53,8	
Años de educación							
0	19	6,7	6	5,9	13	7,1	0,223
1 a 5	95	33,4	35	34,3	60	33	
6 a 11	126	44,4	40	39,2	86	47,3	
12 a 15	37	13	16	15,7	21	11,5	
16 +	7	2,5	5	4,9	2	1,1	
Estado civil							
Soltero/a	21	7,4	2	1,9	19	10,4	<0,001
Casado/a o en pareja	168	59,2	84	82,4	84	46,2	
Separado/a o anulado/a	14	4,9	3	2,9	11	6	
Viudo/a	81	28,5	13	12,8	68	37,4	
Personas en el hogar							
Vive solo/a	37	13	10	9,8	27	14,8	0,042
Vive con 1 persona	97	34,2	28	27,5	69	37,9	
Vive con más de 1 persona	150	52,8	64	62,7	86	47,3	
Participación							
Sí	110	38,7	23	22,5	87	47,8	<0,001
No	174	61,3	79	77,5	95	52,2	
Disponibilidad ayuda en general							
Sí	253	89,1	87	85,3	166	91,2	0,125
No	31	10,9	15	14,7	16	8,8	
Disponibilidad ayuda económica^b							
Sí	245	87,5	91	90,1	154	86	0,323
No	35	12,5	10	9,9	25	14	

^a El valor p corresponde a la prueba chi cuadrado de Pearson o a la prueba exacta de Fisher, según la distribución de las respuestas. ^b Las observaciones no suman 284, debido a datos faltantes en una persona para esta variable.

Como se ilustra en la Tabla 3, se observaron diferencias significativas entre mujeres y hombres en diversos indicadores del estado de salud, incluyendo salud auto-percibida, síntomas depresivos y una serie de variables sobre funcionalidad, dolor experimentado o angustia, así como hábitos relacionados con la salud. Al analizar la distribución de las restricciones para efectuar actividades básicas de la vida diaria, más de 90% de las personas

de la muestra declararon no tener restricción para realizarlas; se observa, no obstante, una diferencia significativa, siendo 6 veces más frecuente entre las mujeres este problema.

Tabla 3. Caracterización de la situación de salud de la muestra, según sexo.

	Total 284		Hombres N=102 (35,9%)		Mujeres N= 182 (64,1%)		<i>p</i> ^b
	N ^a	%	N	%	N	%	
Salud auto-percibida							
Excelente/muy buena/ buena	106	37,3	48	47,1	58	31,9	0,011
Regular/ mala	178	62,7	54	52,9	124	68,1	
Síntomas depresivos (GDS15) ^c							
Sí	87	31	22	22	65	35,9	0,016
No	194	69	78	78	116	64,1	
Restricción en ABVD							
Sí	24	8,5	2	2	22	12,1	0,003
No	260	91,5	100	98	160	87,9	
Restricción en AIVD							
Sí	87	30,6	18	17,7	69	37,9	0,013
No	197	69,4	84	82,3	113	62,1	
Limitación funcional							
Sí	212	74,7	61	59,8	151	83	<0,001
No	72	25,3	41	40,2	31	17	
Dolor (EQ5D)							
No tiene	123	43,3	54	52,9	69	37,9	0,001
Dolor o malestar moderado	130	45,7	45	44,1	85	46,7	
Mucho dolor o malestar	31	11	3	3	28	15,4	
Angustia o depresión (EQ5D)							
Ninguna	187	65,9	82	80,4	105	57,7	<0,001
Moderada	77	27,1	17	16,7	60	33	
Mucha	20	7	3	3	17	9,3	
Caídas último año							
Sí	99	35,1	28	27,7	71	39,2	0,052
No	183	64,9	73	72,3	110	60,8	
Hábito tabáquico							
Fuma actualmente (a diario)	18	6,4	9	8,9	9	4,9	<0,001
Fuma ocasionalmente (<1 diario)	3	1,1	1	1	2	1,1	
Fumaba antes	93	32,9	48	47,5	45	24,7	
Nunca ha fumado	169	59,7	43	42,6	126	69,2	
Actividad física semanal							
Ninguna	202	71,1	69	67,6	133	73,1	0,002
1 o 2 días	33	11,6	6	5,9	27	14,8	
3+ días	49	17,3	27	26,5	22	12,1	

^a Las observaciones no suman 284 en todas las variables, debido a datos faltantes. ^b El valor *p* corresponde a la prueba chi cuadrado de Pearson o a la prueba exacta de Fisher, según la distribución de las respuestas. ^c Punto de corte ≥ 5 .

Algo similar ocurre en relación a las dificultades para realizar actividades instrumentales, que si bien resultaron más frecuentes entre la muestra (30,6%), y la diferencia era más moderada, más del doble de mujeres (37,9%) que de hombres (17,7%)

reportó restricción en al menos una de estas actividades. En cuanto a la limitación funcional, tres cuartos de la muestra expresó tener algún tipo de limitación funcional; mientras cerca del 60% de los hombres declaró encontrarse en esta situación, entre las mujeres esto ocurría con el 83% de ellas.

Tabla 4. Enfermedades crónicas auto-reportadas por la muestra, según sexo.

	Total 284		Hombres N=102 (35,9%)		Mujeres N= 182 (64,1%)		<i>p</i> ^b
	N ^a	%	N	%	N	%	
Enfermedad crónica							
Ninguna	12	4,3	6	5,9	6	3,3	0,001
1-2	137	48,9	63	62,4	74	41,3	
3+	131	46,8	32	31,7	99	55,3	
Hipertensión							
Sí	227	79,9	75	73,5	152	83,5	0,044
No	57	20,1	27	26,5	30	16,5	
Diabetes							
Sí	89	31,3	35	34,3	54	29,7	0,418
No	195	68,7	67	65,7	128	70,3	
Enfermedad coronaria							
Sí	48	16,9	17	16,7	31	17	0,937
No	236	83,1	85	83,3	151	83	
AVE ^c							
Sí	22	7,8	7	6,9	15	8,2	0,818
No	262	92,2	95	93,5	167	91,8	
EPOC ^d							
Sí	35	12,3	12	11,8	23	12,6	0,830
No	249	87,7	90	88,2	159	87,4	
Artritis/artrosis							
Sí	123	43,3	20	19,6	103	56,6	<0.001
No	161	56,7	82	80,4	79	43,4	
Cataratas							
Sí	115	41,1	30	29,7	85	47,5	0,004
No	165	58,9	71	70,3	94	52,5	
Depresión							
Sí	63	22,4	8	7,9	55	30,6	<0.001
No	218	77,6	93	92,1	125	69,4	
Cáncer							
Sí	31	10,9	11	10,8	20	11	0,958
No	253	89,1	91	89,2	162	89	

^a Las observaciones no suman 284 en todos las variables, debido a datos faltantes. ^b El valor *p* corresponde a la prueba chi cuadrado de Pearson o a la prueba exacta de Fisher, según la distribución de las respuestas. ^c Embolia, derrame, ataque o tromboembolia cerebral. ^d Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Respecto a los síntomas depresivos, evaluados según la versión de 15 ítems de la Geriatric Depression Scale (GDS-15), 35,9% de las mujeres, y 22% de los hombres, los

presentaban. En cuanto a las caídas en el último año, éstas fueron declaradas por 39% de las mujeres y 28% de los hombres. Las mujeres que declararon sentir mucho dolor el día de la entrevista (15,4%), superaban en más de cinco veces a los hombres (3%), y en poco más de tres veces en relación a sentir mucha angustia o depresión (9,3% y 3%, respectivamente).

En cuanto a los hábitos relacionados con la salud, el hábito tabáquico era la única variable en la cual las mujeres presentaban ventaja, al alcanzar el 69,2% aquellas que nunca habían fumado, en comparación al 42,6% de los hombres. En lo que concierne a la realización de actividad física semanal, los hombres declararon más del doble de realización de ejercicio 3 días o más a la semana (26,5%) en comparación a las mujeres (12,1%), mientras quienes expresaron no efectuar actividad física ningún día, correspondían al 67,6% de los hombres y al 73,1% de las mujeres.

Finalmente, considerando todas las patologías crónicas analizadas, como se observa en la Tabla 4, los hombres con mayor frecuencia reportaron morbilidad moderada (1 o 2 patologías), mientras las mujeres reportaban morbilidad severa (3 o más patologías) más frecuentemente que los hombres. La diferencia también era significativa para la hipertensión arterial, superando las mujeres (83,5%) a los hombres en 10 puntos porcentuales. Casi tres veces más mujeres que hombres declararon haber recibido el diagnóstico de problemas articulares (56,6% y 19,6%, respectivamente), siendo más frecuente también el diagnóstico de cataratas entre las mujeres (47,5%) que entre los hombres (29,7%). La depresión también había sido diagnosticada con mayor frecuencia entre las mujeres (30,6%) que entre los hombres (7,9%). Es interesante constatar que de acuerdo a los resultados del GDS-15, la prevalencia de síntomas depresivos entre los hombres era más de tres veces superior (22% y 7,9%, respectivamente), mientras que entre las mujeres la cifra era sólo cinco puntos porcentuales superior a la del auto-reporte (35,9% y 30,6%, respectivamente).

Análisis prototípico

El total de términos evocados por la muestra fue de 1176, con 658 términos diferentes; con posterioridad a la reducción del vocabulario, el total de términos distintos fue 234 para la muestra total, con 187 términos entre las mujeres y 144 entre los hombres, y 97 términos en común para ambos. Las Tablas 5 y 6 presentan los términos incluidos en el análisis prototípico, entre mujeres y hombres, con sus respectivas frecuencias.

Las Tablas 7 y 8 muestran los resultados del análisis prototípico entre las mujeres y entre los hombres. Para poder comparar las semejanzas y diferencias en cuanto a los

contenidos y estructura de las representaciones de la salud entre ambos sexos, se presentan los términos ordenados según zona de ubicación, para mujeres y hombres, en la Tabla 9. En lo que se refiere a los elementos centrales de la representación de la salud, se observó sólo una similitud y varias diferencias; las mujeres situaron tres términos en la zona del núcleo central, incluyendo “remedios”, “diabetes/hipertensión” y con una valoración explícitamente negativa, “mala/regular”; este último término también se situó en la zona del núcleo central entre los hombres, además de “enfermedades”; los términos “remedios” y “diabetes/hipertensión”, en cambio, en el caso de los hombres se situaron entre los elementos periféricos de la representación, y lo mismo ocurrió con “enfermedades”, entre las mujeres.

En cuanto a los elementos de la zona de contraste, con alta importancia pero baja frecuencia, es decir centrales sólo para un subgrupo más o menos pequeño de personas, se observaron escasas coincidencias entre mujeres y hombres (controles de salud, buena y alimentación); entre las mujeres se situaron, con frecuencia decreciente, los términos “controles de salud”, “alimentación”, “problemas en las articulaciones o huesos”, “invalidez”, “médico”, “abandono”, “achaques”, “buena”, “falta de atención”, “caídas”, “ansiedad”, “bastón”, “higiene”, “mala atención” y “Parkinson”. Los hombres, a su vez, también con frecuencia decreciente, mencionaron los términos “buena”, “controles de salud”, “ejercicio”, “alimentación”, “corazón”, “cáncer”, “deterioro”, “alimentarse bien”, “dormir”, “entretención”, “gastos/cara” y “salud”.

Un mayor nivel de coincidencia se encontró en la primera periferia, referente a términos mencionados con mucha frecuencia, pero a los que se les asignó baja importancia. Tanto mujeres como hombres mencionaron “dolor”, “cuidados” y “problemas de memoria”; sólo las mujeres situaron en esta zona “enfermedades”, mientras sólo los hombres lo hicieron con “remedios” y “problemas de audición o visión”; como se mencionó más arriba, los hombres le asignaron a “enfermedades” alta importancia, por lo que se situó en la zona del núcleo central entre ellos, mientras esto ocurrió con el término “remedios”, entre las mujeres. Los “problemas de audición o visión”, a su vez, se situaron en la segunda periferia entre las mujeres, dado que aparte de asignárseles baja importancia, no fueron mencionados por suficiente número de mujeres como para formar parte de la primera periferia.

En la segunda periferia, constituida por términos poco relevantes y poco frecuentes, se produjeron ocho coincidencias entre mujeres y hombres, específicamente, “amistad/compartir”, “caminar”, “cansancio”, “consultorio”, “debilidad”, “depresión/desánimo”, “dificultad para moverse o hacer las cosas” y “discriminación”. Al observar términos situados

sólo por las mujeres o por los hombres en esta zona, se constatan diferencias según género en la estructura de las representaciones; los hombres situaron “diabetes/hipertensión” en esta zona, término que para las mujeres formaba parte del núcleo central.

Otros términos, situados en la zona de contraste entre las mujeres, se encontraban en la segunda periferia entre los hombres, a saber, “problemas en las articulaciones/huesos”, “invalidez”, “mala atención” y “médico”, y la misma situación, de manera inversa, se dio para los términos “deterioro” y “ejercicio”, que entre los hombres se encontraban en la zona de contraste, y entre las mujeres, en la segunda periferia. Como se detalla en la Tabla 10, ciertos términos situados en la zona de contraste, fueron mencionados exclusivamente por las mujeres, y otros por los hombres; en el primer caso, sólo las mujeres de la muestra mencionaron los términos “abandono”, “ansiedad”, “bastón”, “caídas”, “falta de atención” e “higiene”, y sólo los hombres mencionaron “cáncer”, “dormir”, “entretenimiento”, “gastos/cara” y “salud”. También se encontraron términos exclusivos entre las mujeres y entre los hombres en la segunda periferia, constituida por elementos poco frecuentes y poco importantes, específicamente “abrigo/frío”, “artrosis/osteoporosis”, “colesterol/triglicéridos”, “dependencia”, “inestable”, “leche”, “lentitud”, “resfrío” y “reumatismo”, entre las mujeres, y “buena atención”, “bronquios/pulmones”, “complicaciones”, “envejecer”, “mal genio”, “maltrato” y “problemas”, entre los hombres.

Tabla 5. Frecuencia de términos evocados por las mujeres, incluidos en el análisis prototípico

Términos evocados	Frecuencia	Porcentaje		Términos evocados	Frecuencia	Porcentaje	
		Porcentaje	acumulado			Porcentaje	acumulado
Dolor	64	8,34	8,3	Alegría	7	0,91	70,1
Remedios	50	6,52	14,9	Cansancio	7	0,91	71,0
Mala/regular	49	6,26	21,1	Abandono	6	0,78	71,8
Enfermedades	44	5,74	26,9	Achaques	6	0,78	72,6
Diabetes/HTA	41	5,34	32,2	Buena	6	0,78	73,4
Cuidados	35	4,56	36,8	Dependencia	6	0,78	74,1
Problemas de memoria	34	4,56	41,3	Falta de atención	6	0,78	74,9
Controles de salud	26	3,39	44,7	Leche	6	0,78	75,7
Problemas de audición/visión	22	2,87	47,6	Amistad/compartir	5	0,65	76,4
Artrosis/osteoporosis	19	2,48	50,1	Caídas	5	0,65	77,0
Corazón	17	2,22	52,3	Ejercicio	5	0,65	77,7
Depresión/desánimo	17	2,22	54,5	Ansiedad	4	0,52	78,2
Alimentarse bien	14	1,83	56,3	Bastón	4	0,52	78,7
Consultorio	13	1,69	58,0	Colesterol/triglicéridos	4	0,52	79,2
Debilidad	12	1,56	59,6	Deterioro	4	0,52	79,7
Dificultad para caminar, moverse o hacer cosas	12	1,56	61,1	Discriminación	4	0,52	80,3
Resfrío	11	1,43	62,6	Higiene	4	0,52	80,8
Alimentación	9	1,17	63,7	Inestable	4	0,52	81,3
Articulaciones/huesos	9	1,17	64,9	Lentitud	4	0,52	81,8
Caminar/pasear	9	1,17	66,1	Mala atención	4	0,52	82,3
Invalidez	9	1,17	67,3	Parkinson	4	0,52	82,9
Médico	8	1,04	68,3	Reumatismo	4	0,52	83,4
Abrigo/frío	7	0,91	69,2				

Los porcentajes son sobre el total de evocaciones producidas por todos los individuos en este grupo (N=767).

Tabla 6. Frecuencia de términos evocados por los hombres, incluidos en el análisis prototípico

Términos evocados	Frecuencia	Porcentaje		Términos evocados	Frecuencia	Porcentaje	
		Porcentaje	acumulado			Porcentaje	acumulado
Mala/regular	29	7,1	7,1	Alimentarse bien	4	1,0	66,7
Remedios	26	6,4	13,5	Articulaciones/huesos	4	1,0	67,7
Enfermedades	24	5,9	19,4	Cansancio	4	1,0	68,7
Problemas de memoria	24	5,9	25,3	Problemas	4	1,0	69,7
Dolor	23	5,6	30,9	Achaques	3	0,7	70,4
Problemas de audición/visión	14	3,4	34,3	Alegría	3	0,7	71,1
Cuidados	14	3,4	37,7	Amistad/compartir	3	0,7	71,8
Diabetes/HTA	12	2,9	40,6	Buena atención	3	0,7	72,5
Buena	10	2,4	43	Bronquios/pulmones	3	0,7	73,2
Controles de salud	10	2,4	45,4	Complicaciones	3	0,7	73,9
Ejercicio	10	2,4	47,8	Dificultad para caminar, moverse o hacer cosas	3	0,7	74,6
Debilidad	9	2,2	50	Discriminación	3	0,7	75,3
Caminar/pasear	8	1,9	51,9	Dormir	3	0,7	76
Consultorio	7	1,7	53,6	Entretención	3	0,7	76,7
Depresión/desánimo	7	1,7	55,3	Gastos/cara	3	0,7	77,4
Mala atención	7	1,7	57	Invalidez	3	0,7	78,1
Alimentación	6	1,5	58,5	Mal genio	3	0,7	78,8
Corazón	6	1,5	60	Maltrato	3	0,7	79,5
Cáncer	6	1,5	61,5	Salud	3	0,7	80,2
Deterioro	6	1,5	63	Sin apetito	3	0,7	80,9
Médico	6	1,5	64,5	Vacunas	3	0,7	81,6
Envejecer	5	1,2	65,7				

Los porcentajes son sobre el total de evocaciones producidas por todos los individuos en este grupo (N=409).

Tabla 7. Resultados del análisis prototípico entre las mujeres

	Alta importancia (mediana < 3)	N	Baja importancia (mediana ≥ 3)	N
Alta frecuencia (≥32)	Remedios	50	Dolor	64
	Mala/regular	49	Enfermedades	44
	Diabetes/HTA	41	Cuidados	35
			Problemas de memoria	34
	Controles de salud	26	Problemas de audición/visión	22
	Alimentación	9	Artrosis/osteoporosis	19
	Articulaciones/huesos	9	Corazón	17
	Invalidez	9	Depresión/desánimo	17
	Médico	8	Alimentarse bien	14
	Abandono	6	Consultorio	13
Baja frecuencia (<32)	Achaques	6	Debilidad	12
	Buena	6	Dificultad para moverse o hacer cosas	12
	Falta de atención	6	Resfrío	11
	Caídas	5	Caminar	9
	Ansiedad	4	Abrigo/frío	7
	Bastón	4	Alegría	7
	Higiene	4	Cansancio	7
	Mala atención	4	Dependencia	6
	Parkinson	4	Leche	6
			Amistad/compartir	5
			Ejercicio	5
			Colesterol/triglicéridos	4
			Deterioro	4
			Discriminación	4
			Inestable	4
		Lentitud	4	
		Reumatismo	4	

Tabla 8. Resultados del análisis prototípico entre los hombres

	Alta importancia (mediana < 3)	N	Baja importancia (mediana ≥ 3)	N	
Alta frecuencia (≥14)	Mala/regular	29	Remedios	26	
	Enfermedades	24	Problemas de memoria	24	
			Dolor	23	
			Problemas de audición/visión	14	
			Cuidados	14	
		Buena	10	Diabetes/HTA	12
		Controles de salud	10	Debilidad	9
		Ejercicio	10	Caminar	8
		Alimentación	6	Consultorio	7
		Corazón	6	Depresión/desánimo	7
Baja frecuencia (<14)		6	Cáncer	7	
		6	Deterioro	6	
		6	Médico	6	
		4	Alimentarse bien	5	
		3	Dormir	4	
		3	Entretención	4	
		3	Gastos/cara	4	
		3	Salud	4	
				Achaques	3
				Alegría	3
				Amistad/compartir	3
				Buena atención	3
				Bronquios/pulmones	3
				Complicaciones	3
				Dificultad para moverse o hacer cosas	3
				Discriminación	3
				Invalidez	3
			Mal genio	3	
			Maltrato	3	
			Sin apetito	3	
			Vacunas	3	

Tabla 9. Comparación de los resultados del análisis prototípico según sexo

	Mujeres	Hombres
Núcleo central	Mala/regular Remedios Diabetes/HTA	Mala/regular Enfermedades
	Alimentación Buena Controles de salud Abandono Achaques Ansiedad Articulaciones/huesos Bastón Caídas Falta de atención Higiene Invalidez Mala atención Médico Parkinson	Alimentación Buena Controles de salud Alimentarse bien Cáncer Corazón Deterioro Dormir Ejercicio Entretención Gastos/cara Salud
Zona de contraste	Cuidados Dolor Problemas de memoria Enfermedades	Cuidados Dolor Problemas de memoria Problemas de audición/visión Remedios
	Amistad/compartir Caminar Cansancio Consultorio Debilidad Depresión/desánimo Dificultad para moverse o hacer Discriminación Abrigo/frío Alimentarse bien Artrosis/osteoporosis Problemas de audición/visión Colesterol/triglicéridos Corazón Dependencia Deterioro Ejercicio Inestable Leche Lentitud Resfrío Reumatismo	Amistad/compartir Caminar Cansancio Consultorio Debilidad Depresión/desánimo Dificultad para moverse o hacer Discriminación Achaques Articulaciones/huesos Buena atención Bronquios/pulmones Complicaciones Diabetes/HTA Envejecer Invalidez Mal genio Mala atención Maltrato Médico Problemas Sin apetito Vacunas
Primera periferia		
Segunda periferia		

Tabla 10. Términos únicos entre mujeres y entre hombres y zona de ubicación

	Mujeres	Hombres
Zona de contraste (alta importancia – baja frecuencia)	Abandono*	Cáncer
	Ansiedad	Dormir
	Bastón	Entretención
	Caídas*	Gastos/cara
	Falta de atención*	Salud
	Higiene*	
Segunda periferia (baja importancia – baja frecuencia)	Abrigo/frío	Buena atención
	Artrosis/osteoporosis	Bronquios/pulmones
	Colesterol/triglicéridos*	Complicaciones
	Dependencia	Envejecer
	Inestable	Mal genio
	Leche	Maltrato
	Lentitud*	Problemas
	Resfrío	
	Reumatismo	

* Términos mencionados exclusivamente por las mujeres; todos los otros términos fueron mencionados por personas del otro sexo, si bien con una frecuencia muy baja como para ser incluidos en el análisis prototípico.

Verificación de la centralidad

La Tabla 11 detalla cuáles de los términos incluidos en el cuestionario de reconocimiento del objeto, fueron señalados como elementos del núcleo central, y cuáles descartados, entre las mujeres y los hombres, mientras las Tablas 12 y 13 comparan los resultados entre mujeres con menor o mayor escolaridad y entre hombres, considerando las mismas categorías. Ciertos términos fueron señalados, tanto por las mujeres como por los hombres, como centrales en la representación de la salud de las personas mayores; esto incluye “controles de salud”, “dolor”, “enfermedades” y “problemas de visión o audición”; solamente las mujeres indicaron “alimentación” y “diabetes/hipertensión”, mientras estos términos resultaron periféricos para los hombres; éstos, por su parte, incluyeron “ejercicio”, “necesidad de cuidados” y “problemas de memoria” entre los elementos centrales, términos que entre las mujeres eran periféricos. En cuanto a los términos clasificados como periféricos con independencia del género, estos fueron “buena”, “regular/mala” y “remedios”.

Tabla 11. Resultados de la verificación de la centralidad de los términos entre mujeres y hombres.

	Mujeres	Hombres
Elementos del núcleo central	Controles de salud	Controles de salud
	Dolor	Dolor
	Enfermedades	Enfermedades
	Problemas de visión o audición	Problemas de visión o audición
	Alimentación	
	Diabetes/hipertensión	
Elementos periféricos		Necesidad de cuidados
		Problemas de memoria
	Buena	Buena
	Regular/mala	Regular/mala
	Remedios	Remedios
		Alimentación
		Diabetes/hipertensión
	Ejercicio	
	Necesidad de cuidados	
	Problemas de memoria	

Tomando en cuenta el nivel educacional de los participantes, entre las mujeres éste no resultó relevante para los términos “alimentación”, “controles de salud”, “diabetes/hipertensión”, “dolor” “enfermedades” y “problemas de visión o audición”, correspondientes al núcleo central, ni para “buena”, “regular/mala” y “remedios”, como términos periféricos. “Ejercicio”, “necesidad de cuidados” y “problemas de memoria” correspondían a elementos centrales entre las mujeres con menor escolaridad.

En el caso de los hombres, independiente del nivel educacional, “controles de salud”, “dolor”, “ejercicio”, “enfermedades”, “necesidad de cuidados”, “problemas de memoria” y “problemas de visión o audición” se situaron en el núcleo central, mientras “buena”, “remedios” y “diabetes/hipertensión” resultaron elementos periféricos. “Alimentación” y “regular/mala” correspondían a elementos del núcleo central de la representación sólo entre aquellos hombres con menor nivel educacional.

Tabla 12. Resultados de la verificación de la centralidad de los términos entre mujeres, según escolaridad.

	Menor escolaridad	Mayor escolaridad
Elementos del núcleo central	Alimentación	Alimentación
	Controles de salud	Controles de salud
	Diabetes/hipertensión	Diabetes/hipertensión
	Dolor	Dolor
	Enfermedades	Enfermedades
	Problemas de visión/audición	Problemas de visión/audición
	Ejercicio	
	Necesidad de cuidados	
	Problemas de memoria	
	Elementos periféricos	Buena
Regular/mala		Regular/mala
Remedios		Remedios
		Ejercicio
		Necesidad de cuidados
		Problemas de memoria

Se identificaron, por lo tanto, como elementos del núcleo central de la representación, entre todos los grupos, los términos “controles de salud”, “dolor”, “enfermedades” y “problemas de visión o audición”, y en general para las mujeres “alimentación” y “diabetes/hipertensión”, y para los hombres “ejercicio”, “necesidad de cuidado” y “problemas de memoria”. “Buena” y “remedios” correspondieron a elementos periféricos entre todos los grupos. Solamente los hombres con menos escolaridad indicaron “mala/regular” como un elemento central.

Tabla 13. Resultados de la verificación de la centralidad de los términos entre hombres, según escolaridad.

	Menor escolaridad	Mayor escolaridad
Elementos del núcleo central	Controles de salud	Controles de salud
	Dolor	Dolor
	Ejercicio	Ejercicio
	Enfermedades	Enfermedades
	Necesidad de cuidados	Necesidad de cuidados
	Problemas de memoria	Problemas de memoria
	Problemas de visión/audición	Problemas de visión/audición
	Alimentación	
	Regular/mala	
	Elementos periféricos	Buena
Remedios		Remedios
Diabetes/hipertensión		Diabetes/hipertensión
		Alimentación
		Regular/mala

Análisis de correspondencias

Como se mencionó con anterioridad, en el análisis de correspondencias múltiples se incluyó, además del sexo, la variable nivel educacional, que mostró asociación con los términos evocados. Los primeros dos factores o dimensiones, graficados en la Figura 5, son los que mejor resumen la relación entre las categorías de cada variable incluida, considerando la distribución específica de los datos. Es importante señalar que estos dos factores explicaban el 76% de la inercia, es decir, la variabilidad observada en la distribución de los datos.

La Tabla 15 presenta las relaciones entre las categorías contenidas en los primeros dos factores obtenidos. El primer factor incluía ciertos términos más asociados a las mujeres (amistad, alimentación, dolor, remedios) de otros más asociados a los hombres (envejecer y deterioro). Entre estos términos, “dolor” y “remedios” se asociaban además a menor escolaridad entre las mujeres, mientras que “deterioro”, “ejercicio” y “problemas” se asociaba a mayor escolaridad entre los hombres.

Figura 5. Categorías principales obtenidas en el análisis de correspondencias

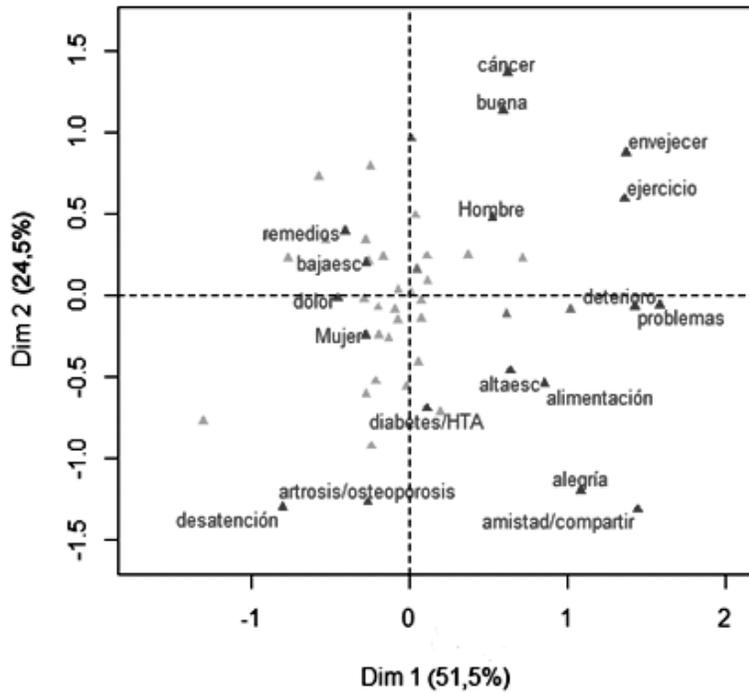


Tabla 15. Relaciones entre las principales categorías obtenidas en el análisis de correspondencias

	Categoría	Términos
Primer factor	Mujer	Amistad
	Mujer baja escolaridad	Alimentación
		Dolor
		Remedios
	Hombre	Envejecer
	Hombre alta escolaridad	Deterioro
	Ejercicio	
	Problemas	
Segundo factor	Mujer	Alegría
		Diabetes/HTA
		Artrosis/osteoporosis
	Mujer baja escolaridad	Desatención
	Hombre baja escolaridad	Cáncer
	Buena	

El segundo factor, a su vez, distinguía a las mujeres de los hombres con los términos “alegría”, “diabetes/hipertensión”, “artrosis/osteoporosis” y “desatención”, siendo “cáncer” y “buena” términos más característicos de los hombres. El término “desatención”, además, estaba más ligado a menor escolaridad entre las mujeres, mientras “cáncer” se asociaba más a menor escolaridad entre los hombres.

Representaciones sociales de la salud de las personas mayores, desde una aproximación dialógica

En esta sección, se presentan los temas que fueron desarrollados en los distintos grupos, indicando aquellos comunes a mujeres y hombres y aquellos que fueron exclusivos de las mujeres o de los hombres, describiéndolos y ejemplificándolos con citas, de modo de ilustrar cómo el proceso de construcción de un mismo tema fue diferente entre mujeres y entre hombres. Es importante comentar que la extensión de las citas corresponde a la estrategia analítica empleada, buscando ilustrar los procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales ocurridos durante el diálogo, lo cual en ocasiones requirió seleccionar episodios más largos. Los temas no se consideraron más o menos relevantes según la frecuencia de aparición de las secuencias tópicas constitutivas de cada uno de ellos, sino por su cualidad de generar diálogos destinados a confrontar o consensuar puntos de vista y experiencias y dotarlas de sentido en relación a la salud de las personas mayores, en cuanto mujeres u hombres. En el Anexo V se incluye una tabla que contiene las secuencias tópicas identificadas dos veces o más, y su frecuencia en cada grupo.⁸

Enfermedades, controles de salud y medicamentos

Este tema se desarrolló tanto entre mujeres como entre hombres, presentando desarrollos distintos entre ambos. Las mujeres describían la salud de las personas mayores como caracterizada por la asistencia a controles de salud y el uso de medicamentos, a raíz de la presencia de enfermedades de carácter crónico. Los dos diálogos siguientes ejemplifican la relación entre controles de salud y medicamentos; en el segundo caso, se observa cómo para varias personas del grupo, el acudir al consultorio de manera regular, y especialmente el hecho de necesitar medicamentos para controlar las enfermedades

⁸ En las citas, F corresponde a la facilitadora de los grupos focales.

crónicas es lo esperable a esta edad, por lo que a la participante que declara no ir nunca al consultorio ni tomar ningún medicamento, se le insiste en corroborar que esto sea así, preguntándole si no tiene alguna enfermedad específica. Ante esto, la participante admite que en alguna oportunidad le dijeron que tenía diabetes, y es el grupo el que se encarga de concluir que en realidad se trata de una situación previa a la diabetes o que aún no califica para el diagnóstico, dado que de otro modo esta situación contradeciría la noción de que ante la presencia de enfermedades crónicas se debe acudir al centro de salud y el médico debe indicar medicamentos.

Cita 1: Grupo 3 (mujeres con mayor escolaridad)

P4: En la mañana me levanto a tomar mis pastillas, tengo que tomar para la presión y para el corazón...

P1: Lo mismo que tomo yo.

P4: ... y en la noche, antes de acostarme también tengo que tomar la misma dosis, y a mediodía tomo la pastilla de la presión otra vez – cuando es verano, por lo menos, porque en el invierno no es tanto. Y voy a todos mis controles, eso sí.

Cita 2: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

P1: Yo ni voy al consultorio.

P2: Ah, ¿y no retira medicamentos, tampoco?

P1: No, tampoco.

P2.: ¿O sea que usted no toma medicamentos? (con sorpresa).

P1: No, tampoco. No necesito, gracias a Dios, remedios. Yo vivo así no más, sin remedios, con desayuno, almuerzo y once.

P2: ¿Pero no se sienta mareada?

P1: No, nada.

P2: ¿No tiene diabetes [sic], no tiene hipertensión?

P1: Dicen que tengo diabetes [sic], siempre me han dicho, pero....

P2.: O está al límite porque a mí, yo soy al límite....

P3: Claro, debe ser que está al límite.

P1: ...pero no tomo remedios para la diabetes. [sic]

P2: Ah, qué bueno

P1: Nada, nada.

(Hablan varias juntas): La felicito, es una gran cosa.

No obstante lo señalado, la primera cita muestra que, si bien por una parte se expresa la necesidad de acudir a los controles de salud, para que sea el médico quien determine qué medicamentos se necesitan, es habitual emplear el propio criterio para decidir aspectos como la dosis a tomar, e incluso, como muestra la cita 3, el dejar de tomarlos, a raíz de la sensación de sentirse bien sin ellos y la creencia de que los medicamentos tendrán efectos adversos, o al constatar que en caso de un episodio crítico, no logran revertirlo.

Cita 3: Grupo 5 (mujeres todos los grupos)

P3: No, porque a veces resulta que no tomo en todo el día, no me acuerdo de las pastillas, no tomo en todo el día la pastilla y ando de lo más bien.

F: Ya, usted no se siente mal.

P3: No. Le dije a mi esposo: ¿sabís qué más?, no voy a tomar más remedios porque con las pastillas que me hacen tomar... y sin las pastillas, mira, ando de lo más bien...

F: Ya.

P3: ... es que a lo mejor son muy fuertes. Y así lo hago. La única que me tomo es la para la presión. Cuando me viene el bochorno de la presión, tomaba nifedipino, y ahí se me quita.

F: ¿Y si usted tiene alguna inquietud, se siente mal, o tiene alguna duda con respecto al tema de la salud, a quién recurre, con quién conversa ese tema?

P3: ¿Sabe a quién recurro? A la ducha...

F: Ya.

P3: ...me ducho con agua helada y se me quita todo. Me siento bien.

F: Usted tiene esa estrategia.

P3: Claro. Y cuando la pastilla de la presión no me hace bien, saco una mitad de limón, la estrujo, y me tomo el jugo y ahí quedo de lo más bien.

Dentro del mismo grupo de la cita anterior, más adelante en la conversación (cita 4), otra participante retomó el tema de no tomarse los medicamentos indicados por el médico, señalando que esto constituía una falta de cuidado de la propia salud y recalando las graves consecuencias que podían desprenderse de esto; esta misma participante declaró que a pesar de tener enfermedades crónicas, se encontraba en buen estado de salud, dado que se controlaba y tomaba todos los medicamentos indicados. En este grupo, ambas posiciones no fueron confrontadas inmediatamente en el diálogo, sino de manera indirecta y con posterioridad por una participante, y permanecieron como incompatibles, a diferencia de

lo ocurrido en el otro grupo en que, si bien se vinculaba el cuidado de la salud a los controles y toma de medicamentos indicados por el médico, se expresaba cierta flexibilidad para variar las dosis de éstos, según como se sintiera la persona.

Cita 4: Grupo 5 (mujeres todos los grupos)

P1: (...) Pero el año pasado me atendió una señorita nueva que, recién recibida, no sé, súper simpática, alta, rubia, le hallé todo bonito. Entonces, ella me atendió muy bien. Estuvimos no sé cuánto rato, me preguntaba esto, el otro. Me revisó los pies, el cuerpo, me puso ahí, todo, todo. Y ahí me dijo: ¿siente esto? ¿tiene esto otro? Todo me preguntaba. No, me dijo, está bien, ¿qué enfermedades tiene? Le dije yo, diabetes y presión. Pero la tengo muy controlada, le mostré la libreta. Y ahí me dice, no si usted no tiene, porque yo lo más que tengo es diabetes, con 119 de glicemia, esa no es diabetes porque no me sube más, me baja, sí. He tenido hasta 95, yo me tomo todos los remedios...

F: ¿Usted toma medicamentos?

P1: Todo. Para la presión tengo 80/120 - le dije; está muy bien (le respondieron). Y todas las veces que voy, lo mismo...

F: Todo está....

P1: ... ¿Por qué? Porque me tomo los remedios...

F: Ya.

P1: Me dice: tómese los, porque eso es para prevenir. Y la diabetes es una enfermedad silenciosa, y si yo... una no se toma los remedios, de repente le da un ataque cerebral. Entonces me dice, usted está manteniéndose adonde está...

F: Ya.

P1: ... Entonces uno también tiene que obedecer con esas cosas, porque hay personas que no se toman los remedios y el día menos pensado no saben lo que le pueda pasar. Ahora, yo digo, si yo supiera que me voy a morir de un viaje, no sería nada, pero que uno quede molestando a su familia, que quede en coma, que quede ahí, que no sirva para nada, que quede postrada, ni Dios lo quiera. Entonces yo me cuido mi salud y voy a buscar los remedios todo el tiempo.

Los diálogos desarrollados por los hombres en relación a este ámbito diferían de los de las mujeres. La cita 5 ilustra que, si bien inicialmente se declaraba acudir regularmente al centro de salud para retirar los medicamentos indicados para tratar enfermedades crónicas, señalando que si se los habían recetado, era porque existían problemas de salud que lo

justificaban, cuando un participante manifestó que los medicamentos no tenían la finalidad de resolver los problemas de salud, sino solamente mantener en una situación regular a las personas mayores, otro participante afirmó que su función era enfermarlos más, de modo de sostener el negocio que implicaba fabricar los medicamentos y asegurar la demanda de atención para los profesionales de la salud, instalando una visión alternativa a la que planteaba que era necesario adherir a este tipo de tratamientos. La noción de negocio también se encontró en el otro grupo de hombres, como lo muestra la cita 6, en este caso bajo la idea de que existían medicamentos de mejor calidad que otros, y que los que se entregaban en los centros de salud no eran tan eficaces, por lo que habría que pagar caro para obtener medicamentos realmente eficaces; se señalaba que los médicos tratantes formaban parte de este negocio, al indicarle a los pacientes mayores estas alternativas que debían adquirir de manera particular, o al entregarles muestras recibidas de vendedores de los laboratorios.

Cita 5: Grupo 1 (Hombres con menor escolaridad)

P3: Bueno, el consultorio yo lo visito más todos los meses para retirar remedios....

F: Ya.

P3: ...porque yo soy diabético, no fanático, como decía mi señora - soy diabética, no fanática-, pero hacía como 15 años que tenía diabetes. Entonces, yo tengo diabetes, pero...

F: ¿Y va al consultorio a buscar sus medicamentos?

P3: Claro, me controlo la diabetes. Y el único remedio que me estaba cayendo mal era la atorvastatina que me daban para el colesterol, y esa nunca eran cuatro diarias, era una.

F: Claro ¿Y los demás, por qué motivo se acercan a los servicios de salud?

P4: Yo, por ejemplo, soy hipertenso, y la diabetes estoy...

P2: Al límite.

F: ¿Al límite?

P4: Estoy en el límite. Entonces me dan remedios para...

F: ¿Preventivos?

P4: ... y para la rodilla me dan paracetamol. No hay otro remedio para la artrosis.

F: ¿O sea, usted va al consultorio a buscar sus medicamentos también?

P4: Claro, todos los meses.

F: Ya.

P4: Que le dan el paracetamol, el enalapril, la metformina que dan para la diabetes, me dan como seis remedios.

F: Perfecto.

P4: Los voy a buscar todos los meses y me los tengo que saber tomar porque uno tiene que cuidarse, por algo se los dieron.

F: ¿Todos van al consultorio a buscar medicamentos o alguno no?

P2: Yo también voy todos los meses.

P5: Yo voy a buscar los remedios, la leche y la sopa...

F: Ya.

P5: ... pero la leche me está haciendo mal.

F: ¿Y don C?

P1: También voy todos los meses a buscar remedios.

F: Va también.

P1: Sí, la aspirina y la (no se entiende).

F: ¿Y don F?

P6: Sí, todos los meses voy a retirar los remedios, pero tengo bien claro que los remedios que nos dan a nosotros no son para sanar, sino son para mantenernos ahí no más...

P1: Eso.

P5: Sí.

P6: ... nada más que para eso. Y nos dan más y más remedios para que los mismos remedios nos están a nosotros terminando los días de vida.

P2: Una doctora ecuatoriana me dijo, eran tan viva la señora, que al médico no le convenía sanar a un adulto mayor para mantenerlo, mantenerlo para poder tener él el sueldo. A eso se dedican los médicos. Claro, una ecuatoriana que era médica, ella le dijo eso a mi señora.

P6: En el fondo es un negocio.

P2: Justamente.

Cita 6: Grupo 2 (hombres con mayor escolaridad)

P1: Que le dan el paracetamol, el enalapril, la metformina que dan para la diabetes, me dan como seis remedios.

P4: No, si a mí también me los dan gratis, pero si usted necesita un remedio que es mejor, se lo receta el doctor. Por ser, a mí me operaron del corazón por una vena aquí y toda la esta, había que comprar un remedio que me costaba \$50.000, y había un alterativo que valía 20, y el mismo doctor me dijo que no, que no era bueno, tenía que obtener el de 50, y tenía que tener los 50. Pero resulta que después preguntando, preguntando, los alternativos hacían lo mismo. Al final quedé tomando alternativos, pero después de haber gastado casi

un año del remedio... de esa pastilla. Entonces, si el doctor le está recetando eso, ¿qué es lo que hace uno? Resulta que los 50 está bien una vez, dos veces, pero después ya...

P3: Por eso ahí uno tiene que pensar, bueno, el pensamiento mío es que ahí está el médico que hace eso es porque tiene arreglo con el laboratorio.

P1: Claro, con la farmacia, claro, el que....

P3: No con la farmacia, con el laboratorio.

P1: No, con el laboratorio, sí. Vienen los visitantes de laboratorio a dejarle remedios a los doctores y todo, incluso a mí también un doctor me regaló de esos, en vez de venir 20 pastillas, vienen 2 ó 3, me regaló.

Determinantes de la salud de las personas mayores

Tanto las mujeres como los hombres identificaron las condiciones de vida en la infancia, como un elemento crucial en la situación de salud futura de las personas. Como se observa en las citas 7 y 8, en el caso de las mujeres, esto se concretizaba fundamentalmente en la alimentación, calificada como mejor que en la actualidad, por el hecho de ser preparada en el hogar, más abundante y libre de procesos industriales, a los cuales se les atribuía no sólo una pérdida de la calidad de la comida en cuanto a sabor, sino a propiedades nutricionales y al hecho de presentar riesgos para la salud; por otra parte, se mencionaba una mayor frecuencia de intercambio con la familia, la realización de actividades al aire libre y el juego con pares; estos aspectos, en general, se ligaban a un contexto rural. Cabe señalar que se mencionaba como responsabilidad de las mujeres la crianza de los hijos, la cual se expresaría en gran medida en la calidad de la alimentación otorgada, asimilando en varios pasajes buena crianza con buena alimentación.

Cita 7: Grupo 3 (mujeres con mayor escolaridad)

F: ¿Y la señora O, qué piensa, qué cree usted que afecta o que influye en que algunas personas tengan mejor salud que otras?

P2: Yo, a mi parecer influye en la buena alimentación que tenga...

P3: Sí, la alimentación.

P2: ... y la buena crianza.

P1: Eso, claro.

P2 Porque a mí me criaron muy bien en mi casa, porque yo me crié en el campo, porque eso me aliviana, pero mi salud, llegando a Santiago, se me deterioró.

F: O sea, ¿usted cree que la gente de campo tiene o tenía mejor salud que la gente de la ciudad?

P2: Sí, yo creo porque, señorita, mi marido tiene 86 años, y usted lo ve, parece que tuviera 40.

P1: No, si la alimentación hace mucho.

P2: Claro, y mi marido...

P1: No, si nosotros (sigue hablando bajo)...

P2: ... lo alimentaba mi suegra, ni la conocí, pero yo le debo mucho a la mujer que lo crió, porque ella, como mamá lo criaba bien puh [sic], con hartito alimento, dicen que se levantaba a las 5 de la mañana para cocer pan pa' [sic] sus críos, y todas las cosas las hacía ella, pobrecita, y murió tan jovencita.

P1: Claro, trabajó mucho.

P2: Claro.

F: ¿Qué piensa usted, señora M?

P3: Yo fui, he sido siempre bien enfermiza, pero de esas enfermizas que a veces puedo andar apenas, apenas, ¿cómo está?, me dicen, lo más bien. No tengo eso, no se me nota a mí. Y otra cosa, que nos criamos nosotros, mi papá que le gustaba salir. Hacíamos excursiones para todas partes, eh, siempre metidos en el agua, siempre en Santiago, salíamos para afuera, y estábamos todo el día en un río, en la playa, en distintos lados, nunca estábamos... nos subíamos a los árboles, jugábamos con los niños, las niñas...

P1: Eso les hacía bien.

P3: ... no había diferencia entre niños y niñas, jugábamos todos.

F: Hacían harta vida al aire libre.

P3: Claro, o sea esa cosa que antes uno inventaba los juegos.

P1: Sí, claro (risa leve).

P3: Con cualquier cosita uno inventaba y se juntaban varios niños, y seguían todos el mismo juego.

F: Piensa usted que ese estilo de vida es favorecedor para tener una mejor salud.

P3: Claro. Eso les falta a los niños también ahora, más actividades. Está la alimentación, que también era diferente, y más actividad física, aunque estén enfermos, que salgan siempre al aire libre.

F: ¿Cómo era la alimentación antes?

P3: Era más fruta, eh, leche, y era leche, no como la de ahora.

P1: (Exclamación jocosa).

P3: No se conocía la leche en polvo. Ehm...

P1: ¿Legumbres?

P3: ¿Ah?

P1: ¿Legumbres?

P3: Legumbres, también, de toda clase, estaban las verduras, la carne también, que era mejor que ahora, no tenía tanto proceso como ahora que parece que está toda procesada. Las aves antes eran de la casa. Entonces todo eso influye.

F: ¿Sí, están de acuerdo?

P1: Las gallinas

(Hablan varias)

P2: A mí me daban leche de vaca y harina tostada.

P1: Claro.

P2: Y al final mi abuelita me ponía en un plato harina tostada, y yo me la ponía en la boca con una cuchara, y al lado tenía un vaso con leche, y entonces tomaba leche con harina tostada (tono alegre).

P3: Mi suegra le gustaba así, y tomaban leche con sal.

P2: Claro. ¿Con sal?

P3: Con sal.

(Risas)

P1: ¿La leche de vaca se tomaba con sal?

P3: Y las sopaipillas.

F: ¿Y usted señora D, qué cree que puede influir en que algunas personas tengan mejor salud que otras?

P4: Tengo el mismo sistema, el mismo pensamiento del... porque nosotros éramos 11 hermanos, y nos criamos también a lo chanchito, comíamos todo lo que queríamos.

P3: Claro, si teniendo tanto trigo.

Cita 8: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

P2: La salud para mí... es poco lo que tengo que decir porque a mi edad, yo digo, hay que personas mucho más jóvenes que yo y están peor que uno

F: ¿Y por qué cree que puede pasar eso?

P2: Pienso a lo mejor que por falta de cuidado, o falta de alimentación, porque... antes se alimentaba muy bien la familia pero... pero después... cuando ya salen del hogar ya no se preocupan de alimentarse como se alimentaban en relación a como se alimentaban con los

padres... porque los padres se preocupaban de una... que la alimentación, la leche de vaca con harina tostada...

P1: Era más sana...

P3: Era más sana la alimentación...

F: ¿Están todas de acuerdo con eso?

(Colectivo): Sí.

P3: Sí. Era más sana porque ahora está todo adulterado, la leche... cuántas clases de leche hay ahora... antes era de una pura vaca y ahora cuántas leches hay.

P4: Claro

P2: Sí, se compraba pura leche de vaca nomás.

P3: La carne, pura grasa no más...

P2: La cazuela que se compra ahora era una cazuela que se vendía antes de segunda...

(Hablan varias).

P2: ... una se da cuenta, está... ahora compra un pollo, lo está despresando, destrozando y... llega a dar no sé qué... está sacando las bolsas de agua donde les inyectan esa droga. Entonces ahora uno ahora no come comida sana. Si una quiere hacer una cazuelita de ave, uno está comiendo pura droga puh.... [sic]

P1: Ni sabor ya tiene la cazuela...

P3: Claro, ni sabor del pollo de antes... bueno... antiguamente muchos a lo mejor vivíamos en el campo, pero es distinto.

P2: Yo le saco el pellejo al pollo, lo dejo peladito, no lo dejo con pellejo...

P3: Y la mayoría, puh [sic], lo hacemos así...

P2.: ... sí, porque o sino peor sería...

P1: Claro.

P4: Sí.

P2: ... si yo algunas veces miro la presa y cuelga así una bolsa como soplada...

P1: Pura grasa.

P2: ... con agua...

P4: Sí pues, eso es verdad.

P2: ... y esa es la droga que le inyectan a los pollos, a los vacunos...

P3.: Les ponen hormonas, les ponen muchas cosas a la comida. Mi mamá tuvo 14 hijos, nos conservamos hasta grande 12, todos sanos, ninguno enfermo, señorita. Ahora la mayor parte de los niños nacen enfermos, ¿por qué? Porque la alimentación no es la misma de antes. Las verduras, todo, todo está adulterado, todo.

P4: Sí.

P2.: *Es increíble.*

P3: *No tiene ni sabor la verdura, antes era tan rica.*

P2.: *Sí, la fruta, la fruta toda en el refrigerador...*

Los hombres, a su vez, también mencionaban la alimentación en la infancia, ligada al rol femenino de preparación de los alimentos, como un aspecto con importantes consecuencias en la salud posterior, señalando que antes era mejor, en cuanto a un menor procesamiento de los alimentos y a un mayor tamaño de las porciones; no obstante, el énfasis se encontraba en el contexto general de condiciones de vida durante la niñez, con descripciones de situaciones muy adversas, marcadas por las carencias, abandono y malos tratos, en particular entre los hombres con menos escolaridad (citas 9 y 10), tanto en el entorno urbano como en el rural.

Cita 9: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

F: *¿Y en su opinión, don R, cómo lo ve usted, como cree usted que sería para usted un buen estado de salud para un adulto mayor?*

P4: *Yo creo que nosotros los adultos mayores, casi la mayoría, hemos.... yo creo... todos no tuvimos una infancia bonita, ninguno, yo creo, ninguno de nosotros tuvo una infancia bonita.*

P2: *Yo tuve una infancia mala, mala... yo me crié desde los 6 años pobre, en el campo...*

P4: *Y en ese tema como, dice don R, yo también, mis padres se separaron cuando yo tenía 5 años. Y fui criado por unos tíos y una abuela. Pero me tocó un tío, para qué decirle, me explotaba desde los 5 años. Y yo cuando era chico me resfriaba por cualquier cosa me resfriaba. Ah, me decía, éste está tísico, así me decía porque antiguamente esa era la palabra, ¡no, ese está tísico!*

P5: *¿Así le dijeron?*

P4: *Claro, si así le decían a uno, por un resfriado fuerte que tenía. Y le doy gracias porque no me llevaron a los consultorios, en esos años no eran los consultorios como hay ahora. Entonces, un consultorio, me acuerdo que había uno allá en la calle Unión Americana. Qué me acuerdo, que ahí me llevaron y de ahí... me tuvieron pa' allá y pa' acá también [sic]. Y voy, y una señora que conocía a mi abuela, le dijo por qué no lo lleva donde un doctor famoso que había, un doctor general, "G", en la calle República; apenas... eso es lo que ahora... no se ve, en ese tiempo el doctor apenas me vio - a ver - me dijo - sácate la camisa, pónete [SIC] detrás de la pantalla-, los rayos X eran al tiro, entonces me dijo - tú tení [sic] una*

bronconeumonía - me dijo – pegada. Te voy a dar estos remedios y se te va a quitar. Y no bañarte más con agua helada-. Y en esos años nadie tenía... teníamos califon [sic]. Me acuerdo que un tarro grande, ahí se calentaba el agua para podernos bañar, porque bañarme con agua helada no podía, eso me afectaba los bronquios.

P2: El que tenía suerte se bañaba con agua caliente. Si no, hasta escarcha tenía...

P4: Claro, y ese sistema ha sido siempre con nosotros desde chicos, porque siempre hemos sido mal. Es lo mismo que uno mismo cuando chico, digo yo, la alimentación. Es que es la base principal la alimentación. De repente comía, de repente no comía...

F: ¿Y era muy distinta la alimentación antiguamente que ahora?

P4: Mire, un poquito mejor, por qué, porque era más natural, era más natural, había los corderos, las cabezas de cordero, las panitas, todas esas cosas las hacían... las señoras hacían eso. Y se daban dos platos, esa era la diferencia, eran dos platos. Ahora no, es un plato y eso...

P2: A plato lleno...

Cita 10: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

P2: Yo, en mi juventud, a la edad de 7 años fue salvaje para mí, porque ya me hacían trabajar, un campesino, igual que un animalito. Y cuando tenía 10 años tenía que trabajar con una pareja de caballos y pobre que se me cayera el arado porque a puro rebenque me hacían pararme. Saltaban los pedazos de carne lejos. Y pa' [sic] qué... casi a pie pelados, unas ojotitas, la mitad del talón afuera y los pantalones cortos que se usaban antes, a media canilla. Así es que parecía ceniciento en esa casa. Entonces, calcule, yo tendría como 12 años, fueron unos camineros a hacer un camino, una variante ahí, y cuando terminaron el trabajo me sacaron de ahí, porque vieron la vida que me estaba llevando. Entonces yo tenía un caballito que era propio mío, ensilladito, la montura estaba nuevecita. Vendí ese caballito y me vine. Entonces los camineros dijeron que esa no era vida para mí. Me dejaron sólo en San Bernardo, y ahí dijeron que tomara hacia la cordillera, pero que no me quedara en un pueblo, que me fuera pa' [sic] parte de campo, a los fundos. Allá llegué a Pirque, ahí fui a pedir trabajo, me acuerdo siempre, al fundo Lo Arcaya, me quedó mirando el administrador. No pues, me dijo, a una guagua como le vamos a dar trabajo, tendría como 12 años. Entonces el llavero le dijo, lo llamó pa' [sic] un lado, quién sabe qué le diría, ya, me mandaron de chanchero. Y en una casa de un inquilino me dieron alojamiento, cerquita de las casas, medios patios que tiene en el campo la gente, entré aclarando, me hice con una rama de espinos una escoba, guardaba ahí los patios de la señora, dejaba barridito, y ella me

daba desayunito y me iba a la casa a cuidar los chanchos, y así fui subiendo, subiendo, subiendo, subiendo.

Un aspecto desarrollado solamente por los hombres se relaciona con los hábitos y el cuidado durante la vida adulta, destacando la sensación de invulnerabilidad y la no consciencia respecto a las consecuencias para la salud futura que las acciones podían tener. En la cita 11, un participante instala una tensión respecto a la responsabilidad individual por las acciones a lo largo de la vida (no haberse cuidado, no haberse preocupado por las consecuencias) y la medida en que otras circunstancias, particularmente las condiciones de vida durante la infancia, pudieran influir sobre el estado de salud de las personas mayores; otro participante insiste en la importancia de la responsabilidad personal, al señalar que no se tomaba leche cuando niño – al menos en su caso – porque no había querido. El tercer participante que interviene en el diálogo, enfatiza nuevamente respecto a la importancia de la responsabilidad personal en relación al cuidado que se haya tenido o no con la propia salud, y la necesidad de asumir esta responsabilidad, ya sea no expresando quejas por las molestias – tal como lo había señalado otro participante antes, o siguiendo los tratamientos indicados. En la cita 12 se asimilan los problemas de salud de las personas mayores al pago de un castigo, a raíz de la culpa por no haberse cuidado en la juventud y adultez.

Cita 11: Grupo 2 (hombres con mayor escolaridad)

P1: Yo saco conclusiones aquí de lo que se ha dicho también aquí. Uno cuando es joven ni siquiera se le pasa por la mente - yo no voy a hacer porque esto me puede acarrear... ¿me entiende? Entonces hace cosas que después repercuten en la salud. Yo he sido operado de hernia inguinal en dos ocasiones. Tengo dos hernias operadas a la columna de L4 y de L5. Que me encontraron a mí, un cáncer a la próstata. Y tengo artritis reumatoide y sufro de hipertensión. Se puede decir que tengo bastante. Pero...

P2: Son las enfermedades que ya tenemos por la edad (risa leve).

P1: ...Claro, pero yo tengo una manera de decir que las cosas hay que tomarlas con... yo pienso que hay personas que tienen tantas y tantas enfermedades y se achacan más, ¿me entiende?, las personas mismas, ¡oh, que no, que esto, que aquí! La palabra que yo tengo es ¿cómo estamos?: bien.

P2: Claro, y uno tiene que, uno tiene que...

P1: Uno sabe que tiene lo que tiene adentro... pero hay que decir "bien", porque ¿quién tiene que decirse que se siente bien?, uno mismo. Entonces yo pienso que, con el tiempo, por el hecho de uno no haber llevado un ajuste como llevaba, y el hecho que.... para mí significa, lo voy a decir, de haber sido pobre, que no tuvo oportunidades de haber, como decían acá, que no tomo leche cuando... probablemente porque o no le daban o no tenían para comprar.

P3: No, porque no quería nomás, porque no quería.

P1: Claro, entonces para el caso es distinto. Entonces todo eso influye para que uno no tenga muy bien la salud ahora ya... tenemos que andar con estas enfermedades que tenemos.... tenemos que saber sobrellevarlas. Ese es mi pensamiento.

F: Y don M, ¿en su caso qué importancia tiene la salud en su día a día? ¿Cómo ha visto el cambio con el paso de los años?

P5: Sí. Pasa lo siguiente, que cuando uno es joven cree que la salud la va a tener toda la vida. Una equivocación grandota, porque uno hace cualquier desarrreglo que uno sabe que le está haciendo mal, pero se cree súper hombre, se cree todo...

P6: A mí no me va a pasar.

P5: ... todas las películas pasan de bueno para arriba. Ya, cuando uno llega a la edad, por ser la mía, 81 años, me doy cuenta de que el único que tuvo la culpa fui yo, porque no me cuidé. Si me decían, pucha, no tome vino, tomaba. Si me decían, ponte la mascarilla, me la ponía de corbata, como le decía. Y hoy día están las consecuencias. Entonces ahora tengo que asumirlo y darme ánimo yo mismo. Y me dicen: usted va a ir tres veces a la semana a terapia, ¡voy las tres veces! Si me dijeran siete veces, las siete veces voy. Porque ahora estoy notando que prácticamente que si yo no voy, en la noche me ahogo. La prueba está en que estoy con tres inhaladores, estoy con enalotrop [sic] otro que se llama SOS, que es en caso de ahogo en la noche, y el otro es Salbutamol.

F: Ahora usted hace caso a las indicaciones que le dan.

P5: Ahora me doy cuenta que el único que me quiere a mí soy yo, si no me quiero yo no me quiere nadie, a pesar de que en mi familia...

P6: Menos mal que no tengo que estar haciendo eso (¿?)

P5: ... me cuidan harto. Pero el que tiene la culpa prácticamente, no le voy a echar la culpa a nadie, fui yo.

F: Se hace responsable.

P3: Es uno no más.

Cita 12: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

P2: (...) Ahora... que nosotros, como dijeron denantes, nos hemos descuidado, es verdad, porque nosotros no hemos hecho... o sea, hemos tratado de vivir muy rápido nuestra juventud, y olvidándonos que habían... que si Dios nos prolongaba la vida, íbamos a ser viejitos, y de viejos íbamos a pagar todo ese desorden. Y ese desorden hoy día lo estamos pagando, unos más, otros menos. El que habla, no es porque quiera ser ejemplo, yo dejé el cigarrillo, alcancé a fumar tres años y dije: basta, nunca fui bueno para tomar, porque el pin, un bar conocido que nos llevó a la ruina... a la ruina. Entonces, yo decía si voy a hacerme... hoy día tengo 88 años, ah, tengo 89, porque me cuido al 100%. Y eso siempre se lo digo a todos mis vecinos, cuídense, no hay que comer más allá de lo que corresponda, y comer hartas verduras, porque la carne, ya sea la roja, el chancho, todo eso... pucha, les puedo dar una conferencia larga sobre la alimentación que le dan a los chanchos, casi hasta el mismo excremento del chancho, la acelga, todo eso lo muelen y lo dan como alimento otra vez...

Cuidado de la salud en las personas mayores

En relación al cuidado de la salud en la actualidad, la necesidad e importancia de cuidarse aparecía como un contenido entre las mujeres; parecía ser que la noción de cuidarse se asumía como un deber, pero no necesariamente correspondía a un hacer, al menos en lo que se refería a la alimentación. En la cita 13, a la participante que declaraba tener buena salud, otra persona le sugirió algunos aspectos relativos a la alimentación como ámbitos en los que ella se cuidaba; la misma participante señaló a continuación que se cuidaba, y al preguntársele cómo lo hacía específicamente en su vida diaria, dijo que no comía lo que no debía comer, para luego afirmar que nada de lo que comía le hacía mal. La cita 14 también ilustra un diálogo acerca de las recomendaciones sobre la alimentación; en este caso se observaba, por una parte, lo que correspondía a un comer sano desde el punto de vista de los profesionales de la salud, que en este caso aparecían aconsejando a los televidentes, y por otra, lo que para este grupo de mujeres mayores correspondía a comer sano, expresado también en las citas 7 y 8, y que entra en conflicto con las recomendaciones de los prestadores de salud.

Cita 13: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

P1: Mire yo hasta aquí ya tengo 74, 75, no sé la edad que tengo, ya se me olvidó. Pero yo siempre he estado bien... bien de salud, gracias a Dios, no puedo decir tengo problemas, no.

F: ¿Pero usted, en su día a día, se preocupa mucho de su salud o el que esté bien se da sin que usted tenga que hacer algo especial?

P1: Yo vivo sola, sola, con un perro y una gata. Esos son mis hijos ahora.

P2: Usted es metódica para comer...

P1: Sí.

P2:... come cosas naturales.

P1: Claro, no, me cuido harto yo...

F: ¿Qué cosas hace en su vida diaria, a través de qué cosas se cuida?

P1: El cuidado mío es no salir mucho, comer lo que debo comer, que no me haga mal. Y gracias a Dios no me hace nada mal, pero también uno tiene que cuidarse. Y eso no más.

Cita 14: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

F: Y en temas de salud específicamente, por aquí, ¿qué mensajes les llega a través de la radio, del diario, de la tele?

P2: Ahora están enseñando más sobre salud en la tele, porque hay algunos medios que enseñan sobre eso. Yo he visto algunos programas que dan cosas de salud y en ese aspecto está bien, porque nos enseñan ciertas cosas o nos enseñan las nutricionistas cómo alimentarnos mejor, qué no debemos comer...

F: Ya

P2: En ese aspecto está bien.

P4: Explican sobre las vitaminas, como una debe tomárselas, dónde las puede encontrar, todas esas cosas. Y eso es bueno.

F: ¿Y usted, cómo lo ve?

P2: Sí, también está bien eso porque yo también veo el programa en la mañana y también tiene su monito que explica todo...

F: Ya.

P2.: ... del corazón y explica todo, de sus enfermedades. Y también con la nutricionista que nos da lo que tenemos que comer, y es lo que tenemos que comer.

F: ¿Y la Sra. M, cómo lo ve este tema de parte de los medios de comunicación, qué mensaje le da en relación a la salud?

P3: Yo siempre veo el programa donde dan... la señorita... la nutricionista, cómo una tiene que alimentarse, las porciones que tiene que tener una para... a diario, porque una está acostumbrada ¡el plato! (ríe, refiriéndose a un plato abundante), no el platito, así es que... pero...

P1: ¿Me puedo servir? (pregunta para sacar galletas)

F: Todo lo que quieran.

P3: ... me gusta el programa cuando...

P4 (Se mueve y le comenta a la persona del lado): Es terrible, hasta acá me llega el dolor.

P3: ... ellas explican todas esas cosas que una tiene que cuidarse por la salud, por la hipertensión, tienen que cuidarse porque... evitar de no comer el pan, que cuesta para dejarlo, yo ahora he dejado el pan.

(P1 le ofrece galletas a P2 y P4)

P3: Estoy con galletas porque estaba subiendo demasiado de peso, pero...

(P2 ofrece jugo al grupo)

F: O sea, ¿recibe consejos que para usted son de utilidad en su vida diaria?

P3: Sí.

F: ¿Y usted, Sra. D?

P1: Sí.

F: ¿Qué mensajes le dejan los medios de comunicación, la tele, la radio, el diario cuando se habla de salud, qué impresión le deja?

P1: Empezando, yo no sé leer.

F: Ya.

P1: Pero me gusta ver las noticias, comunicarme así por lo menos. Porque yo me crié sola, tuve una madre, me parió y me botó, entonces no le puedo decir muchas cosas...

F: Por lo que me comenta, entiendo que usted ve tele.

P1: Sí, veo tele, tengo televisión en mi casa.

F: ¿De lo que ve en la televisión, ha visto que den mensajes acerca de la salud?

P1: Que hay que cuidarse nomás.

F: ¿Y alguna cosa que le sea útil en la vida diaria, que haya que cuidarse especialmente o de alguna forma en particular? ¿Ese tipo de cosas, ha visto?

P1: Ah, sí.

F: ¿En qué forma, cuidarse a través de qué cosas?

P1: Bueno, tratar de comer lo más sano posible, que es lo principal, porque si se enferma una, a lo menos yo que soy sola, quién me va a atender.

F: Claro.

P4: Por ejemplo, mi marido ve todas esas cosas, señorita, yo veo también con él, porque dan cosas que uno no puede comer, el queso chanco a los adultos mayores nos hace mal, tenemos que comer queso fresco, las verduras que podemos [sic] comer y que tienen vitaminas importantes, todo eso lo dan. Mi marido en eso es bueno porque ve todas esas noticias y yo también las veo con él. Y eso la ayuda a una mucho como dueña de casa porque uno va comprando que podemos comer, brócoli, la coliflor, la lechuga, todas esas cosas que nos hacen bien. Entonces por eso mismo una se siente mejor de la salud. Y eso es bueno, pues, señorita.

Al tratar el tema de la actividad física, en un grupo de mujeres se reconocía la importancia de realizarla para mejorar la salud de las personas mayores, pero el tema no parecía estar vinculado a su vida diaria; más aún, el tema no fue mayormente desarrollado y la conversación cambió de foco abruptamente (cita 15). En el otro grupo de mujeres que se refirió a la gimnasia, la cita 16 muestra cómo se destacaba, junto a los efectos físicos positivos, la posibilidad de conocer gente y establecer relaciones sociales, aspecto que fue desarrollado en varios grupos de mujeres, como se describe más adelante.

Cita 15: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

F: ¿Se habla de la importancia del deporte en la tele?

TODAS: Sí, lo hablan mucho.

F: ¿Sí?

P1: Sí, siempre.

P4: Gimnasia.

F: ¿Y también para el adulto mayor?

P4: También

P1: Sí, también para el adulto mayor. Tener unos 10 minutos diarios de gimnasia para el adulto mayor, suavecito, no tan aparatoso, es bueno para la salud.

P3: Por ejemplo, señorita, yo no estoy de acuerdo en que la marihuana sea legal. Porque mucha gente no la va a tomar para la salud, la va a tomar para otra cosa.

Cita 16: Grupo 5 (mujeres todos los grupos)

F: Usted hablaba del funcionamiento de los policlínicos y de los hospitales, ¿qué otras cosas pueden influir en la situación de salud?

P2: Lo otro es también es lo siguiente, yo poner ahí...era lo siguiente, que nosotros tenemos dos días de gimnasia en la semana, tenemos los martes y los jueves, de 9 a 10. Y eso nos ayuda bastante, nos forma y nos ayuda a formar el cuerpo y a moverlo y todo...

P1: Y a compartir que es lo importante...

P2: ...a compartir porque ahí tenemos un grupo de personas que son como 30 más o menos las que agrupan ahí. Pero todas no van, nunca van todas. Pero el problema es lo siguiente, que ahora estamos en receso, entonces los cuerpos están caídos...

F: ¿En verano paran? ¿Y usted Sra. M, ha tenido la posibilidad o el interés de participar en un grupo de gimnasia?

P3: Nunca he participado...

F: Nunca....

P3: No me gusta salir, me llevo ahí en la casa con mi esposo, somos los dos solos, porque mis hijos ahora viven en Concepción y el otro en el centro de Santiago. Y vivimos los dos solos ahí, pasamos los dos haciendo las cosas, que yo salgo a caminar, él me manda a comprar, él me ayuda con las cosas, nos llevamos picando tierra, plantando flores...

F: Ya. Tienen bastante actividad dentro de la casa.

P3: Claro. Arreglando lo que esté malo. Pero de salir así a convivencias....

F: A Clubes del adulto mayor...

P3: No.

F: Y....

P3: Me convidaban mucho, pero...

F: No ha ido. ¿Y usted Sra. S, ha tenido el interés o la oportunidad de participar en un grupo de gimnasia?

P4: Sí....

F: También ha participado.

P4: ... Pero me gusta estar en la casa.

Entre los hombres, el ámbito del cuidado también se vinculaba a la alimentación, en el sentido de restringir el consumo de ciertas cosas - en el ejemplo de la cita 17, el azúcar-, que antes se consumían sin medida, y que habían afectado la salud, lo cual se realizaba con dificultad. La cita 18 señala un tema recurrente en todos los grupos, relativo a que las

mujeres tendían a cuidarse más y cuidar la salud del resto de los miembros de la familia; nuevamente aparecía mencionada la dificultad que tienen las personas mayores para cambiar ciertos hábitos establecidos a lo largo de la vida, en este caso en relación al tabaco, a pesar de existir preocupación por la propia salud y estar pendientes de asistir a controles de salud o tomar medicamentos.

Cita 17: Grupo 2 (hombres con mayor escolaridad)

P3: Yo, la diabetes [sic], no sabía lo que era la diabetes. Lo digo sinceramente. Entré al sistema educacional. Entonces me pusieron a cargo del casino. Entonces todas las mañanas llegaba la bandejita, cuatro o cinco pasteles, queque o ese cómo se llama que tiene una pasta amarilla, el berlín, ya está...

P2: Crema pastelera.

P3: ... o sea, en la mañana yo me comía cuatro de esos, berlines.

P2: Sí.

P3: Lo otro era tarde, entonces entre medio me comía unos cuántos. Y de la noche a la mañana, un día que me fui a sacar sangre. Entonces ahí la doctora me dijo - ¿oiga, usted fuma?-, - no señora, no he fumado nunca... una vez creo que fumé pero lo dejé-. - ¿Es bueno para el dulce?-. - ¡Uh, pero contratado! Oiga, si ese chocolate... ahora el chocolate... ese chocolate Trencito me duraba media hora en la cartera... ¡media hora! Igual veo un berlín... chuta, la tentación del diablo.

P2: Yo también soy bueno para los berlines.

P3:... me llama la tentación. Ya. Entonces ¿qué pasa? Me dan tolidomida, una pastilla, y a veces estoy.... - me comería un berlín, me comería un berlín-.

P1: ¿Pero ahora está con diabetis? [sic]

P3: Sí, no, si muere uno de eso.

P5: Yo tengo principio de diabetis. [sic]

P2: Lo que pasa es que la diabetes [sic]... mi papá murió de diabetes [sic], pero nadie me dijo qué era lo que era la diabetes [sic], no tenía informes, le dio un resfriado fuerte y se fue de un viaje.

P3: A mí me dijeron...

P2:... por la diabetes [sic], porque con la diabetes [sic] no tiene defensas uno para un resfriado... un resfriado lo mata. Falta información. Ahora hay un poco más de información, pero ahora que.... está pasando.

P1: Claro. Ahora yo no puedo tomar nada con azúcar. Pero lo que como, porque a veces también como berlines.

Cita 18: Grupo 1 (hombres con mayor escolaridad)

P1: Yo pienso que la mujer se preocupa más. A la vez de preocuparse más de ella, se preocupa de su entorno, sobre todo de su... el caso mío, se preocupa de mí, de sus hijos, incluso a veces uno es medio porfiadito, porque si fue... cuando niño fue irresponsable, después con la edad se pone medio porfiadito, uno es viejito y porfiadito...

P2: Volvemos a ser niños.

P1: ... claro. Entonces prácticamente ella a veces me obliga, no, es que usted va a tener que ir a esto..., le dijeron que no haga esfuerzo, porque tengo artritis.... pero es que yo tengo que hacer mis cosas también, pero ellas andan así, entonces ella fuma también, pero ella... yo la conocí fumando, vamos a cumplir 60 años casados, entonces imagínese, ha tratado de dejar el cigarro y dura un mes, en una ocasión en que vivíamos en un departamento ahí en Américo Vespucio, temía yo hasta que se me tirara por la ventana, casi se volvió loca por dejar de fumar. Entonces fue imposible. Entonces, bueno ya, fuma, pero ella ahora es responsable con su salud y con los demás. Esa es mi opinión.

Tanto entre los hombres como entre las mujeres se desarrollaron los temas de la asistencia a controles, toma de medicamentos y consulta oportuna ante problemas de salud, como ámbitos del cuidado de la salud de las personas mayores. Entre ambos grupos, como ilustran las citas 19 a 22, se sostenía que las mujeres se preocupaban más de todos estos aspectos y solían hacerse cargo o intentar, a veces infructuosamente, que los hombres asumieran estos cuidados.

Cita 19: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

P3: Lo mismo que dicen los demás, que la mujer se preocupa más de la salud, de tomarse los remedios, mi señora... acuédame que tal día tengo que ir a buscar los remedios, tal día tengo médico. Entonces ella está más preocupada de esto.

F: ¿Está más pendiente?

P3: Claro. Está más pendiente. Uno se entretiene en otra cosa. Yo hago lo mismo que el caballero, me entretengo, así, moviéndome, yo tengo hasta copihues florecidos, aquí en Santiago es poco lo que pueden tener porque no... y verduras, por ejemplo, me entretengo. Tengo todo tipo de verduras, la vieja saca de ahí, de la casa.

F: *¿Y en su caso?*

P2: *Yo, mi señora, en realidad, se preocupa bastante. Ella siempre me manda, cuando me han pasado los infartos, todas las cosas, ella al tiro: vamos, vamos. No es que, espérate un rato, no, no, no, al tiro, al tiro hace lo posible, por eso.*

Cita 20: Grupo 3 (mujeres con mayor escolaridad)

P1: *Porque los hombres son así.*

F: *¿Así cómo?*

P1: *Si no está la mujer diciéndole: “anda al médico, anda al médico”.*

P4: *Eso...*

F: *¿Tiene que estar encima la mujer, piensa usted?*

P1: *Sí.*

F: *¿Qué piensan las demás?*

P3: *Como que le da miedo parece (ríe), algo les pasa que no se atreven.*

Cita 21: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

P2: *Los hombres se preocupan poco...*

F: *¿Poco?*

P3: *Poco.*

P2: *Una es más preocupada.*

F: *¿En qué se manifiesta eso por ejemplo?*

P2: *Por ser, estar pendiente si se tiene que tomar algún remedio, hay que estar una cateteándolo... [sic]*

P3: *Claro, estar preocupada de que ellos tomen su remedio...*

P2.: *No, no se toma sus remedios.*

Cita 22: Grupo 5 (mujeres de todos los grupos)

P1: *Yo creo que sí, porque los hombres son más dejados, no les gusta ir al hospital...*

P2: *Reacios para ir al hospital.*

P1: *... No quieren ir.*

P2: *Y no les gusta ir tampoco a controles.*

P1: *Claro, a control tampoco. Entonces, uno les dice: ¡pero vayan! El viejo, el marido mío, falleció por la pura de él, de no hacer nada...*

P4: *De la desobediencia.*

P1: ... Claro, la desobediencia. Tenía él esto que le dan las trombosis en las piernas. Y le decía yo: anda, síguete controlando-, le pedimos hora para El Salvador, para que fuera, le dieron hora para un año, casi dos años, para operarlo. O sea, pasaron los dos años y yo le preparé todo en la mañana, vamos para allá. A última hora - no, no voy a ir... no voy a ir-. Y no fue.

P2: Ve que son dejados.

P1: Claro. Tenía hora para...porque mi hija lo cuidaba y lo llevaba, y le daba los remedios, no se quería colocar las inyecciones, nada. - No, no me pongái [sic] ninguna cuestión. Un día llegó mi yerno porque tenía control para... en el policlínico, él andaba en la ambulancia, a las 3 de la tarde. Llegó él a la casa y estaban esperando la hora. Y mi marido llegó, almorzamos y dijo: ya, voy a descansar un rato-. Y fue al baño y se fue a la cama, se alcanzó a acostar en la cama, yo la saqué la ropa, la puse acá, para que estuviera. - Cuando llegue mi nietecita me la poní [sic] acá al lado-. – Ya- le digo yo. Y se acuesta y dice: ay... - ¿Qué te pasó?- le digo yo. Duele... duele-. Y ahí quedó. Imagínese que él no tenía nada, pero no se dejaba ver por los médicos, y le tocaba hora y no quiso ir y mi yerno lo estaba esperando. Vamos, don M... vamos, don M, yo tengo la ambulancia afuera y todo-. No, no voy a ir a ninguna parte – dijo, no tengo nada-. Que si él hubiera ido... no sé, a lo mejor igual le habría dado el ataque cerebral, a lo mejor no le hubiera dado porque estaba con los médicos allá. Y ahí, partir para allá, llegó la ambulancia, mi hija trabajaba allá, dice que había un caballero en la ésta, lo sacó, lo puso en el sillón y salió volando para acá, y me dijo... todos en la ambulancia tocando la bocina, mi hija haciéndole masajes. Y el otro dándole.... por todo el camino. Pero ya era demasiado tarde...

Un tema desarrollado de manera recurrente en los distintos grupos de mujeres, ligado a la mantención de un buen estado de salud, fue el mantener una vida activa y contacto cercano con los hijos. El significado de la actividad, para algunas personas, implicaba una participación en el espacio público, especialmente en organizaciones comunitarias. En cuanto a mantener una relación cercana con los hijos, esto se consideraba una consecuencia de la forma en que los hijos habían sido criados, una especie de retribución al buen cumplimiento del rol materno; en contraposición, se manifestaban experiencias de aislamiento y falta de interés por desarrollar actividades fuera del hogar, o el caso de personas que sufrían el abandono por parte de los hijos. Tanto la participación en actividades fuera del hogar, como la relación cercana con los hijos, se consideraban elementos que ayudaban al bienestar psíquico de las personas mayores, así como el

mantener un nivel de autonomía, aún cuando la capacidad para realizar actividades hubiera disminuido (citas 23 y 24).

Cita 23: Grupo 3 (mujeres con mayor escolaridad)

F: Entonces, si yo le pido un ejemplo, ¿qué cosas cree Ud. que debiera hacer un adulto mayor para estar en buen estado de salud?

P2: Que esté tranquilo, contento, con su familia, que lo vayan a ver porque lo dejan...

P1: Eso es lo peor.

P2: ...y no vuelven.

P1: Que no lo van a ver...

P3: Sí.

F: ¿Qué piensan las demás? ¿Qué ejemplos me darían?

P1: Yo...

P4: Espiritualmente.

P1: Yo, que lo vaya a ver la familia, las hijas, a uno. Que yo paso días y horas, sola.

P4: ¿Le puedo decir?

F: Dígame.

P4: Yo soy presidenta de la junta de vecinos en mi territorio mío.

F: Ya

P4: Salgo todos los días, todos los días hay problemas en las poblaciones, si no es una cosa es otra. Ahora tengo un muertito, que ayer tuvimos que estar haciendo hasta las doce de la noche la colecta. Todo eso me distrae a mí...

P1: Claro.

P4: ... y me ha mejorado bastante de la cabeza

F: ¿El tener actividades fuera de la casa?

P1: Claro.

P4: Sí, claro.

F: ¿Están todas de acuerdo con eso, que es importante tener actividades?

P1: Claro, tener actividades.

P4 Conozco otras personas, igual que estén los padres, como sean los hijos.

P2: Así dice mi cabra grande mía.

P4: Mi hijo tiene 46 años y - mamá, mamá - (en tono de guagua), y se sienta en mis brazos o me sienta él, y dice: mamita, mamita – o - papito. Tengo un hijo viejito (ríe brevemente). Entonces va en como uno cría a los hijos, es como los hijos se vienen al lado de uno.

P1: Retornan el cariño, ellos.

P4: ... Así dice mi cabra grande, que si ustedes lo han dado todo por nosotros, nosotros tenemos [sic] que darles todo el apoyo.

Cita 24: Grupo 5 (mujeres de todos los grupos)

F: En relación al tema de la salud y como las personas a lo largo de su vida van teniendo buena o mala salud, ¿qué creen ustedes que afecta el estado de salud de las personas? ¿Cómo se explica que algunas personas estén mejor de salud y otras personas estén más mal de salud?

P1: Bueno, yo pienso que eso es según la persona, cómo piense, o lo que hace, o lo que hay a su alrededor. Porque hay adultas mayores muy solas, que no tienen compañía, sus mismos hijos no las apoyan en todo. A veces las abandonan. Entonces todas esas cosas afectan. Pero si hay gente que está alrededor con ella, y le dicen, mamá haz esto, mamá haz esto otro. Porque uno aunque sea vieja, quiere hacer cosas. No quiere estar ahí sentada como un mueble y que le hagan todo, que le lleven, que le sirvan. No pues. Entonces cuando a uno le dicen que haga esto o hace cosas para los demás, se siente bien... se siente bien uno. Entonces se tranquiliza...

Salud y transformaciones en la vida diaria de las personas mayores

En relación a la forma en que la salud se encontraba presente en la cotidianeidad de las personas mayores, las mujeres desarrollaron este tema, inicialmente a través de diálogos que daban cuenta de rutinas relativas a la toma de medicamentos (cita 1). Otro aspecto que generó una serie de diálogos fue el relacionado con las dificultades para poder realizar las actividades domésticas, a raíz de su situación de salud. Como se observa en las citas 25 a 27, este tema involucraba diversos contenidos, ligados a la distribución tradicional de roles, incluyendo críticas al machismo imperante, que asignaba exclusivamente a las mujeres el cuidado y mantención del hogar, con la consiguiente falta de colaboración por parte de los maridos a lo largo de su vida, y a su vez, angustia e incomodidad frente a la sensación de no poder cumplir a cabalidad con este rol actualmente, a raíz de las limitaciones físicas que resultaban de los problemas de salud, lo cual en ocasiones era afrontado con estrategias como el humor, o introduciendo una discusión sobre la conveniencia de aceptar que no se podía realizar todo lo que se hacía antes, ni de la misma forma, y que era necesario delegar y aceptar que otros hicieran las cosas, aunque no fuera del modo que ellas hubieran querido,

especialmente cuando se disponía de ayuda, ya fuera del marido o de los hijos. En relación a la posibilidad de recibir ayuda de los maridos, ésta se encontraba disponible, en algunos casos, una vez que el marido jubilaba y perdía su rol en el espacio público, si bien también se observó el testimonio de una mujer cuyo marido continuaba criticando el que los hombres realizaran labores en el hogar (“son calzonudos”) en esta etapa de su vida.

Cita 25: Grupo 3 (mujeres con mayor escolaridad)

F: ¿Y el tema de la salud, en su vida diaria, a Ud. le afecta para hacer sus cosas?

P2: Ahora, ahora me afecta puh [sic], ¿ah?, porque si me apuro mucho tengo que andarme tomando la presión; ¿no le digo que no puedo barrer? Así pues señorita, claro, así es que por eso no puedo hacer bien el as... barrer por aquí donde...

P3: Donde vio su suegra.

P2: Claro.

P3: Yo le digo a mi nuera, donde vio su suegra voy a barrer (ríe).

P2: Y la cocina, claro... (varias hablan), ahora que están mis nietos me van a trapear todo...

F: Conversemos de a una, para que escuchemos a la señora E.

P2: Yo, como le digo, el baño es el que más cuidado porque tengo unos paños que hice, porque yo tejí mucho a crochet, hice unos paños muy lindos, con forros, para poner en el baño alrededor de la taza y para salirse. Y, eso es lo que puedo hacer yo.

Cita 26: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

F: ¿Y puede hacer lo mismo que hacía antes o le cuesta más esfuerzo o hay cosas que ya no puede hacer? Cuénteme cómo es.

P1: No, hay cosas que yo no las puedo hacer, no las hago. Hago, por ejemplo, a mí me gusta harto jardinear....

P2: Ay sí, claro...

P3: Trasplantar...

P1:... estoy acostumbrada a tomar el macetero con tierra, levantarlo, cambiarlo. Ahora no puedo.... no puedo porque tengo problemas a una cadera, a la columna y no puedo, tengo que cuidarme porque pronto... tomo mucho peso y ya quedo que... tengo que estar afirmándome así, para hacer las cosas.

F: ¿Y la señora D?

P2: Yo vivo sola, tengo un perro y una gata...

(Risas).

F: No le ayudan mucho.

P2: Ayudan a escarbar nomás.

F: Entonces usted hace todas sus cosas sola.

P2: Sí.

F: ¿Pero ha habido con el paso del tiempo una diferencia en cómo hace sus

P2: Ah, sí, sí puh [sic], una ya está más pesada para todo, la edad pesa... pesa la edad...

P1: Sí pues.

P2: ... y más cuando una es sola. Yo tengo hijos, pero cada uno tiene su casa. De repente llegan a verme, muy a lo lejos. Entonces una tiene que hacerse las cosas sola no más...

P3: Y de repente es un poco mañosa una... yo por lo menos, allá somos 5, de repente me gusta sí algunas que las hagan, otras no, porque...

F: ¿Le gusta a su pinta?

P3: ... a mi pinta, claro...

F: ¿Pero en su caso, usted tiene ayuda en su casa?

P3: Sí pues, mi esposo me ayuda, de vez en cuando. Pa la feria él me ayuda.

F: ¿Y siempre le ha ayudado o le empezó a ayudar ahora?

P3: Ahora que no trabaja, él me ayuda, sí, él me ayuda. En la cocina casi siempre cocino yo. Pocas veces cuando yo salgo, él cocina. Porque, eh, como yo tengo que comer... hacer el almuerzo casi con muy poco aliño, porque si tiene mucho aliño me hace muy mal el aliño y lo que yo almuerzo, todo pal baño. Entonces yo tengo que cocinar sin aliño, muy poco aliño, sobre todo la cebolla me hace mal. El comino igual...

P4: A los maridos no les gusta que una se enferme, señorita, ellos las quieren a una cuando los puede atender y puede hacer las cosas. (Golpe en la mesa) Cuando está enferma...

P1.: Sí...

P4: cuando una está enferma, no.

P1: Por mucho que una se enferma.

F: ¿Usted vive con su marido?

P4: Yo tengo un puro hijo. Viene todos los domingos a tomar desayuno con los nietos. El me sirve desayuno, me hace sánguches [sic], viera usted. Es un hijo maravilloso, pero él tiene su casa, tiene 5 hijos y 2 nietas. Es el único hijo. Es la única vez que yo me tomo una taza de café feliz y tranquila, porque él me sirve. Eso le digo a mi marido. Mira, día domingo en la casa, ellos tienen nana para sus niños, tiene 5 hijos y 3 más chicos, adoptó 3 niños, tenía 2 grandes, 5 hijos tiene. Y el día domingo, como no va la nana, la señora no cocina, todo,

porque ella es profesora. Y dice, no te preocupes a mí me toca el aseo de la cocina, trapear, lavar la loza, todo (contenta).

P1: La atiende.

P4: Mi marido me ayuda a lavar la loza, pero la lava sin detergente, no me lava el servicio, no me lava las ollas, nada señorita, tengo yo que fregar las ollas (risas de otras del grupo) y a mí se me caen las ollas, ahora se me caen las ollas.

F: ¿No tiene fuerza?

P4: No, no tengo fuerza en las manos, por eso no hallo las hora que... ¿qué voy a hacer con mi brazo, señorita, si se me corta el tendón? Me siento desesperada, no sé qué hacer...

P3: Tiene que seguir haciendo cosas, eso es lo que tiene que hacer

P4: ¿Qué voy a hacer?

P3: Acostumbrada una, tiene que hacer las cosas, tiene que hacer las cosas

P1: Mire, yo igual hago todas mis cosas, pero de repente me siento cansada y lo deajo. Ya, yo me acuesto un rato a descansar, yo descanso un rato, entonces no hago nada. Al otro día si no me siento bien, no hago nada. Lo justo y necesario nomás, porque también el aseo... usted sabe que nosotras las mujeres nos gusta el aseo, que esté todo ordenado y limpiecito que todo allí...

P3: Sí.

P1: ... que todo allá...

P3: Sí.

P1: ... el orden, porque siempre tiene haber orden, que una no puede vivir sin orden, porque siempre tiene que haber orden, todo impecable, no puedo vivir sin orden, todo tiene que estar ordenado, impecable. Pero de repente ahora le pasa la cuenta ahora, ya no puedo...

P3: Ya no puede, no es la misma.

P4: Hay maridos que lavan, que cocinan, hacen todo en la casa. Eso le digo a mi marido. Esos son unos calzonudos, me dice. No, son los que tiene un poquito de conciencia con la dueña de casa.

(Hablan todas al mismo tiempo).

Cita 27: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

F: ¿Y las demás, por allá, cómo es la vida diaria, cómo afecta la salud? ¿O cómo, con el paso de los años, sienten que ha ido cambiando la vida cotidiana? ¿Ha afectado su estado de salud en las cosas que hacen?

P5: Yo me acuerdo, como me dijo una vez un... me dijo... las personas mayores tienen que delegar funciones ya, no pueden ya hacer todo lo que podían hacer o lo que hacían....

F: ¿Quién le decía eso?

P5: Mi cura.

F: ¿Su cura?

P5: Sí.

F: Ya

P5: Un párroco que se fue, el padre M, me dijo que hay que delegar funciones, si usted puede barrer o puede hacer su cama en su casa, eso no más tiene que hacer, no tiene por qué hacer todo lo que hacía antes, si ya no lo puede hacer...

P4: Tiene que hacerlo nomás...

P2: No, si eso es verdad...

P5: Entonces tiene que delegar funciones...

P2: Uno puede hacer tanto, tanto, no, a servir, servir... porque ya va en ese tiempo...

P5: Mi marido no barría el patio, él no hacía nada. Pero después que quedó jubilado, empezó a ayudar a barrer en los patios, que la casa es grande, entonces a sacar la basura... eso es delegar cosas que una antes las hacía, ya no las hago, eso de barrer el patio grande, barrer la calle, eso él lo hace.

F: ¿Y eso es nuevo para usted, es desde que su marido dejó de trabajar?

P5: Aprendió a ayudar con los años, pero no ayudaba.

P2.: Claro, él le coopera...

VARIAS JUNTAS: Machista... que no lo hace... no.

P5: ... no se hacía ni el desayuno, pero ahora él se hace un desayuno, se fríe un huevo, se hace una palta. Entonces eran cosas que una antes... todo se lo hacía. Y ahora no, si hasta el hijo mayor... el hijo que vive con nosotros que es el número seis... que vive con nosotros, tiene 40 años, y ese también se hace sus desayunos porque de cuando empezó a reclamar por los huevos, le dije yo no te hago más los huevos, hácetelos [sic] tú... y ya, él empezó a hacerse los huevos como él quería. Y desde ahí nunca más desayuno para el hijo, él se lo tiene que hacer...

P1: Una dueña de casa no puede irse del matrimonio. Yo cuando le digo a mi marido que me ayude, él no me ayuda, hace las cosas cuando le da gusto y gana... (habla fuerte y golpea la mesa).

(HABLAN VARIAS).

F: Hablen de a una, por favor.

P1: Una dueña de casa no se puede enfermar de ninguna manera, porque no tenemos quién nos reemplace, somos los dos solos.

(VUELVEN A HABLAR VARIAS).

P5:... tiene las ganas de hacerlo, puede hacerlo...

P3: Igual, cuando mi yerno me decía, a ver, suegra, déjeme hacerlo, yo voy a hacer todo, usted no se meta y una con ganas de meterse a hacer lo que una está acostumbrada a hacer. Y después una tiene que acostumbrarse a decir, bueno ya, voy dejar que ellos lo hagan como ellos saben hacerlo....

P4: Claro, tiene que aceptarlo...

P3: Que a ellos también les corresponde.

P4: ... y hacer las cosas que una hacía antes y quedarse tranquila...

P3: Claro.

P4: ... y dejar que las hagan a su modo.

En relación a problemas de salud que los afectaban en su vida diaria, los hombres desarrollaron diálogos en torno a los problemas de memoria, calificados como algo frecuente o normal a esta edad, intercambiando algunas estrategias empleadas para sobrellevarlos. Este tema estaba emocionalmente cargado, como se observa en menciones al temor que producía, así como en el desarrollo de diálogos paralelos al diálogo principal (cita 28).

Cita 28: Grupo 2 (hombres con mayor escolaridad)

P3: Lo que tengo peor yo, pienso que es la memoria, porque usted me puede decir algo...

P2: No me acuerdo (muy bajo).

P3: ... al ratito ya se me olvida lo que me dijeron, se me olvidan las cosas. Me da miedo eso.

P4: Eso es natural. Sabe usted yo también me he dado cuenta que, a lo mejor estoy un poquito más mal que usted, porque aquí mismo mi señora me dice, oye chico, porque me dice chico, anda a buscarme esto, ya voy, y llego adonde... y no sé a qué he ido, me tengo que devolver y consultarle de nuevo, me dice cómo podís [sic] ser tan tonto, si te dije esto y esto. Ah ya, le dije, pero no me retís [sic]... pero ella a veces... yo creo que no me cree. Le digo, no, vieja, si es cierto...

F: ¿Y a ella no le pasa que se le olviden las cosas?

P4: También, también.

P2: Si a todos...

F: ¿Y lo reconoce o usted se da cuenta y ella no lo reconoce?

P4: No, es que el carácter de ella es fuerte. Entonces, qué pasa, yo como se dice, me hago el tontito a veces por no hacer pelea... porque...

P2: Yo, yo...

P2: ... por no llevarle la contraria, decirle, ah, ¿te dai [sic] cuenta que a ti también te pasa?

Prefiero, como se dice, tragármela...

F: La deja pasar

P4: ...claro. Y me evito el problema de discutir.

P2: Claro. Disculpando aquí a la señora, yo le digo a mi señora, al final son todas hijas de Eva.

(Risas).

P3: Pero yo encuentro que... para mí ya es demasiado el olvido.

(Hablan varios).

P3: Yo estoy tomando unas pastillas de ajo que me dio un colega que trabaja conmigo.

P2: ¿Un colega?

P3.: Sí. Y no me acuerdo qué otra cosa más

P5: Como dos cuerdas, y tuve que volver pa la casa...

P3: ... y tomo dos diarias. Son unas pastillas así.....

P2: Yo, mi señora me salvo la vida a mí...

P5: (Sigue hablando, no se entiende lo que dice)

P2: ... porque cuando me llevaba al doctor ese día que no me encontró nada, que me mandaba a sacar radiografías....

P6: ¿Y como a la media hora volvió?

P5: Sí, y había ido a comprar (ríe).

P2: ... me dijo, vamos a ir a un neurólogo... fuimos a un neurólogo en el 14. Me examinó el doctor. Me dijo, te podí [sic] sacar un scanner. Sí. Tómate estos remedios. Fui a hacerme el scanner y me salió malo y no me avisaron.

P5: ¡Un ayuda memoria!

P2: Fui a buscar el scanner manejando y yo veía todo nublado.

F: Caballeros (a los que dialogan en paralelo).

P3: Y anota. A medida que voy comprando, anoto, a media que voy comprando voy subrayando.

P2: Y me llevaron al hospital...

P3: ... es la única manera, si voy...

P2: ... y me operaron de urgencia al tiro.

P3: A veces compro cosas que nada que ver.

Servicios de salud

Entre los hombres, el haber entrado en contacto con los servicios de salud se ligaba a los problemas que tenían actualmente, asumiendo que las enfermedades eran algo propio de su edad, las cuales atribuían al hecho de no haberse cuidado en el pasado, aspecto del que eran individualmente responsables (cita 11). A partir de este contacto frecuente con los servicios de salud se expresaban, de manera casi generalizada, críticas en relación a la calidad de la atención recibida, los tiempos de espera y los numerosos trámites a realizar, así como al nivel de gastos en que debían incurrir para obtener una solución satisfactoria; este abandono o falta de soluciones por parte de los servicios de salud públicos, eran experimentados como una falta de reconocimiento al aporte que ellos, como trabajadores, habían prestado al país en el pasado (cita 29). En este diálogo se expresaban también una serie de aspectos ligados a la percepción de una mala organización de los servicios de salud, tanto en los procesos relativos a obtener atención, como a la contratación de suficientes profesionales para cubrir la demanda existente; de los diálogos se desprenden situaciones cuyo sentido los participantes no lograban comprender o que escapaban a su posibilidad de control, tales como la rotación de médicos, quienes eran vistos como los únicos con suficiente capacidad resolutive para atender sus necesidades de salud.

Cita 29: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

P1: La salud... desgraciadamente nosotros los de la tercera edad, tenemos todos los achaques de salud, que se nos acorta la vista, va perdiendo la audición, yo por lo menos tengo artrosis en las dos rodillas. Y lo malo que hay en eso... que los hospitales no nos toman en cuenta a nosotros, para la salud. Allá donde vivo yo una vez al año nos citan para el médico a nosotros, que le ponen enfermera, le ponen personas, así, pero un médico no lo ve nunca a uno. Y cuando uno tiene que operarse, tampoco lo operan. Yo, ya en esta mano se me están encogiendo los dedos, ésta es una enfermedad que se llama (no se entiende), se encogen los dedos. Hice los trámites acá en el consultorio de San Ramón, me mandaron al Padre Hurtado. El Hospital Padre Hurtado quedó de llamarme a mí para operarme de esta mano, pero de esto hace cinco años atrás. Iba cada dos meses a averiguar cómo iban en el número, era el ciento treinta y tanto, cada dos meses subía un cupo, iba teniendo una vacante. Sabe usted que tuve que operarme particular, y todavía no me llaman; no avisé,

para ver... nunca me van a llamar. Esa es mi inquietud que a nosotros no nos toman en cuenta.

F: ¿Qué opinan por aquí?

P4: Mire, yo digo, como dice él, la salud: eso tiene que ser ya a nivel nacional, de gobierno, porque, como dice él, es un abandono que tenemos todas las personas de edad, porque, cómo se dice, se le ha quitado el valor real de lo que fuimos y ahora somos un estorbo. Entonces, entregamos lo mejor de sí cada uno de nosotros por la grandeza de la patria. Porque cada cosa... esta mesa que está aquí, aquí trabajó un hombre, alguien hizo la imagen como había que hacerla. Y en esas cosas... todas esas cosas no las han valorizado o no las están valorizando ahora, y lo están dejando a un lado. Entonces eso es lamentable ahora... que cada uno converse sobre la causa, para que hagamos presión, dentro de lo que la señorita aquí va a entregar, para que nos tomen en cuenta, o será este año o será el otro, pero que algún día llegue para otros viejos, porque nosotros que seamos los pioneros en algo, pero que otros tengan la suerte de disfrutar de lo que vamos a exigir. Nada más.

F: ¿Qué piensan los demás sobre eso?

P2: Eh, yo creo que lo que han dicho es verdad. Fíjese que yo tengo cuatro operaciones, para qué decirle, la última estuve dos años esperando para que me operaran de una hernia, dos años. Me llevaban pa'allá, pa'acá [sic] del consultorio, siempre un trámite, y eso es lo que más duele a uno porque cuando va, la doctora... no está la doctora, lo atiende una enfermera que no tiene... ¿cuál es la palabra?... el título, nada que ver una doctora con una enfermera. Para no pasar a llevar a la enfermera, que como mujer, y la doctora o un doctor, no hay, no hay. Entonces ese es el tema como estaba diciendo aquí el caballero, que es un problema político... claro que es político. Es un problema nacional, porque siempre los gobiernos que hayan, nosotros hemos estado abajo, nunca hemos llegado a un nivel de respeto... nunca. Esto mismo, hasta cuando nos pagan jubilación y todo esos problemas, nosotros somos lo más bajo, mientras tanto que otras personas están tan bien. Y nosotros siempre... y más encima la salud, los doctores, uno va a un doctor... a mí me pasó cuando me operaron del corazón, fui al doctor... ya tuve que ir a un doctor particular porque en el consultorio no había doctor, porque me dio un infarto en el metro. Llegué al médico particular, me atendió de urgencia en la noche en su casa, lo que es la diferencia. Entonces... uno ahí... yo quedé admirado del doctor ese. Y él me revisó y todo y me dijo, vamos a hacer un tratamiento por dos meses. No, me dijo, no dio resultado. Vamos a ver aquí, mencionó los exámenes, pero doctor, ¿cuánto vale la operación? Cinco millones, no más, me dijo. ¿Pero cómo cinco millones? No pues, no te hagai [sic] problema, me dijo, yo te

voy a mandar donde un colega mío. Gracias a Dios me mandó al Hospital del Tórax. Y ahí, un trámite. El funcionario que recibe la documentación tramitaba más que el doctor, porque el documento que llevaba yo decía, Nectar Watt [sic] y tenía que llevar consultorio. Miren, y no me quería atender por eso. Y yo iba con el nombre del doctor, porque yo tenía que hablar con él. Ya, pasando eso ahí, por aquí por allá, unos amigos que trabajaban en el hospital, qué andai [sic] haciendo, llegaron, ya, no te hagai [sic] problemas, nosotros vamos a ver. Me consiguieron para hablar con el doctor. El doctor me vio esa vez, me citó para veinte días después; voy y el doctor se había retirado del hospital. Entonces uno queda... esto es de nivel de gobierno, todos los doctores. Si un doctor profesional... todos los profesionales los que hemos ido, todos han sido maestros, hemos empezado desde abajo. Todos nosotros los presentes aquí, yo creo que todos hemos empezado de abajo trabajando y hemos llegado a unos puestos grandes. Que en una empresa son maestros de primera, algunos pasan a jefe. Todos nosotros aquí hemos estado en ese sistema. Pero el respeto, ese no lo hay.... no hay un respeto por nadie. Si ahora mismo.... se acuerda que yo le había dicho que ese día había ido al consultorio, me dijeron en Agosto.... en Abril, pa Septiembre tenía que ir a pedir la hora... para pedir hora para la médica... pa'l [sic] médico. Voy y me dicen, no, si para el médico no atiende, no hay hora hasta este otro año ya. Me dicen, para que lo vean vaya donde la enfermera... entonces uno queda... en vez de darse el ánimo que se va a mejorar...

En la cita 30 se desarrollaron temas relacionados con lo anterior, tales como los procedimientos propios de los centros de salud, que algunos adultos mayores participantes en los grupos describían como maltratantes, por el hecho de tener que tolerar largas esperas, el aprovechamiento de otros usuarios que vendían números para solicitar hora, la demora en comenzar a atender por parte de los funcionarios administrativos o la exposición al frío de la mañana para poder conseguir una atención, con evidentes efectos negativos sobre su salud. Junto a lo anterior, se describía un trato descortés hacia las personas mayores y falta de solución oportuna y eficaz a sus problemas de salud. Las dificultades para conseguir hora médica se repetían en la cita 31, donde además se expresaba malestar en relación a la atención recibida por parte de algunos médicos, en que no se tomaba en cuenta los comentarios del paciente y se indicaban medicamentos de manera incorrecta; en este diálogo, además, se planteaba que se había logrado avanzar en el complejo de proceso de conseguir una solución al problema de salud, gracias a un favor que había hecho un amigo que trabajaba en un hospital.

Cita 30: Grupo 2 (hombres con mayor escolaridad)

F: Me falta que me cuente don J. ¿Qué opina sobre la salud o qué se le viene a la cabeza cuando le menciono la salud?

P5: Los voy a aburrir, porque conozco mucho el sistema de salud, sobre todo allá en la población, porque es muy relativo, porque en parte la salud en la población va en que si usted llega temprano, tiene número, y si no llega temprano, no falta el que anda: le vendo un número, dos en \$3.000, y del mismo grupo de ahí, del que... Y la atención es un poco relativa, ¿por qué? Porque al adulto lo tramitan mucho... lo tramitan mucho al adulto, y yo puedo decirle por experiencia que tiempo atrás por un resfriado yo fui al consultorio, se habían robado, habían quebrado el vidrio de entrada para el Policlínico. Entonces qué pasa, que todo el viento entraba; habíamos más de 60 adultos mayores que recibíamos toda esa ventolera. Llegaron los que atendían, llegan a las 9, porque son ministros, no son funcionarios, a las 9, y a esa hora empezaron a atender a la gente, y a tratarlas: tome usted este, tome esto acá y aquí. Entonces eso es una falta de respeto hacia el adulto y hacia el necesitado del consultorio, no lo tratan bien. Yo ayer anduve allá, que no pasan doce días, y después paran, porque usted sabe que está el rollito con el número, pero si llega alguien antes que usted, y ese mismo saca cinco números, porque no se respeta, no hay respeto hacia el adulto.

P4: En el Padre Hurtado se está viendo eso.

P5: ¿Ah?

P4: En el Padre Hurtado se está viendo eso.

P5: En el Padre Hurtado, ese está abierto hace dos años atrás. Mire, pero donde es más difícil la atención es allá en el Hospital Sótero del Río. Si usted no llega antes de las 7 de la mañana, no es considerado, le dicen, venga el Sábado. Se presenta usted el Sábado, hay más de 40 personas esperando la misma atención médica que usted. Yo le puedo decir lo siguiente para hacer una historia, yo trabajaba en la escuela, un alumno tiró una moneda y chocó contra el fierro y me pegó en el ojo aquí, todavía tengo la cicatriz. Entonces, ya está, me mandaron del policlínico ahí al Sótero del Río, me operaron, habíamos como 30 esperando para ser operados, hombres y mujeres. Y me atendió el doctor, según él me dijo que tenía los dos ojos malos. Como al mes después yo fui, y fui a hablar con el doctor, hablé con el doctor, le dije que todavía me molestaba, que veía una rayita negra y todavía la veo. Llego yo y le digo: oiga doctor-, le digo, - ¿cómo cachó [sic] que hice el servicio militar y después el de telecomunicaciones?-. Me quedó mirando, varios me quedaron mirando. Llegó una señora y dijo: ¿por qué?-. - Porque antes veía una raya nomás, y ahora veo rayas, punto

rayas, punto rayas -. Y es cierto, veo unas rayitas así, y no es sólo a mí. - Ya, vamos- me dijo, - le voy a dar esto y más adelante va a venir porque vamos a operarlo, porque le vamos a darle lentes-. Claro que eso de vamos a darle lentes, todavía estoy esperando. Me tuve que olvidar. Encargué yo por ahí para comprar estos que venden en la calle, \$2.000.

F: Mientras dura la espera

P5: Sí. Y después me fueron a buscar a la casa, ya me habían mandado citación y era yo el que no quería ir. Yo llegué allá... y ahí en el Sótero del Río hay cinco funcionarios de acá... que fueron funcionaras de acá del Policlínico que trabajan allá como enfermeras, y son las más insolentes con los adultos (golpea la mesa). Yo se lo puedo decir. Es una morena que trabajaba antes para sacar sangre, esa está allá como enfermera, y lo tramita, y lo primero, - ¿qué cree que está tratando con los rotos de La Bandera? - dice.

Cita 31: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

P2: El consultorio en que yo estoy es harto malo. Y para conseguir una hora, yo estuve hace más o menos dos meses atrás enfermo de un pie, fui: ¿tiene hora?-, fui urgente... así es que ahí me curó una señorita, parece que era aprendiz nomás, me echó un poco de agüita, me limpió con una crema, así. Le tocó ver el carnet mío, ya, don C, está listo, está de alta. Dos meses y todavía me estoy cuidando, porque me ve una doctora, ahí mismo. Sí, lo que encuentro malo de los consultorios, no tienen remedios, para pedir hora no está la agenda abierta, para un hospital, no hay agenda, Y digo yo ¿por qué no tienen un libro grande y van inscribiendo?, señorita, fecha, en Marzo, póngale el mes, tal fecha le toca el control a usted.

F: ¿Y don R? ¿Qué es para usted la salud, cómo la ve usted? ¿Cómo la define?

P1: Yo, mire, primero... hace tres años me mandaron del Padre Hurtado a operarme del ojo izquierdo al Sótero. Me operó con... ¿cuánto se llama?, con bisturí y me lastimó adentro la retina el doctor, yo tenía mi retina buena. Entonces, al tiempo me vio el doctor, y me dijo, mire, vamos a hacer una cosa, yo voy a adaptarle el lente de al lado derecho para que no trabaje tanto el izquierdo. Y cada seis meses me voy a controlarme. Esto me lo dijo hace un año ahora. He ido cualquier vez a gastar plata, no, que lo van a llamar, si lo van a llamar, me dicen en el mesón. Entonces, ahí estoy. Ahora, la hernia que tengo, ya enteré cuatro años, tampoco no pasa nada con ella. Entonces ahí estoy. A mí se me agarrotan los dedos, se me paran los huesos estos, se me duermen las manos. Así es que... ahí, el médico último que me vio, hace como dos años que me vio un médico, lo demás, puras enfermeras, a él le decía, doctor, me está saliendo esta hernia en tal parte, nunca me tomó de apunte. Cuando llevaba a mi señora, la llevaba a control y le reclamaba al médico. Y nunca me tomó en

cuenta. Gracias a él todavía no me operan y justo cuando me iban a operar, la doctora me dice: don R, ¿usted anda con el carnet de control? -. Se lo paso, me ve la hoja de remedios, - estamos muy mal, don R, a usted le están dando sus remedios al lote -. Por eso es que me sentía mal. - Mire, la atorvastatina, es una diaria que tiene que tomarse para el colesterol -. El doctor me dio cuatro, me tomaba dos en la mañana y dos en la tarde. Parece que andaba trayendo así una pelota en la guata. Y cuando me vio la doctora, cuando me iban a operar allá en el hospital, - no -, me dijo, - no, pues, tiene que tomarse una no más, no cuatro, lo quieren matar -. Y ella fue la que me pidió el carnet de controles, ella es la que me pilló los remedios mal. Y que ahí me pasó al cardiólogo, habían señoras que estaban esperando hora para el cardiólogo un año. Menos mal que por ahí, por acá, un amigo que me conocía cuando iba a atenderme con mi señora al broncopulmonar, me dio una gauchadita por ahí, en dos meses me vio el cardiólogo. El cardiólogo me recetó los remedios y me dio el pase que estaba en alta pa operarme. Ahí estoy en la lista de los urgentes...

F: A la espera.

P1: Pero estoy en el sistema, sí. Y porque los papeles míos no hace un año que están ahí. La hernia la tengo ya más de cuatro años. Pero los papeles quedan en el consultorio y ahí me toman en cuenta...

F: Claro.

P1: Entonces tengo que conformarme con eso yo, porque estoy en la lista de los...

F: De espera.

P1: Claro.

Al igual que entre los hombres, esta visión crítica en relación a la organización de los sistemas de salud también fue desarrollada por las mujeres en diversas citas, de las que se seleccionaron a modo ilustrativo las citas 32 y 33; en la primera se menciona una situación en que el juicio médico demoró la obtención de tratamiento oportuno; también se efectúa una distinción entre el nivel de atención, señalándose más problemas, en ese caso particular, a nivel hospitalario. La segunda cita desarrolla el tema de las dificultades para obtener una interconsulta.

Cita 32: Grupo 4 (mujeres con menor escolaridad)

P1: Yo estoy desilusionada con la salud, señorita. Mire, hace dos años atrás yo me sentía muy mal de este hombro, y la doctora a mí me mandó a hacerme una radiografía, me mandó al Padre Hurtado.... ¿puedo hablar nomás, no es cierto?

F: Sí. Por supuesto

P1: Y ahí me vio un doctor joven y me dijo: uh, tú tení [sic] un tendón cortado. - Si puh [sic], doctor por eso vengo, yo sufro mucho...- Uh - me dijo - esto no sirve para nada -. ¿Pero cómo que no va a servir? A usted no, pero a mí me hace falta, doctor, yo me siento mal- . ¿Sabes? - me dijo - yo no puedo hacer nada por ti. Y yo no fui capaz, no sé qué me pasó de ir a reclamar. Pasaron tres años, seguí con los dolores, me mandaron a hacer una radiografía... la doctora me vio y me dijo: oye, tení [sic] el brazo terrible, está por cortarte el tendón -. No tenía el tendón cortado entonces, tenía dolores no más. Y me dijo: está imposible, ¿por qué no has ido al doctor? -. Hace tres años que fui y me contestó este doctor... Me dijo ella: ese es un bruto no es un médico - me dijo - tú debías haber reclamado al director - me dijo. Esa es la experiencia que tengo de la salud, señorita.

F: Gracias, Sra. G.

P3: Mire de la salud... en realidad lo que la señora ha dicho... tiene mucha razón... mucha razón. Pero yo también del consultorio no podría decir que es tan... yo he tenido... no sé... qué pasa, siempre me han atendido bien y he tenido buena atención porque tal vez que... yo no he sido tan... con... tener tantos problemas, no. Entonces me han atendido bien, me dan mis pastillas que me corresponden cuando voy al médico y me atienden. Pero yo puedo decir también que, por ejemplo ayer, no, antes de ayer, nos entregaron los medicamentos para dos meses. ¿A usted le entregaron los medicamentos para dos meses, señora?

P2: Es que yo no fui.

P3: Para dos meses. Y ayer tuve una mala experiencia, muy mala experiencia, sobre todo en el Hospital Padre Hurtado. Yo tengo más o menos como cinco años en el hospital, porque yo me sentía muy mal de mis ojos. Fui al consultorio, me dieron ahí en interconsulta y me... atendí en el Padre Hurtado para mi vista. Me operaron y me dieron gotas para ponerme para los ojos. Y ayer yo fui a pedir mi hora que me correspondía la hora de seis meses, porque cada seis meses nos atienden... nos controlan. Pero fue la experiencia muy mala para mí, porque nunca me había pasado. Citaron... mucha gente había citada, yo creo que habían más que 200 personas y yo no conseguí la hora. Se dio muchas horas, pero no la conseguí. Y quedé para fines de marzo. Yo estuve cuatro horas... cuatro horas, cuando podía me sentaba cuando había estado un rato... pero son cuatro horas. Yo encuentro qué... no sé

qué pasa con la salud actual, ¿qué está pasando?, ¿por qué está pasando esto? Con mi esposo también estuve la semana pasada. A él dijeron: venga muy temprano -, porque tenía que hacerse un examen, otorrino. - Venga muy temprano porque hay mucha gente -. El consiguió la hora, fue muy temprano, consiguió la hora para el otorrino. Entonces la salud actualmente no está muy buena para nosotros. Complicada.

Cita 33: Grupo 5 (mujeres de todos los grupos)

P2: Bueno, para mí sería lo principal que el policlínico está atendiendo muy mal. Como ser al adulto mayor... ayer yo fui con mi marido porque está en práctica de... en trámite de... de operarse de una pierna, y resulta que... por no tener el número de la mañana que daban el número a las 6:30 de la mañana, nosotros llegamos a las 6:40 y el número no lo teníamos. Y después llegó la señorita pidiendo el número, y nosotros no lo teníamos el número, así es que no nos atendieron. (Pausa de pocos segundos). Y de ahí nos fuimos a la casa (golpea la mesa). Entonces yo encuentro que en ese punto no está bien la salud...

P1: No.

P2: No está bien.

P1: Y en las postas está igual. Tienen montones de gente ahí esperando, aunque sean graves, no los atienden. Cuánta gente ha fallecido en la... en la posta. Entonces no corresponde que se trate así tan mal. A veces esperan toda la noche y no los atienden. Está muy mala la... Yo, para mí, encuentro que está muy mala. Yo poco voy al policlínico porque cualquier cosa, digo yo, preferible pagar un poco más, si uno puede hacerlo, porque o si no... Está mal.

P2: Y también para mí, para mi salud... yo voy al policlínico y me dan, qué se yo, para dos meses o tres meses para el doctor. ¿En qué persona va ir esa salud? Yo encuentro que no...

P3: Totalmente malo porque ya no respetan al adulto mayor, aunque una sea vieja, no la respetan, porque la toman como para jugarreta, porque una va con el número al médico y después le dicen: ay, no hay médico, en tres meses más venga -. Yo fui a sacar número y me dieron para Marzo. Y la doctora que me vio primero, no me gustó por el motivo de que me dio puras pastillas...

P2: Calmantes.

P3: ... para el dolor de los huesos, yo tengo la mano chueca y me duele mucho este brazo. Entonces le pedí a ella que me sacara radiografía y que me mandara a alguna parte. Ella me dijo que no podía mientras tanto no me viera un médico no sé cuánto, que me nombró ella que es para los huesos.

P1: Un traumatólogo.

P3: Y me dijo ella: venga en marzo, y en marzo va a tener todo...- Y lo que me dio de remedio fueron puros paracetamoles, ¡¿pa qué quiero tanto paracetamol?! Un alto así de paracetamoles tengo en la casa. Y eso no me hace nada a mí. Lo único que me mantiene bien es la pastilla de la presión...

En relación a la atención médica, entre los hombres se desarrolló el tema del poco tiempo dedicado a los pacientes y la falta de minuciosidad percibida, describiendo situaciones en que no se los examinaba o se los examinaba de mala gana y sólo ante la insistencia del paciente (citas 34 y 35). En la cita 36 también se aludía a la escasez de tiempo dedicado a examinar a los pacientes, y se sostenía que en el sistema privado los médicos dedicaban más tiempo a los pacientes y les explicaban en detalle acerca de sus problemas de salud; otro participante planteaba que era responsabilidad del paciente que el médico fuera capaz de resolver el problema, porque tenía el deber de expresar cuáles eran sus molestias de salud; sin embargo, el participante luego planteó que se trataba de un asunto de suerte obtener buena atención médica, aspecto que fue reforzado por otros miembros del grupo.

Cita 34: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

P1: Los médicos a veces le preguntan, buscan los remedios que uno toma, - ¿cómo se siente? Uno le dice. - Ah, le voy a dar los mismos remedios o le voy a quitar o agregar un remedio -, ni siquiera le toca el pecho a uno...

F: No lo examinan.

P1: ... claro. Nada más que uno cuando uno entra, le toman la presión, el peso, la altura, le miden la cintura, y nada más. Y el médico lo despacha al tiro.

P4: y esa cuestión que está aquí en la espalda no...

F: ¿Es muy rápida la atención?

P1: No examinan.

F: ¿Y usted queda con la sensación de que falta?

P3: Claro, o no lo examinan a uno.

F: No lo examinan.

P3: Ven los exámenes que mandan a hacer, los ven, ah, está bien.

P2: Y eso es generalmente. Eso es lo que está ocurriendo en todos los consultorios. El médico no lo examina, no le pone radio ni ninguna cuestión, sino que llega la otra profesional y le dice vamos a ponerle aquí esto.

P3: Los electros.

P2: Le vamos a hacer esto acá.

P4: Claro.

P2 Y el médico dice: estamos muy bien, viejo, así es que váyase no más y que le den la hora para este otro mes. Pero que lo examinen. Yo le digo, pero, ¿no me va a examinar?-. - Pero si estai [sic] bien, puh [sic], viejo -. Yo: no - le digo -, tiene que examinarme, cada uno cumplimos una pega [sic], puh [sic] -, yo le digo -, si la pega [sic] suya es una y la mía es otra. Ahora me tiene que examinar...

F: ¿Y cuándo usted ha solicitado eso al doctor, ha tenido buena acogida?

P2: Sí. Pero me dice: ¡soy patudo [sic], viejo! -. Pero doctor - yo le digo -, usted hace su pega [sic] y yo hago la mía.

Cita 35: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

F: ¿Hay situaciones en que ustedes no se sienten conformes con la forma en que son atendidos?

P4: Hay veces que uno les explica, que este remedio me está haciendo mal y el médico no da el brazo a torcer. Lo que dice se hace. Entonces...

F: ¿A alguien más le ha pasado eso?

P1: No me ha pasado.

F: A usted no le ha pasado

P4: ... en el Gabriela Mistral hay un médico que atendía a los postrados. El doctor "L", que atendía en la oficina 1, que tenía una perita, que ahora la gente, sobre todo las abuelitas, le pidieron la salida del consultorio, lo llevaron pa'allá pa [sic] Las Condes, para allá. Y gracias a ese doctor estoy sufriendo de la hernia yo, que nunca me ayudó a mí.

F: ¿Y don F, ha tenido una mala experiencia, o donde no se haya sentido conforme con el tipo de atención?

P2: Sí, señorita, hay veces... por decir, hay un dicho que yo lo he tomado, que el enfermo hace al médico, y el médico hace al enfermo, que se relacionan en buena situación. Pero hay veces que no se puede, por eso que yo decía endenantes [sic], de que... la mala administración y la falta de educación de que tenemos nosotros, que hemos llegado quizás a la universidad, pero eso es saber, no es ser educado. La educación es respetar a la otra

persona, sea mayor o sea menor, sea superior o más baja, tenemos el derecho de respetarlos. Pero aquí no se respeta, porque una vez la doctora me dice: ¿y usted a qué viene aquí y en estas condiciones, viene bien arregladito - me dice - y está más sano que yo? Mejor váyase pa [sic] su casa -. Pero me citaron – doctora - que tenía que controlarme hoy día. Ya, me dijo - de mala voluntad - siéntese... recuéstese ahí en la camilla. Me recosté en la camilla y vino con sus cosas que ellos tienen para examinar. Me examinaron y me dice: ¿y por qué... usted anda solo? -. Sí -. ¿Y en estas condiciones anda solo? -. Pero si usted dice que estoy sano - le dije yo. Y yo estaba pésimo. Después llamaron a otros médicos, y me pusieron una enfermera a cada lado para controlarme porque yo no era capaz de nada, y estaba pésimo de mal. Entonces, después de eso, después que me insultó... y yo no le dije nada, yo... la traté lo mejor posible porque uno tiene que aprender a respetar, porque en el respeto está la educación. El saber no es ser educado, no. Entonces eso es lo que falta...

P1: Respetad y seréis respetados.

P2: ...en los consultorios, que no se respeta a la gente, no hay educación, no hay preparación, sino que todos llegamos a ciertas partes por amistades, ¿no?, porque tenemos ciertos colores políticos y llegamos a tomar un puesto sin conocer nada. Y está totalmente mal. ¿Y quién la está sufriendo? Somos nosotros.

Cita 36: Grupo 2 (hombres con mayor escolaridad)

P2: ... no les gusta eso. ¿Por qué? Porque ellos no conversan, sino que... a ver, te examina...

P3: ¿Cuánto se demora en eso?

P2: Se demora un cuarto de hora más o menos y me hace la esta, pero no me explica nada. El otro día tenía unos estudiantes, pero era otro hombre, con una sonrisa, pero mira, este tiene esto acá, aquí. Pero yo era el modelo...

P3: El modelo.

P2: ... el modelo para verlo. Pero... la otra... no sé... o tiene mucho trabajo... exceso de trabajo y están ya...

F: ¿Y don H? ¿Cuál es su impresión?

P3: Yo encuentro que, por ejemplo, hay doctores y doctoras. Hay doctoras que no son iguales para atender. Me refiero al tiempo que están con uno, porque el otro día... yo tengo una nieta que trabaja en una clínica de Avenida España con la Alameda, la doctora que hay ahí, llevé a mi señora y se demoró hora y cuarto con ella, una hora y cuarto estuvo adentro con ella, para decirle todo lo que tenía, y todos los remedios que estaba tomando si le

estaban haciendo bien, la estaban manteniendo. Pero una hora... cuando yo he ido a médicos, por ejemplo, ahí en el Padre Hurtado y no se demoran ni diez minutos... ni diez minutos.

P2: No, el exceso de gente que tiene también, si no hay doctores...

F: ¿Qué piensan los demás respecto, por ejemplo, a la cantidad de tiempo que le dedican los doctores?

P4: Mire yo creo que todo va en que uno debe ir dispuesto al doctor a decirle lo que uno verdaderamente siente. Porque hay muchos que van al médico y le dicen una cosa y no le dicen de dónde viene el problema. Por ser... yo, no puedo negarlo, yo he tenido suerte. Yo fui al médico, le expliqué que escuchaba por un oído menos. Es cierto, estuve tres meses yendo a que me revisaran, me hicieron lavado de oídos. Y me dieron audífonos, pero ahora no lo traje. Le dije también al médico también que el problema que tenía yo era precisamente por lo que le contaba yo de la columna, no podía caminar mucho, pero no me podía cortar las uñas. Me mandó al podólogo. Le dije yo que cuando joven, jugando a la pelota me habían quebrado dos dientes y los otros donde masticaba mal se me estaban desviando la mandíbula, llegó, me llevaron, me sacaron los dientes y me pusieron prótesis, tampoco la uso, para qué. Aquí ya no es culpa del médico, es culpa de uno. Por eso yo tengo un concepto de que el médico, uno lo tiene que ver como una persona amiga. Decirle, mire resulta que tengo esto, esto y esto y este es el problema, con confianza. Yo como le digo acá en el Poli de La Bandera.....

P3: ¡Ah! (tono de desagrado).

P4: ... No, como le digo es cosa de suerte, si ahí el que verdaderamente...

P1: Ahí en La Bandera había un médico muy bueno y se lo llevaron para el consultorio Salvador Allende.

P4: Claro, si había una doctora rubia, muy buena.

P3: ¿El consultorio que está ahí junto a Carabineros?

P1: Sí.

P4: una doctora, una rubia grande, muy buena, si usted le dice, pucha, me duele el pelo, le revisa el pelo... yo le dije, tengo audífonos, me revisó entero, incluso hasta los pies, puh. Me dijo: ¿y usted va al podólogo? -. Sí -. Ya, dígame que tiene una dureza aquí y esta dureza le está molestando -. Pero me hizo una revisión poco menos que desnudo entero, muy buena... y me dijo que volviera, me dijo: es conveniente porque usted tiene problemas ya para doblar las rodillas ¿cierto? -. Sí - le dije - me cuesta un poquito agacharme. Ya, me mandó de vuelta al colegio, como digo yo, a la sala, cómo se llama, a la sala ERA,

conjuntamente con don "P", un chiquitito muy amable, muy bueno. También a la bicicleta y a una válvula que le ponen a uno...

F: O sea, usted en general ha tenido más bien una buena experiencia...

P4: Yo considero que he tenido suerte.

F: Ha tenido suerte y ¿Don O, cómo ha sido su experiencia, qué opina respecto a este tema?

P1: Yo encuentro que pasa por el factor suerte, segundo, factor suerte porque según como lo veo yo, hay médicos, hay funcionarios y funcionarias. Si un funcionario llegó joven, sin problemas desde su hogar, porque desgraciadamente la gente lleva problemas adonde no los tienen que llevar, va mal genio, le pasó esto, esto otro, entonces lo va a padecer el paciente. No va a ser atendido como corresponde, de partida ella, la persona, va a ir mal. Entonces tiene mucho que ver el factor suerte.

Así como se señalaban los aspectos negativos de la atención médica recibida, la buena atención se describía, entre las mujeres y entre los hombres, como minuciosa y exhaustiva, con entrega de información respecto a qué problemas de salud se observaban y cómo abordarlos (citas 36 a 38).

Cita 37: Grupo 3 (mujeres con mayor escolaridad)

P3: Va una, ahora que han cambiado tantos doctores, así que llega uno a control, cada seis meses me controlan a mí, va uno a un control y ya encuentra un médico distinto. Pero los médicos que han ido son jóvenes, pero son buenos.

F: ¿Por qué son buenos?

P3: Son buenos porque le ponen atención a uno, la examinan por todas partes; antes no... había uno viejón: no examinaba.

F: ¿No examinaba?

P3: No, no examinaba. Y estos nuevos, hacen dos... tres períodos que me están...

F: ¿La están controlando?

P3: Me están manoseando los doctores jóvenes (ríe).

(Risas)

P3: Vengo más contenta porque me manosean (sigue riendo).

P2: No, pero ellos tienen su aparato para medir (seria).

P3: Claro.

F: ¿Y les hacen preguntas?

P3: Sí. Me preguntan adónde le duele, adónde...

F: ¿Y ustedes les hacen preguntas a ellos?

P3: Claro, yo le pregunto cuando me dicen, porque yo también estaba gorda, más gorda que ahora.

Cita 38: Grupo 5 (mujeres de todos los grupos)

F: Y en el caso contrario que usted estaba diciendo, habló de un médico que usted encontraba muy bueno.

P4. Sí.

F: Me gustaría que me contara, ¿por qué lo encuentra bueno, en qué cosas?

P4: Porque no todos los médicos le explican las cosas textualmente, ¿y doctor por qué esto, por qué esto otro? Y él dice, mire Sra. Sara... yo últimamente tuve una... infección vaginal, me picaba mucho esa parte y yo estaba preocupada. Ya, me dio el medicamento, lo tomé, volví al control, me vuelve a explicar y me dice así... me dice así: usted Sra. Sara, nunca se siente en baños públicos - - Eso no lo hago doctor - . Ahora, lo otro, me dice: no use paños -, ningún doctor le va a explicar tanto, pero si yo le digo "mi doctor"... doctor "M". Y no lo digo yo no más, porque hay hartas personas, porque yo estuve en ese hospital, y después me trasladaron acá cerca de mi casa, que es la Gabriela Mistral. Entonces yo lo encontraba que era bueno, que una le hace una pregunta y él le dice. Además le está advirtiendo que no haga lo que...

F: Claro.

P4:... lo que una no tiene que hacer. Le dice en qué forma se lava su vagina, porque ese era el tema...

F: Claro.

P4: ... que fue muy importante para mí. Entonces después, no tan sólo eso, sino que después: doctor, mi estómago...- . - Ya, usted va a tomar esto, va nutrirse -, me mandó a nutrición. Y ya, me tomó un señor de nutrición y me empezó a dar esto, - ya, usted tiene gastritis severa, usted tiene...- ya me dieron en una hoja lo que tenía que comer y lo que no tenía que comer. Entonces eso encuentro... que es muy, pero muy importante que se acerquen un poco más al paciente, sobre todo a nosotras, hombres adultos, mujeres adultas, porque necesitamos. ¿A qué nosotras nos atenemos en la casa a tomar un agua de hierbas que a lo mejor no nos ayuda mucho, nos alivia un poquito, pero el hablar con un médico es importante para nosotros, que nos diera... en forma bien las cosas, a veces son personas sordas. Entonces se van igual que como llegaron. Y eso no puede ser.

Tanto entre las mujeres como entre los hombres se desarrolló el tema relativo a la mala atención y trato poco amable de los funcionarios que atienden público en los centros de salud, en particular los encargados de dar horas o entregar medicamentos. Es posible observar que en las citas 39 y 40, se apelaba al sentido del humor para sobrellevar estas situaciones inevitables. En las citas 40 y 41 se planteaba que los malos modos de los usuarios provocaban una mala atención por parte de estos funcionarios.

Cita 39: Grupo 3 (mujeres con mayor escolaridad)

P4: En el consultorio hay una señora, una señora bajita, ¡mal genio!, y me ha tocado dos veces con ella. Son tres las niñas que atienden y justo me ha tocado con ella, pero tiene un genio...

P1: ¿En los remedios?

P4: No, cuando le dan la hora.

P1: ¡Ah!

P4: Para médico. ¡¿A qué viene usted señora?! (imita tono agresivo).

(P3 ríe)

P4: Le digo "yo vengo al médico". ¡¿Quién le dijo que viniera?! (imita tono).

(P3 vuelve a reír)

P4: Toda la gente le tiene miedo.

P1: Así preguntan.

P4: Antes estaba en el SOME y la cambiaron acá al sector, a mí me toca Los Castaños, el sector 1. La cambiaron para acá, y acá todas le arrancamos (ríe y P3 ríe), tratamos que nos ubique la otra niña, pero siempre, me ha tocado dos veces y es tan mal genio, no se por qué la señora es tan mal genio.

F: ¿Y usted cómo se siente frente a eso?

P4: Me siento mal, pero de todas maneras le contesto lo mejor que puedo. Le digo: señorita, vengo a tal cosa, señorita, quiero ver al médico -. - ¡El médico no está! -, me dice. Ahora la doctora está de vacaciones. - No la va a atender el médico -, me dice.

P2: ¿Dónde es, el sector 2?

P4: No, el 1 tengo yo, pero en La Granja.

P2: Ah, acá.

P4: No importa, le dije yo, si no está el doctor, después vengo. ¡Tiene que venir – me dijo – después del 16! - Muy bien -, le dije yo... y más se enojaba, donde yo le contestaba así.

P3 (ríe): Es que ella tiene ese modo de hablar.

F: *¿Pero es ese único caso particular, o ha tenido alguna otra situación?*

P4: *No, es el único. Todos arrancan de la pobre señora (ella y P3 ríen).*

Cita 40: Grupo 2 (hombres con mayor escolaridad)

P4: *¿Sabe lo que pasa con eso?, es que son culpables los enfermos que ponen del mal genio al funcionario ¿por qué? Porque llega, - oiga señorita, necesito este remedio y hace como una hora que estoy aquí y esta porquería de reloj no avanza nada -; ahí es por número. Ayer me tocó a mí, fui a buscar los remedios a las 5, ¿Qué hago yo? Como yo las conozco, las agarro pal chuleteo [sic], me pongo a hacer chiste y a decirle tonteras y todo, entonces le digo: ¿.me atiende o no? o voy a buscar a la jefa -, le digo yo. - No, si ya, ahí tiene -. Ayer una señora de edad llegó, estaba yo, me estaba... entregó los remedios, y yo había llegado primero que ella, que la señora... llega, queda mirando a la enfermera, me miró a mí y dice, - ¡qué tanto le dai [sic] a este viejo tal por cual!, ¿te está gustando? - Bueno, claro, llego yo y le digo: señora, perdón, ¿se bañó esta mañana? -. – Sí -. - ¿Se puso calzoncillos? - No -. - Ah, ahí está -. Habían [sic] como unas 20 ó 30 personas, se largaron todos a reír, claro, porque yo le estaba haciendo esa pregunta. Señor, yo no fui por molestar, yo tenía los números, todo. Entonces, le voy a entregar los remedios. Entonces yo le planteé ahí, tiempo atrás a la jefa de ahí que por qué no hacía esto: fulana de tal, un sobrecito, pesque los remedios - y listo, tienen una cachada hecho, entonces fulano de tal, ya, no pierden tiempo en estar llenando las bolsitas, y claro, las otras empiezan a comadrear, aquí que allá, a pelar y a criticar...*

Cita 41: Grupo 1 (hombres con menor escolaridad)

P2: *Yo he tenido s... nunca he tenido problemas, porque pienso que cuando las funcionarias lo atienden un poco mal, que uno también se expresa mal. Me ha tocado, por eso le digo, porque yo no he tenido nunca ningún problema con ninguna de las funcionarias que me han atendido. Pero ha habido personas que han dicho: ¡ya puh [sic], hasta cuándo voy a esperarla, parecís [sic] chancho que estái [sic] todo el día echada nomás! -, entonces ya, reaccionan...*

P1: *Yo no he tenido nunca problemas...*

P2: *... porque sabemos comportarnos. Había una vez un señor aquí, candidato a presidente, que se llama don Pedro Aguirre Cerda, y él dijo, yo me acuerdo, yo estaba niño... él dijo: “gobernar es educar”, y nunca lo entendieron los que están gobernando porque no nos han querido educar, nos mantienen ahí no más.*

F: ¿Don O, usted ha tenido buenas experiencias?

P1: Sí, sí. Porque uno conversa, me gusta conversar igual, se hacen amistades, después a uno lo conocen. Entonces, no...

F: ¿Se ha sentido escuchado?

P1: Claro.

F: ¿Le explican, cómo es la relación?

P1: Igual, como dice el caballero, uno tiene que saber esperar, tener paciencia, y no pelear por tonteras.

F: ¿Hay gente que llega con mala actitud?

P1: Claro, mala, empiezan a echar garabatos adentro, por lo menos, casi pelean adentro, yo lo he visto eso.

Discusión

La pregunta que guió esta investigación justificaba el empleo de métodos mixtos que permitieran, por una parte, describir de manera general los contenidos de las representaciones sociales de la salud entre personas mayores usuarias de centros de atención primaria de salud de Santiago, y efectuar distinciones entre mujeres y hombres en cuanto a la distribución de estos contenidos, y por otra, conocer los procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales de la salud entre este grupo de personas. De este modo, como se discute a continuación, ha sido posible tener acceso a los elementos más estables de estas representaciones, ligados a modelos de salud predominantes a nivel social, así como a los modos particulares en que estos elementos adquieren sentido en los intercambios y prácticas cotidianas, en procesos estrechamente ligados a las relaciones de género a lo largo del ciclo vital.

El primer acercamiento, de carácter cuantitativo, al contenido de las representaciones sociales de la salud en las personas mayores, mostró el predominio de un modelo biomédico de la salud, con términos asociados a enfermedades, síntomas o manifestaciones de éstos, e instancias de prevención, tratamiento o cuidado, generalmente individuales. También se observaron calificaciones en relación al estado de salud y al cuidado o atención de salud recibidos. Los términos señalados como más relevantes por el análisis mostraron que las representaciones sociales de la salud de las personas mayores definían a ésta en términos de los problemas que la afectan, así como las estrategias destinadas a prevenirlos, mejorarlos o sobrellevarlos, destacando la escasez de expresiones explícitamente ligadas a

aspectos positivos, entre los resultados obtenidos a través de la encuesta de evocación libre de palabras. Lo anterior parece coincidir con lo revisado en el marco teórico, en relación a las conceptualizaciones de la vejez, desde el enfoque gerontológico tradicional, que la caracterizan como una etapa de déficits y deterioros. (47,72)

La verificación de la centralidad de los términos propuestos por el análisis prototípico mostró una concordancia importante, para todos los grupos, en los términos “controles de salud”, “dolor”, “enfermedades” y “problemas de visión o audición”, aludiendo a una definición común de la salud de las personas mayores, independiente del sexo de las personas, con una interesante combinación de términos correspondientes a lo que Blaxter (1962) denomina los modelos biomédico, funcional y subjetivo, empleados en salud pública para medir el estado de salud, en que el primer enfoque se centra en la morbilidad, el segundo en las dificultades e incapacidad para desarrollar actividades, a raíz de las enfermedades, accidentes o como consecuencia del envejecimiento, y el tercero, en la percepción y sensación del propio estado de salud y sintomatología.

Junto a estas similitudes, se observaron diferencias de género, en cuanto a que, considerando a toda la muestra, sólo las mujeres consideraron contenidos centrales de la representación los términos “alimentación” y “diabetes/hipertensión”, mientras sólo los hombres lo hicieron con “ejercicio”, “necesidad de cuidados” y “problemas de memoria”. En este caso, en ambos sexos, pero de manera distinta, aparecieron términos ligados a los hábitos o a ámbitos de cuidado y prevención; las mujeres se enfocaron en un aspecto vinculado a lo doméstico y más cercano a su dominio de acción habitual – la alimentación -, mientras los hombres privilegiaron un contenido que podría relacionarse más con la acción y la expresión de vigor, coincidiendo con las características de los roles de género tradicionales y las expectativas en torno a éstos, que se mencionaron en el marco teórico (123,129). Más aún, en particular en lo que se refiere a la alimentación, resulta relevante destacar cómo a través de la aproximación cualitativa se pudo observar que la alimentación estaba vinculada al ámbito de lo femenino, incluyendo tanto lo relativo a la nutrición como al cuidado de la salud de la familia. La centralidad entre las mujeres de dos términos relativos a enfermedades crónicas de alta prevalencia, podría estar indicando una mayor consciencia de parte de ellas respecto a estas enfermedades, ligada a un contacto más frecuente con los servicios de salud y a una predisposición mayor a reconocerlos como un aspecto central que puede repercutir en su salud, de no asumir los cuidados correspondientes. En relación a esto, la literatura señala que las mujeres, a lo largo del ciclo vital, están en contacto de manera más frecuente con los servicios de salud (131,163); esto parece reflejarse en la

mayor prevalencia declarada de hipertensión arterial en las mujeres participantes en el estudio, superando en 10 puntos porcentuales a los hombres, a pesar que la última Encuesta Nacional de Salud (26) no encontró diferencias de género en esta prevalencia, obtenida a través de mediciones de la presión arterial, entre personas mayores. El análisis cualitativo también mostró, como se discute en detalle más adelante, que el contacto con los servicios de salud se consideraba algo más propio de las mujeres, si bien esto no necesariamente aseguraba una adherencia a los tratamientos indicados. Los hombres, por su parte, identificaron dos aspectos relacionados con el proceso de pérdida de la capacidad de desenvolverse o realizar tareas de la vida diaria; los resultados del Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (19) indicaban que el deterioro cognitivo es más frecuente entre los hombres mayores, y que sólo a partir de los 85 años comienza a ser más frecuente entre las mujeres, por lo que la centralidad de “problemas de memoria” podría reflejar experiencias personales ligadas a los cambios en la vida diaria, a raíz de la situación de salud, con consecuencias en la situación cognitiva; parece reforzar esta suposición la forma en que este tema fue tratado en los grupos de hombres, en que se mencionaban experiencias personales en torno a este tema y se expresaban preocupaciones en relación a cómo sobrellevarlo, mientras entre las mujeres se mencionaba como un elemento importante, pero no como algo que las afectara a ellas en particular, sino a otras personas cercanas. En cuanto a la “necesidad de cuidados”, podría apuntar a aspectos no necesariamente experimentados de manera personal, pero sí como una situación que se teme y a la que se prevé que se puede llegar, en particular si el ámbito del cuidado de la propia salud ha sido y continúa siendo más bien ajeno entre los hombres, y considerando las dificultades de lidiar con la sensación de vulnerabilidad, como se discutirá más abajo.

Si bien se observaron menos diferencias en los elementos del núcleo central de las representaciones de la salud, entre las personas con menor nivel de escolaridad, y el análisis de correspondencias sugería una diferenciación en las representaciones sociales de la salud, entre personas con menos o más años de estudio, la aproximación cualitativa mostró que, al menos en el contexto de las personas incluidas en el estudio, es decir, residentes en comunas de alta o media-alta prioridad social, según el índice elaborado por el INE (164), con base en indicadores de ingresos, educación y salud, el nivel educacional no parecía dar cuenta de diferencias en los procesos de construcción de las representaciones sociales, salvo el empleo del argumento relativo a las condiciones de vida muy adversas durante la infancia como un determinante de la salud posterior, entre los hombres con menor escolaridad.

En concordancia con lo señalado en relación a los resultados obtenidos mediante métodos cuantitativos, el análisis cualitativo mostró que tanto entre las mujeres como entre los hombres, la salud estaba representada por las enfermedades, como condiciones propias de la edad, que requerían atención y cuidado, en particular cuando generaban molestias o impedimentos para desarrollar las actividades de la vida diaria. Si bien fueron mencionados con muy alta frecuencia, los medicamentos fueron situados consistentemente como un elemento más flexible de las representaciones por el análisis inicial. Lo que las discusiones en el marco de los grupos focales mostraron, fue que los medicamentos formaban una parte importante de las representaciones de la salud, siendo identificados como un elemento propio de las rutinas relativas al cuidado de la salud, y uno de los motivos principales para acudir al centro de salud. Fue interesante observar que el discurso de las mujeres se movía entre dos polos: el de la adherencia a las indicaciones médicas relativas a los medicamentos y el del abandono y uso de estrategias alternativas para hacer frente a las molestias de salud. En algunos casos ambas situaciones permanecieron como polos, mientras en otras se transitaba por un continuo en que, por una parte, se señalaba la importancia de cumplir con los tratamientos de la manera indicada, y por otra, se admitía flexibilidad en cuanto a usar el propio criterio para determinar las dosis. La observación de estos procesos permite comprender que, como se señaló antes, un contacto más frecuente de parte de las mujeres con los servicios de salud no necesariamente asegura una adherencia a los tratamientos. Desde un punto de vista teórico, resulta útil el concepto de polifasia cognitiva en las representaciones sociales, descrito en el marco teórico, que se refiere a la co-existencia de distintos sistemas de conocimiento, que se expresan de manera simultánea, lo cual se ejemplificaba en el uso alternado de medicamentos recetados en el centro de salud y prácticas tradicionales para superar los síntomas de una crisis hipertensiva.

En el caso de los hombres, las referencias a la toma de medicamentos evidenciaban poca familiaridad de su parte respecto al ámbito del cuidado, con frecuentes alusiones a que eran las mujeres quienes se preocupaban del cuidado de la salud, manteniéndose pendientes de los controles de salud y toma de medicamentos, e incluso tomando la iniciativa para buscar atención frente a situaciones de urgencia. Se produjeron, además, intercambios que introdujeron la discusión respecto al eventual negocio que implicaba la fabricación de medicamentos, desarrollando una serie de argumentos que sostenían una falta de confianza por parte de los hombres hacia los servicios de salud.

Respecto a qué factores podrían explicar la situación de salud de las personas mayores, tanto las mujeres como los hombres desarrollaron discusiones que mostraban un

vínculo entre aquello que les había sido más familiar, desde el punto de vista de los roles e identidad de género. En el caso de las mujeres, esto giraba en torno a las condiciones de vida en la infancia, con énfasis en la alimentación, como una de las expresiones más importantes del rol materno, así como las relaciones familiares, la posibilidad de poder desarrollar actividades al aire libre, y una asociación de estos elementos a la ruralidad. Durante el período en que las personas participantes en este estudio fueron niños, los niveles de ruralidad en Chile eran altos, fluctuando entre 50 y 47 por ciento (165), por lo que la mención frecuente a la ruralidad se refiere en gran medida a experiencias de vida; no obstante, el único aspecto que fue consensuado en relación a las condiciones de vida en la infancia entre las mujeres, fue el relativo a la calidad de la alimentación, que en el pasado era hecha en casa, normalmente por la madre de la familia, con ingredientes que no habían pasado por un proceso industrial, caracterizada por la abundancia. Es probable, considerando los testimonios de los hombres y en algunos casos, entre las mujeres, que la abundancia correspondía a un ideal de alimentación, más que a una situación habitual en todos los casos. Los hombres también mencionaron la alimentación en la infancia, vinculándola al ejercicio de rol femenino, pero a diferencia de las mujeres, ellos se refirieron a cómo las condiciones de vida adversas en la infancia, propias tanto del ámbito rural como del urbano, podían afectar negativamente la situación de salud futura.

Los diálogos observados tanto en relación a los medicamentos como a las explicaciones sobre la situación de salud de las personas mayores, daban cuenta de procesos diferenciados entre mujeres y hombres, estrechamente ligados a la identidad y el ejercicio de los roles de género durante la adultez, con implicancias importantes en relación al cuidado de la salud y el acceso a los servicios, situando a los hombres en una posición que dificultaba su acercamiento a este ámbito, considerando, por una parte, la creencia en la responsabilidad individual por la situación de salud actual, que dificultaba la manifestación de molestias de salud y búsqueda de atención, y por otra, la evaluación negativa respecto a la disponibilidad de atención y tratamiento para sus problemas de salud, por parte de los servicios, junto a la desconfianza expresada en relación a los medicamentos como un negocio. La disposición de las mujeres en relación al cuidado de la salud era señalada como mucho más activa que la de los hombres, por ambos sexos, y los testimonios mostraban en la mayor parte de los casos, si bien no en todos, una cercanía y familiaridad con este ámbito, en particular en lo que se refiere a asistencia a controles y toma de medicamentos.

En esta misma línea, los cuidados de la salud, tanto entre mujeres como entre hombres, se distribuían en dos componentes, uno de ellos, el relativo a la asistencia a

controles de salud, toma de medicamentos y consulta oportuna ante molestias que se consideraba que revestían gravedad. Se tendía a asimilar el cuidado de la salud como un ámbito más del desempeño de la dueña de casa, lo que explicaría la asunción por parte de las mujeres de estos aspectos, así como las dificultades de los hombres para hacerse cargo de estos temas. Como se ha señalado, se identificaba a las mujeres como con mayor competencia en estas áreas, describiéndolas como más preocupadas y atentas y con la capacidad de desenvolverse mejor en su relación con los servicios de salud. Los hombres, a su vez, eran descritos y se describían como reacios a consultar, ir a controles o preocuparse de tomar sus medicamentos. Ciertos elementos que dan luces respecto a estas dificultades se relacionan con la complejidad de hacer frente a la sensación de vulnerabilidad, en contraposición a la invulnerabilidad percibida en etapas previas de la vida, ligada a la identidad masculina (130), y a la suerte de mandato de no expresar quejas, discutido entre los hombres participantes en este estudio; esto podría explicar la incomodidad y temor que las mujeres percibían en los hombres, al tener que hacer frente a los problemas de salud.

En cuanto a la importancia de los hábitos, en particular la alimentación, en relación al cuidado de la salud, resulta pertinente considerar esto a la luz del concepto de polifasia cognitiva ya mencionado, dado que los contenidos relativos a las recomendaciones de los profesionales de la salud parecían corresponder a un deber más que a un hacer, o al menos resultaban evidentes las dificultades para conciliar lo que los profesionales de la salud recomendaban y lo que habían constituido los hábitos y las preferencias durante la vida, coexistiendo dos nociones no del todo compatibles entre sí, respecto a lo que se consideraba una alimentación saludable.

En relación a cómo la situación de salud se manifestaba en la vida diaria, el hecho de que este elemento se haya desarrollado fundamentalmente entre las mujeres, parece dar cuenta del hecho que la aparición de limitaciones funcionales, a raíz de los problemas de salud, puede marcar un quiebre en el ejercicio de roles entre las mujeres, al afectar el desempeño de las actividades cotidianas, mientras entre los hombres, el quiebre más importante en esta etapa pareciera constituirlo el alejamiento del espacio público, a raíz de la jubilación, considerando la importancia atribuida por los participantes a la etapa de vida en que habían sido laboralmente activos. Es relevante señalar, en relación con el punto anterior, que los instrumentos empleados para medir las restricciones para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria tienen un sesgo de género, en el sentido que suelen incorporar actividades relativas al ámbito doméstico, lo cual por el hecho de haber sido un área de acción más propia de las mujeres, considerando las cohortes de las que las

personas incluidas en el estudio forman parte, ellas tienen más posibilidades de notar y reportar un detrimento en su desempeño, en comparación a los hombres, lo cual podría estar sobre-estimando este tipo de limitaciones entre las mujeres.⁹

Otro aspecto que generó ricos intercambios entre las mujeres y entre los hombres, y que resulta particularmente importante considerar para la planificación de políticas públicas de salud, fue el relativo a los servicios, con predominio de una visión crítica, especialmente entre los hombres, dando luces acerca de una serie de elementos que requieren mejoras, específicamente en lo relativo a la calidad del trato y de la atención, así como a la organización tanto de la atención primaria de salud como de los otros niveles. Las recomendaciones en torno a este aspecto se desarrollan en el siguiente apartado.

En cuanto a la relación de los resultados de esta investigación con la evidencia previa en torno al tema, resulta interesante constatar aquellos aspectos comunes o que se encuentran presentes con algunas variaciones, que podrían dar cuenta ya sea de procesos ligados a las relaciones de género y la construcción de las representaciones sociales de la salud, que guardan similitudes en contextos sociales y temporales diversos, o de aquéllos cuya historicidad parece más evidente. Como se señaló en el marco teórico, los estudios sobre representaciones sociales de la salud entre personas mayores son escasos. No obstante, existen algunos elementos comunes incluso con aquellos estudios que no efectuaban distinciones por grupos de edad; es así como, al igual que en un estudio efectuado en Francia a comienzos de la década de 1980 (114), se observó la mención a la influencia de los comportamientos individuales en la situación de salud, que en el caso de los hombres se expresaba como una falta de conciencia al respecto, durante la juventud y vida adulta, con consecuencias sobre la salud presente, y entre las mujeres, con un énfasis en la alimentación; en el estudio francés, sin embargo, estos contenidos eran más relevantes entre las personas de clases acomodadas, mientras los participantes en este estudio correspondían a clases trabajadoras; esto podría dar cuenta de la masificación de una noción de salud vinculada a los estilos de vida, que ha sido transmitida en nuestro país a través de campañas públicas de salud en las últimas décadas, tales como los programas Vida Sana o Elige Vivir Sano. A pesar de esto, la forma en que estos contenidos fueron

⁹ Esta reflexión es un aporte de la Profesora Emmanuelle Cambois, basada en su investigación acerca de las mediciones de la situación de salud de las personas mayores, en una reunión sostenida durante el desarrollo de una pasantía de investigación efectuada por la autora de esta tesis, en el Instituto de Estudios Demográficos de París, entre Marzo y Abril de 2015.

discutidos en algunos grupos focales dio cuenta de procesos de construcción de las representaciones sociales que lidiaban con la integración de nuevos significados y la mantención de otros, no necesariamente consistentes entre sí; por ejemplo, se dio el caso de las participantes que destacaban la importancia de una buena alimentación para cuidar la salud, y a su vez centraban su descripción respecto a una buena alimentación en términos alejados de las recomendaciones de las campañas de salud, en particular en lo relativo al tamaño de las porciones. Otro aspecto presente entre las clases acomodadas del estudio europeo (114), fue la importancia asignada al funcionamiento de los servicios de salud; en esta investigación también resultó un tema relevante, tanto entre mujeres como entre hombres, con una visión crítica en ambos, pero más marcada entre estos últimos; esto sugiere la incorporación de nociones que generan expectativas en relación al cuidado de la salud como un derecho, respecto del cual debieran responder las políticas públicas, los servicios y el personal de los centros de salud.

Asimismo, la importancia de los vínculos sociales en la mantención de la salud y los problemas para poder desarrollar las actividades de la vida diaria en el ámbito doméstico, presentes en este estudio entre las mujeres, y con una clara relación con los roles tradicionalmente asignados a las mujeres, coinciden con los resultados de una investigación efectuada en la década de 1980 en Gran Bretaña por Mildred Blaxter (115).

Luego de haber discutido en general los resultados de esta investigación, es importante referirse a su relación con las hipótesis que la guiaban. La primera de ellas planteaba que las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores presentaban diferencias relacionadas con la diferenciación de roles según género a nivel social, lo cual fue confirmado por los resultados. Resulta pertinente y necesario referirse a algunos elementos teóricos del enfoque de género, de modo de lograr ciertas claridades conceptuales que sustenten las propuestas en términos de políticas de salud pública que se puedan efectuar, a partir de este estudio. Como plantean reflexiones en torno al enfoque de género en el desarrollo de investigación e intervenciones en salud (166, 167), el hecho de efectuar distinciones en términos de procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales entre mujeres y hombres, no implica asumir una perspectiva categórica y estática respecto al género, en la cual existe una dicotomía entre el ámbito de lo femenino y lo masculino, y por lo tanto, se comprenden y planifican programas e intervenciones para mujeres y para hombres, por separado. Lo que se propone, en cambio, es emplear un enfoque relacional, que asume que el género es dinámico, en el sentido de implicar una serie de relaciones, ligadas a las distintas posiciones que las personas ocupan

en la estructura social, incluyendo las relaciones entre mujeres y hombres, pero considerando también aspectos tales como las relaciones entre distintos grupos de edad, grupos socioeconómicos, estamentos laborales, etc., por lo que el género se comprende como multidimensional y como construido en procesos históricos, en determinado contexto. (166)

En cuanto a la segunda hipótesis, que afirmaba que las representaciones sociales de las personas mayores incluirían contenidos relativos a la mantención de la funcionalidad como componente central de la salud, se observó que este ámbito era relevante, pero en relación a distintos aspectos para las mujeres y para los hombres, respectivamente. En el caso de las mujeres participantes, esto estaba ligado a la importancia que se le asignaba a la capacidad de efectuar los quehaceres domésticos, y a una mayor consciencia de las dificultades, sobre todo de movilidad, experimentadas a raíz de su situación de salud. Los hombres, por su parte, manifestaban mayor preocupación respecto a las dificultades de tipo cognitivo. Aun cuando la mantención de la funcionalidad, que constituye la principal meta sanitaria relativa a la salud de las personas mayores, se mostró como un elemento central de las representaciones de la salud de las personas mayores, es interesante constatar los distintos procesos de construcción en relación a este tema, en función del género. Si bien las cifras indican mayor prevalencia de problemas funcionales y restricción de las actividades de la vida diaria entre las mujeres mayores (19), el hecho de que este tema haya sido mayormente discutido y desarrollado por las mujeres, parece ligarse no al hecho de que los hombres no experimenten este tipo de dificultades, sino a que para las mujeres se vuelve más sentido, en la medida que modifica su desempeño cotidiano y el desarrollo de las actividades que han constituido un aspecto central de su cotidianidad, a lo largo de su vida adulta. La pérdida de la funcionalidad cognitiva, a su vez, entre las mujeres fue discutida en relación a otros, mientras entre los hombres, se discutió cómo este problema afectaba a los mismos participantes, y algunas estrategias empleadas para hacerle frente. Nuevamente, más que una mayor prevalencia de este problema entre los hombres, los resultados parecen indicar una mayor relevancia de este ámbito para los hombres, lo cual adquiere sentido en relación a ciertos estereotipos relativos al predominio de la razón entre los hombres, y de la emoción, entre las mujeres (168), y a la inteligencia como una característica más propia de los hombres que de las mujeres. (169). En este sentido, ambos tipos de limitaciones amenazarían aspectos relevantes de la identidad de género, y más específicamente, de las expectativas en torno a lo que una mujer o un hombre deben ser.

Es importante referirse a las limitaciones de este estudio. Una de ellas se relaciona con haber trabajado con una muestra con ciertas características y no haber incluido a otros grupos de la población, en particular en lo que se refiere a personas de otro nivel socioeconómico, residentes en áreas rurales, o no inscritas en centros de atención primaria. La elección de una muestra que formaba parte de un estudio previo - cuyas características se describieron en la sección de Métodos -, asimismo, posiblemente afectó el nivel de participación de personas menos dispuestas a formar parte de ese estudio, ya fuera por encontrarse en peor estado de salud, por ser cuidador de otra persona, mayor o no, u otras circunstancias difíciles de determinar. En efecto, el nivel de aceptación por parte de los hombres fue más bajo, tanto en la primera fase de reclutamiento de la muestra, en el marco del estudio previo, como al momento de invitar a los grupos focales. Finalmente, la primera fase de producción de información, consistente en el empleo del método de evocación libre de palabras, se desarrolló en un contexto particular – entrevistas efectuadas en centros de salud y mediante un cuestionario que incluía una serie de preguntas que buscaban conocer la situación de salud de los participantes, en cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas y su correspondiente tratamiento, así como a la existencia de problemas funcionales, efectuándose la pregunta de evocación libre con posterioridad a las otras secciones -, que podría haber influido en los contenidos expresados por los participantes.

En relación al primer punto, se tomó la decisión de trabajar con esta muestra, dado que las cifras relativas a inequidades en salud (13) justificaban el focalizarse en aquellos grupos que presentaban una mayor desventaja, y por lo tanto, mayor urgencia en el desarrollo de políticas públicas tendientes a disminuir tales brechas. Por otra parte, se desconoce la relación entre los resultados del estudio y las representaciones sociales de la salud entre personas mayores de nivel socioeconómico medio o alto, así como aquellos que residen en zonas rurales, o personas con características similares a quienes no aceptaron participar en el estudio en el cual se reclutó a la muestra, ya fuera por motivos laborales, de salud u otros; considerando la evidencia previa, es posible suponer la existencia de contenidos y procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales de la salud, al menos parcialmente distintos, en grupos de otro nivel socioeconómico, así como en personas que residen en un contexto de ruralidad, más aún si existe alguna influencia cultural particular, tal como pertenencia a otra etnia. Resultaría, por lo tanto, relevante considerar en investigación futura en torno al tema, la inclusión de estos grupos de la población, para conocer la forma en que las relaciones de género y las representaciones sociales de la salud se vinculan entre ellos. En cuanto a aquellas personas con

características como aquellas que rechazaron participar en el estudio, sería recomendable desarrollar investigación que intencionadamente los alcanzara, valiéndose de estrategias metodológicas distintas a las empleadas en este estudio, ya sea, por ejemplo, reclutando a la muestra entre organizaciones de la comunidad, o, en el caso de aquellas personas con bajos niveles de participación social, establecer contacto con la colaboración de los equipos psicosociales de los centros de salud, y empleando técnicas individuales tales como entrevistas, en un formato que resulte apropiado para la situación particular de cada persona.

Respecto a cómo el contexto podría haber influido en la producción de información durante la primera fase del estudio, si bien hay autores que plantean que los elementos del núcleo central debieran aparecer, independientemente del contexto en que se efectúe la pregunta (144), cabe plantearse la posibilidad de que, en este caso, el contexto descrito haya afectado el tipo de contenidos mayormente expresados, más aún considerando que las preguntas previas de la entrevista tendieron a enmarcar la salud en términos de enfermedades crónicas, problemas funcionales y hábitos que la podrían afectar. Esta situación, no obstante, atendiendo a lo sugerido en la literatura (110), y al enfoque y objetivos de esta investigación, fue abordada empleando con posterioridad estrategias que permitieran contrastar estos resultados, en particular en lo que se refiere a su significado en los procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales de la salud, y su vínculo con las relaciones de género.

Recomendaciones para el diseño de políticas públicas

Considerando lo previamente discutido, es posible efectuar una serie de recomendaciones relativas al desarrollo de políticas, programas e intervenciones en salud pública, enfocadas en el proceso de envejecimiento de la población, incorporando un enfoque de género. Estas recomendaciones implican distintos niveles de profundidad, y por esta razón, distintos marcos temporales para su implementación. Su presentación se organiza, por lo tanto, desde aquellas estrategias de más corto plazo y que persiguen efectos más inmediatos, a aquellas que buscan desarrollar políticas con una mayor capacidad transformadora, y que para su logro requieren plazos más largos. Cabe señalar que ambos tipos de estrategias no son excluyentes entre sí, sino que por el contrario, debieran desarrollarse sobre un marco conceptual común. El marco propuesto integra lo planteado en relación al género como relacional, cuyas implicancias concretas se refieren a

no limitarse a planificar ni desarrollar políticas en salud para mujeres y para hombres, por separado, sino políticas que además analicen los procesos históricos y contextuales, a través de los cuales el género es construido en nuestra sociedad, y cómo esto se relaciona con la situación de salud, incluidas las representaciones y prácticas respecto a ésta, cuya relevancia esta investigación ha mostrado. Se ha señalado previamente que la preocupación efectiva por incorporar un enfoque de género a las políticas de salud en Chile es un aspecto pendiente (37), por lo que parece de primera importancia asumir una perspectiva que implique desarrollar intervenciones orientadas a lograr modificaciones estructurales, tanto culturales como sociales, y eventualmente económicas y legales, en un proceso progresivo y de largo plazo, que concierne también a la planificación, organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Cabe distinguir los distintos enfoques, en relación al género, que pueden adquirir las políticas y prácticas en salud pública; existen políticas ciegas en relación al género, bajo el supuesto de que las necesidades de todos los grupos son iguales y deben tratarse del mismo modo; en un segundo nivel se encuentran aquellas políticas que refuerzan ciertos estereotipos, con el fin de mejorar ciertos resultados en salud, por ejemplo, usar como modelo para determinada campaña orientada a personas de un sexo, a modelos que reúnen ciertas características socialmente consideradas deseables para ese grupo, tales como la juventud o la delgadez, en el caso de las mujeres; luego se encuentran las políticas sensibles al género, en que se toman en cuenta las experiencias, expectativas, presiones y necesidades de género, para diseñar acciones que las reconozcan y logren un mayor impacto sobre los grupos de interés; finalmente, existen políticas transformadoras desde el punto de vista del género, que examinan, cuestionan y transforman las estructuras y normas sociales que refuerzan las inequidades de género, reforzando aquellas que fomentan la equidad (171).

Un segundo elemento a considerar se refiere al enfoque de la salud primaria, en el sentido impulsado por las mismas directrices ministeriales en las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red (172), que en concordancia con lo planteado por los organismos internacionales, plantea “que los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad, deben avanzar hacia el desarrollo de acciones dirigidas hacia la promoción de la salud.” (172:20). Esto demanda reflexionar sobre los reales y potenciales alcances de los principios de participación e intersectorialidad, la pertinencia local y el enfoque comunitario, así como en las estrategias específicas a través de las cuales se podría avanzar hacia ellos, sin descuidar el

cumplimiento de las metas sanitarias que forman parte de las obligaciones de los equipos de salud.

En tercer lugar, resulta relevante utilizar un enfoque de ciclo vital para el desarrollo de políticas que mejoren las expectativas de vida saludable entre las personas mayores del país, teniendo en cuenta la evidencia existente en relación a cómo las condiciones de vida y la posición social afectan la distribución y evolución de las disparidades en salud (170), lo cual, considerando la interrelación entre edad y género, puede ejemplificarse en cómo la menor participación o la participación discontinua en el mercado laboral formal, o el acceso a sueldos más bajos entre las mujeres, afecta negativamente sus expectativas de ingreso en la vejez, lo cual a su vez afecta sus posibilidades de afrontar determinadas necesidades de salud en esta etapa.

Los resultados de la investigación sugieren algunos aspectos que sería recomendable abordar en el corto plazo, con el fin de mejorar la satisfacción de los usuarios, la resolución de los problemas de salud y la adherencia a los tratamientos por parte de las personas mayores, particularmente quienes son usuarias del sistema público y residen en comunas de alta o media-alta prioridad social. Los hombres eran especialmente críticos con el trato y la calidad de la atención recibida en todos los niveles del sistema de salud, tendiendo a manifestar una visión negativa más generalizada, mientras entre las mujeres también se expresaron críticas, si bien referidas a situaciones puntuales. Esto apuntaba a problemas de carácter organizativo y de disponibilidad de recursos y personal, así como a mala disposición y deficiencias en la atención brindada, con consecuencias de seriedad variable. Un primer ámbito de intervención, por lo tanto, corresponde a generar una sensibilización de los sistemas de salud, es decir, de su organización, trato y atención, hacia las necesidades de las personas mayores, en la línea de lo planteado por la OMS (173), en relación a lo que los servicios de salud debieran ofrecer a las personas mayores, existiendo una guía para centros de atención primaria amigables con las personas mayores, basada en insumos aportados por adultos mayores y equipos de salud de diversos países. En este sentido, considerando los resultados analizados, resultan fundamentales acciones en las tres grandes áreas que distingue el documento de la OMS:

1. En lo relacionado con la información, educación y formación, todo el personal de los centros de salud debiera recibir formación acerca de los procesos relativos a la edad, el género y prácticas culturales, que mejoren sus conocimientos habilidades y actitudes,

mientras todo el personal clínico debiera recibir formación, además, respecto a competencias fundamentales para atender a personas mayores.

Además, los centros de salud debieran entregar información con pertinencia cultural, de edad y de género, respecto a promoción de la salud, manejo de las enfermedades y toma de medicamentos, a las personas mayores y sus cuidadores, y el personal de salud debiera revisar periódicamente las indicaciones y el uso de medicamentos, incluyendo terapias complementarias.

2. En cuanto al desarrollo de cuidado de la salud en la comunidad, los servicios de salud debieran adaptar sus procedimientos administrativos a las necesidades de las personas mayores, incluyendo aquellas personas con menor nivel de educación o con algún déficit cognitivo.

Asimismo, estos servicios debieran funcionar como un sistema de atención que constituya un continuo entre el nivel comunitario y los niveles secundario y terciario de cuidado, desarrollar mecanismos que faciliten y coordinen el acceso a servicios sociales y atención domiciliaria, mantener los registros y fichas completos y al día, en relación a los servicios recibidos a distinto nivel y el uso de servicios sociales por parte de los usuarios.

Por otra parte, se debieran implementar estrategias para asegurar la participación de los usuarios, incluyendo las personas mayores, en la toma de decisiones en lo que concierne a la organización de los centros de atención primaria.

Finalmente, la información relativa al funcionamiento de los centros de salud, incluyendo horarios de funcionamiento, otorgamiento de horas de atención, entrega de medicamentos y otros procedimientos, debiera entregarse de manera apropiada para ser comprendida por todos los usuarios mayores.

3. Con respecto al entorno físico de los centros de salud, se debieran aplicar los principios de diseño universal, en la medida de lo practicable, financiable y posible. Esto se refiere a que las diversas instalaciones sean utilizables por personas con diversas habilidades, a que el diseño se acomode a diversas capacidades y preferencias, a que su uso sea simple e intuitivo – independiente de los conocimientos, experiencia o habilidades, que la información necesaria se comunique sin importar las capacidades perceptuales, que se minimicen los riesgos por uso accidentalmente inadecuado, que su uso demande un mínimo esfuerzo físico y que el tamaño y el espacio para su uso sean adecuados a cualquier contextura, posición o movilidad. (174)

Se debiera usar señalética clara y legible para permitir la orientación dentro de las instalaciones e identificar los servicios y a los proveedores, quienes, al igual que el resto del personal, debieran usar identificaciones con su nombre. Por último, las instalaciones y áreas de espera del centro de salud debieran estar limpias y ser cómodas.

Existen experiencias de evaluación de la implementación de estos principios de centros de atención primaria (175), lo cual debiera efectuarse a nivel comunal o de servicios de salud, con el fin de conocer la situación de cada centro de salud y las áreas prioritarias de intervención. Esto requiere destinar recursos específicos, tanto para efectuar los diagnósticos, como para implementar las acciones requeridas. Sus resultados debieran verse reflejados no sólo en el aumento de la cobertura y de la satisfacción de los usuarios, sino en una mejora de la adherencia a tratamientos y de los resultados sanitarios.

Respecto a las estrategias de mediano y largo plazo, éstas debieran orientarse a generar reflexión respecto a los procesos de construcción de las representaciones sociales de la salud y de las relaciones de género a lo largo del ciclo vital, de modo de favorecer transformaciones en el contexto cultural y la estructura social, que junto con incrementar la equidad de género, se expresen en cambios en las prácticas de salud de la población. En este marco, el contexto cultural y estructura social aluden al ámbito político, de planificación y gestión de los servicios de salud, de provisión de atención sanitaria y de la comunidad local.

Tal como plantea Connell (166), al referirse a las relaciones entre género y salud, las instituciones encargadas de la provisión de servicios de salud tienen una configuración de relaciones de género no necesariamente explícita, pero sí claramente establecida en las prácticas, lo cual influencia la planificación del cuidado de salud. Es por esto que los procesos de reflexión y transformación del modelo de salud y de las relaciones de género deben involucrar, en primer lugar, a las instituciones y equipos encargados de la planificación de las políticas públicas de salud, de modo que la implementación de las estrategias específicas en los centros de salud cuente no sólo con respaldo administrativo y financiero, sino también con soporte en las representaciones y prácticas en todos los niveles del quehacer en salud pública.

Otro aspecto fundamental para generar esta transformación en las representaciones y las relaciones de las personas con la salud, lo constituye la capacidad de involucrar a la comunidad en estos procesos de reflexión, planificación y puesta en marcha de iniciativas. Esto requiere el desarrollo de trabajo mancomunado entre los equipos de salud y la comunidad local, de modo de generar estos procesos de reflexión y toma de consciencia respecto a las representaciones en torno a la salud y las relaciones de género, y cómo estos

aspectos se enmarcan en un contexto social más amplio y son mantenidos en las prácticas cotidianas. Sin desatender la importancia y necesidad de ofrecer servicios curativos y mejorar las relaciones prestador-paciente, los cambios que debieran perseguirse apuntan a comprender la salud como un fenómeno social y respecto al cual la comunidad puede tomar decisiones y lograr mayores niveles de control, superando un enfoque más centrado en la atención individual y en la responsabilidad personal por su cuidado y mantención. Conjuntamente, debiera abordarse activamente la reflexión en torno a las relaciones de género, y cómo éstas se vinculan con estereotipos, expectativas y prácticas del ámbito de la salud, a lo largo de la vida, dado que el trabajo debe involucrar no solamente a las personas mayores, sino a las cohortes que envejecerán en el futuro.

El enfoque de las representaciones sociales aporta herramientas conceptuales y prácticas para llevar a cabo estos procesos, tanto en lo que se refiere a la sensibilización de los prestadores de salud, el acercamiento a las dinámicas locales, como al desarrollo de acciones que permitan desarrollar instancias de reflexión, diálogo y toma de consciencia de las representaciones y formas de relación, generando iniciativas diseñadas para captar la participación de distintos grupos de usuarios. Es posible, además, evaluar el impacto de las acciones, mediante herramientas metodológicas como las empleadas en esta investigación. Respecto a las actividades concretas a nivel local, existen diversas directrices para su diseño, entre las que cabe destacar la del Fondo para la Población de las Naciones Unidas (176), donde a través de metodologías participativas, vivenciales y reflexivas, se revisan una serie de elementos conceptuales, sociales y culturales, respecto a las relaciones de género y la salud, con el fin de generar programas transformadores, desde el punto de vista del género.

Conclusiones

Este estudio buscó dar luces acerca de las representaciones sociales – esto es, el conocimiento de la vida diaria - de la salud entre mujeres y hombres mayores inscritos en centros de atención primaria de Santiago. Esta perspectiva teórica se justificaba al considerar la salud como un fenómeno complejo y dinámico, siendo necesario dar cuenta del rol de los aspectos sociales y culturales involucrados, con miras a desarrollar modelos comprensivos y políticas públicas capaces de intervenir sobre ellos. La pregunta que guió la investigación fue: ¿Cuáles son los contenidos y los procesos de construcción y mantención

de las representaciones sociales de la salud de mujeres y hombres mayores, usuarias o usuarios de centros de atención primaria de Santiago, considerando un enfoque de género?

Para responder a esta pregunta, que abarcaba tanto la descripción de los contenidos más salientes de las representaciones sociales de la salud y su distribución en distintos grupos, como la exploración de los procesos de construcción y mantención de estas representaciones, desde un enfoque de género, la opción metodológica consistió en un estudio cualitativo, con empleo de técnicas mixtas que permitieron una aproximación a distintos niveles del fenómeno; de manera más general, en el caso de las técnicas cuantitativas, y más específica y profunda, en el caso de las cualitativas. Los resultados mostraron, en un acercamiento más general, un predominio de elementos relacionados con enfermedades y síntomas, e instancias de prevención, tratamiento o cuidado. Al profundizar el análisis, se observaron marcadas diferencias, ligadas al género, que expresaban cómo las trayectorias vitales de mujeres y hombres configuraban representaciones y prácticas particulares en relación a la salud. En el caso de las mujeres, destacaba el ejercicio de roles en el ámbito doméstico y familiar, incluyendo la asunción del cuidado de la salud de los miembros de la familia, así como una mayor capacidad de lidiar con las situaciones derivadas de los eventos de salud, tales como consultar, conseguir horas para controles o preocuparse de la toma de medicamentos. Los problemas de salud, para ellas, alteraban su capacidad de ejercer aquellos roles, situación que producía niveles de malestar importantes. Los hombres, a su vez, manifestaban dificultades para desenvolverse en el ámbito del cuidado de la salud; a pesar de su visión crítica y sus demandas en relación a los servicios de salud, se mencionaba el deber de asumir la responsabilidad personal por sus problemas de salud actuales, a raíz de su falta de consciencia y cuidado en el pasado. No obstante esto, entre los hombres se demandaba reconocimiento por parte de la sociedad respecto de su rol en el espacio público, ligado al trabajo remunerado, el cual debía expresarse en la provisión de servicios de salud de calidad, aspecto considerado en general insatisfecho por ellos.

El enfoque teórico empleado y las estrategias metodológicas elegidas han ilustrado la pertinencia del empleo de un enfoque mixto para responder a preguntas de investigación relevantes para el quehacer en salud pública, de modo de sustentar intervenciones que apunten a la transformación y a cambios culturales de la sociedad, los servicios y los usuarios. En términos concretos, han permitido observar cómo las representaciones de la salud y las prácticas de mujeres y hombres mayores, se construyen y mantienen en procesos propios de los intercambios sociales de la vida diaria, a lo largo del ciclo vital, y

estrechamente ligados a las relaciones de género. Con esta evidencia, parece importante reflexionar críticamente respecto a los modelos a la base de las políticas públicas en salud, en particular en lo que se refiere al predominio de intervenciones individuales y al énfasis en elementos ligados al ámbito biomédico, de modo de complementar o mejorar estas estrategias con intervenciones que involucren activamente a las comunidades y grupos sociales. Junto a lo anterior, destaca la relevancia de adoptar un enfoque de género en las políticas públicas en general, y de salud, en particular. Asimismo, se plantea el desafío de convertir a los centros de atención primaria en espacios adaptados para responder a las necesidades de las personas mayores, generando la capacidad de atraerlos y de favorecer su participación activa en el desarrollo de planes de salud y acciones específicas.

Esta investigación ha aportado a comprender la forma en que las relaciones de género y los diversos intercambios cotidianos, tanto en lo privado como en lo público, configuran procesos de construcción y mantención de las representaciones sociales de la salud de las personas mayores, lo cual impacta su situación de salud, al sustentar creencias, actitudes, expectativas y prácticas. Del mismo modo, ha entregado información relevante para poder desarrollar estrategias tendientes a la transformación, tanto de las relaciones de género como de las representaciones sociales, con el fin de alcanzar una mayor equidad y participación de las comunidades en los procesos relevantes para su salud.

Referencias

1. UNFPA - Help International. Ageing in the Twenty-First Century A Celebration and A Challenge. 2012.
2. Huenchuan S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: CEPAL; 2009.
3. United Nations. World population ageing 2009. New York; 2009.
4. Huenchuan S. La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos humanos. Santiago de Chile: CEPAL; 2011.
5. United Nations. World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables. Working Pap. No. ESA/P/WP.220. 2011.
6. INE. CHILE: Proyecciones y estimaciones de población. Total País 1950-2050. Santiago de Chile: INE; sa.
7. Observatorio Demográfico. Proyecciones de población a largo plazo. Santiago de Chile. 2011.
8. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile; 2009.
9. Boletín Demográfico. América Latina: Tablas de mortalidad 1950-2025. Santiago de Chile; 2004.
10. BOREAL. Estudio de recopilación, sistematización y descripción de información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile. Informe Encargado por SENAMA. 2011.
11. INE. CHILE: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad. País Urbano-Rural 1990-2020. Santiago de Chile: INE; 2004.
12. Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social. Resultados Adulto Mayor CASEN 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/RESULTADOS_ADULTO_MAYOR_CASEN_2011.pdf
13. Albala C. Sánchez H, Lera L, Angel B, Cea X. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultado basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). Rev Med Chil. 2011;139(10):1276–85.
14. Huenchuan S. Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales. En Chiappara

C (Editora). Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos. ZONALIBRO; 2010. p. 15–32.

15. Huenchuan S, Guzmán JM. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. *Notas de Población*. 2006;(83):99–125.

16. Aranibar P. Calidad de vida y bienestar en la vejez. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.

17. Programa Adulto Mayor UC, Centro de Geriátrica y Gerontología UC, SENAMA, Caja Los Andes (Coordinadores). Chile y sus mayores. Resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez (2010). Santiago de Chile; 2011.

18. Ministerio de Desarrollo Social. Región Metropolitana de Santiago: Caracterización de Adultos Mayores por Género, Encuesta Casen 2011. Serie Informes Regionales, No28. Diciembre 2012.

19. SENAMA - INTA. Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Santiago de Chile; 2011.

20. CCI Ingeniería Económica. Estudio de Situación de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios. Estudio encargado por SENAMA. Informe final. Octubre de 2007.

21. Grundy EM, Albala C, Allen E, Dangour AD, Elbourne D, Uauy R. Grandparenting and psychosocial health among older Chileans: A longitudinal analysis. *Aging Ment. Health*. 2012;16(8):1047–57.

22. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994;38(1):1-14.

23. Robine JM, Ravault JF, Cambois E. General concepts of disablement. En Hammerman D (Editor). *Osteoarthritis. Public Health implications for an aging population*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 1997. p. 63-83.

24. Cambois E, Meslé F, Pison G. L'allongement de la vie et ses conséquences en France. Regards croisés sur l'économie. 2009;1(5):30-41.

25. Van Oyen H, Nusselder W, Jagger C, Kolip P, Cambois E, Robien JM. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the "health–survival" paradox. *Int J Public Health*. 2013;58(1):143-55.

26. MINISTERIO DE SALUD. Segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Disponible en:

http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Informe-ENS-2009-2010.-CAP-5_FINALv1juliocepi.pdf

27. DEIS. Estadísticas por tema - Mortalidad. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas-mortalidad/>

28. Wallace S. Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile. *Revista CEPAL*. 2002;(78):125–38.
29. Dangour AD, Albala C, Aedo C, Elbourne D, Grundy E, Walker D, et al. A factorial-design cluster randomised controlled trial investigating the cost-effectiveness of a nutrition supplement and an exercise programme on pneumonia incidence, walking capacity and body mass index in older people living in Santiago, Chile: the CENEX study. *Nutr. J.* 2007;6(1):14.
30. Mardones F. Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile. *Rev Med Chil.* 2004;(132):865–72.
31. Gigoux Lopez JF, Moya Rivera P, Silva Rojas J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico en pacientes con DM2. *Rev. Chil. Salud Pública.* 2010;14(2-3):238–9.
32. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia a tratamiento de DM. *Ter Psicol.* 2011;29(1):5–11.
33. Mendoza S, Muñoz M, Merino JM, Barriga OA. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Rev Med Chile.* 2006;134(1):65–71.
34. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
35. SENAMA. Política Integral de Envejecimiento Positivo. 2012. Disponible en:
<http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>
36. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores. Borrador. MINSAL 2014. Disponible en:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
37. Matamala Vivaldi MI, Eguiguren Bravo P, Díaz Berr X. Tensiones y Silencios en la Reforma de la Salud 2011. Género y derechos ausentes. Observatorio de Equidad de Género en Salud - Chile. Noviembre 2011.
38. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2013. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/cd34d7da59bfbd48e0400101650154ea.pdf>
39. SENAMA. Políticas Públicas de Género y Vejez. Disponible en:
<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/SENAMA.pdf>
40. Huenchuan S. Políticas de Vejez en América Latina. Una propuesta para su análisis. Ponencia presentada en el simposio Viejos y Viejas, Participación Ciudadana e Inclusión

Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de Julio de 2003.

41. Huenchuan S. Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales. *Notas de población*. 2004;78:155–82.

42. Morris P. Políticas para el Adulto Mayor en Chile: Institucionalización y desafíos técnicos. *Asesorías para el Desarrollo por encargo de SENAMA, s/a*.

43. Jorquera P. Vejez y envejecimiento: Imaginarios sociales presentes en los textos escolares oficiales del Ministerio de educación chileno. *Revista MAD*. 2010;(22):132–65.

44. Arnold-Cathalifaud M, Thumala D, Urquiza A, Ojeda A. La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos: estudio exploratorio. *Ultima Década*. 2007;15(27):75–91.

45. Torrejón MJ. Imaginario social de la vejez y el envejecimiento. *Análisis de Contenido de Prensa Escrita: El Mercurio, Las Últimas Noticias y La Cuarta*. Tesis para optar al grado de Magíster en Antropología y Desarrollo. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Magíster en Antropología y Desarrollo. 2007.

46. Arber S. Reflections on 'Gender, Health and Ageing' - Continuity and change after two decades. *Medical Sociology Online*. 2013;7(3):28–37. Disponible en:

http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol7Iss3/MSo_7.3_1994-Plenary_Arber.pdf

47. Freixas A. La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*. 2008;39(1):41–57.

48. Osorio P. La longevidad más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC*. 2006;2:1–28.

49. Freixas A. “La mires como la mires, no la veras”: El doble estándar del envejecimiento en la publicidad televisiva. *Comunicación & Cultura*. 1998;3:29–40.

50. Osorio P. Exclusión Generacional: La Tercera Edad. *Rev. MAD*. 2006;(14):47–52.

51. FACSO, Universidad de Chile, SENAMA. Segunda Encuesta Nacional. Inclusión y Exclusión Social del Adulto Mayor en Chile (2011). Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/SEGUNDA%20ENCUESTA.pdf>

52. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Vogel N, Anigstein MS. Perception of health factors affecting the quality of life in elderly people in Santiago, Chile. *J Nutr Heal. Aging*. 2009;13(S1):S358.

53. Osorio P, Torrejón MJ, Anigstein MS. Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista MAD*. 2011;24:61–75.

54. Osorio P, Torrejón MJ, Vogel N. Aproximación a un Concepto de Calidad de Vida en la Vejez. *Escuchando a las personas mayores*. *Revista de Psicología*. 2008;XVII(1):101–8.

55. Gómez-Dantes O, Babak K. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. *Salud Pública Mex.* 1991;33(4):314–29.
56. Cousteaux AS. Le masculine et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales. Tesis para optar al grado de Doctor en Sociología. Institute d'Etudes Politiques Paris. Ecole Doctorale de Sciences Po. Programme Doctorale de Sociologie. 2011.
57. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. pag. 1. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
58. Saracci R. The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ.* 1997;314(7091):1409–10.
59. Bircher J. Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Heal. Care Philos.* 2005;8(3):335–41.
60. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? *BMJ.* 2011;343(d4163).
61. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am. J. Public Health.* 2001;91(10):1592–601.
62. Labra ME. Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950). *Cuad Méd Soc (Chile).* 2004;44:207–19.
63. Iriart C, Waitzkin H, Breilh, Estada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;12(2):128–36.
64. Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria en salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis.* 2010;9(27):369–81.
65. Pierret J. Entre santé et expérience de la maladie. *Psychotropes.* 2008;14(2):47–59.
66. Contandriopoulos AP. La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales. *Cuadernos Médico Sociales.* 2000;77:19–33.
67. WHO. Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences. 2005. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf
68. Newell K. Health by the people. Geneva: WHO; 1975. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/1975/9241560428_eng.pdf
69. Grippo A. Acerca de la relación entre el campo de la salud, las representaciones de salud de los usuarios adolescentes y sus representaciones de participación en el campo de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Anu. investig.* 2007;14:131–8.
70. Marmot MG. Understanding Social Inequalities in Health. *Perspect. Biol. Med.* 2003;46(3):S9–S23.

71. Stam HJ. Theorizing Health and Illness: Functionalism, Subjectivity and Reflexivity. *J. Health Psychol.* 2000;5(3):273–83.
72. Tornstam L. The quo vadis of gerontology: on the scientific paradigm of gerontology. *Gerontologist.* 1992;32:318–26.
73. Yuni JA, Urbano C. Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología.* 2008;6(10):151–69.
74. Scheidt RJ, Humpherys DR, Yorgason JB. Successful Aging: What's Not to Like? *J. Appl. Gerontol.* 1999;18(3):277–82.
75. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn . *Gerontol.* 2002;42(6):727–33.
76. Minkler M, Fadem P. "Successful Aging": A Disability Perspective. *J. Disabil. Policy Stud.* 2002;12(4):229–35.
77. Freixas A. Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anu. Psicol.* 1997;73:31–42.
78. WHO. Women, ageing and health: a framework for action. 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563529_eng.pdf
79. WHO. Men Ageing and Health. Achieving health across the lifespan. Geneva. WHO; 2001; Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_nmh_nph_01.2.pdf
80. WHO. Active Ageing: A Policy Framework. 2002. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
81. Marmot MG, McDowall ME. Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet.* 1986;2:274–6.
82. Téllez A. Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. *Rev Med Chile.* 2004;132(12):1453–5.
83. Troncoso C, Sotomayor M, Ruiz F, Zúñiga C. Interpretación de los conocimientos que influyen en la adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con diabetes tipo 2 en una comuna rural. *Rev Chil Nutr.* 2008;35(4):421–6.
84. Da Silva SE., Ramos FR., Martins CR, Padilla MI, Vasconcelos EV. Citizen constitution and social representations: reflecting about health care models. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):1112–7.
85. Díaz Llanes G. El enfoque cualitativo de investigación en la salud pública. *Rev Cuba Salud Pública.* 2010;36(1):30–7.
86. Wagner W, Duveen G, Farr R, Jovchelovitch S, Lorenzi-Cioldi F, Marková I, et al. Theory and method of social representations. *Asian J. Soc. Psychol.* 1999;2:95–125.

87. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Editorial Huemul; 1979.
88. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici S. (Compilador). Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1984.
89. Marková I. The Epistemological Significance of the Theory of Social Representations. *J. Theory Soc. Behav.* 2008;38:461–87.
90. Marková I. Towards an Epistemology of Social Representations. *J. Theory Soc. Behav.* 1996;26:177–96.
91. Jodelet D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y Representaciones Sociales.* 2008;3(5):32–63.
92. Raudsepp M. Why Is It So Difficult to Understand the Theory of Social Representations? *Cult. Psychol.* 2005;11(4):455–68.
93. Joffe H. Social Representations and Health Psychology. *Soc. Sci. Inf.* 2002;41(4):559–80.
94. Jodelet D. *Folies et représentations sociales.* Paris: PUF; 1989.
95. Doise W. L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie.* 1992;XLV(405):189–95.
96. Howarth C. A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *Br. J. Soc. Psychol.* 2006;45:65–86.
97. Wagner W, Duveen G, Verma J, Themel M. I have some faith and at the same time I don't believe: Cognitive Polyphasia and Cultural Change in India. *J. Community Appl. Soc. Psychol.* 2000;301–14.
98. Wagner W, Duveen G, Themel M, Verma J. The Modernization of Tradition: Thinking about Madness in Patna, India. *Cult. Psychol.* 1999;5():413–45.
99. Jovchelovitch S. Peripheral groups and the transformation of social representations: queries on power and recognition. *Soc. Psychol. Rev.* 1997;1(1):16–26.
100. Howarth C. Towards a social psychology of community. *J Theory Soc Behav.* 2001;31(2):223–38.
101. Jodelet D. Culture et pratiques de santé. *Nouvelle Revue de Psychosociologie.* 2006;(1):219–39.
102. Howarth C, Foster J, Dorrer N. Exploring the potential of the theory of social representations in community-based health research--and vice versa? *J. Health Psychol.* 2004;9:229–43.
103. Wagner W. Can Representations Explain Social Behaviour? A discussion of Social representations as Rational Systems. *Papers on Social Representations.* 1993;2:236–49.

104. Jodelet D. Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. En Rodríguez Salazar T., García Curiel ML. (Coordinadoras). Representaciones Sociales. Teoría e Investigación. Guadalajara: CUCSH-UDG; 2007. p. 191-217.
105. Murray M, Flick U. Social Representations of Health and Illness: Qualitative Methods and Related Theories - an Introduction. Soc. Sci. Inf. 2002;41(4):555–8.
106. Banchs MA. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. Papers on Social Representations. 2000;9(3):1–15.
107. Pereira de Sa C. The Central Nucleus Approach to Social Representations. LSE Methodology. Discussion Papers – Qualitative Series. 1996, no 2. Disponible en: <http://www.lse.ac.uk/methodology/pdf/QualPapers/CELISO-Core-periphery.pdf>
108. Abric JC. Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representations. Papers on Social Representations. 1993;2(2):75–8.
109. Abric JC. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En Abric JC (Editor). Prácticas Sociales y Representaciones. México DF: Ediciones Coyoacán; 2001. p. 11-32.
110. Abric JC. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. En Abric JC. (Editor). Méthodes d'étude des représentations sociales. París: Erès; 2003. p 60-80.
111. Banchs MA. Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En Rodríguez Salazar T., García Curiel ML. (Coordinadoras). Representaciones Sociales. Teoría e Investigación. Guadalajara: CUCSH-UDG; 2007. p. 219-253.
112. Flick U. The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health. Soc. Sci. Inf. 1998;37(4):639–62.
113. Oliva P, Narváz C. Representaciones sociales de salud y adherencia farmacológica antihipertensiva en población pehuenche. Rev Chil Salud Pública. 2009;13(2):67–71.
114. Cousteaux AS. Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités. Notes & Documents. Sciences Po. No1. 2010. Disponible en: http://www.sciencespo.fr/osc/sites/sciencespo.fr.osc/files/nd_2010_01.pdf
115. D'Houtad A, Field MG. The image of health: variations in perception by social class in a French population. Sociol. Heal. Illn. 1984;6(1):30–60.
116. Flick U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW, Walter U. Health in the context of growing old: social representations of health. J. Health Psychol. 2003;8:539–56.
117. Veloz Teixeira MCT, Schulze CMN, Camargo BV. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de saúde. Estudos de Psicologia. 2002;7(2):351-9.

118. Murray M, Pullman D, Rodgers TH. Social representations of health and illness among “baby-boomers” in eastern Canada. *J. Health Psychol.* 2003;8:485–99.
119. Araya JP. Salud y Vejez Saludable. Aproximación a los Discursos Referidos a la Salud y la Vejez Saludable de las (Propias) Personas Mayores. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Antropología y Desarrollo. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, Magister en Antropología y Desarrollo. 2007.
120. Esteban ML. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colect.* 2006;2(1):9–20.
121. Garcia Calvente MM. (Editora), Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Serie Monografías de la EASP No 48. 2010.
122. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Heal.* 2001;55(10):693–700.
123. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(5/6):327–34.
124. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int. J. Epidemiol.* 2003;32:652–7.
125. Osorio P. Envejecimiento, género y políticas en Chile. En Chiappara C (Editora). Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos. ZONALIBRO; 2010. p. 59–69.
126. OPS. Gender Workshop. Identifying Gender Issues in Health. Participant Manual. 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/English/AD/GE/GenderWorkshop.pdf>
127. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(5-6):454–61.
128. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc. Sci. Med.* 1993;36(1):33–46.
129. Mendonça VS, Menandro MCS, Trindade ZA. Entre o fazer e o falar dos homens: representações e práticas sociais de saúde. *Rev Estud Soc.* 2011;(38):155–64.
130. Gomes R, do Nascimento EF, de Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica.* 2007;23(3):565–74.
131. Salgado-de Snyder VN, Wong R. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Publica Mex.* 2007;49(4):s515–21.

132. Gutiérrez Malaver ME. Les représentations sociales d'un point de vue qualitatif-interpretatif. 8ème conference en representations sociales. Roma, 28 de Agosto a 1 de Septiembre, 2006.
133. Jovchelovitch S. Contextualiser les focus groups: comprendre les groupes et les cultures dans la recherche sur les représentations. *Bulletin de Psychologie*. 2004;57(3):245–52.
134. Jovchelovitch S. Social representations in and of the public sphere: towards a theoretical articulation. *J. Theory Soc. Behav.* 1995;25(1):81–102.
135. Marková I. Langage et communication en psychologie sociale: dialoguer dans les focus groups. *Bulletin de Psychologie*. 2004;57(3):231–43.
136. Marková I. Amédée or how to get rid of it: social representations from a dialogical perspective. *Cult. Psychol.* 2000;6:419–60.
137. Flick U, Foster J. Social Representations. En Willig C, Stainton-Rogers W (Editores). *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Londres: SAGE Publications Ltd.; 2008. p. 195–215.
138. Vergès P. L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue Française de Sociologie*. 2001;42(3):537-561.
139. Flament C, Rouquette ML. Caractérisation structurale des représentations sociales. En Flament C., Rouquette ML. *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin; 2003. p. 85-100.
140. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad en Chile. *Rev Med Chile*. 2004;132(4):467–78.
141. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Fam. Pract.* 1996;13:522–5.
142. Abric JC. Metodología de recolección de las representaciones sociales. En Abric JC (Editor) *Prácticas Sociales y Representaciones*. México DF Ediciones: Coyoacán; 2001. p. 53-74.
143. Deschamps JC. Analyse de correspondances et variations des contenus de représentations sociales. En Abric JC (Editor). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris: Erès; 2003. p. 179-99.
144. Wagner W, Valencia J, Elejabarrieta F. Relevance, discourse and the "hot" stable core of social representations—A structural analysis of word associations. *Br. J. Soc. Psychol.* 1996;35:331–52.
145. Pardo CE, Ortiz JE Cruz DL. Analisis de datos textuales con DtmVic. XXII Simposio Internacional de Estadística. Bucaramanga, 17 al 21 de Julio de 2012.

146. Wachelke J, Wolter R.P. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol. Teor. e Pesqui.* 2011;27(4):521–6.
147. Lo Monaco G, Guimelli C. Représentations sociales, pratiques de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale.* 2008;2(78):35–50.
148. Wachelke J. Relationship between response evocation rank in social representation associative tasks and personal symbolic value. *Int. Rev. Soc. Psychol.* 2008;21(3):113–26.
149. INE. Clasificación socioeconomica de hogares de Chile. Enfoques estadísticos. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile; Mayo de 2005.
150. Dosquet F. L'utilisation du concept des représentations sociales dans l'étude des communautés partisans. Un revue de la littérature. IRMAPE, Cahier de recherche No5, Diciembre de 2011. p. 2–18.
151. Wachelke J. Black and white or shades of grey? Comparing social representations centrality models. *Span J Psychol.* 2013;16:E33.
152. Kitzinger J, Markova I KN. Qu'est-ce que les focus groups? *Bull. Psychol.* 2004;57(3):237–43.
153. Kitzinger J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociol. Health Illn.* 1994;16:103–21.
154. Kitzinger J. Le sable dans l'huître : analyser des discussions de focus groups. *Bull. Psychol.* 2004;57(3):299–307.
155. Knodel J. The design and analysis of focus groups. En Morgan DL. *Success. Focus groups.* Adv. satte art. SAGE Publ. Newbury Park 1993.
156. Canales Cerón M. El grupo de discusión y el grupo focal. En Canales Cerón M (Editor). *Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios.* Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2006. p. 265-87.
157. Provencher C. Lauri on organ donation or how to teach the theory of social representations using a quality empirical study. *Pap. Soc. Represent.* 2011;20:35.1–10.
158. Markova I, Linell P, Grossen M, Salazar Orvig A. Dialogue in Focus Groups. Exploring Socially Shared Knowledge. Londres: Equinox; 2007.
159. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 2008;3(2):37–41.
160. Joffe H, Yardley L. Content and thematic analysis. En Marks DF, Yardley L (Editores) *Research Methods for Clinical and Health Psychology.* Londres: Sage Publications Ltd. 2004. p. 56–68.

161. Sandín Esteban MP. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Rev. Investig. Educ.* 2000;18(1):223–42.
162. Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. En Fox J (Editor). *Health inequalities in European countries*. Aldershot: Gower Pub Co; 1989. p.199-230.
163. Stiehr K. Quality of Life and Management of Living Resources Key Action 6: The ageing population and disabilities. MERI - Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe. Final European Synthesis Report. Frankfurt: ISIS – Institut für Soziale Infrastruktur; 2004. Disponible en: <http://www.own-europe.org/History/meri/pdf/synthesis.pdf>
164. INE. Región Metropolitana de Santiago. Índice de prioridad social de comunas 2014. Santiago de Chile: INE; 2014. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/%C3%8DNDICE%20DE%20PRIORIDAD%20SOCIAL%202014.pdf>
165. CELADE. Chile. Población Económicamente Activa, Migración, Seguridad Social, Fecundidad, Mortalidad, Fuentes de datos demográficos. Santiago de Chile: CELADE; 1969.
166. Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*. 2012;74(11):1675-83.
167. Hammarström A, Johansson K, Annandale E, Ahlgren C, Aléx L, Christianson M, et al. Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014;68(2):185-90.
168. Fischer AH. Sex Differences in Emotionality: Fact or Stereotype? *Feminism & Psychology*. 1993;3(3):303-18.
169. Szymanowicz A, Furnham A. Gender and gender role differences in self- and other-estimates of multiple intelligences. *The Journal of Social Psychology*. 2013;153(4):399-423.
170. Braveman P. What is health equity: and how does a life-course approach take us further toward it? *Maternal and child health journal*. 2014;18(2):366-72.
171. - Gender transformative policy and practice / Women's Health Victoria - Melbourne: Women's Health Victoria, October 2012.
172. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2015. Disponible en: <http://buenaspracticapsaps.cl/wp-content/uploads/2014/10/orientacionesminsal2015programacionenred.pdf>
173. WHO. Age-friendly Primary Care Centres Toolkit. World Health Organization 2008. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/AF_PHC_Centretoolkit.pdf

174. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Universal Design for Health Care Facilities. Addressing Safety, Access to Care for a Diverse Patient Population. *Environment of Care® News*. 2009;12(1):8-11.
175. Woo J, Mak B, Yeung F. Age-Friendly Primary Health Care: An Assessment of Current service Provision for Older Adults in Hong Kong. *Health Services Insights*. 2013;6:69-77.
176. United Nations Population Fund (UNFPA). Gender transformative programming. In: *Engaging men in gender equality and health: a global toolkit for action - TOOLS*. New York 2010. p. 104-91.

Anexo I. Evocación libre de palabras

1. Le voy a mencionar algo, y le voy a pedir que me diga las primeras 5 palabras que se le ocurran, que se relacionen con lo que le diga. Por favor, dígame 5 palabras que en su opinión se relacionan con salud del adulto mayor. ANOTE HASTA 5 PALABRAS MENCIONADAS POR LA PERSONA, EN EL ORDEN QUE LAS DIGA.

	Lugar asignado
Palabra 1 _____	_____
Palabra 2 _____	_____
Palabra 3 _____	_____
Palabra 4 _____	_____
Palabra 5 _____	_____

2. De las palabras (leer las 5 palabras mencionadas por la persona), ¿cuál es la más importante en relación a la salud del adulto mayor? ¿Cuál le sigue en importancia? ¿Después de esa, cuál sigue en importancia? ¿Y después, cuál seguiría en importancia? REGISTRE JUNTO A LA PALABRA, EL ORDEN ASIGNADO.

Anexo II. Cuestionario de reconocimiento del objeto

Estudio "Género y representaciones sociales de la salud en personas mayores, usuarias de centro de atención primaria de Santiago".

Universidad de Chile

1. Nombre: _____

2. Folio: _____

3. Edad: _____

4. Teléfono(s): _____ / _____ / _____

5. Dirección: _____

6. Comuna: _____

7. Fecha de entrevista: ____ / ____ / ____

COMPLETAR LO SIGUIENTE DESPUÉS DE APLICAR LA ENCUESTA:

8: Acepta invitación a grupo focal

Sí ____ (PASAR A 9) No ____ (FIN) No fue invitado/a ____ (PASAR A 10)

9. Fecha grupo focal:

10. Estaría dispuesto/a a asistir a una entrevista grupal en el INTA (explicar que se ofrece traslado ida y vuelta a su casa)

Sí ____ No ____

11. Observaciones:

AGRADECER Y CERRAR

A continuación le voy a leer una serie de situaciones, y le voy a pedir que me diga si en su opinión corresponden a la salud de las personas mayores o no. Las respuestas posible son (1) No, esto no corresponde a la salud de las personas mayores, (2) Esto puede que sí o puede que no corresponda a la salud de las personas mayores y (3) Sí, esto corresponde a la salud de las personas mayores. **ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA**

	No, esto no corresponde a la salud de las personas mayores	Esto puede que sí o puede que no corresponda a la salud de las personas mayores	Sí, esto corresponde a la salud de las personas mayores
El tomar remedios, ¿corresponde a la salud de las personas mayores?	1	2	3
El tener enfermedades, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
El que sea regular o mala, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
El tener hipertensión o diabetes, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
El sentir dolor, ¿corresponde a la salud de las personas mayores?	1	2	3
El tener problemas con la memoria, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
El requerir cuidados, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
El asistir a los controles de salud, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
La disminución de la vista o del oído, ¿corresponde a la salud ...?	1	2	3
El que sea buena, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
El realizar ejercicio, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3
La alimentación, ¿corresponde a la salud de ...?	1	2	3

Anexo III. Pauta grupo focal

Buenos días/tardes, mi nombre es (MENCIONARLO), soy (DECIR PROFESIÓN) y estoy facilitando esta actividad de hoy, que forma parte de una tesis de doctorado en salud pública de la Universidad de Chile, que busca conocer la visión que las personas mayores tienen acerca de la salud. Le voy a pedir también que se presente a mi asistente (DAR EL PIE PARA QUE LA PERSONA QUE OBSERVARÁ EL DESARROLLO DEL GRUPO Y TOMARÁ NOTAS SE PRESENTE; SU GUIÓN APARECE EN LA PAUTA DE OBSERVACIÓN).

Quiero agradecerles por su presencia aquí, hoy día, y antes de comenzar, me gustaría explicar brevemente algunos aspectos del funcionamiento del grupo.

Primero, voy a pedirles autorización para grabar el audio de la conversación, porque no es posible tomar nota de todo lo que se converse, entonces el audio sirve para poder repasar algunas partes que no se recuerden bien, al momento de hacer el análisis.

A propósito de esto, ustedes no van a ser identificada/os por su nombre al momento de digitar los datos en un computador, ni al efectuar los análisis, ni mucho menos al momento de escribir el informe para presentarlo ante los profesores de la comisión de la Universidad de Chile que revisará la tesis, o si es que a futuro estos resultados se incluyen en un artículo que se publique en una revista científica. En otras palabras, todo lo que conversemos hoy se mantendrá en el anonimato ¿Les parece bien que la conversación sea grabada? (ESPERAR LA RESPUESTA, ACLARAR DUDAS QUE SURJAN).

Lo otro que quisiera preguntarles es si están de acuerdo en que se usen algunas de sus palabras en el informe final o en un artículo que podría publicarse en una revista científica, para dar ejemplos de lo que se conversó a nivel grupal. En caso de usarse frases textuales, se haría también de manera anónima, de modo que no se sepa quién las dijo y que nadie pueda identificarles. ¿Estarían de acuerdo con esto? (ESPERAR LA RESPUESTA, ACLARAR DUDAS QUE SURJAN. EN CASO QUE ALGUIEN SE OPONGA, ANOTARLO EN EL ESQUEMA DE PARTICIPANTES).

Muchas gracias. A continuación les voy a pedir que por favor se presenten, diciendo su nombre, su edad y si lo desean, brevemente alguna otra cosa para que el grupo la/os conozca un poco.

¿Les parece si comenzamos con (INDICAR LA PERSONA SENTADA INMEDIATAMENTE AL LADO)...? COMPLETAR ESQUEMA DE PARTICIPANTES, PARA DIRIGIRSE A CADA PERSONA POR SU NOMBRE DE PILA.

ESPERAR A QUE FINALICEN LAS PRESENTACIONES Y COMENZAR, USANDO LA PAUTA DEL CUADRO QUE SIGUE AL ESQUEMA DE PARTICIPANTES.

ESQUEMA DE PARTICIPANTES

OBSERVADOR

PARTICIPANTE 5
NOMBRE:

PARTICIPANTE 4
NOMBRE:

PARTICIPANTE 6
NOMBRE:

PARTICIPANTE 3
NOMBRE:

PARTICIPANTE 7
NOMBRE:

PARTICIPANTE 2
NOMBRE:

PARTICIPANTE 8
NOMBRE:

PARTICIPANTE 1
NOMBRE:

FACILITADOR

Pregunta	Preguntas de sondeo	Dimensiones específicas	Dimensiones transversales
¿Qué es lo primero que se les viene a la cabeza cuando yo les menciono la salud?	¿Qué imágenes vienen a su mente en relación a la salud?	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos de objetivación - Teorías de sentido común 	<ul style="list-style-type: none"> - Construcción de significados comunes - Expresión de disenso - Mantención del consenso - Procesos identitarios vinculados a la salud - Roles de género a lo largo del ciclo vital y su relación con la salud
	¿Cómo definirían la salud?		
	Algunas personas se encuentran en buena situación de salud, otras no tanto, ¿a qué se debe que algunas personas tengan mejor o peor salud?" ¿Cuáles son las causas de que algunas personas se encuentren en buen estado de salud y otras no?"		
	¿Cómo definirían el buen estado de salud en una persona adulta mayor? ¿Podrían dar ejemplos?		
¿Qué lugar ocupa la salud en su vida diaria?	¿Qué importancia sienten que tiene la salud en su vida diaria?	<ul style="list-style-type: none"> - Significados de la salud - Prácticas - Relación de la salud con la identidad a lo largo del ciclo vital 	
	¿En qué medida la salud influye en su vida cotidiana, por ejemplo, en las actividades que hacen, las conversaciones que tienen, las personas con quienes se ven?		
	¿Dirían que este lugar o importancia de la salud en su vida diaria ha sido siempre el mismo a lo largo de su vida, o ha ido cambiando con el tiempo?		
	¿En qué forma?		
¿Cómo es su experiencia con los servicios de salud, tales como el consultorio?	¿Cuáles son los motivos para visitar el consultorio?	<ul style="list-style-type: none"> - Re-construcción del conocimiento experto - Influencia y poder 	
	¿Podrían mencionar y describir situaciones en que sienten que logran establecer una buena comunicación con el consultorio o que sus necesidades son atendidas?		
	¿Y podrían mencionar y describir situaciones en que sienten que el consultorio no establece una buena comunicación con los pacientes o que sus necesidades no son bien atendidas?		
¿Consideran que la forma en que las mujeres y los hombres perciben y se preocupan de la salud es similar, o existen diferencias?	¿En su opinión, el significado que las mujeres le dan a la salud es similar o diferente al que le dan los hombres?	<ul style="list-style-type: none"> - Roles de género en relación a la salud 	
	¿La salud tiene el mismo lugar en la vida diaria para las mujeres que para los hombres?		
	¿La forma en que las mujeres actúan en relación a la salud es similar o diferente que la de los hombres?		

Anexo IV.

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIO “REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD EN MUJERES Y HOMBRES MAYORES, USUARIOS DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SANTIAGO”

Investigador Responsable: Ximena Moreno Herrera.

Financiamiento: Beca de doctorado nacional de CONICYT.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El presente estudio tiene el objetivo de conocer la visión de mujeres y hombres adultos mayores chilenos acerca de la salud.

¿Quién puede participar en el estudio?

Mujeres y hombres de 70 años o más, que estén inscritos en centros de atención primaria de las comunas de Recoleta o San Ramón, y que puedan participar en una entrevista individual y en una entrevista grupal.

¿Por qué debiera yo considerar participar como sujeto de investigación en este estudio?

Para colaborar en que se conozca mejor la visión de las mujeres y hombres mayores respecto a la salud.

¿Tengo que participar necesariamente en este estudio? ¿Si acepto puedo cambiar de opinión y retirarme?

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si decide retirarse del estudio, puede hacerlo en el momento que desee, aún cuando haya aceptado participar.

Si decido participar en el estudio, ¿en qué consiste éste y qué tipo de procedimientos se van a emplear?

Si Usted decide participar en el estudio, se le solicitará contestar una breve encuesta en relación a su visión sobre la salud, en una entrevista individual con una profesional, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos de duración.

Con posterioridad, a un grupo de personas incluidas en el estudio se les invitará a participar en una entrevista grupal, a realizarse en una sede social cercana a su domicilio. Usted podría ser o no ser invitada a participar en esta entrevista. En caso de ser invitado(a), se le informará telefónicamente, solicitando su asistencia, la cual es voluntaria.

La entrevista grupal será grabada, en caso que los participantes lo autoricen.

Al registro de la grabación se le asignará un código, manteniendo su anonimato durante el desarrollo del estudio, de modo que ninguna persona pueda identificarle ni durante el análisis de la información, ni al momento de presentar los resultados.

¿Qué riesgos podría experimentar en este estudio?

Este estudio no representa riesgos para la salud.

¿Qué harán los investigadores para asegurar que la información que recolectarán no caiga en manos equivocadas?

Cualquier información que usted entregue como parte de este estudio será completamente confidencial. La persona a cargo de la digitación de las respuestas a la encuesta o de la entrevista grupal a un computador, lo hará en forma absolutamente anónima. Su nombre e información personal serán reemplazados por un número especial el cual no permitirá identificarle. Los códigos de identificación serán mantenidos en una base de datos confidencial bajo la supervisión de la investigadora principal.

Los resultados del estudio serán presentados de tal manera que las personas participantes no puedan ser identificadas ni directa ni indirectamente.

¿Qué beneficios personales puedo esperar de mi participación en este estudio?

No tiene beneficios directos. Si usted decide participar tendrá la oportunidad de expresar sus puntos de vista acerca del tema en estudio. Al término del mismo, además, y en caso que usted lo solicite, puede recibir un resumen de los resultados principales.

¿Recibiré algún pago por la participación en el estudio?

No está considerado ningún pago.

Una vez que he ingresado al estudio, ¿a quién debería dirigirme para averiguar más sobre el estudio o para efectuar cualquier reclamo o sugerencia?

Puede dirigirse a la Dra. Cecilia Albala, que puede ser ubicada en el teléfono: 29781455 del INTA de la Universidad de Chile, o a la Dra. Paulina Osorio, que puede ser ubicada en el teléfono: 29787749 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

DOCUMENTACION DEL CONSENTIMIENTO (copia participante)

Después que firme este documento ¿quién lo guardará?

Uno queda en el archivo del estudio y otra copia es para usted.

Declaración de mi participación en el estudio

He leído la información contenida en este documento y me han sido respondidas satisfactoriamente mis preguntas al respecto. Al firmar esta copia indico que entiendo el estudio y doy mi consentimiento para participar en él.

1. Identificación del sujeto de investigación

Nombre

Fecha de Nacimiento

RUT

Folio

Firma

2. Consentimiento del investigador

Se ha proporcionado información a y en mi opinión la información es precisa y suficiente para que el sujeto entienda la naturaleza, riesgos y beneficios del estudio, así como los derechos que tiene en tanto sujeto de investigación. No ha existido en el acto ninguna forma de coerción, ni el sujeto que presta el consentimiento ha actuado bajo influencia alguna. He sido testigo que el sujeto firmó el documento.

Nombre del investigador

Firma

Fecha

DOCUMENTACION DEL CONSENTIMIENTO (copia archivo)

Después que firme este documento ¿quién lo guardará?

Uno queda en el archivo del estudio y otra copia es para usted.

Declaración de mi participación en el estudio

He leído la información contenida en este documento y me han sido respondidas satisfactoriamente mis preguntas al respecto. Al firmar esta copia indico que entiendo el estudio y doy mi consentimiento para participar en él.

1. Identificación del sujeto de investigación

Nombre

Fecha de Nacimiento

RUT

Folio

Firma

2. Consentimiento del investigador

Se ha proporcionado información a y en mi opinión la información es precisa y suficiente para que el sujeto entienda la naturaleza, riesgos y beneficios del estudio, así como los derechos que tiene en tanto sujeto de investigación. No ha existido en el acto ninguna forma de coerción, ni el sujeto que presta el consentimiento ha actuado bajo influencia alguna. He sido testigo que el sujeto firmó el documento.

Nombre del investigador

Firma

Fecha

Anexo V. Codificación de secuencias tópicas identificadas en grupos focales

Código secuencia tópica	Hombres BE	Hombres AE	Mujeres AE	Mujeres BE	Mujeres	Total
Alimentación saludable	0	2	4	5	2	13
Rol de dueña de casa	0	1	6	5	0	12
Esperas largas	2	5	0	2	2	11
Mala atención	3	4	0	1	1	9
Mujeres preocupadas de salud de los maridos	2	3	3	1	0	9
Negligencia médica	2	1	0	4	2	9
Recibir medicamentos	1	0	5	2	0	8
Responsabilidad personal en el cuidado	1	5	1	1	0	8
Salud como lo esencial	0	6	1	1	0	8
Buena atención médica es minuciosa	1	4	1	0	1	7
Machismo	0	1	3	3	0	7
No poder hacer las cosas	0	0	3	4	0	7
Pagar para obtener buena atención	1	3	0	0	3	7
Buena atención como suerte	2	2	2	0	0	6
Burocracia	5	0	0	1	0	6
Deficiencias de atención como falta de reconocimiento	0	3	0	2	0	5
Rotación de médicos	2	2	1	0	0	5
Abandono por parte de servicios	2	0	0	1	1	4
Actividades sociales	0	0	2	0	2	4
Calidad de atención depende de la vocación	0	3	0	1	0	4
Condiciones de vida en la infancia	3	1	0	0	0	4
Condiciones maltratantes	0	3	0	1	0	4
Disponibilidad de atención	0	0	1	3	0	4
Estilo de vida	0	2	1	1	0	4
Importancia de limpieza	0	0	1	3	0	4
Malos tratos de funcionarios	1	1	1	1	0	4
Médico no explica	2	1	0	0	1	4
No haberse cuidado en vida laboral	0	4	0	0	0	4
Saber cómo desenvolverse	0	1	3	0	0	4
Sentirse invulnerable en la juventud	1	2	1	0	0	4
Tratar bien para que las traten bien	2	1	0	1	0	4
Falta de médicos	2	2	0	0	0	4
Buena atención en consultorio	0	1	0	2	0	3
Condiciones laborales	3	0	0	0	0	3
Criar sola	0	0	3	0	0	3
Cuesta más hacer las cosas	0	0	2	1	0	3

Código secuencia tópica	Hombres BE	Hombres AE	Mujeres AE	Mujeres BE	Mujeres	Total
Cuidarse	0	2	0	1	0	3
Descontento con como otros hacen sus labores	0	0	0	3	0	3
Es un derecho por el que incluso se paga	0	2	0	1	0	3
Falta de medicamentos	1	1	1	0	0	3
Hombres consultan ante problema	0	0	1	2	0	3
Hombres que ayudan	0	0	0	3	0	3
Hombres reacios a consultar	0	0	3	0	0	3
Infancia	0	1	2	0	0	3
Informar al paciente	0	0	2	1	0	3
Maltrato	2	0	0	0	1	3
Negocio	0	3	0	0	0	3
Preocupación de los hombres por su salud	0	0	0	3	0	3
Salud como cosa de mujeres	0	1	1	1	0	3
Trato médico	0	0	0	2	1	3
Actitud ante enfermedades	0	1	1	0	0	2
Aprender a delegar	0	0	0	2	0	2
Ausencia de los hijos	0	0	1	1	0	2
Calmantes en lugar de soluciones	0	0	0	1	1	2
Compañía	0	0	0	0	2	2
Consultorio en caso de enfermedad	1	0	0	1	0	2
Controles de salud	0	0	2	0	0	2
Crianza	0	0	2	0	0	2
Cuidarse ante problemas graves	0	0	2	0	0	2
Desconocimiento de enfermedades	0	2	0	0	0	2
Desorganización	2	0	0	0	0	2
Dificultad para conseguir horas	0	0	0	2	0	2
Dolor físico	1	0	0	1	0	2
Ejercicio	0	0	1	1	0	2
Falta de diálogo resulta en abandono de tratamiento	0	0	0	2	0	2
Falta respeto	2	0	0	0	0	2
Familia	0	0	0	0	2	2
Hombres cobardes	0	0	1	0	1	2
Hombres como niños	0	1	1	0	0	2
Hombres no saben cómo desenvolverse en consultorios	1	0	0	0	1	2
Hombres porfiados	0	1	0	0	1	2

Código secuencia tópica	Hombres BE	Hombres AE	Mujeres AE	Mujeres BE	Mujeres	Total
Listas de espera	1	1	0	0	0	2
Mala organización	1	0	0	0	1	2
Medicamentos	0	0	2	0	0	2
Mejora en los servicios ofrecidos	0	2	0	0	0	2
Motivos para no expresar opiniones	0	0	0	2	0	2
No poder ir al consultorio cuando se trabaja	0	1	1	0	0	2
No tener limitaciones	0	1	1	0	0	2
Opinión sin valor	0	0	1	1	0	2
Recuperarse rápido	0	0	2	0	0	2
Rol masculino	0	0	2	0	0	2
Seguir indicaciones para evitar recaídas o molestias	0	1	0	1	0	2
Temor a represalias	0	0	0	2	0	2
Tener buena salud es una suerte	0	0	1	1	0	2
Vivir sola	0	0	1	1	0	2
TOTALES:	76	99	88	118	41	422