

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Determinación social en el proceso de desgaste biopsicosocial,
cultural, familiar y simbólico del cuidador primario informal
del adulto mayor como campo de estudio de la Promoción de la Salud
crítica**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A N :

DANIEL VICTORIA AGUILAR

DIRECTOR

MTRO. ENRIQUE CRUZ VILLAGRAN

Ciudad de México, junio de 2023.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

Estos agradecimientos van dirigidos a lo más importante que puedo tener y que es mi familia. Principalmente a mi hermano Gerardo que es un ejemplo y a mi primo Víctor que, aunque ya no está con nosotros, le agradezco mucho sus pláticas. Agradezco también a mis amigos que han estado apoyándome, a Dianita, Lalo, Rubén y al “*Mochi*”, por pensar cómo piensan, pero sobre todo agradezco también a un gran amigo, profesor y director: Enrique Cruz Villagrán.

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mi familia y amigos, ante todo a mis padres que ya no están conmigo, pero donde quiera que estén: siempre llevaré algo de ustedes: gracias por existir, por permitirme existir y dedicarles este logro que forma parte de mi vida. *“Porque un hijo nunca olvida”*.

Gracias...

ÍNDICE

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN	1
1.1 Justificación.	2
1.2 Planteamiento del problema	3
1.3 Objetivos	5
1.4 Metodología	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	8
2.1 La Salud	8
2.1.1 Conceptos de salud	9
2.1.2 La Determinación social de la Salud	12
2.1.3 La salud en el proceso de desgaste biopsicosocial y simbólico del ser humano	15
2.2 Los Modelos de La Promoción de la Salud	17
2.2.1 La Promoción de la Salud Hegemónica	19
2.2.2 La promoción de la Salud Crítica	21
2.2.3 La Promoción de la Salud como campo de Estudio y de conocimiento	23
2.3 Determinación Social, Cultural y Económica	25
2.3.1 La Determinación Económica y Política	26
2.3.1.1 Los momentos iniciales de la Determinación Social en México	28
2.3.1.2 Determinación Económica y Política en México	33
2.3.2 Determinación Cultural: ideología, habitus y Género	37
2.4 El Cuidador Primario Informal del Adulto Mayor	41
2.4.1 ¿Quién es el Cuidador Primario Informal?	42
2.4.2 Los derechos del CPI	45
2.4.3 Las enfermedades comunes del Adulto mayor que enfrenta el CPI	46
2.5 Tanatología, Resiliencia y Estrategias de auto cuidado para el CPI	49
2.5.1 La tanatología y el duelo en el CPI	50
2.5.2 La resiliencia en el CPI	52
2.5.3 Estrategias de auto cuidado para el CPI	53

CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	56
3.1 Metodología cualitativa	56
3.2 Técnicas e Instrumento	57
3.2.1 La Entrevista	57
3.2.1.1 Guion de Entrevista	58
3.3 Población/muestra	59
3.3.1 Sujetos	59
3.4 Procedimiento	59
CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	61
4.1 Análisis de la narrativa de la entrevista a Carmen	62
Categoría de análisis	
4.1.1 Determinación Económica y Política	62
4.1.2 Capital económico	63
4.1.3 Determinación Cultural	64
4.1.3.1 Ciclo, Estructura Familiar y Rol de Género	65
4.1.4 Capital Cultural	66
4.1.5 Capital Simbólico	67
4.1.6 Cuidador Primario Informal	68
4.1.7 Desgaste Biopsicosocial del CPI	69
4.1.8 Adulto Mayor	70
4.1.9 Salud	71
4.1.10 Resiliencia	72
4.2 Análisis de la narrativa de la entrevista a María	73
Categoría de análisis	
4.2.1 Determinación Económica y Política	73
4.2.2 Capital económico	75
4.2.3 Determinación Cultural	76
4.2.3.1 Ciclo, Estructura Familiar y Rol de Género	76
4.2.4 Capital Cultural	79
4.2.5 Capital Simbólico	80

4.2.6	Cuidador Primario Informal	80
4.2.7	Desgaste Biopsicosocial del CPI	82
4.2.8	Adulto Mayor	83
4.2.9	Salud	84
4.3	Análisis Comparativo	84
	CONCLUSIONES	88
	REFERENCIAS	95
	ANEXOS	106
	ANEXO 1	106
	ANEXO 2	107
	ANEXO 3	108

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad son dos procesos diferentes en la vida del ser humano, siendo la dimensión social la que preconfigura los hechos económicos y culturales que tiene consecuencia en el desarrollo bio-psíquico del sujeto (López et al. 2011). En este sentido, se aborda la postura teórica de la “determinación social de la salud” para plantear de una manera crítica los aspectos económicos y culturales que rigen a la sociedad, además de los procesos de trabajo, la fuerza de trabajo y el consumo a través del mercado al ser factor principal que genera la enfermedad e impide el desarrollo de las capacidades humanas.

Al abordar este fundamento teórico, se retoman procesos sociohistóricos para explicar la manera de vivir, enfermar y morir de las personas. Por esta razón, se analizan las causas en México para conocer su posición económica y cultural dominante que determinan la enfermedad y los estilos de vida del sujeto.

En este sentido y para hacer énfasis en la determinación social, en la década de los setenta la estructura que se conoce como capitalismo tuvo un severo auge con las políticas neoliberales que se hicieron notables en el país y en todo el mundo. Este modo de producción preconfiguró a grandes rasgos la estructura cultural y política al cambiar los estilos de vida de cada ser humano. Con el paso de los años; en México y bajo una República en construcción desde la independencia y la revolución, en la lucha de ideologías y a través de la implantación de las políticas neoliberales, el territorio nacional sufrió una severa desigualdad social, considerada no sólo económica, sino además, cultural-educativa que estructuró la vida de los mexicanos bajo principios de competencia, exclusión, individualismo, subordinación, discriminación y dominio que se ejerce de una clase social a otra, así mismo subordinada bajo la influencia del mercado y consumo, utilizando como arma los medios de comunicación que manipularon en todo momento la mente de las personas por medio de estereotipos sexistas y misóginos.

Así mismo, al abrirle las puertas a un nuevo tipo de mercado, éste generó otro modo de trabajo y producción. Como consecuencia de ello, aumentaron las enfermedades crónicas-degenerativas, además de las enfermedades mentales.

El sujeto que llegó a la adultez, bajo la corporeización de este sistema bajo el régimen capital basado en el mercado y consumo, (además de factores causante de distintos perfiles patológicos) provocó su dependencia. Es por eso, que dentro del sistema familiar ocasionó que existiera un responsable para acompañarlo en este proceso, a esta persona se le conoce como el Cuidador Primario Informal (CPI). Esta comunidad es considerada la proveedora de las necesidades básicas de su familiar o no (o paciente) al que cuida, así mismo es el puente de formar un vínculo importante entre el enfermo y la sociedad (Pavón, 2014). Sin embargo, durante el proceso de cuidar, esta persona genera con el paso del tiempo un desgaste tanto biológico, mental y social que le impiden desarrollar sus capacidades humanas.

Bajo la misma línea, esta investigación se centra en la comunidad del CPI, que también es afectado por una determinación económica, cultural, política y en la mayoría de los casos se ve obligado ya sea por cuestiones éticas, morales o humanísticas a cuidar del enfermo (o del adulto mayor). De esta manera, este grupo existe implícitamente entre la sociedad, donde la relación Cuidador–Enfermo como en la estructura social desencadena violencia simbólica persistente de la desigualdad.

1.1 Justificación.

En lo personal se considera que es importante atender esta población porque a partir de la experiencia adquirida en la asistencia al Servicio Social del programa “Médico en Tu Casa”; se observó que el CPI es un vínculo directo de los profesionales de salud en la mejora de un paciente, además de entender que cuidar es un derecho, pero este derecho no tiene que estar ligado al desgaste y deterioro biológico, social, familiar y simbólico.

En la parte social, es importante dar a conocer el deterioro que sufre el CPI por hacerse responsable de un familiar, que se le reconozca y del mismo modo sea atendido y capacitado para generar el cuidado adecuado tanto de su persona como de la persona que cuida. Además, de capacitar a los CPI serviría para atender a los futuros adultos mayores, pues en unos años, en México, la pirámide poblacional cambiará a una población de adultos mayores.

En este sentido los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), explica que entre los años 2000 y 2050 el número de personas mayores de 60 años subirá de un 11% a un 22% este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020b).

Por otro lado, en un comunicado de prensa el 30 de septiembre del 2019, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), dio a conocer con base en la encuesta de Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), hasta el 2018 residen 15.4 millones de personas de 60 años, cifra que representa el 12.3% de la población total., de las cuales 1.7 millones viven solas (INEGI, 2019). También el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM), estima que para el año 2050 habrá en nuestro país 41.4 millones de habitantes con más de 60 años (González, s.f.). Cabe señalar que los estilos de vida son muy importantes ya que repercute al llegar a la adultez.

Por otra parte, en lo profesional es fundamental el aporte de la Promoción de la Salud Crítica, siendo importante dar a conocer que este modo de producción influye en el deterioro biológico, social y simbólico del CPI del adulto mayor y que restringe el desarrollo de sus capacidades para cumplir sus aspiraciones. También es fundamental dar a conocer las consecuencias que se tienen tanto cultural y económicamente que indican los roles que debe jugar cada cuidador al generar un perfil patológico dentro del espacio donde se cuida. Por esta razón, es fundamental abordar estos temas para crear estrategias y atender a esta comunidad.

1.2 Planteamiento del problema

La problemática corresponde al deterioro físico, social, mental y simbólico que el CPI del Adulto Mayor presenta sólo por pasar el mayor tiempo del día ciudadano a un familiar enfermo, ocasionando que el desarrollo de sus capacidades humanas se vea interrumpida, que es provocada por una estructura económica que determina el modo y la manera de vivir. De esta manera, el deterioro físico y mental del cuidador, ocasiona que ya no se le brinde, se satisfaga, ni se le procure de la atención adecuada al enfermo. También, la carga social y familiar que se ejerce en él, ocasiona que se responsabilice cada vez más, causando un aislamiento y una baja autoestima. De igual modo, de no atender esta problemática llevaría al mismo CPI a ser un paciente, pues llega el punto en que se colapsa por dedicarle la mayor parte de su tiempo al enfermo, generando preocupación, ansiedad, estrés, baja autoestima e incluso exclusión social que patológicamente son factores de riesgo para desarrollar hipertensión y diabetes.

Pregunta General

¿Por qué la determinación social influye en el proceso de desgaste biopsicosocial, cultural, familiar y simbólico del cuidador primario informal del adulto mayor?

Preguntas Específicas

1. ¿Por qué la estructura económica es un precursor social que influye en el cuerpo biológico del cuidador primario informal del adulto mayor?
2. ¿Cómo se ve afectado el desarrollo cultural del cuidador primario informal del adulto mayor bajo ideologías basadas en el consumo y el mercado?
3. ¿Por qué la estructura social basada en la acumulación de capital es un determinante que influye en la organización familiar del cuidador primario informal del adulto mayor?
4. ¿Cómo se construye y se deteriora el reconocimiento simbólico del Cuidador Primario Informal del adulto mayor bajo la determinación económica, cultural y política?
5. ¿Cómo se determina la salud del CPI cuando se hace responsable para cuidar a partir de su conocimiento y aptitudes desarrolladas dentro de la estructura familiar y social?
6. ¿Por qué es un campo de estudio para la promoción de la salud crítica, dar a conocer como la Determinación Social es un agente importante que determina los procesos de desgaste biopsicosocial, cultural, familiar y simbólico del cuidador primario informal del adulto mayor?

a. Supuesto de investigación

La Determinación Social que se enfoca en la estructura económica social, tiene relación en el proceso de Salud-Enfermedad o en el desgaste biológico del sujeto a pesar de que esta estructura económica subsume y preconfigura las cuestiones políticas y culturales, no solamente determina la manera y modo de vivir de las personas, sino que a la vez, la persona que sufre un desgaste biológico por enrolarse en las fuerzas productoras y que llega a la adultez desarrolla alguna patología, arrastra a un integrante o no de la familia para generar el cuidado adecuado, ocasionando que a la vez, éste familiar sufra de un desgaste tanto biológico, social, familiar y simbólico, que es determinado por la misma estructura económica social que genera desigualdad.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Analizar cómo la determinación social genera un proceso de desgaste biopsicosocial-cultural-familiar y simbólico en el cuidador primario informal del adulto mayor.

Objetivos Específicos

1. Analizar por qué la estructura económica es un precursor social que influye en el cuerpo biológico del cuidador primario informal del adulto mayor.
2. Describir cómo se ve afectado el desarrollo cultural del cuidador primario informal del adulto mayor bajo ideologías basadas en el consumo y el mercado.
3. Analizar cómo la estructura social basada en la acumulación de capital es un determinante que influye en la organización familiar del cuidador primario informal del adulto mayor.
4. Analizar cómo se construye y se deteriora el reconocimiento simbólico del Cuidador Primario Informal del adulto mayor bajo la determinación económica, cultural y política.
5. Analizar cómo se determina la salud del CPI cuando se hace responsable para cuidar a partir de su conocimiento y aptitudes desarrolladas dentro de la estructura familiar y social.
6. Analizar y describir por qué es un campo de estudio para la promoción de la salud crítica, dar a conocer como la determinación social es un agente importante que determina los procesos de desgaste biopsicosocial, cultural, familiar y simbólico del cuidador primario informal del adulto mayor.

b. Limitación del Estudio

La Promoción de la Salud es la práctica transdisciplinaria que busca en el sujeto y su colectividad el acompañamiento y modificación cultural para potencializar en ellos, sus capacidades humanas que le permitan cumplir sus aspiraciones. De esta manera crea nuevos campos de estudio y de conocimiento. Además, enfoca estos campos de estudio en problemáticas sociales que determinan la manera de enfermar y morir de las personas. De tal modo, que se abordará el tema de Determinación Social como enfoque teórico que determina

la manera y modo de vivir del sujeto y su colectividad, además de ser generadora de desigualdad social, también es generadora del proceso salud-enfermedad, de la competencia, el individualismo y la exclusión. Bajo esta lógica, las fuerzas de producción y consumo, desprende perfiles patológicos que se ven reflejados no sólo en la adultez, sino además en la vejez. Este fenómeno, arrastra a un integrante o no de la familia a cuidar, generando en esta persona un desgaste no solo biológico, sino social, familiar y simbólico. Esta persona recibe el nombre de Cuidador Primario Informal que es el que procura de las necesidades básicas al enfermo, lo llena de afecto y lo vincula con la sociedad.

c. Definición de Términos

La determinación social es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza, que han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública (Breilh, 2013). Lo cual aborda desde una visión crítica, la estructura económica en la que se desarrolla una sociedad. Por ello, esta categoría preconfigura las estructuras culturales y políticas, donde se desenvuelve y se ve afectada la población, en particular aquellos que sufren de exclusión como el **Adulto Mayor**, que según la Organización Mundial de la Salud considera que son aquellas personas que tienen 60 años en adelante (OMS, 2017). También se considera afectada la comunidad del **Cuidador Primario Informal** considerada como aquellas personas que se encargan de proveer de las necesidades básicas a la persona que cuida (y que ésta última depende de alguien) que por lo regular es un familiar que dentro de sus actividades lo llena de afecto y lo vincula con su entorno social (Pavón, 2014). De esta manera el abordaje a estos temas se hará desde un análisis tomando en cuenta a la **Promoción de la Salud Crítica** que como práctica transdisciplinaria busca en el sujeto y su colectividad un acompañamiento y modificación cultural que limiten a desarrollar sus capacidades y aspiraciones, como lo son las problemáticas del desgaste biológico, psíquico, social, familiar y simbólico.

1.4 Metodología

Para la elaboración de este análisis se utilizó una metodología cualitativa, la cual fue dirigida a la población de cuidadores primarios informales de Adultos Mayores (Dependientes) que tuvo como base recabar la información de 2 de ellos mediante una entrevista semiestructurada para responder las preguntas de investigación, utilizando un análisis desde la visión crítica.

En este sentido, la investigación estuvo en un primer momento estructurada con un marco teórico, seguida de la metodología que se aplicó, el análisis de los resultados realizados y las conclusiones que tuvieron como finalidad responder las preguntas de investigación y saber si se cumplieron los objetivos.

De esta manera, la investigación está estructurada con un Capítulo I donde se encuentran las Preguntas de Investigación y los Objetivos, además de una breve explicación de la Metodología. El Capítulo II contiene el Marco Teórico, seguido del Capítulo III que contiene la estructuración de la Metodología. El Capítulo IV contiene el Análisis de los Resultados obtenidos de las entrevistas y finalmente, las Conclusiones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 La Salud

La salud como fenómeno pragmático que desde siglos atrás se ha entendido como el bienestar y el equilibrio biológico del ser humano, aborda como parte fundamental para su comprensión a la enfermedad; considerada como la manifestación que rompe con el equilibrio al generar anomalías en el cuerpo físico del sujeto. Esta definición es abordada como parte importante de las estructuras conservadoras. Sin embargo, para romper este paradigma, se debe entender la salud no sólo como la ausencia de la enfermedad, sino abordar los procesos simbólicos que va construyendo el ser humano a lo largo de su vida. En este sentido *“la salud y la enfermedad se conciben como momentos diferenciados del proceso vital humano que sintetizan una compleja estructura de determinación, donde lo social preconfigura y modela los procesos biopsíquicos que se expresan en la corporeidad y la psique humana, pero sus orígenes como fenómenos colectivos se encuentran en procesos sociohistóricos”* (Laurell, 1994).

Es por ello, la salud y la enfermedad abarcan una definición dominante en el mundo, donde se aborda la biología humana y que comprende tanto lo físico como lo mental, siendo una manifestación del organismo y consecuencia de la propia biología fundamental de los seres humanos, que incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, además de los diferentes aparatos internos del organismo como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo (Lalonde, 1996).

En esta idea, se considera a la salud como un factor importante en la biología del sujeto, que reduce las cuestiones sociales a formas causales en la vida del ser humano. De esta manera, los aspectos dominantes en el mundo suponen, que cualquier aspecto social no es importante para entender la salud. Esta hegemonía comprende en la actualidad aspectos subordinantes en la atención a la salud humana.

Por otro lado, algunos teóricos como Cristina Laurell y Olivia López Arellano (1994) han expuesto que los factores sociales son importantes y que determinan la salud del sujeto. En este sentido, Jaime Breilh (2013) explicó bajo el fundamento teórico de la Determinación Social de la Salud los aspectos sociales que, bajo una estructura de acumulación de capital se determina

el modo de trabajo que a la vez genera perfiles patológicos en el sujeto, basados en la explotación de los recursos naturales.

2.1.1 Conceptos de salud

El derecho a la salud se ha convertido hoy en día en un derecho universal, por ejemplo, en México está plasmado en la Carta Magna en el artículo 4to, que establece que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de ella (Secretaría de Salud, 2015). Sin embargo, cabe cuestionar ¿Qué se entiende por salud?

Respondiendo esta pregunta, siglos atrás se adjudicaba este fenómeno a una fuerza divina. Los griegos por ejemplo atribuían este hecho a una diosa que denominaron *Hygieia*, y con el paso del tiempo se conoció como *Salus*, divinidad que daba bienestar y que fue considerada la “protectora de la salud” simbolizando la creencia de que las personas podían mantenerse sanas si vivían de acuerdo con determinados preceptos, que por extensión se denominaron de higiene (López & Hernández, 2001). La salud por ende ha tomado como factor importante “la vida” y la preservación de ella en el ser humano. En este encuadre histórico como lo explica López y Hernández (2001), la salud se desenvuelve en tres periodos importantes; en el siglo XVIII con las grandes epidemias, la época de las enfermedades infectocontagiosas crónicas y la época de las enfermedades sociales no contagiosas. Sin embargo, para estos autores se conceptualiza la salud desde los factores de enfermedad. En este sentido, la salud y la enfermedad siempre han llevado una relación estrecha, que con el paso del tiempo se ha venido separando al establecer nuevos conceptos y preceptos de este fenómeno.

Es así, que Cristina Laurell en el referente teórico “*La salud y la enfermedad como proceso social*”, explica que con el paso del tiempo la salud y la enfermedad se han ido modificando, donde estos fenómenos están sujetos al entorno social que el propio ser humano ha modificado, de esta manera se entiende que salud y enfermedad están dados por la colectividad (Laurell, 1982). En esta misma línea, la Dra. Olivia López Arellano (1994) explicó que estas manifestaciones están marcadas por hechos colectivos que determinan la manera de enfermar y morir. En este sentido, la salud no sólo se expresa en el cuerpo biológico del sujeto, sino también simboliza hechos sociales.

Aunado a lo anterior, la Dra. Consuelo Chapela expresó que: “La muerte y la enfermedad en la vida del sujeto siempre están visibles, es por eso que buscar la salud combatiendo estos dos

hechos naturales en la vida de la persona, se llega a volver utópico” (Chapela et al., 2011). Es entonces que la salud juega un papel importante en el discurso social al ser relacionada en momentos históricos tanto económicos y culturales que enfrascan acciones simbólicas y de poder.

De igual manera que la salud, la enfermedad se genera y ésta implícita en los procesos sociales. De tal modo, este fenómeno es un hecho que subordina a lo colectivo. Estos espacios sociales son creados por el sujeto desde que nace al tener interacción con lo natural, la naturaleza y en su manera de adaptarse a ella o al modificarla y transformarla para vivir, además en la relación con el otro, crea estos ámbitos.

Es por ello, que la enfermedad analizada desde una visión crítica está dada por la estructura social y en las últimas décadas, por la económica conocida como estructura capitalista-neoliberal que, a partir de las propuestas de políticas neoliberales, ha desprendido factores que han acelerado las enfermedades crónico-degenerativas, esto sin olvidar la reducción de los derechos humanos que deterioró la exigibilidad al derecho a la salud. Puesto que, vista desde la epidemiología crítica, la salud se vincula con la postura teórica de la Determinación Social de la Salud, que aborda el concepto actual que rige al mundo, donde se define implícitamente como la ausencia de enfermedad y donde la OMS con el paso del tiempo ha ido modificando hasta involucrar aspectos sociales al definirla como “un completo bienestar biopsicosocial al que se puede llegar y no solo verla como la ausencia de la enfermedad” (OMS, 2020a); bajo este concepto, el discurso implícito en la definición de salud según López y Hernández (2001) aborda lo que significa ser una persona sana y explica que es aquella no sólo físicamente completa y vigorosa, sino también feliz y socialmente integrada. En este concepto, se abre el campo a los Determinantes Sociales de la Salud, que en la actualidad son abordados como formas causales que determinan factores de riesgo que desprenden la enfermedad en el sujeto. En este sentido para combatir este fenómeno, la salud se convierte en una meta. Bajo estos criterios, en esta conceptualización, no se habla de salud sino de la propia enfermedad.

Teniendo en cuenta estas posturas, para hablar de salud en un primer momento, se tiene que abordar un concepto adecuado de ella que no aborde la enfermedad. En esta postura, la enfermedad se da cuando existe un proceso de deterioro biológico y mental, que se vuelve visible en el ser humano al salir de los estándares normales, como lo explica Ruy Pérez Tamayo, en este sentido “la salud es un concepto normativo, pero no en el sentido de una virtud

moral, la salud por lo tanto, es un término más estético que ético, es más belleza que virtud (Pérez-Tamayo, 1988).

De este modo ¿cómo definir la salud sin conceptualizarla en la enfermedad? desde hace unas décadas el pensamiento latinoamericano ha aportado teoría basada en abordar la salud en todo el contexto del ser humano, desde lo biológico, social y simbólico, tomando en cuenta teorías de las Ciencias Sociales. Un concepto complejo que fue expresado en la conferencia de Ottawa y plasmada en la carta misma para entenderla como un proceso diferente a la enfermedad, dice que “La salud es la fuente de riqueza de la vida cotidiana del ser humano” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013). Esta definición abre el panorama para verla en todo su contexto desde lo biológico, social y simbólico.

Es por ello que salud no tiene por qué considerarse como una meta, sino como un conjunto de capacidades que desarrolla el ser humano como su fuente de riqueza, para cumplir sus aspiraciones tanto culturales como intelectuales que le permitan enfrentar los retos que le ofrece la vida. Estas capacidades construyen en el sujeto un presente para imaginar un futuro posible. La Dra. Chapela llama a estas capacidades como la distinción del ser humano respecto a los demás seres vivos, al poder razonar, imaginar, motivarse o apasionarse, trabajar, tomar decisiones y la capacidad económica (García, 2007). En este sentido si el sujeto potencializa estas capacidades tendrá posición, adquisición y conciencia de su cuerpo al reflexionar cada echo social de subordinación que le impidan desarrollar estas aptitudes, generando un empoderamiento para su autocuidado y así, mantener su integridad. “De esta manera, se consideran estas seis aptitudes como la fuente de riqueza de la vida del sujeto y su colectividad” (Victoria, 2018).

Las acciones subordinadas que hacen referente a incapacitar estas aptitudes o capacidades humanas consideran el factor social como hecho histórico importante al entorno en donde se desarrolla el ser humano. En esa misma línea se aborda la estructura económica que rige al mundo.

Por último, la salud debe considerar la esencia humana en cumplir sus aspiraciones reales y no subordinadas o impuestas por estructuras e ideologías subordinantes que alejan al sujeto de sus concepciones íntimas como espirituales. Es entonces que la salud, además de considerarse como un proceso que a lo largo de la historia ha estado presente, su significado se va transformando con el paso del tiempo y hecho histórico. Así, la salud y la enfermedad juegan

un papel importante en las determinaciones estructurales sociales, políticas y simbólicas en la vida cotidiana del ser humano, al determinar la manera de vivir y morir.

2.1.2 La Determinación social de la Salud

Las posturas teóricas para la atención en salud desde las visiones epidemiológicas basadas en la salud colectiva tuvieron dos vertientes, la primera conocida como la epidemiología clásica y la segunda la epidemiología crítica, siendo esta última la práctica que aborda los aspectos sociales, rescatando categorías esenciales de las ciencias sociales como el sistema económico, trabajo y clase social que aborda en particular la desigualdad. En este sentido el proceso de Salud-Enfermedad está determinado por la estructura social. Es así que existe un mundo de conexiones constantes determinadas por cada proceso histórico y sistema de producción. En esta idea la determinación se explica cómo proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades apartando de ello las formas causales (Breilh, 2011).

Entonces los procesos sociales determinan la manera de enfermar y morir que conecta cada hecho histórico. Es así como desde los años 70's u 80's las patologías cambiaron de ser infectocontagiosas a crónico degenerativas (Laurell, 1982). Tan sólo en México la estructura económica tuvo un auge en la industrialización bajo una visión desarrollista que provocó en sólo algunos grupos sociales la acumulación de capital, forzando sin descanso al trabajo a la clase menos privilegiada y de no procurar un bienestar para ellos. En este sentido la manera de enfermar fue modificada (López & Saint Martin, 2006). Estas ideas explican como el fenómeno salud es determinado por el sistema económico y para entenderla relaciona varias disciplinas, desde la Medicina Social hasta la Promoción de la Salud. La Determinación Social retoma obras de Pierre Bourdieu y Foucault, dando un cambio rotundo al tener una noción de salud basado no solamente en lo biológico, sino también en lo simbólico.

Estos procesos fueron determinados por la estructura actual que como se explicó, desde los años 70's se ha ido endureciendo, en este sentido la salud fue determina como hecho consecutivo al modo de trabajo y acumulación de capital de una sola élite. Del mismo modo, como lo explicó Laurell “Las prácticas actuales de salud, no dan solución cuando se habla de la salud colectiva” (Laurell, 1982).

Entonces al abordar el Materialismo Histórico propuesto por Marx y la evolución del capitalismo, se dice que la Determinación Social de la Salud toca el modo de producción y la

acumulación de capital como el desarrollo de la estructura económica en la preconfiguración cultural y política. La estructura económica es importante, si la lógica es la acumulación de capital, entonces significa que se beneficia a un solo grupo de personas; por lo que, se dice que hay una exclusión y ese hecho estructural de acumulación está relacionado con la manera de organización de la política y además está ligado a cómo se desarrolla la cultura. Estas tres dimensiones sociales: la estructura económica, la configuración cultural y política es lo que se denomina la Determinación General de la Salud. Esta estructura determina el modo de vivir (el modo de trabajar, el modo de relacionarse, el modo de consumir, etc.) en una lucha de poder para sobrevivir. Esta determinación actúa como un *modus operandi* creadora, activa e inventiva del *habitus*¹, por lo tanto, es una expresión transformada, subordinada, transfigurada y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad (Breilh, 2013).

De igual manera, la determinación social ligada al modo de producción capitalista y sobre todo al mercado consumista, ha determinado el modo de trabajar del ser humano, la manera de vivir, de alimentarse, de relacionarse y de interactuar con su entorno, su contexto y su naturaleza. De la manera que lo explica Bourdieu en su obra *el Sentido Práctico* la estructura social es un “espacio de juego históricamente constituido con sus instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias”, este espacio donde fluyen los *mega* capitales que denominó Campus, en el que se desarrolla el espacio cultural, social y económico que constantemente están en juego. En este sentido se podría decir que, a mayor desarrollo del mercado en un sentido capital-económico, mayor es su autonomía respecto a los demás campos, éste a su vez se incorpora a través de la violencia simbólica por medio del *habitus* (Bourdieu, 2010). Bajo este precepto existen prácticas que son corporeizadas en el sujeto determinando su conducta y que generan un poder simbólico en las relaciones interpersonales de los seres humanos.

En esa misma línea, los sujetos adquieren un rol determinado para no romper el equilibrio (*status quo*) en la sociedad. Estas conductas generan momentos que propician la enfermedad. Conductas generadas por ideologías creadas por ésta misma élite que subsumen el razonamiento y la decisión propia del sujeto, que a la vez determinan su manera de vivir y de relacionarse.

¹ El *habitus* es lo social incorporado -estructura estructurada- que se ha encarnado de manera duradera en el cuerpo como una segunda naturaleza, naturaleza socialmente constituida. El *habitus* no es propiamente "un estado del alma", es un "estado del cuerpo", es un estado especial que adoptan las condiciones objetivas incorporadas y convertidas así en disposiciones duraderas, maneras duraderas de mantenerse y de moverse, de hablar, de caminar, de pensar y de sentir que se presentan con todas las apariencias de la naturaleza (Bourdieu, 2010).

En este sentido, se da un giro rotundo a lo que se entiende por salud, lo cual no sólo considera el pensamiento del proceso Salud-Enfermedad descrito por la Dra. Cristina Laurell y la noción que se entiende como un bienestar biopsicosocial (noción que aborda solo a la enfermedad), sino que se antepone a estos simples conceptos, de tal manera que se aborda como la fuente de riqueza de la vida cotidiana del ser humano (OPS, s.f.). En este sentido, la salud al ser entendida como una fuente de riqueza, se logra direccionar y constituir al desarrollo de las capacidades humanas como lo explicó la Dra. Consuelo Chapela.

Bajo esta premisa, se encuentra también una determinación que impide ver la salud como una fuente de riqueza del sujeto. Lo cual, bajo este proceso: social, estructural y económico; existe una interrupción de las capacidades del ser humano que le impiden razonar y decidir propiamente para ver un futuro viable dentro de sus aspiraciones. Esta interrupción lo envuelve en un sistema donde se le hace creer que necesita satisfacer sus necesidades en el consumo y en el mercado para alimentarse y para vivir, lo que lo programa para trabajar en un acto de subordinación que ocasiona violencia simbólica.

De otro modo la determinación del *proceso de deterioro biopsicosocial* del sujeto está determinado por el modo en cómo el ser humano se ha apropiado de la naturaleza en un momento dado; esta apropiación se realiza por medio del proceso de trabajo, basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. Dentro de esa idea, Cristina Laurell desarrolló teóricamente el proceso de salud-enfermedad, donde lo explica como el desgaste biológico del sujeto (Laurell, 1982). Sin embargo, durante este proceso, existe también un deterioro psíquico, socio-cultural y simbólico. La razón, por la que se da este proceso, es por la búsqueda y apropiación de los recursos materiales y económicos que determinan a la vez la manera de enfermar y morir. En este sentido la Determinación Social de la salud basa su explicación en la expansión y acumulación de capital que fluye a través de la explotación de los recursos naturales y del hombre por el hombre.

Por otro lado, si la lógica era la acumulación de capital y la privatización de los servicios públicos, se dio un valor económico a la salud o mejor dicho a las atenciones biológicas del sujeto que generan la enfermedad. Es así, que se llevó a cabo un modelo de atención higienista dentro del campo de las políticas públicas de salud (López & Saint Martin, 2006).

Por último, la apropiación de los recursos atrajo una inequidad ético-política, de aportar un pensamiento crítico en cuestión de salud como lo aborda el Dr. Jaime Breilh (2013), al

considerar la enfermedad un proceso de restauración del sujeto para reacomodarlo a la fuerza productiva, además de verlo como un objeto más de producción.

En conclusión, tanto el pensamiento del Dr. Jaime Breilh, Cristina Laurell y Olivia López Arellano, enfatizan que los Determinantes Estructurales basados en un modo de trabajo específico determinan un perfil patológico. Dichos determinantes estructurales generan en el sujeto un desgaste físico, mental y simbólico; que se ve reflejado a lo largo de la vida humana, hoy en día en las enfermedades crónico-degenerativas de la vejez.

Por último, la salud es un conjunto de todo lo que ocurre en la sociedad, en la interacción del ser humano con la naturaleza y la manera en que se desarrolla a través de ella, que simboliza la preservación de la vida humana y que es necesario abordar tomando en cuenta las mega estructuras sociales.

2.1.3 La salud en el proceso de desgaste biopsicosocial y simbólico del ser humano

Cuando se aborda la enfermedad en la vida del ser humano comúnmente se relaciona a un fallo en la normalización de las funciones biológicas del sujeto y que genera el desgaste del cuerpo. Sin embargo, este desgaste está determinado por estructuras sociales que a lo largo de la historia se han venido desarrollando. Por otro lado, con el paso del tiempo no sólo se abordó el propio desgaste del cuerpo, sino también el de la mente y hoy en día el desgaste social en las relaciones sujeto, naturaleza y entorno.

Tomando en cuenta la definición de desgastar que aportó la Real Academia Española (2022), hace referencia a quitar o consumir. Si se atribuye esta palabra a la concepción humana, en su estado biológico, psíquico (mental), social y simbólico (hablando desde el conjunto de lo cultural), es una manera de someter la vida humana. Si bien, conectamos salud y sociedad, el desgaste tiene relación con la desigualdad que genera perfiles patológicos que a la vez está relacionada a cada proceso histórico y estructura social económica, siendo la Determinación Social de la Salud que enlaza estos procesos.

De igual importancia es lo simbólico, como lo dio a entender Pierre Bourdieu (2008), al conjunto de lo económico, cultural y social al verse vulnerado por la estructura económica en las desigualdades sociales. En este sentido cabe señalar que estas concepciones son atribuidas a la acumulación de capital económico de grupos que se apropiaron de los recursos naturales

del planeta. De esta manera, las prácticas conservadoras que generan la enfermedad y la manera de enfermar son atribuidas al propio individuo. Sin embargo, bajo las posturas teóricas como lo explica Olivia López Arellano y José Blanco, están dadas por las formas de producción y su lógica distributiva. En esta misma línea, se atribuye un desgaste biológico, psíquico, social y simbólico determinado por la propia estructura económica, entonces existe la subordinación de lo biológico y cuya aseveración recabe en la determinación económica y política/ideológica (López & Blanco, 1994). En relación con esto, se obtiene el control de la enfermedad y abre las puertas a la salud del mercado. En esta conexión, el mercado y el consumo dan la atención al desgaste de la vida humana.

Bajo esta lógica, no se aborda como tal la salud, por el contrario, se plantea a la enfermedad como el desgaste biopsicosocial que además, está implícita en la propia desigualdad social. Es así, que tan solo en México la colonización fue el auge de ésta misma, bajo la explotación a la población indígena, así los perfiles de enfermar y morir estuvieron determinados por la fuerza de trabajo (López et al., 2011); que décadas después con la apropiación social de la naturaleza, la globalización de las relaciones económica, políticas y culturales permitió la relativa homogenización de las necesidades y los factores humanos, creando así sistemas de necesidades (López & Blanco, 1994). La explotación del hombre por el hombre, el capitalismo y las políticas neoliberales crearon un nuevo sistema de dominación de las clases y el desmantelamiento de varias instituciones públicas tan sólo en México (Harvey, 2008). En esta misma idea se adjudicó la salud y la enfermedad a los estilos de vida individuales al manejar, la atención bajo las normas económicas del mercado.

Por otro lado, las formas de trabajo desprendieron nuevos factores de riesgo seguido a la vez de perfiles patológicos específicos en los procesos biológicos y psíquicos que explica el proceso de morbi-mortalidad (Laurell, 1994). Autores como Crista Laurell, Olivia López, establecieron que la salud tiene un proceso histórico en relación con los procesos estructurales de la salud. Si bien Pierre Bourdieu establece que las estructuras son estructuradas-estructurantes, el *habitus* por clase está ligada al desgaste biopsicosocial que se determina con base a la fuerza de trabajo de cada individuo y el desarrollo ideológico de clase.

En esa misma relación, la desigualdad y desgaste biopsicosocial tiene una conexión estrecha corporeizada por las prácticas sociales ideológicas que determinaron la manera de vivir y de enfermar, aunado al incremento poblacional y en la explotación de la naturaleza para generar más recursos.

La desigualdad y la atención en salud tan sólo en México fue desproporcional, ya que en la década de los 70s el país presentó un incremento demográfico importante con un promedio de crecimiento anual de hasta un 3.5 %. En este sentido la atención a la población desfavorecida era en algunas regiones nula. En esta misma idea, en los últimos 40 años como lo establece el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) en México hubo un acelerado proceso de urbanización y concentración de la población en ciudades de gran tamaño; esta situación facilitó el otorgamiento de ciertos servicios sociales, sin embargo, las grandes concentraciones urbanas conllevaron, entre otros aspectos negativos, un traslado de la pobreza rural a las urbes, generando altos niveles de contaminación, siendo que para 1970 y 1992 el número de viviendas se duplicó en el país pasando de 8.2 a 17.8 millones (INEGI, 2021). Esto con el paso del tiempo provocó un desgaste ambiental, y biológico en el ser humano.

De esta manera, las desigualdades persistieron al igual que el desgaste biológico por la fuerza de trabajo que transformó una manera de ver la salud bajo atenciones clínicas e individuales. Es por ello, que al abordar el desgaste biopsicosocial del sujeto, se aborda la desigualdad como hecho histórico entre políticas-ideológicas, sobrepoblación y explotación de la naturaleza en un sentido de sobrevivencia humana (Breilh, 2013).

En esta idea, es necesario entender la salud como un proceso de preservación de la vida humana para impedir el desgaste en todos los aspectos, para consolidar la convivencia de la sociedad-naturaleza como la fuente de riqueza de la vida cotidiana y que por una parte está determinada por los procesos sociohistóricos y estructurales.

Por último, el desgaste simbólico y biopsicosocial que va presentando el ser humano es atribuido bajo este pensamiento teórico en cómo se va determinando una estructura económica en la acumulación de capital y transformación de la naturaleza que a la vez va pre configurando los aspectos políticos y culturales generando más desigualdad social y al verse vulnerada la vida humana.

2.2 Los Modelos de La Promoción de la Salud

La salud en la vida del ser humano ha estado presente en la atención y preservación de la vida, promoverla a lo largo de la historia ha sido un reto, y en las últimas décadas se ha convertido en un punto fundamental para adecuar la salud y la vida a los procesos sociales. Por esta razón, en los últimos años se han propuesto varias nociones de salud para promover la salud.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud ha propuesto a la Promoción de la Salud (PS) como una estrategia para la prevención de la enfermedad mediante aspectos causales y factores de riesgo que llegan a determinar este fenómeno. Es así que la PS ha alcanzado su máximo desarrollo en Canadá y que en los años 70s comenzó a tener presencia con la declaración de Alma Ata en 1978 que estructura la atención primaria en salud y que toma en cuenta la desigualdad que persiste en la sociedad (OPS, 2012) esto trajo un primer paso para entender que los aspectos de salud están relacionados con el orden social.

Es en ese sentido la OMS aborda la PS como la estrategia que “permite a las personas tener un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individual mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación” (OMS, 2016). En este sentido enfoca la atención en estrategias para que la salud sea centro de las políticas de cada país. A su vez estas formas causales que relacionan los aspectos sociales de salud son explicadas con los determinantes sociales.

Por otro lado, la PS se enfoca y contextualiza en tomar como punto importante el modelo de noción de salud que determinan las personas de cada comunidad. Sin embargo, la PS bajo la definición de la OPS y la OMS, son explicadas como estrategias para la prevención que buscan factores de riesgo causales de la enfermedad que rompen con el equilibrio biológico del sujeto para reincorporarlo a las fuerzas productivas.

Es por ello que la PS no debe de ser entendida como una sola estrategia, sino como una práctica transdisciplinaria que centra su atención en la propia salud, apartando los aspectos de enfermedad.

Bajo estos criterios la PS ha tomado dos visiones teóricas fundamentales que aborda los procesos sociales. Estas visiones parten de su dicotomía, una basada en lo funcional estructural apegada al sistema económico y la otra Socio-Histórica o crítica que se apoya en los procesos sociales estructurales a partir del materialismo histórico.

Estas dos posturas teóricas enmarcan cuatro de las visiones de la Promoción de la Salud: Hegemónica, Estilos de Vida, Emancipadora y Socio-Histórica, donde cada una de ellas está

inclinada a cada postura ya mencionada. En este sentido promover la salud va a depender de la noción de salud que se aborde o se estructure y que estará apegada a cada tipo de sociedad.

2.2.1 La Promoción de la Salud Hegemónica

La salud a través de la historia ha tenido gran relevancia tomando en cuenta la preservación de la vida, salvaguardarla depende de varios actores sociales que sirvan como pilar fundamental para promoverla. Sin embargo, en la estructura económica, la salud se ha convertido hasta nuestros días, motivo circunstancial para alimentar al mercado y al consumo.

Por este motivo promover la salud ha tomado dos posturas teóricas en el papel que se le asigna a partir de las condiciones, las interpretaciones y respuestas en salud (López & Blanco, 1994). En esta misma línea, una de ellas se enfoca sobre los hechos individuales para preservarla que se alimenta por el mercado-consumo y que basa toda su explicación en el funcionalismo estructural. La otra postura parte de los momentos históricos, que aborda el materialismo histórico en un discurso crítico y analítico. En este sentido, se toman estas dos visiones para promover la salud.

De manera general, la postura consensuada considera a un sistema funcional en equilibrio para no romper el *status quo* entre los mecanismos de normas y sanciones donde se le da más valor a la habilidad humana desarrollada, además de manejar un sistema de recompensa. En este sentido, la salud corresponde a un hecho responsable del sujeto sin tocar los factores sociales que determinan la vida. En esta explicación la Dra. López Arellano y Florencia Peña hacen mención sobre la enfermedad como un fenómeno donde existe en relación a la falta de habilidades del sujeto para preservar su salud. Por esa razón, el tratamiento de la enfermedad considera un desvío que hay que regresar en un proceso normativo, para incorporarlo al sistema de producción. La salud por ello es entendida como una condición que puede resolverse con intervenciones médicas-sanitarias. En esta estructura existe una respuesta médica mercantil y en esta misma explicación se considera un sistema de valores universales donde la respuesta a la enfermedad es aplicable en todos los contextos (López & Saint Martin, 2006).

Bajo esta premisa se considera la salud desde los factores biológicos individuales donde la Promoción de la Salud esta direccionada a enrolarse a la hegemonía que rige al mundo como práctica universal. En esta mención como lo explicó Eduardo L. Menéndez (1985), el modelo hegemónico se constituye en los países capitalistas centrales; que al igual que la Dra. López

Arellano consideró un modelo de recompensa donde los trabajadores adquieren beneficios sociales a partir de incorporarse al sistema de producción, donde se repara al sujeto para incorporarlo a esta estructura y no romper el *status quo*. Los beneficios constituyen a tener accesos a los servicios médicos e instituciones sanitarias (López & Blanco, 1994). Donde los padecimientos del sujeto con relación a la enfermedad están determinados por los estilos de vida, que al igual que en el modelo hegemónico de Promoción de la Salud constituyen una visión de esta noción.

En esta relación, la Promoción de la Salud Hegemónica y Estilos de vida están inclinadas a este modelo teórico. Entonces se habla de un modelo preventivo, que se enfoca en todo momento en el equilibrio de la estructura económica determinada por la producción y atendida por el mercado.

Esta noción reduccionista está centrada en una visión de salud individual donde la responsabilidad recae en el propio sujeto. En este sentido tanto la Promoción de la Salud Hegemónica y Estilos de vida toman en cuenta que el individuo perciba su salud como un equilibrio funcional homeostático. Es así que los profesionales de la salud como Médicos y Enfermeros son los únicos que pueden regresar al individuo a su equilibrio biológico (Giraldo et al., 2010). En este sentido y bajo esta perspectiva, las instituciones públicas y privadas son las únicas que pueden prestar estos servicios al no romper el status biológico de la persona y así reincorporarlo a la fuerza laboral. De esta manera, la PS es en sí una estrategia preventiva que realiza acciones anticipadas, dejando a un lado las estrategias para impulsar a las personas y su colectividad a generar sus herramientas para preservar su salud.

Esta noción de PS retoma los aspectos biológicos del ser humano y la salud mental, la herencia genética, el proceso de desarrollo, maduración y envejecimiento donde para preservar la salud es necesario cambiar los hábitos, creencias y costumbres. Cabe destacar que los estilos de vida es uno de los determinantes para definir la salud del sujeto.

Por otro lado, en esta hegemonía biomédica sólo se acepta lo colectivo y la política de una forma retórica o académica, siempre aislados de su contexto social, en esta idea tanto la medicina como la PS se ha desarrollado bajo el modelo biomédico. Por lo tanto, este modelo es la ideología médica del liberalismo económico (Angulo et al., 2016).

En conclusión y bajo estas ideas subordinadas, la salud y la enfermedad tiene gran relación, que para alcanzar la primera hay que enfocarse en la segunda responsabilizando al propio sujeto, de modo que hay que combatirla por medio de la medicalización, esto a su vez genera riqueza a las farmacéuticas que se enfocan y que dependen de la estructura económica del consumo.

Entonces la PS es sólo una estrategia para la prevención de la enfermedad como práctica primaria en el Sector Salud. Esta idea preventivista deja de lado lo social y se enfoca en el individuo en particular, donde las prácticas para el cuidado de la salud son universales apartando el contexto del sujeto, sus costumbres y valores.

2.2.2 La promoción de la Salud Crítica

La Promoción de la Salud Crítica (PSC) constituye un modelo teórico que retoma al materialismo histórico, explica el proceso de salud-enfermedad como la causa sociohistórica donde se realizan acciones emancipadoras. En este sentido para promover este modelo hay que adaptar un concepto de salud para promover la salud.

Este modelo de PS tuvo su auge a partir de la conferencia realizada en Canadá Ottawa en 1986 que comparte un concepto de salud al abrir el panorama y entender este fenómeno no solo desde la parte social, sino también simbólica. Es por ello, que conceptualiza la salud como una fuente de riqueza del sujeto en su vida cotidiana (OPS, 2013). Es así que la PSC se desarrolla a partir de esta noción retomando un concepto para realizar prácticas y acciones de transformación y acompañamiento social, cultural y simbólico. En este sentido toma esta visión de salud para abordar procesos simbólicos.

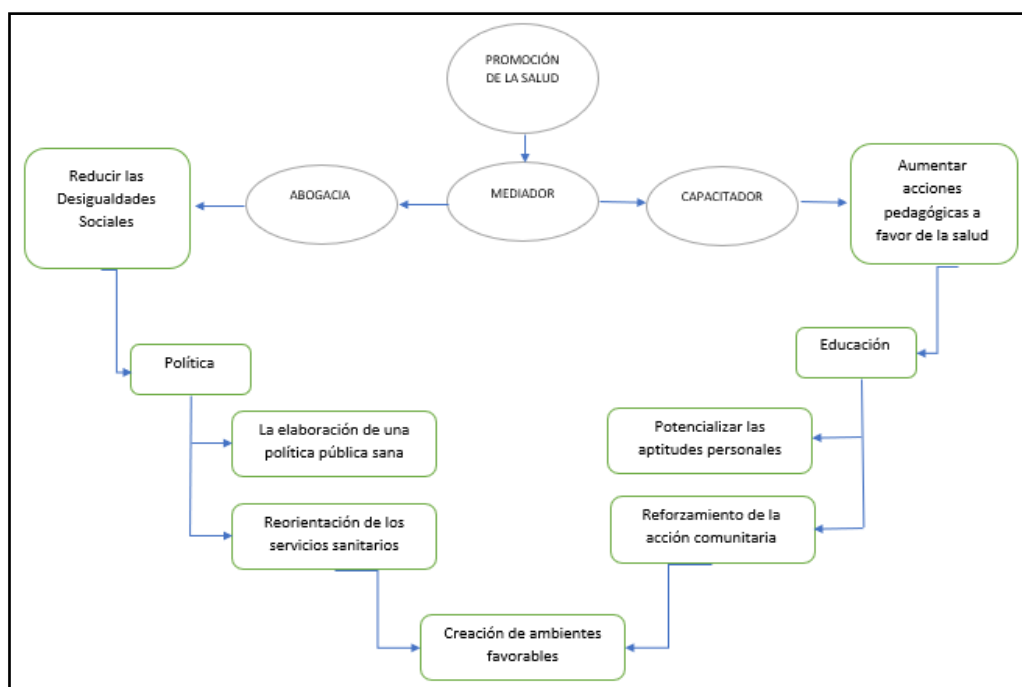
En esta misma línea, varios conceptos de salud han sido abordados a lo largo de la historia. En este sentido, esta práctica considera la salud como un conjunto de capacidades que desarrolla el ser humano para cumplir sus aspiraciones (Chapela & Jarillo, 2001). Por lo tanto, la PSC es una práctica *Transdisciplinaria*² que busca en el sujeto y su colectividad potencializar sus capacidades.

² Cabe mencionar que la transdisciplina es una forma específica de interdisciplinariedad en la cual los límites entre y más allá de las disciplinas se trascienden y el conocimiento y se integran las perspectivas desde diferentes disciplinas científicas así como desde fuentes no científicas, a diferencia la interdisciplina es una colaboración de varias disciplinas, pero en este caso, conceptos, metodologías o epistemologías son intercambiadas e integradas explícitamente resultando en un enriquecimiento mutuo. Por otro lado, la multidisciplinaria relaciona la presencia

Se consideran estas capacidades que diferencian al ser humano de los demás seres vivos como a la capacidad de razonar, imaginar, motivarse, trabajar, tomar decisiones y la capacidad económica (García, 2007). En esta misma idea el Licenciado en PS potencializa estas capacidades para que el sujeto o su colectividad cumplan sus aspiraciones cual sean estas. De este modo realiza un acompañamiento y modificación cultural que le permitan al ser humano desarrollar sus aptitudes.

Entonces la práctica de PSC se adapta a las necesidades de salud que tiene cada comunidad contextualizando en el entorno del sujeto y su colectividad. Este modelo de PS como se mencionó, parte de la idea teórica de la conferencia en Ottawa de 1986 que está enfocada en dos vertientes para preservar lo natural bajo la creación de ambientes favorables cómo se logra ver en la imagen.

Figura 1.
Mapa conceptual de las líneas de acción de la PS



Nota: Retomado de la conferencia de Ottawa 1986 (OPS, 2013)

La primera de ellas describe la práctica de abogacía que nos permite trabajar en las inequidades de salud reduciendo las desigualdades sociales, donde se logra un trabajo a partir de la

de varias disciplinas con un objetivo en común, pero con independencia metodológica, conceptual y epistemológica, desde la perspectiva e intereses del conocimiento, provee un interés técnico sin que medie la subjetividad (Henao et al., 2017).

elaboración de políticas públicas sanitarias y la reorientación de los servicios sanitarios a favor de la colectividad y en forma de que giren en el entorno a las necesidades del individuo como un todo (OPS, 2013).

Por otro lado, se entiende la PS en la práctica para capacitar en una idea transdisciplinaria aumentando las acciones pedagógicas a favor de la salud y acompañando a la modificación cultural del sujeto que le impida potencializar sus capacidades. En este sentido, busca en la población incrementar sus aptitudes para que la propia colectividad genere sus propias herramientas para generar salud. En esa misma idea, la participación comunitaria es indispensable para la posesión y control de sus ideales con el apoyo mutuo (Chapela & Jarillo, 2001).

Estas dos estrategias son importantes para la creación de ambientes favorables en un modelo socio-ecológico de salud para la población. Es así que reorganizar el modo de trabajo de la población contribuye a tener una idea de interacción de convivencia entre las sociedades humanas y la naturaleza (OPS, 2013).

Bajo estas ideas, la PSC también corresponde a mediar entre estas estrategias para realizar a favor de la colectividad las líneas de acción que corresponden a la preservación de la humanidad y una sociedad sana. En este sentido la práctica de la PSC corresponde a ver la salud del sujeto no sólo de la forma biopsicosocial, sino además aborda la interacción del individuo con su entorno en su estructura simbólica.

2.2.3 La Promoción de la Salud como campo de Estudio y de conocimiento

La salud, desde siglos se ha convertido en una fuente primordial de riqueza en la vida del ser humano. Para obtenerla se ha venido entendiendo que es necesario no salir de los rangos normales en función con la biología humana. Esto a su vez, se relaciona con las prácticas que realiza el sujeto en su estilo de vida que genera esa “anormalidad”. En otras palabras, desde siglos atrás, se ha interiorizado al entender la salud como la ausencia de enfermedad, que recae en las prácticas buenas para mantener la misma; relacionándose con un sistema de recompensas. Por lo que en este sentido y en la actualidad, hablar de salud es terminar hablando de la enfermedad. Por lo que es de importancia diferenciar la salud y la enfermedad como dos procesos diferentes de la vida del ser humano. Es por ello por lo que la PSC aborda los procesos simbólicos en salud para potencializar las aptitudes humanas.

Además, cabe señalar que para la PS es una limitante entender este fenómeno como la ausencia de enfermedad, ya que en la actualidad lamentablemente la PS que prevalece en las instituciones es aquella que habla de la enfermedad ya que se realizan actividades informativas y preventivas que se direccionan a la práctica de la propia Prevención.

En este sentido, se considera como campo de estudios a la PS que se dirige a la población en general y no sólo a los enfermos, al desarrollo de la salud y a sus causas sociales y no sólo a lo biológico. En esta idea se combinan metodologías y diversos planteamientos apartados del monopolio corporativo (Colomer, 2011). En relación con ello, no se trata de un servicio médico, sino de una actividad en el ámbito de salud pública y de las políticas sociales para generar cambios en lo colectivo, parte fundamental en la que se desarrolla la PSC.

En este sentido es de importancia tomar a la PSC como la práctica Transdisciplinaria que aborda los procesos sociales de cada comunidad. En esta misma idea, se refiere a la creación de campos de estudio y de conocimiento. De tal manera, que la salud plantea el conjunto de varias disciplinas que aportan conocimiento para mejorarla a nivel social. Es por ello que se llevan a cabo prácticas de contextualización y abordaje cultural.

Por otro lado, Paulo Freire determinó que la transdisciplinariedad constituye a la creación de conocimiento no-fragmentado, esto permite conectar el intelecto del sujeto con su entorno en epistemología holística (Ocampo, 2008). En este sentido la PSC en la estrategia de capacitar constituye a tomar estas ideas en la fabricación de conocimiento. Es por ello que, se considera un aspecto importante en la PSC: *“para que el sujeto alcance un estado adecuado de bienestar físico, mental y social se deber ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, pues la salud se percibe no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana* (OPS, 2013).

En este sentido se consideran los cambios socioculturales desde una perspectiva transdisciplinaria para que el sujeto potencialice sus aptitudes a base de la reflexión (Chapela & Jarillo, 2001). Esta teoría aunada a una visión emancipadora que considera una de las maneras de entender la salud.

Por otra parte, la salud bajo estos términos relaciona la vida en general y la preservación de la especie humana en la interacción con la naturaleza, donde el conocimiento como lo dice Pulo Freire tiene que ser dirigido a una acción mutua: humanidad, naturaleza y sociedad. En esta

relación la PSC sienta las bases en la intersectorialidad con las cinco líneas de acción donde implica un cambio profundo en lo individual, lo comunitario y lo institucional (Castell et al., 2016), ya que en este sentido la PS se valora como un derecho humano.

Es entonces que conectando el concepto de salud que consideró la Dra. Consuelo Chapela y Edgar Jarillo (2001), las líneas de acción propuestas en la conferencia de Ottawa y la relación de la estrategia fundamental de capacitar, se dice entonces que se lleva a cabo un acompañamiento en la modificación sociocultural del sujeto y en la realización de sus aspiraciones, aunado a potencializar el valor simbólico del sujeto bajo un cambio estructural del *habitus* como lo explicó Pierre Bourdieu (2008).

En conclusión, bajo estos preceptos la PSC tiene que ser considerada como parte fundamental para generar campos de estudios a partir de tomar los procesos socio históricos, en la contextualización bajo la enseñanza de pedagogía crítica y política sustentable para la vida. Es por ello que, esta PS es abordada como una práctica Transdisciplinaria.

2.3 Determinación Social, Cultural y Económica

La Determinación Social (DS) es considerada una de las tres categorías de una propuesta epidemiológica crítica, junto con el metabolismo y la reproducción social. Se dice entonces, que la determinación social se enfoca en la estructura económica, y que ésta preconfigura las estructuras políticas y culturales, que a la vez determinan la manera de vivir, enfermar y morir de la población (Breilh, 2013).

De esta manera como lo explicó Jaime Breilh (2013), la determinación social que aborda el modo de producción se caracteriza por incorporar y corporeizar en el sujeto, prácticas basadas en una economía que se estructura en la acumulación de capital y que recompensa a una cierta élite poseedora de ese capital. Las prácticas corporizadas están inmersas inconscientemente en el cuerpo del ser humano y se basan en el consumo, donde se crean necesidades a partir del deseo. De tal modo, también existe cierta determinación donde se aborda no sólo la economía, la política o la cultura, sino también se considera la salud mental y las estructuras simbólicas.

Cabe señalar que la DS, guarda una relación estrecha con la alegoría del filósofo Platón, llamada “La caverna”, donde subyace una realidad aparente de manipulación en el sujeto, que evita el desarrollo de sus capacidades humanas, como: la de razonar, decidir e imaginar un

futuro propio al determinar en el sujeto o colectividad, una forma en específico de ver la realidad al establecer un modo de vivir y morir.

La alegoría de “La caverna” y la DS se vinculan a su vez en la imposición, subordinación y dominación. Estas acciones, se llegan a ejercer de un cierto grupo de personas poseedoras del capital económico a sujetos que están en busca de ese capital. Se puede decir entonces, que son: actos, prácticas y acciones realizadas de una clase social a otra; “del dominante al dominado” como lo explica Marx, donde existen a la vez, relaciones de poder que generan el individualismo y la exclusión, que se van reproduciendo y circulan en el contexto social (Fair, 2010).

Esto quiere decir, que estas prácticas generan en una sociedad la desigualdad, que, con el tiempo se reproduce y se consideran estructuradas-estructurantes. Estas estructuras estructuradas-estructurantes son generadoras del *habitus*, donde se ejercen acciones y prácticas que el sujeto actúa al percibir y entender al mundo en un espacio social, donde están en juego los capitales estructurales (Bourdieu, 2011). En este sentido, la desigualdad, la subordinación, la violencia (en todos sus ámbitos) las relaciones de poder y la exclusión, generadas por una macroestructura económica determinada, va reproduciendo acciones simbólicas que a la vez determinan la manera de vivir de las sociedades.

Por último, para entender la DS, es necesario entranar y reflexionar los eventos y procesos sociohistóricos que llevaron a determinar la estructura económica como estructura dominante, que influye constantemente en la política y la cultural y que repercute en la interacción del sujeto con su entorno.

2.3.1 La Determinación Económica y Política

La Determinación Económica (DE), es un fundamento teórico basado en la estructura económica de una sociedad, que determina el modo de trabajo de las personas y que está cimentado en el consumo y el mercado. Esta estructura genera una transformación de la naturaleza para satisfacer las necesidades humanas (Breilh, 2013). Esta categoría a su vez determina la manera de vivir, de enfermar y morir de las personas (Laurell, 1982). En estas posturas se aborda la interacción del sujeto-naturaleza, la preservación y satisfacción humana que a la vez desde actos simbólicos determinan la forma de vida.

De este modo, la vida social está predeterminada en la vida económica. Es así como, las relaciones sociales se basan en las relaciones económicas. El cómo se producen las cosas dentro de la colectividad. Es así, que la vida ideológica e intelectual de una sociedad está determinada por el modo en que se producen las cosas dentro de ella. En palabras de Marx: “El modo de producción de la vida material, determina el carácter general de los procesos sociales, políticos e intelectuales de la vida” un proceso del movimiento del capital (Strathern, 2003). Es por eso, que los movimientos sociales a lo largo de la vida humana han llevado a estructurar un modo de trabajo, donde se transforma la materia prima (o transformación de la naturaleza) en mercancía para el consumo en un proceso de producción y un proceso de circulación, con la finalidad de satisfacer las necesidades humanas (Marx, 1849). El Modo de producir, llevó al sujeto a fragmentar el trabajo para incrementar la producción. Sin embargo, este proceso era destructivo de la conciencia de las personas implicadas, cuando los trabajadores eran obligados a una continua producción de un mismo objeto, perdían la relación significativa del objeto que estaban creando (Strathern, 2003).

Por otro lado, Marx (1849), escribió que esta manera de producir desarrolló la lucha de clases: el proletariado (trabajador) y el burgués (patrón y dueño del capital), esto con relación a la propiedad privada de los medios de producción. Este sistema estructural se conoce como *capitalismo*: considerada una estructura económica y un desarrollo más de las sociedades. En esta estructura, el trabajador (asalariado) vende su fuerza de trabajo, su tiempo y se subordina siendo recompensado con un pago.

Este desarrollo económico tuvo sus inicios a partir de la colonización de las culturas mesoamericanas y la industrialización a principios del siglo XVI, que partió desde Inglaterra y que dio un cambio de un sistema feudal, hasta el actual. El auge del capitalismo en el mundo comenzó desde la primera guerra mundial, donde el detonante fue el imperialismo y el colonialismo que venían desarrollando desde décadas las potencias involucradas, siendo esta guerra la que transformó al mundo en una unidad económica con fuerte interdependencia política. Para 1910, la mayor parte de los países en el mundo ya habían adaptado este modelo de economía (Brom, 1973). En este sentido las políticas fueron siendo estructuradas para potencializar este mismo sistema.

2.3.1.1 Los momentos iniciales de la Determinación Social en México

Se puede decir que la historia del ser humano se ha venido determinando por el “egoísmo” que a lo largo de su existencia, ha considerado importante en el progreso a través de las relaciones económicas basadas en la subordinación y el poder. La expansión territorial y el comercio ha llevado al ser humano a confrontarse entre su misma especie, con la finalidad de adquirir un control sobre el otro. Es así, que comienzan los hechos determinados: estructuras estructurantes generadoras del *habitus*, consideradas como prácticas que actúa el ser humano para entender el mundo y darle sentido a la vida (Bourdieu, 2008).

De esta manera, los hechos económicos, políticos y culturales determinados en México, se explican bajo un proceso socio-histórico, en los antecedentes que ha tenido el país desde la colonización, la independencia, la revolución y la industrialización, que determinaron la manera de vivir, enfermar y morir de las personas y que, hoy en día subyace en un sistema capitalista-neoliberal, bajo formas dominantes de la producción y el consumo, apegado a un sistema distributivo (López et al., 2011), que se adentra en la salud como un todo en el sujeto.

Los inicios comienzan desde Mesoamérica y su diversidad cultural en las regiones, donde se practicaban fuerzas de dominación y subordinación por la expansión de territorio. Se tenía una formalidad cultural y política basada en el cuidado de la naturaleza y la preservación de costumbres culturales (Brom, 1988). La llegada de los españoles trajo varios cambios, donde las confrontaciones tuvieron una reducción poblacional, la imposición de otra cultura e ideología cambió la manera de entender el mundo de los mesoamericanos. De tal manera, que los españoles tras la evangelización explotaron a los pobladores de la región y consecuentemente los llevaron a la desigualdad. Así, las enfermedades y muertes estuvieron marcadas por una fuerza de trabajo (López et al., 2011), mediante el esclavismo que, además, también fue ideológico y simbólico.

Los conquistadores suplantaron a los líderes indígenas y la población quedó sujeta a la explotación. Los indígenas más primitivos fueron exterminados. Aparecieron sociedades fundadas por los colonizadores. La erradicación de los nativos se debía en parte a las matanzas y a las enfermedades traídas del occidente como la viruela. También, fueron traídos ciertos animales utilizados para el arado, además de alimentos y bebidas alcohólicas fuertes. Cabe destacar, que de igual manera fueron importados desde África, esclavos para mantener el trabajo pesado, que atribuyó a una serie de mezclas tanto biológicas y culturales (Brom, 1973).

España tuvo un gran auge económico mediante la exportación de metales preciosos que se saqueaban. Así, como la extensión de su dominio con la Nueva España. Otros países beneficiados fueron Francia e Inglaterra, donde se impulsó el desarrollo comercial e industrial. Por otra parte, los pueblos indígenas que resistieron ante tal amenaza mantuvieron su dominio, su estructura y su gobierno, pero con la supervisión española (Brom, 1973). De esta manera, se excluye a esas comunidades con la finalidad de ejercer sumisión, explotación y la marginación de una cultura subsumida por la ambición y el egoísmo.

En ese mismo orden, el cambio cultural trajo a la vez modificaciones en la forma de alimentarse, enfermedades nuevas y con ello estilos de vida basados en la subordinación y explotación que con el paso del tiempo y del avance tecnológico; la población fue más sedentaria. En este sentido, esta transición también trajo cambios culturales y simbólicos en la manera de percibir la vida.

Por otra parte, en otras comunidades se despojaron a gran parte de los habitantes de sus tierras y se formaron grandes latifundios (haciendas). En ese mismo tiempo, los nuevos mercados y la gran influencia de los metales preciosos impulsaron el comercio y favorecieron a la burguesía, que en un futuro serviría para la formación de la industria moderna (Stein & Stein, 1974).

En ese mismo siglo, se hace una diferencia de razas; los criollos que son los privilegiados y los mestizos, que por un largo periodo sufrieron de discriminación y de desprecio. La iglesia por su parte tomó un papel importante en la difusión e imposición del cristianismo, al punto que se hizo terrateniente. Llegó a ser dueña de gran parte de las tierras de la Nueva España, donde se construyeron numerosos conventos, muchos de ellos verdaderas fortalezas. Mediante su caridad se realizaron dos hospitales, uno para atender a los indígenas y otro para los españoles, con la finalidad de obtener la fuerza de trabajo local. La distribución de los hospitales se articuló con las principales actividades económicas, las rutas comerciales, el poder de las órdenes religiosas y la geopolítica del gobierno (López et al., 2011). En el siglo XVIII se abrieron nuevas minas, aumentando el comercio y mejorando la agricultura (Brom, 1973). Con relación a esto, se concebía la esclavitud bajo los dominios religiosos y desde esa perspectiva los hospitales servían para reparar al sujeto e incorporarlo a la fuerza de trabajo, donde se beneficiaban solo unos cuantos incluyendo la iglesia.

Por otra parte, tras buscar un fin a los aspectos subordinados, se inicia en México la independencia, que llevó a una lucha sangrienta, donde Hidalgo otorgó la libertad a los esclavos y expresó la necesidad de devolver las tierras a los pueblos indígenas (así llamados por los españoles). Finalmente, en 1821 México consigue su libertad con más de tres siglos de explotación y despojo de pertenencias a los pueblos originarios (Stein & Stein, 1974). La reconstrucción dio lugar a hechos también sangrientos, pues esta lucha trajo con ello una contienda de ideologías que ocasionó la revolución el 20 de noviembre de 1910. En este sentido, bajo este análisis histórico cada derecho del ser humano ha sido ganado por medio de guerras.

En esa misma línea, la Revolución Mexicana tuvo tres protagonistas: Emiliano Zapata, Francisco Villa, y Venustiano Carranza, que influyeron en cada parte del país, cada uno con sus ideologías. Los inicios se originaron por una crisis durante el gobierno de Porfirio Díaz, tras reelegirse tres veces, siendo en este periodo donde se encontró una estabilidad económica, en particular de la urbanización y la industrialización (un hecho relevante que es considerado un factor principal para el desarrollo futuro del sistema capitalista en el país) mediante la infraestructura ferroviaria que inició el desarrollo industrial (petrolero, minero, textil) y articulando las actividades ganaderas y agrícolas. Sin embargo, este crecimiento fue desigual, beneficiaba a los hacendados y a grandes funcionarios, subordinando y esclavizando al resto de la población a un trabajo excesivo, generando adeudos que pasaban de generación a generación (López et al., 2011).

“Sufragio efectivo no reelección” fue una de las frases célebres de Francisco I. Madero tras buscar derrocar a Díaz en campaña presidencial. Garciadiego (1923) por su parte explicó que el gobierno en ese entonces había traído grandes diferencias económicas. En este sentido las desigualdades que se desarrollaron desde la conquista persistieron hasta la actualidad.

Por otro lado, la crisis considerada a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, fue uno de los factores que influyó en la revolución, y que se debió a una depresión económica que azotó a Europa y a Estados Unidos, lo que ocasionó la disminución de exportaciones en México, repercutiendo además en los Bancos que cancelaron los créditos a industrias y hacendados, e intentó cobrar los adeudos que ya se tenían. Los grupos afectados fueron tanto empleados y rancheros, obreros, medieros, jornaleros y peones (Garciadiego, 1923). Por otra parte, Stanley Stein y Bárbara Stein (1974) mencionaron que la disminución de trabajo en las haciendas fue a raíz de una falta de abastecimiento en suministros, ya que los subordinados

enfermaban y morían de una manera acelerada y no se lograba sostener la explotación minera. Garciadiego (1923), por su parte explicó que esta crisis abatió también a los ingresos gubernamentales, problema que se buscó solucionar castigando salarialmente a la burocracia y aumentando los impuestos, afectando a las clases altas no favoritas y medias. Además, de incrementar la desigualdad en las clases bajas.

La baja producción de bienes y servicios y de la actividad económica pasó a ser también internacional, ocasionó que varios migrantes se regresaran a México sin oportunidad de empleo. En ese mismo siglo, entre los años 1908 y 1909 la sequía provocó disminuciones en la producción agrícola y el aumento del precio del maíz. Los campesinos a su vez buscaron empleo en las haciendas y otro tanto inmigró a las ciudades (Garciadiego, 1923; López et al., 2011). Esto trajo con ello una pre-configuración económica, política y cultural, considerando también, cambios en las relaciones tanto internas como externas y en los países como Estados Unidos.

¿Qué impacto tuvo este hecho en la revolución? Cabe señalar que la lucha, además de ser ideológica, fue para atender la desigualdad que se tenía ya desde el gobierno de Díaz y que se aceleró más por la crisis; esta desigualdad social tuvo gran relación con la lucha de clases (entre pobres y ricos). Es por ello, que los personajes como Emiliano Zapata y Francisco Villa, buscaban tras su lucha ideológica la tranquilidad, la recuperación de las tierras de los campesinos y la reducción de la desigualdad que atentaban contra la vida de toda una sociedad campesina y agrícola (Garciadiego, 1923).

Garciadiego (1923), aseguró que la Revolución Mexicana se puede entender como: “*un proceso caracterizado por sus discontinuidades, su regionalismo y su participación pluriclasista*”. De esta manera, en lo que respecta a los últimos años del gobierno de Porfirio Díaz, se padeció de severas crisis en todos los ámbitos de la vida pública, tanto económica, cultural, política, diplomática y social; que el gobierno no tuvo la capacidad de atenderlas y que trajo con ello un gancho para el auge del neoliberalismo.

Los hechos posrevolucionarios para atender a las comunidades campesinas y tras la ideología de Venustiano Carranza, llevó a una mala organización donde no se comprendió a la población campesina, ya que la idea no sólo era devolver las tierras, sino que entrañaba una serie de hechos para reducir la desigualdad social que se tenía (Becker, 1987). Desigualdad que durante este proceso no sólo fue económica, en los bienes y servicios, sino también cultural y simbólica.

Bajo estos hechos los arreglos civiles fueron plasmados en una carta magna, lo cual trajo modificaciones en la manera de vivir de las personas. Sin embargo ¿Cuáles fueron estas modificaciones? ¿Cómo afectó esto a los habitantes en el contexto económico y cultural? Durante estos hechos, la carta magna estableció que todos los ciudadanos fueran iguales ante la ley. Sin embargo, se decretaban acciones contrarias como el goce de privilegios tanto del clero como de los militares.

En este sentido, se llevó a cabo un cambio conceptual y de trato entre los habitantes del país, donde la distinción indígena y española se cambió por una estructura social de pobres y ricos, la orden religiosa se sustituyó por laica, siendo la fuerza económica y cultural-ideológica la que se mantuvo. Las leyes de Dios se transformaron en leyes naturales y la fe católica se desplazó por la observación científica (López et al., 2011). La desigualdad social persistió, y se aceleró con las políticas neoliberales que recompensó sólo a un grupo de personas y volvió más pobres al resto.

Por lo tanto, este proceso socio-histórico en el país se entiende como una lucha constante de clases, que por un lado se encontraban los intereses territoriales y por otro los materiales. Estos hechos determinaron en el ser humano su manera de pensar, de adaptarse, de vivir, de enfermar y morir. Una estructura que se determinó a base de hechos sangrientos y de subordinaciones para obtener el control y el poder. La conquista o colonización trajo acciones de esclavismo, explotación y exclusión. La Revolución por su parte, llevó a la lucha de tierra, poder y un control ideológico (López et al., 2011).

En conclusión, estos hechos fueron un factor importante para incorporar en el cuerpo y mente del sujeto, acciones exclusivas de individualismo y de competencia, siendo el precursor el propio deseo y que hoy en día se enfatiza en las acciones del ser humano como forma de control de una clase privilegiada a una que no lo fue y que consolidó al sistema. En este sentido, se obtuvo una estructura económica a favor del mercado, generando también la explotación y deterioro ambiental de la naturaleza que sólo satisfizo las necesidades del humano o al menos necesidades creadas que le hicieron pensar para vivir; con el objetivo de elevar el mercado que beneficia hasta el momento sólo a una pequeña parte de la población y empobrece al resto. Esto aunado a enfrascar al ser humano en un modo de trabajo y de consumo. De tal manera, que en este proceso de la historia, el estilo de vida se dogmatizó para un fin: mantener un control de vigilancia, la subordinación y la explotación de la población y de los recursos naturales del territorio.

Continuando, en México la transformación que pasó del nativo mesoamericano al sujeto moderno se entiende que corporeizó como práctica natural de su vida y de su realidad: la pobreza y la desigualdad como acto normal de su sociedad, que produjo en él, una manera en particular de pensar: “para salir de la pobreza, se tiene que trabajar cada vez más y constantemente”, aprovechándose de este hecho el dueño del capital al controlar su vida, su espacio y su tiempo. Siendo los mexicanos y los latinoamericanos, los privilegiados en fortalecer el capitalismo con su fuerza de trabajo. En este sentido, esta estructura económica es y seguirá siendo, un precursor para determinar los estilos de vida, la enfermedad y la salud del ser humano.

En este análisis la historia enmarca grandes sucesos; donde por último el ser humano no ha sabido comprenderlos, cuestionarlos, criticarlos y reflexionarlos, para potencializar sus capacidades y transformar su entorno en beneficio de la colectividad (de lo común), de tal manera que tiende a repetirlos.

2.3.1.2 Determinación Económica y Política en México

En México la estructura económica y política tuvo relevancia a partir de la colonización, la independencia, hasta la revolución y posrevolución. En esta última se pretendía generar un país a favor de los grupos sociales y populares, sin embargo, mediante el desarrollo industrial, se establecieron otras maneras de gobierno basadas en el mercado libre. La aparición de la manufactura y después de la industria trajo cambios en el modo de producción (Brom, 1973).

Juan Brom (1973), explicó que la maquinaria tuvo gran influencia en la estructura económica del país, al reemplazar a las herramientas y a los talleres artesanales por las fábricas. Su impacto, ocasionó que se dejara a un lado a la mano de obra, dando auge a la propiedad privada. La invención de la máquina, por un lado, es el aumento de la producción y por otro, la reunión de las masas obreras que vivían en la miseria. Los monopolios desplazaron a la libre competencia y controlaron la producción y la distribución de determinadas mercancías. En este sentido, adquirió importancia la industria pesada y la fabricación de máquinas por máquinas.

Las políticas por su parte trajeron un fin económico, basado en una estructura desarrollista y con ello una desigualdad social en el país. Estas políticas tuvieron como sustento el mercado y se estructuraron en políticas neoliberales. Esto fue un proyecto para restaurar la dominación de clase de sectores que vieron sus fortunas amenazadas por el ascenso de los esfuerzos

socialdemócratas en las secuelas de la Segunda Guerra Mundial (Harvey, 2008). Por ello se entiende, que la estructura económica preconfiguró las estructuras políticas y culturales, con una ideología desarrollista que propuso el bienestar humano en todas sus dimensiones y que por el contrario, trajo un cambio en el medio ambiente, en la vida y la conducta humana tanto en el país como en el mundo, que se reproduce en la sociedad en un sentido capitalista.

De esta manera, tan sólo en Latinoamérica la concentración y la élite de la política y la economía, es decir la privatización, a partir de los años setenta u ochenta en un sistema dictatorial, estuvo caracterizado por la pérdida de derechos sociales del ser humano que hasta la fecha continua. Esto a partir de los gobiernos elegidos y con independencia de un signo político, sin un control ciudadano que trajo los excesos del poder (Tetelboin, 1997), acelerando además la desigualdad. En México el sentido desarrollista fue el abandono, por una parte, del sistema agropecuario, lo que ocasionó la migración de las personas del campo a la ciudad. Por otro lado, la industrialización que buscaba contrarrestar el intercambio desigual del mercado internacional, esto provocó que las exportaciones de materias primas fueran poco competitivas. Con el tiempo el modelo desarrollista mostró que el Estado protector, no había impulsado el desarrollo de la región, ni resolver los problemas de los marginados. En esta adopción de políticas y bajo este modelo, se aceleró la desigualdad entre campo y ciudad, entre obreros frente a trabajadores formales y desempleados. De esta manera, persistió la pobreza urbana, indígena y rural y un porcentaje de la población quedó fuera de la seguridad social, contando también, con altas cifras de alfabetización en el país. Con respecto a la enfermedad, se encontró una relación entre los estilos de vida precarios, donde se encontraron perfiles y prácticas que se relacionaban con los problemas atribuibles a la pobreza, inseguridad laboral y a la falta de atención en los servicios sanitarios. Las enfermedades infecciosas se mantuvieron, mientras que las crónico-degenerativas se hicieron más notables (López et al., 2011).

Entre estas décadas (70's y 80's), el auge de la clase política entró en acción, se establecieron propuestas elaboradas principalmente por el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), principalmente a países del tercer mundo, que propusieron la conformación de proyectos sociales destructores de derechos, ejerciendo un poder económico dominante, dirigidas a la privatización de instituciones gubernamentales y a la acumulación de capital. Esta manera de ejercer el poder consideró que el mercado fue el único elemento para hacer eficiente los recursos, un modelo político de repercusiones económicas, sociales y culturales (Araujo, 1996; López et al., 2011). Sin

embargo, esta estructura trajo una mala distribución de los recursos, acelerando la desigualdad social, pues se entiende que sólo fue beneficiada una cierta élite dueña del capital. Además de ser un modelo ideológico-político, fue necesario para la estructura de globalización económica. “El neoliberalismo, aparte de intentar la destrucción de la unidad constitutiva del Estado y del capital nacional, acentuó en cada país y en el campo internacional, las desigualdades sociales y económicas, por la vía del desempleo masivo y de recortes presupuestales del gasto público, sobre todo social, obligando a los gobiernos a adoptar medidas crecientemente autoritarias que negaron en la práctica, los principales valores del liberalismo: las libertades, la democracia y la justicia” (Araujo, 1996).

En México la acentuación del capitalismo-neoliberal se estableció en el gobierno del expresidente Miguel de la Madrid (1982-1988), bajo la entrega de un país en crisis³, donde una de las prioridades en su gobierno fue reducir el gasto público y los subsidios, además de mantener la rectoría del Estado en una economía mixta, propuestas que se adoptaron por el FMI (Collado, 2011). De esta manera, se consideraba que había dos proyectos: el nacionalista y el liberal. El primero proponía “mantener e incluso profundizar el papel interventor del Estado en la economía y la sociedad”, y el segundo “que creía en la capacidad reguladora del mercado y buscaba limitar el papel del Estado en la economía, dejando la iniciativa a los capitales privados”. La segunda propuesta tuvo más fuerza, lo cual consideró una elevación y aceleración de la propiedad privada (Cordera & Tello, 1981).

En este sentido, el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) atrajo la iniciativa privada y con ello a la desnacionalización de algunas instituciones públicas del país. En el sector salud, por ejemplo, se produjo el marco de los procesos globales de reorganización capitalista: la relación Estado-mercado, Estado-sociedad y se conformó a gran escala la destrucción de los derechos sociales e individuales que ocasionó la relación del mercado en las instituciones públicas. Con relación a la enfermedad, el concepto quedó implícito en la biología individual. Este concepto que subyace oculto se refiere a la incapacidad de trabajar, lo que la ubica con relación a la economía y eventualmente con la posibilidad de acumulación de capital (Laurell, 1997).

³ José López Portillo (1976-1982) tras una lucha y posesión de los energéticos con Estados Unidos y por tener en el exterior un acercamiento con ese país, produjo que los ideales del expresidente fracasaran (Collado, 2011).

En este sentido, esta estructura económica y a la acumulación de capital de un pequeño grupo de personas, ocasionó la indiferencia que se ha tenido hacia la misma vida, relacionada a la explotación ilimitada de la naturaleza, al deterioro y debilitamiento de la sociedad y de las comunidades donde persiste el individualismo, partidaria de la exclusión entre las relaciones de poder de la obsesión del sujeto “normal” para estudiar la “anormalidad” (Ruiz & Rincón, 2017) y por otro lado la idea de aceptar los hechos inmorales, violentos y deshumanizantes.

Por otro lado, se considera que la determinación económica trajo varios cambios en la política del país. En primera, la desigualdad social al tener a la mayor parte de la población del país en la pobreza donde se les incapacitó el desarrollo de sus capacidades, que dicho en palabras de Rollo Walter Brown *“La pobreza embrutece al hombre como una inyección continua de veneno”* donde los pobres permanentes callan. En segunda parte, la aceleración de la propiedad privada (la desinstitucionalización de lo público) y por último, el libre mercado que ocasionó las horas laborales extensas y la reducción de los derechos humanos. Toda esta construcción ideológica, ocasionó que el sujeto divagara en la ignorancia, realizando prácticas para satisfacer sus necesidades a través del mercado y naturalizando la pobreza como parte de su vida cotidiana, condicionándolo a trabajar para salir de ella (Lalonde, 1996).

En conclusión, el capitalismo (un sistema abstracto que lo controla todo y para cual, el ser humano es un punto estadístico sin rostro y que creó una arena de combate en la sociedad para los intereses privados), ha ido dejando secuelas de adiestramiento, de dolor, malestar, sufrimiento, de competencia, individualismo y exclusión en las clases sociales bajas, donde el ser humano, está subsumido por el deseo, el placer y el goce, convirtiendo a las sociedades cada vez más violentas. Toda una escena teatral de subordinación que beneficia al sector privado y que ha dejado en el sujeto estas prácticas corporeizadas, que con el tiempo ha naturalizado en su manera de entender al mundo. En este sentido se ejerce el control mental y corporal del sujeto.

En la dimensión biológica humana se desencadenó un desgaste y deterioro anatómico de su ser, corporeizando la enfermedad en su estilo de vida. En la dimensión simbólica, el sujeto construyó experiencias que le causaron malestar, insatisfacción y problemas de salud mental, que incapacitó el desarrollo de sus aptitudes para razonar, decidir, motivarse y cumplir sus aspiraciones reales sin condiciones y subordinaciones.

Por último, Marx hizo énfasis en que. *“el libre mercado ha sobrevivido y seguirá sobreviviendo, porque no sólo ha aprendido a evolucionar, sino también a controlarse a sí mismo”* (Strathern, 2003). De acuerdo con esto Lalonde (1996) citó a Samuel Butler que hace énfasis en que *“la filosofía de nuestra sociedad y sistema económico es que una persona es sólo el método que usa un dólar para hacer otro dólar”*. Es por ello, que el ser humano, tiene que visualizar aquellas subordinaciones que amenacen y deterioren su integridad (biológica, simbólica y social), que fluyen en el contexto social y en la estructura económica determinante.

2.3.2 Determinación Cultural: ideología, habitus y Género

La vida desde su estructura compleja, el ser humano ha llegado a adaptarse, a modificar y a crear. En su paso por ella, generó un vínculo con la naturaleza con la finalidad de explicar los fenómenos que ocurrían en el planeta. Para entenderlas estableció relaciones interpersonales en sus grupos que originaron a su vez, una manera en particular de comportamiento y de conducta. Estas relaciones y estos vínculos crearon una forma particular de cultura, que con el paso del tiempo se fue modificando hasta llegar adaptarse a las necesidades del sujeto.

La cultura, al igual que la salud es una característica particular del ser humano que está inmerso en el contexto social como un todo. La cultura se crea y se transforma, deja en el sujeto rasgos simbólicos que generan en él, un valor, un comportamiento y una identidad (Olmos, 2008).

De este modo, ¿cómo podemos definir cultura? Cabe señalar que la palabra cultura tiene distintos significados y que depende de la disciplina que se esté abordando. Puede ser entendida en términos de herramienta, concepción del mundo, narrativa social, parte de la naturaleza humana o reducida a representaciones individuales que se contagian como significados sociales. Es así, que en el siglo XVIII la palabra se volvió sinónimo de civilización y para el siglo XIX pasó a designar la diversidad de formas de vida con un carácter universal y lineal del proceso de civilización. Años más tarde la palabra de civilización quitó importancia a las diferencias nacionales, mientras que la cultura las enfatizó y designó en el sujeto un carácter intelectual (primordialmente las artísticas) que después pasó a referirse a las formas de vida de un pueblo en su contexto e historia (Castorina & Barreiro, 2007).

Por otro lado, en la posmodernidad la palabra cultura tomó en cuenta la vida común (las creencias que generan una conducta en el sujeto) y las artes, ambas aunadas al consumo y a la integración de las producciones del mercado. En las ciencias sociales y la antropología, los

estudios de la cultura se ocuparon principalmente de los significados y los sistemas simbólicos (Castorina & Barreiro, 2007).

De tal manera, la cultura también es atribuida a las representaciones sociales que percibe el ser humano en su manera de entender el mundo o lo real. Por ello, no hay una cultura absoluta sino un comportamiento que se vuelve semejante al otro, puesto desde la psicología el ser humano tiene su propia percepción de lo real⁴. Para la filosofía y en particular para Enrique Dussel, explicó que “cultura” viene del verbo latino *coloque*, entre otros significados, connota habitar, *habitar dentro del ámbito labrado o trabajado por el hombre* (Olmos, 2008). Esta reflexión tiene relación con lo social y lo simbólico que conecta al ser humano con la naturaleza, con su entorno y su interacción con el otro. Es por ello, que el modo de trabajo determina una manera particular de cultura en relación con la producción y el consumo. En otro sentido el trabajo labrado puede llegar a relacionarse a las acciones adquiridas de conocimiento empírico o científico del sujeto que se inmersa en una estructura obediente que al ser trabajado, adquirido y transmisible vuelve al otro, habitar dentro del ámbito de las prácticas que le fueron impuestas al reproducirlo para darle un sentido a la vida, ocasionando en su perspectiva intrínseca “violencia simbólica”.

Por otro lado, el escritor Héctor Ariel Olmos retoma el concepto de cultura hablando de ella como: “Una forma integral de vida creada histórica y socialmente por una comunidad a partir de su particular manera de resolver desde lo físico, emocional y mental, las relaciones que mantiene con la naturaleza, consigo misma, con otras comunidades y con lo que considera sagrado, con el propósito de dar continuidad y sentido a la totalidad de su existencia” (Olmos, 2008).

De este modo, la cultura aborda los procesos sociales y simbólicos del sujeto, que se relaciona con el *habitus*. Este último, abordado por el sociólogo Pierre Bourdieu (2008) que se entiende como “los acondicionamientos asociados a una clase en particular de condiciones de existencia, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consiente de fines y dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas y regulares sin ser el

⁴ Cabe señalar que el ser humano en su representación y percepción de lo real (ya que cada persona tiene una percepción diferente de ella), para lograr potencializar sus capacidades es necesario cuestionar y reflexionar sobre la realidad que percibe.

producto de la obediencia a reglas y a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de las acciones organizadoras de un director de orquesta” En otras palabras “estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes de prácticas y representaciones” (García, 2017), que generan y modifican aspectos culturales. Por lo cual, se entiende también como una práctica y manera de entender el mundo (o lo real) con dependencia e interacción con lo económico, social y cultural.

A su vez, la intuición generada por el *habitus* es el sentido práctico que a través de la experiencia se pone en uso inconsciente e irreflexivo para después reproducirlo en la sociedad y en cada clase social. Siendo que durante este proceso lo colectivo se modifica y cambia. Entonces se dice que son aspectos culturales estructurados y estructurantes (Bourdieu, 2008).

La cultura, además genera prácticas en el sujeto que determinan su conducta a partir de lo que entiende como verdadero. De este modo, el *habitus* y cultura guardan una relación estrecha que solo es posible en el ser humano, en su dimensión social, biológica y simbólica.

Dado que, a partir de la globalización y los movimientos políticos en las últimas décadas, crearon en el ámbito social una interacción constante de culturas en todo el mundo a través del mercado, que se conoce como *cultura de masas*⁵. En este sentido este objeto sociológico permite dar cuenta de los conflictos a través del análisis de las ambivalencias, los mitos, las ambigüedades de una forma específica del imaginario colectivo (Mace, 2006). De esta manera, la *cultura de masas* se ha venido desarrollando por el avance tecnológico de los medios de comunicación (difusión cultural), generando a su vez, una industria cultural que se propaga rápidamente en sentido de consumo y de mercado. Por esta razón, este objeto es (ya sean sociales, técnicas o simbólicas). Pierre Bourdieu explicó que estas mediciones quedaron bajo influencia cultural de las clases dominantes, quienes por medio de la “violencia simbólica” aplicada sobre los dominados, vuelven legítimas sus visiones del mundo y naturalizan las situaciones sociales que coinciden con sus intereses (Bourdieu, 2011), esto aunado a un campo social donde se ponen en juego diferentes capitales y que son objeto para generar el *habitus* y una cultura que el sujeto interpreta y entiende como lo real para darle un sentido a la vida.

⁵ Se llama cultura de masas al conjunto de objetos culturales (y de prácticas que le son asociadas) producidas por las industrias culturales (sin importar de qué medio de comunicación se trate) con destino (y no es paradójico) a un gran público heterogéneo (grupos e individuos, contextos sociales y referencia culturales) donde se articula lo virtual y lo real en la manera de interpretar el mundo (Mace, 2006).

Respecto a ello, se puede explicar que es un momento de configuración y preconfiguración en el cuerpo territorio y el contexto social del sujeto.

Contextualizando, en México, esta configuración y preconfiguración parte de los hechos sociohistóricos, desde la conquista o colonización, donde se analiza a partir de la adopción de prácticas y acciones que han generado una desigualdad socio-cultural en el país, que ocasionó un impacto en el sujeto, por ejemplo: en entender la enfermedad y la salud como un proceso relacionado y de recompensa.

Ahora bien; los hechos que transcurrieron desde la conquista, la independencia y la revolución en México, no sólo trajeron una modificación en la estructura económica; sino, además, hubo una modificación en la manera de pensar de los sujetos, una diversidad cultural e ideológica, que a la vez fue cambiante con el tiempo. En la conquista las cuestiones que reprimieron a los nativos ocasionaron la imposición de creencias occidentales, con la finalidad de obtener el territorio a beneficio del catolicismo y de los países como España, Inglaterra, Francia y Portugal. Los intereses, además de ser por el territorio, eran materiales (el oro, la plata, por nombrar algunos) que se obtuvieron con el saqueo de las sociedades Mesoamericanas (Brom, 1973). Además de este hecho, se consideró la discriminación del nativo, la explotación y la subordinación de su cultura. Todo esto aunado a generar una desigualdad, una división de razas (considerada como una relación de poder de los españoles), que ocasionó también, la esclavitud. Las creencias religiosas impuestas, generaron el apego de alabar a un Dios, por medio del miedo que se transformó en fe. En este sentido se realizaron acciones de “censura” de una clase a otra.

Las prácticas insalubres del nativo estaban arraigadas a la exclusión que sufría y a las horas de trabajo en exceso. En el caso de sufrir algún daño, el nativo realizaba curaciones enfocadas en las prácticas de herbolaria que se conocían en ese entonces. En este hecho, la importancia del género se hizo visible, el trabajo duro y excesivo lo realizaban los varones, mientras que las mujeres servían a los españoles y que, por lo regular, eran explotadas sexualmente comenzando así con el mestizaje (Catelli, 2011).

De este modo, en la independencia, la mujer juega un rol en el ámbito social, pues se dedicaba al hogar (sirvienta) que atendía al patrón de la hacienda, mientras que el varón (peón), era empujado a realizar fuertes horas de trabajo para pagar con su sueldo el alimento de su familia. Es esta época, las creencias religiosas se concentraron, pasando de ser una cultura politeísta a

monoteísta, donde la fe, se relacionó con el miedo. Tomando en cuenta estos hechos se comenzaron a realizar prácticas irreflexivas en la cultura de género que trajo consigo el *habitus* corporeizado y considerado como normal.

Así mismo, la palabra cultura viene desde los hechos transferidos históricamente de acciones tanto colectivas e individuales que dejan un conocimiento y aprendizaje en el ser humano, practicas irreflexivas estructuradas y estructurantes que asocian lo simbólico para comprender y entender lo real y darle un sentido de lo que percibimos y sentimos con relación a nuestro entorno.

2.4 El Cuidador Primario Informal del Adulto Mayor

Un Cuidador Primario Informal (CPI) es aquel que asiste de las necesidades básicas al enfermo, además de vincularlo con la sociedad y llenarlo de afecto, éste pasa el mayor de tiempo con él. Durante este proceso el cuidador también sufre un desgaste tanto biológico, social, cultural, simbólico y familiar. Esto a su vez, se relaciona con el modo de producir que reconfigura los aspectos culturales al generar diversos roles y relaciones de poder entre hombres y mujeres.

Por otro lado, el CPI por pasar las 24 horas del día cuidando, experimenta la exclusión en el ámbito familiar y de la estructura social, dejando rasgos simbólicos al modificar su capacidad para darle un sentido a lo que percibimos como real o verdadero, además de generar hábitos como el descuido a su persona (tanto económico, social, simbólico y cultural) que le ocasionan frustración y apatía.

El CPI tiende a sentir malestares que pueden darse o no, dependiendo de la persona a la que se cuida, ya sea un paciente con Parálisis Cerebral (PC), personas postradas que han perdido movilidad física, personas con alguna capacidad mental diferente o una persona con alguna enfermedad crónico-degenerativa. Esto relacionado también a la edad del paciente y al grupo etario al que se cuida. En esta última, se tomó como referencia al Adulto Mayor (AM) y a su CPI.

En esta misma línea, según la OMS, el AM son aquellas personas que tienen 60 años o más. Esta población con el paso del tiempo ha ganado derechos para que lleven una vida digna y de bienestar, sin embargo, el CPI es olvidado.

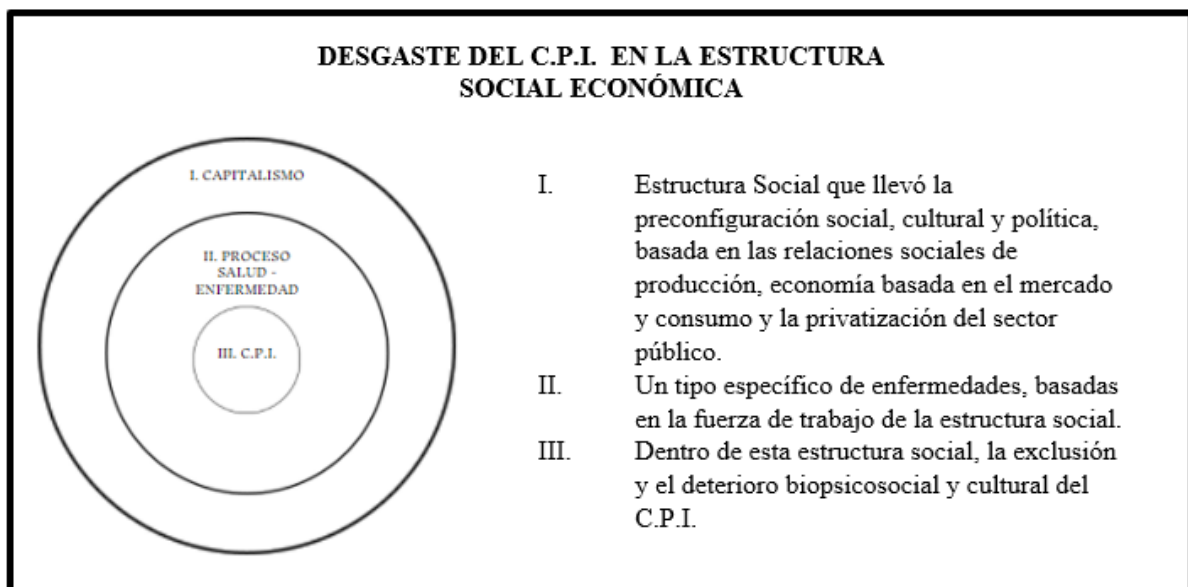
2.4.1 ¿Quién es el Cuidador Primario Informal?

Hablar del CPI es hacer énfasis en el vínculo que se tiene con el ciclo vital de la familia. Éste, como en cualquier ente vivo, surge con un inicio o nacimiento, crece y desarrolla, se reproduce y muere (Castro, 2007). Durante este ciclo, se van teniendo pérdidas y ganancias. Cuando sucede, la familia busca la homeostasis, ya sea con un familiar que ha fallecido o ha enfermado. De este modo, cuando un familiar enferma, la familia va buscando sentido al sufrimiento, sobre todo aquella persona que se encarga de cuidar y se responsabiliza del enfermo, además de no recibir ninguna atribución económica (López et al., 2009). A esta persona se le conoce como el CPI.

Abriendo más el panorama ¿Cómo se determina el proceso de deterioro biopsicosociocultural y familiar en el cuidador primario desde la determinación social? En la imagen 2 se esquematiza la relación que guarda la estructura económica en el desgaste biológico del sujeto, que adquirió la enfermedad y el arrastre de una miembro de la familia para cuidarlo.

Figura 2

Desgaste del C.P.I. en la Estructura Social Económica



Nota: Elaboración Propia.

En este sentido, la figura 2 muestra la estructura social que se encuentra determinada por el capitalismo–neoliberal, en un modo de producción que a su vez determinó y aceleró la manera de enfermar tanto de los familiares del CP como este último; enfermedades del corazón,

diabetes, tumores malignos, enfermedades del hígado, eventos cerebrovasculares entre otras, que están reflejadas además en el adulto mayor. Esta población tuvo un proceso de salud-enfermedad de desgaste que corresponde a: “La presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas” (Laurell, 1982) que a su vez relacionó a un integrante familiar o no, que se hizo responsable (CP) y estando inmerso en este sistema estructural pasó por un proceso de deterioro biopsicosocial, cultural, familiar y simbólico.

Por otro lado, la responsabilidad que adquiere un miembro de la familia para cuidar tiene como sentido la ética, la obligación y en ocasiones la adjudicación de esa cualidad humana. Entonces desde el sistema familiar, cuando un integrante de este círculo enferma y depende de otro integrante, la misma familia busca por medio de acuerdos un equilibrio, donde se toman acciones repentinas pensando que la enfermedad será pasajera. Surge entonces el Cuidador Primario o Principal que como se explicó, tiene una relación muy estrecha con su paciente o familiar enfermo y que además de ser estrecha se hace simbólica.

Así mismo, los CPI son aquellos que adquieren una responsabilidad total en el apoyo del paciente o familiar cuando sufren de incapacidad tanto física, biológica y mental. En este sentido, pasan (en la mayoría de las ocasiones) las 24 horas cuidando. Los CPI son un vínculo del sujeto enfermo con la sociedad; además, lo llenan de afecto y lo procuran en los cuidados básicos. Por lo regular esta población corresponde en su mayoría a mujeres por la razón del rol que juegan en la sociedad como la persona que procura y cuida, en una edad de 35 a 60 años (Pavón, 2014).

Durante este proceso, el CPI pasa por etapas: la primera es el entusiasmo, donde se piensa que ayudar es gratificante. Después viene la etapa de estancamiento, donde se presentan los primeros signos de cansancio. Posteriormente, sigue la etapa de la frustración, donde surgen sentimientos o sensaciones de fracaso y de culpa. La última etapa es de apatía y es una fase crucial, en donde resultan nulas las relaciones afectivas, piensa que nada funciona ni en su vida, ni en su trabajo. Entonces, llega el momento que se desatiende, esto llega a ocasionar una baja autoestima, tristeza y en ocasiones depresión (Pavón, 2014). El CPI entonces llega a colapsar en ocasiones más rápido que el paciente y a la vez se ve obligado a no dejar dicha responsabilidad, produciendo una carga negativa en su persona y que influye en su aspecto emocional. Esto ligado al círculo familiar que de igual manera se ve afectado (Castro, 2007).

Como lo mencionaron Castro (2007) y Pavón (2014), los CPI además de tener un desgaste físico y emocional por cuidar, se ven inmersos en el sistema estructural donde a través del mercado y consumo adquieren un rol invisible en el que no se les reconoce. En este sentido, además de este deterioro, su salud en general se ve interrumpida, así como sus capacidades humanas. Es por ello, que debe ocurrir una reconciliación con ellos mismos, con su familia y por su puesto con el enfermo al que cuida. Por último, de no atender a esta población llegará a ser un paciente más en el sector salud y en la sociedad.

Otro de los efectos que se produce al cuidar, (y como se vive actualmente) es un vacío existencial, que como lo explica Víktor E. Frankl (1991) se tiene una idea de felicidad y de realización personal en términos del goce y del disfrute, del momento presente al poseer cuanto producto se le ofrece en el mercado, esclavizándose para obtenerlo; lo cual hace que se subordine quedando atrapado en el individualismo, de modo que las referencias sociales pasan a diluirse.

En este sentido el CPI queda atrapado y estancado al no encontrar su felicidad y no darle un significado a la vida. Por el contrario, se ve obligado a responsabilizarse de la persona que asiste, al no tener metas ni alguna realización personal, creando en su vida un vacío existencial. De este modo, cae en el vicio de ya no sentir al otro y de dejarse sentir por el otro, al sumergirse en una profunda sensación de soledad que le impide significar su propia vida y de este modo ya no le da sentido.

Por otra parte, las complicaciones biológicas del C.P.I. se van relacionando desde la fatiga emocional y la disminución de energía, desgaste físico que se asocia a la frustración y fracaso que ocasionan el estancamiento emocional (Barreto & Salazar, 2021). Esto a su vez se relaciona con el síndrome de Burnout que además de conectarse con el desgaste profesional, también es conocido como el síndrome de sobrecarga emocional, la baja realización personal, la despersonalización y el agotamiento. Es por esa razón que el C.P.I. pasa por estas etapas que le ocasionan con el tiempo un colapso.

También cabe mencionar que los cuidados que brinda esta población van desde la movilización y transferencias, higiene personal y vestido, alimentación, funcionalidad a nivel físico, inteligencia emocional, técnicas para manejo de estrés, terapia y estimulación cognitiva, atención de emergencias, acompañamiento y apoyo emocional y técnicas de relajación (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], s.f.). De esta manera el CPI

en su mayoría de ocasiones no está preparado, por lo que limita su atención para cuidar, proporcionando lo que ha aprendido y aprende al momento. En este sentido, el cuidador permanece a la sombra de la persona a la que cuida.

Por otra parte, algunas de las afectaciones que tiene el CPI son repercusiones tanto en su salud física, psicológica, social y económica. Se entiende por salud física en la vulnerabilidad de las movilizaciones que adecua al trasladar a su paciente, también en las afectaciones que va teniendo su cuerpo al cuidar, que con el paso del tiempo se va deteriorando, tales como diabetes, anemia y un sistema inmune debilitado, de tal manera que en ocasiones es el CPI quien tiene más visitas al médico que el paciente que cuida (Instituto Nacional de Geriátrica [INGER], s.f.).

Con respecto a las afectaciones psicológicas que va teniendo el CPI son aquellos sentimientos que experimenta como la tristeza, desesperaciones y falta de esperanza, que al pasar del tiempo se va percibiendo como irritabilidad, preocupación y culpa. En alteraciones sociales este grupo deja a un lado sus aspiraciones personales, por lo que se aísla socialmente. Por último, en las afectaciones económicas considera que nadie lo apoya, ya que se reducen los ingresos y la dedicación laboral para cuidar al paciente (INGER, s.f.). Cabe recalcar que la estructura social y económica influye en el desarrollo de las aptitudes del CPI quien en varias ocasiones se ve influido por ellas. En esa misma línea este grupo se ve aislado ya que no percibe la comprensión del trabajo que realiza.

2.4.2 Los derechos del CPI

En los últimos años ha emergido con fuerza las políticas de cuidado que aparecen en forma de políticas públicas que asigna recursos para el cuidado en forma de dinero, servicios o tiempo (Villa, 2019). De tal manera, el CPI enfrenta las problemáticas que surgen a partir de cuidar a alguien que por lo regular es un integrante de la familia. De este modo y como en la estructura social, persisten las desigualdades de género.

Estas desigualdades se acentúan en torno al tiempo dedicado a los cuidados según la edad, la estructura y el tamaño de los hogares (Villa, 2019). Es así que se le reconoce a la mujer como el pilar para atender esta responsabilidad, esta diferenciación se debe a las actividades que en la sociedad presenta cada género, la mujer por ejemplo está dedicada al ámbito doméstico

mientras que los hombres están más en el ámbito público, siendo los proveedores de ingresos en el hogar (Instituto Nacional de las Mujeres, s. f.).

Por otro lado, estas responsabilidades no han sido reconocidas como tal ya por su fragmentación en varias leyes comenzando por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En la carta Magna destacan los artículos 1o y 4o. El primero, otorga garantías en términos de derechos humanos, mientras que en el 4to considera la igualdad entre las mujeres y los hombres, reconoce el derecho a la alimentación, a la protección de la salud, a un medio ambiente y vivienda sana y al desarrollo a la familia. En la Ley Federal de Trabajo se reconocen los derechos laborales y el derecho al cuidado de grupos de población tanto formales como informales, que de manera voluntaria se inscriben al seguro social (Villa, 2019).

2.4.3 Las enfermedades comunes del Adulto mayor que enfrenta el CPI

La vida del ser humano es acotada y en su existencia va adquiriendo experiencias que lo relaciona con su manera de vivir, experiencias que van formando y forjando su identidad. Para ello influyen los aspectos sociales y culturales, además de la interacción con el otro. Su vida está desarrollada por etapas; desde que nace, llega a la pubertad, a la adultez y la vejez.

Esta última, gracias al avance de la ciencia y la tecnología, la esperanza de vida del ser humano ha aumentado⁶. Sin embargo, ¿cómo podemos definir la vejez? Puede definirse desde aspectos biológicos como el propio desgaste físico, que con el paso del tiempo se ha dado, en este sentido el envejecer genera crisis en la persona, donde se presenta fatiga y cansancio. Por otra parte, como lo explica Castro (2007) se puede definir desde la parte psicosocial, como la etapa del ser humano donde la vida cobra un nuevo sentido.

Por otro lado, la etapa de la vejez o adulto mayor⁷ se da cuando el ser humano pasa a tener los 60 años. En este periodo el sujeto ha adquirido una vasta experiencia para solucionar problemas de la vida cotidiana. En este sentido, el Adulto Mayor pasa por características peculiares, como: la jubilación, donde por lo regular en su edad productiva trabajó para tener una vida estable.

⁶ Según la Organización Mundial de la Salud la esperanza de vida del sujeto puede deberse a las políticas públicas de salud de cada país y al desarrollo tecnológico y socioeconómico (OMS, 2021).

⁷ Donde tan sólo en México según datos del INEGI hasta el 2020 la población de los Estados Unidos Mexicanos es de 126 014 024 habitantes de los cuales del 2010 al 2020 pasó de ser del 10% al 12% de adultos mayores, donde la tasa poblacional está concentrada de los 22 a los 29 años teniendo una pirámide reducida en la edad de los 60 a los 85 años y que en un futuro se tendrá una pirámide invertida donde la mayoría de población estará concentrada en los adultos mayores (INEGI, 2021).

Sin embargo, cuando sucede este proceso su vida deja de tener sentido. Los hijos se van, en muchas ocasiones la pareja se enferma, haciéndose preguntas como ¿Qué es la vida, el dolor, el sufrimiento, el amor y la muerte? Es así como le inquieta su futuro, su vejez y la muerte (Castro, 2007; p. 67).

A su vez, el Adulto Mayor además presenta desapegos y comienza a valorar más a las personas y llega a tener la sensación de que algo en su vida termina. Como lo expone María del Carmen Castro (2007) comienza a cerrar asuntos pendientes. En los aspectos biológicos, el adulto mayor va perdiendo movimiento, flexibilidad, estatura, debilitamiento de las facultades intelectuales y va perdiendo integración y adaptación al medio ambiente. Durante esta etapa, además comienza un reencuentro con uno mismo.

En la estructura familiar⁸, la vejez llega al ver como los hijos se casan, la pareja en algunas ocasiones fallece y en muchas ocasiones se llega a la dependencia. En esta misma línea, la vejez va llevando al desgaste biológico, de tal manera que la dependencia conlleva a tener una persona que pueda ayudarlo en sus actividades diarias. Es así que la enfermedad se presenta y es factor principal para que los familiares sientan una carga con este grupo etario (Velasco & Sinibaldi, 2001).

Cabe mencionar que parte del deterioro biológico que tiene el sujeto al entrar a la vejez es por enrolarse en las prácticas sociales de economía que corresponden a la fuerza de trabajo, que en ocasiones le impiden valerse por sí mismo, en otras palabras, como lo afirmaron Velasco y Sinibaldi (2001), el envejecimiento significa la degradación inevitable del cuerpo que lo conduce a la enfermedad y a la muerte.

Estas enfermedades tienen relación con las formas de alimentarse, así como el desgaste que tuvo el cuerpo durante el trabajo. La familia forma parte fundamental para el desarrollo y la estabilidad en esta etapa, ya que como lo explicaron la Dra. María Luisa Velasco y el Dr. Julián Sinibaldi (2001), cuando se llega a esta etapa el sujeto va asimilando la muerte y que ésta venga antes de que se acabe el dinero. En esta misma situación y en varias ocasiones, los familiares pierden el interés por el adulto mayor que en la mayoría de los casos se vuelve dependiente.

⁸ El desarrollo del ser humano corresponde a la estructura familiar, como lo menciona Enrique Arranz Freijo toda persona forma parte de una, donde los aspectos diferenciados de la familia pasan por la orientación a la de procreación, preocupado el ser humano en relacionarse en el ámbito laboral para sustentar (cuando llega el momento) una familia que evoluciona con el paso del tiempo (Arranz, 2004).

En esta misma línea y como se mencionó, en la adultez se van desarrollando enfermedades por el desgaste del cuerpo, las más comunes van desde la vista, auditivas y caídas. También se van desarrollando enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes o ambas. Así mismo, cuando el adulto se vuelve dependiente teniendo alguna enfermedad crónica, la reestructuración familiar es notable, más cuando los hijos ya hicieron su vida que tiene como consecuencia una carga para la persona que cuida del anciano y que suscita toda una clase de sentimientos. Pues el adulto mayor tiende más que nadie a adaptarse y renunciar a la vida familiar, lo que recabe en los hijos el dolor o la felicidad de cuidar del adulto. En este sentido, el adulto mayor enfermo puede ser percibido como una carga ya que se tiene la pérdida de autonomía y por la edad; la demencia. Además, el género del anciano es significativo puesto las ideologías culturales del rol de género conllevan en gran medida a cuidar mejor de la madre que del padre, ya que la madre paso más tiempo con los hijos (Velasco & Sinibaldi, 2001).

Por otro lado, una vejez exitosa llega cuando las personas sienten satisfacción al poder adaptarse a las situaciones cambiantes de la vida, en donde la salud objetiva y la subjetiva que perciben, se vuelve consciente al implicar lo que conlleva la vida. A su vez, Velasco y Sinibaldi (2001), explicaron que el tipo de educación y escolaridad suelen influir en la toma de decisiones que va aceptando la familia al encargarse del adulto mayor, puesto que puede considerarse el estatus escolar (sociocultural) que conecta con la longevidad que se relaciona con el estatus socioeconómico, este estatus social permite una nutrición más racional y concientizar al adulto a la higiene y una mayor profilaxis sanitaria.

Por otro lado, las enfermedades más comunes del Adulto Mayor que surgen de una transición epidemiológica y de la estructura social pasando de las enfermedades infectocontagiosas a crónico-degenerativas, son la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por las cardiopatías sin dejar a un lado la desnutrición que elevó su prevalencia en este grupo etario (Gutiérrez, 2004). A consecuencia del cambio estructural social, estas enfermedades como lo explica Cristina Laurell (1982) tiene su auge en el sistema capitalista-neoliberal.

Otra de las afectaciones más comunes a esta edad es la Salud Mental, tales como lo presenta el CPI son la depresión. También este grupo etario desarrolla por herencia genética algunas demencias, siendo la más frecuente el Alzheimer. Así mismo el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas que, por el cambio de estructura social y la apertura al nuevo mercado, la alimentación se fue modificando, siendo el alimento de los azúcares la que prevalece y que desencadenó factores de riesgo para desarrollar diabetes e hipertensión arterial. Por otro lado,

se encuentran las incapacidades e invalidez del estado funcional que pueden provocar caídas o el déficit resultante de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema y que presenta en mayor grado el sexo femenino (Gutiérrez, 2004).

Además, por la edad algunos adultos mayores se les dificulta ejecutar tareas domésticas tanto ligeras como pesadas que reviste un mayor grado de complejidad donde la necesidad de ayuda se incrementa, volviéndose con el paso del tiempo dependiente y que de igual manera afecta más al sexo femenino. En esta misma línea, la población envejecida como lo explica Luis Miguel Gutiérrez (2004) en su mayoría las mujeres cuidadoras ayudan a realizar las tareas de cuidado personal, doméstico y de provisión de comida, siendo los varones quienes ayudan al aporte económico.

Así mismo, los adultos mayores del sexo femenino son quienes presentan en la mayoría de los casos cuadros de desnutrición, diarrea aguda, cáncer cervicouterino y de estómago, artritis reumatoide y osteoartritis. Por otro los hombres presentan en mayor frecuencia desnutrición, cáncer de estómago y demencias (Gutiérrez, 2004).

En conclusión, la Promoción de la Salud tiende a ser una práctica fundamental para abordar esta problemática e informar y capacitar a comunidades para desarrollar estrategias en atención al cuidado del adulto mayor, ya que como se explicó la transición demográfica está muy próxima.

2.5 Tanatología, Resiliencia y Estrategias de auto cuidado para el CPI

El CPI pasa por diferentes etapas cuando es el encargado de cuidar ya sea a un familiar o no, y durante estas etapas va presentando deterioro tanto físico como mental porque siente que ha perdido su libertad, es entonces que llega al colapso.

Para la atención a esta problemática es importante considerar estrategias para el atender al CPI, es así que se aborda desde la salud mental disciplinas como la tanatología y la resiliencia en función para acompañar al CPI a superar la transición por la que está pasando.

Por lo cual se define la tanatología como la disciplina que se encarga de darle un sentido a la pérdida y facilitar toda una gama de cuidados paliativos (Domínguez, 2009). Por otro lado, la resiliencia se entiende como la herramienta que le permite a los individuos desarrollarse de una manera normal cuando éste vive en circunstancias desfavorables (Uriarte, 2005).

Es así, que la PS aborda estas disciplinas que son consideradas fundamentales para atender al CPI y en ese sentido potencializar sus capacidades para que realice sus aspiraciones cual sean estas.

2.5.1 La tanatología y el duelo en el CPI

Elisabeth Kübler-Ross define la tanatología como la disciplina que se encarga de encontrar sentido al proceso de la muerte y de darle una calidad de vida tanto al enfermo terminal como a su familia (Domínguez, 2009). Pero ¿qué entendemos por tanatología? En su definición etimológica proviene del latín *Thanatos* que significa muerte y *logos* estudio, que se relaciona con el estudio de la muerte.

Guadalupe Domínguez (2009) coincide que la muerte en la actualidad se ha normalizado dejando de darle importancia, donde la tanatología consiste en facilitar toda una gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a los familiares del enfermo a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte.

En este sentido, para entender este proceso es importante comprender el ciclo vital del ser humano que comienza con la familia, donde esta pequeña sociedad forma una serie de comportamientos que de igual manera son aprendidos por lo colectivo y aplicados al círculo familiar. Como lo explica María del Carmen Castro, la familia es el primer contacto que tiene el ser humano, siendo el lugar donde la persona es educada, amada y formada. Es por ello que entender cómo enfrentar los hechos trágicos de la muerte, conlleva a la fortaleza con la que es formado el ser humano en la familia. En este mismo hecho, la familia se enfrenta a varias circunstancias cuando un integrante de ella está pasando por alguna situación de enfermedad o de muerte, del cual uno de sus integrantes se hace responsable. Es por ello, que la asimilación de ambos fenómenos es un pasaje y duelo que va enfrentando de diferente manera cada integrante de la familia (Castro, 2007).

Por esa razón, al presentarse alguna pérdida familiar o situación de enfermedad conlleva al dolor y al sufrimiento de los integrantes de la familia. Sin embargo, en este sentido y como lo explicó María del Carmen Castro (2007), en la etapa el adulto mayor se ha tenido varias pérdidas, también es de esperarse que se haga realidad el dicho “se cosecha lo que se sembró”. Es así, que el trato hacia este grupo va a depender de la formación que tuvieron cada uno de los integrantes de su familia.

Por otro lado, el proceso de duelo que pasa tanto el enfermo como el cuidador, uno por tener la enfermedad y el otro por asimilar el cuidado del enfermo, conlleva a una serie de circunstancias de comprensión como una etapa de la vida y del círculo familiar. Para el CPI el dolor producido es total, un dolor biológico, psicológico, social y espiritual. Duele el pasado, el presente y su futuro, en conjunto duele la vida. En este sentido cada pérdida emocional, funcional o física representa un duelo y un conjunto de emociones y representaciones mentales y conductas simbólicas relacionadas con la pérdida. Para el CPI se pierden sus sueños, sus aspiraciones, de tal manera que figura un cambio y su adaptación a ella (Pavón, 2014).

Como lo explicó Lorena Pavón (2014), el CPI pasa por un duelo anticipado, donde la noticia del enfermo y de cuidar no es asimilada al momento y con el paso del tiempo se adapta a una reorganización y a la nueva situación. En ocasiones también pasa por un desapego del enfermo cuando el CPI asimila la muerte de éste anticipadamente.

Durante el duelo, el CPI pasa por la incompreensión, la frustración y el desapego a sus sueños ocasionando en él un vacío existencial, que lo ha llevado a darle sentido a su vida aislándose. Pues como se ha mencionado él ha adquirido una sobrecarga que en ocasiones llega a fantasear con la muerte del enfermo ocasionando un sentimiento de culpa (Pavón, 2014).

Por otro lado, la tanatología también consiste en facilitar al CPI los cuidados paliativos para sobrellevar el duelo producido por la muerte. Al igual que un enfermo en fase terminal, el CPI pasa por distintas etapas cuando surge en atención al enfermo, la primera al duelo anticipado, donde subyace la fase de negación al no asimilar la magnitud y responsabilidad de hacerse cargo de la persona a la que cuidará. Sigue la fase de ira, donde siente frustración por pasar el mayor de tiempo cuidando y es en esta etapa por lo regular es donde entra una sobrecarga que lo lleva al colapso. Por otra parte, en la fase de depresión e incompreensión, no se siente ayudado ni comprendido por la gente que la rodea, olvidando además sus aspiraciones personales. Por último, presenta la fase de aceptación donde considera que sólo estará para cuidar al paciente (Domínguez, 2009).

En conclusión, los aspectos de pérdidas y de asimilación en las situaciones por las que pasa el CPI son hechas a un lado. Sin embargo, se deben tomar en cuenta para ayudar al acompañamiento y equilibrio de su vida personal. Por esa razón es de importancia generar políticas públicas que ayuden a este grupo de personas a la capacitación y a la ayuda tanatológica para que asimile lo que enfrenta.

2.5.2 La resiliencia en el CPI

Una de las herramientas que favorece al CPI en todo el contexto y por la manera en que se va haciendo cargo de su paciente es la residencia, ésta es entendida como el proceso que permite a ciertos individuos desarrollarse con normalidad y en armonía con su medio a pesar de vivir en contexto desfavorecido (Uriarte, 2005).

De tal manera, que el CPI durante las etapas que va presentando durante cuidar y que va tomando en cuenta su contexto social y familiar, lo ha llevado en varias ocasiones al colapso, en este sentido, esta herramienta llevaría al CPI a sobrellevar y contrarrestar los efectos negativo que le produce cuidar.

Por otro lado, una persona resiliente insiste en que los procesos contextuales desfavorables no le afectan en el desarrollo de sus capacidades personales. Lo cual ocasiona un desarrollo óptimo y una visión positiva en su existencia y que vas a más allá de la resistencia a la adversidad, de tal manera que lo contribuye a un logro (Uriarte, 2005).

La construcción de la resiliencia tiene que ver en muchas ocasiones con los valores aprendidos en la niñez desde la familia y en los entornos sociales inmediatos, de tal manera que influyen en las relaciones interpersonales que favorecen a los procesos de resiliencia individual y en los grupos sociales. En este sentido, la mayoría de las características de estos individuos se asocia a la educación y por ende se pueden aprender (Uriarte, 2005). Sin embargo, cabe señalar que la familia sigue siendo el centro de refugio y de apoyo individual, siendo la resiliencia una parte fundamental que trasciende desde el ámbito familiar hasta la comunidad.

Por otro lado, para Ana María Rodríguez (2009) existen corrientes que han construido el concepto de resiliencia, las más comunes son la norteamericana conductista e individual, la europea que tiene un enfoque psicoanalítico y la latinoamericana que se enfoca en los procesos sociales como lógica de respuesta a los problemas del contexto. En este sentido, conlleva a una mirada esperanzadora para los viejos problemas de los individuos. De esta manera, se entiende además como una capacidad humana, un proceso dinámico y una condición para el desarrollo de sus aptitudes personales para enfrentar las problemáticas que los aquejan.

Para el CPI, el desarrollo de esta capacidad se incrementa a partir de identificar las problemáticas que le impiden desarrollar sus aptitudes y afrontar las dificultades en la atención con el paciente (o familiar).

A su vez, unas de las características importantes a destacar para que una persona se identifique como resiliente es la introspección, la capacidad de relacionarse y establecer lazos, la iniciativa y la creatividad (Rodríguez, 2009). También es importante su autonomía y la capacidad de visualizar un futuro viable como lo explica la Dra. Consuelo Chápela (García, 2007).

Por otro lado, existen factores que se asocian a la resiliencia, tales como los factores y elementos socioculturales, geográficos y ambientales. También se toman en cuenta los factores mediadores como los de riesgo y protectores. Estos últimos, favorecen el desarrollo de individuos y grupos que aumentan su capacidad de responder a dificultades, pérdidas dolorosas entre otros aspectos (OPS, s.f.). En este sentido la resiliencia es un continuo que nos potencializa y nos ayuda cuando sentimos agobio, incertidumbre y miedo a los cambios.

Por lo tanto, esta herramienta es parte fundamental para potencializar las aptitudes de los CPI, que sin limitarse puedan visualizar un futuro posible que les permita vivir plenamente y en armonía, sin embargo, esta visualización no está tan lejos, ya que los aspectos sociales y culturales pueden llegar a ser una barrera en la potencialización de las capacidades individuales.

2.5.3 Estrategias de auto cuidado para el CPI

La persona responsable de proporcionar los cuidados pertinentes desde el hogar y que por lo regular es un integrante de la familia se le conoce como CPI, éste se va viendo afectado tanto físico, mental, social y culturalmente durante este proceso. De tal manera, que al igual que el adulto mayor, el CPI va deteriorando su salud y aptitudes personales para tener una vida plena. Ya que con el paso del tiempo también va adquiriendo mayor responsabilidad.

El CPI pasa por diversas dificultades y adversidades que va presentando, con el paso del tiempo donde se va sintiendo más obligado a responsabilizarse por su paciente o familiar. Por ello es importantes adecuar estrategias de acompañamiento que le permitan ejercer su autonomía sus derechos y una posición tanto familiar como social. De esta manera, algunas estrategias van de la mano dependiendo de qué situación está pasando el CPI y que para ello es necesario conocer las afectaciones que le produce cuidar.

En este sentido, la carga de responsabilidades que se van adquiriendo, hace que el CPI se vaya alejando de sus aspiraciones personales y que, por las cuestiones socioculturales, estas tareas por lo regular recaen en la mujer que en promedio consta de una edad de 40 a 60 años (Giraldo, et al, 2005). A esta carga se le ha conocido con diferentes nombres como colapso, crisis, síndrome del quemado, síndrome del cuidador, entre otras. La carga es un cuadro plurisintomático que va presentando el CPI con el paso del tiempo, donde llega a la frustración y por ende al colapso. Una de las características que tiene esta carga, es que el CPI no la reconoce y va enmarcando un perfil patológico donde se desarrolla la depresión, ansiedad, problemas cardiovasculares y problemas de tensión arterial (Domínguez et al., 2010).

En este sentido, es primordial enmarcar las problemáticas y factores que van deteriorando al CPI para construir estrategias adecuadas y mejorar su calidad de vida. De esta manera, algunos planteamientos documentados para atender al CPI son pocas, por ejemplo, en España están basadas en abordaje psicoeducativo y capacitación, dejando por lo regular a un lado la atención psicológica que requiere este grupo (Torres et al., 2008).

De esta manera, se engloban tres estrategias principales para el cuidado del CPI que son el cuidar el cuerpo, cuidar las emociones y cuidar las relaciones. En la primera, el tener acceso a los servicios de salud para un chequeo general y dar a conocer las enfermedades comunes que llegan a presentar este grupo, otra manera de cuidar el cuerpo es dormir lo suficiente, alimentarse correctamente, practicar técnicas de relajación, ejercicio y llevar un control de las enfermedades que padece (INGER, s.f.). Ante todo, generar hábitos saludables.

Por otro lado, para cuidar las emociones de este grupo es necesario reconocer y aceptar los sentimientos sin juzgarse, de tal manera que exista el autorreconocimiento. Aprender a pedir ayuda y aprender a poner límites. Por último, el cuidar las relaciones se entiende en reorganizar la vida social, organizar el tiempo, contar con redes de apoyo, delegar las responsabilidades, buscar apoyo externo y asistir a grupos de apoyo para familiares (INGER, s.f.). Para concluir, es necesario evitar la soledad y el aislamiento. En este sentido el Lic. En Promoción de la Salud debe considerar la capacitación para potencializar las aptitudes del CPI.

Siguiendo la línea, la capacitación es una estrategia fundamental para que el CPI adquiriera las herramientas necesarias no sólo para cuidar al paciente sino para generar un auto cuidado y tener sus propias herramientas para generar salud. Sin embargo, cabe recalcar que las

situaciones sociales afectan demasiado, ya que las estructuras culturales generadoras del *habitus* productoras del individualismo, ocasionan que a este grupo no se le reconozca.

Por otro lado, gran parte de las afectaciones que presenta el CPI son ocasionadas por el estrés, es por ello recalcar la suma importancia de controlar esta patología. De esta manera, se deben buscar estrategias para la relajación tanto física como mental.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Metodología cualitativa

La metodología cualitativa a comparación de la cuantitativa considera todos los escenarios y personas como objeto de estudio, su profundidad en la investigación parte de la entrevista profunda que considera a la semiestructura y no estructurada, además de la historia de vida. Se considera entonces que la metodología cualitativa es humanista y que enfatiza un enfoque complejo de análisis que utiliza como herramienta al investigador.

Roberto Hernández et al. (2014), consideraron que la metodología cualitativa se plantea para descubrir o plantear preguntas que ayuden a reconstruir la realidad tal como la observan los sujetos de un sistema social definido. De esta manera Álvarez-Gayou (2003), consideró este tipo de método como empírico. En este sentido no pretende probar hipótesis ni medir efectos, pues el objetivo es describir lo que ocurre en nuestro alrededor, en pocas palabras hace énfasis en la subjetividad del sujeto (García et al., s.f.).

Por otro lado, la metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos, de las propias palabras de las personas ya sea habladas o escritas y por la conducta observable, es un modo de encarar el mundo empírico (Taylor & Bogdan, 1986).

En este sentido, para Taylor y Bogdan el método cualitativo es inductivo, donde el investigador desarrolla conceptos y comprensiones partiendo de pautas de datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías. En esa misma línea el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística, además de ser sensibles a los efectos que ellos mismos causan en las personas que son objeto de estudio. Es así, que el investigador comprende y a parta sus propias creencias perspectivas o predicciones, en otras palabras, la investigación cualitativas es humanista donde todos los escenarios y personas son dignos de estudios (Taylor & Bogdan, 1986). De la misma forma, Juan Luis Álvarez-Gayou (2003) retomó estos principios en su libro *Cómo hacer investigación Cualitativa* considerando que la investigación cualitativa sirve como estudio para el comportamiento humano.

Por lo tanto, este método científico toma en cuenta y en todas las perspectivas la vida del ser humano, su comportamiento y cada escenario en el que éste se desarrolla. De esta manera, se considera un método de mayor profundidad para la investigación.

3.2 Técnicas e Instrumento

Las técnicas e instrumentos de investigación considerados para el método cualitativo son la entrevista semiestructurada y no estructurada que a profundidad se ejemplifican en las historias de vida, estas consideran un grado de complejidad para su análisis ya que toma como referencia todo lo de su alrededor: escenarios, personas y conductas.

Esta investigación se enfocó en el CPI y para responder las preguntas de investigación se utilizaron las herramientas como la entrevista semiestructurada y la historia de vida. La primera se enfocó en responder las primeras cinco preguntas de investigación que por ser semiestructurada y dependiendo de las respuestas, se fueron construyendo preguntas para realizar una entrevista con profundidad. La segunda se enfocó en construir la historia del CPI con la finalidad de responder a un con más a detalle las preguntas de investigación en particular la seis, que ayudó a comprender como la determinación social influye en la vida del CPI (ver Anexo 2).

3.2.1 La Entrevista

La entrevista es una técnica de utilidad para la investigación cualitativa en recabar datos, se define como una conversación que tiene un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. En otras palabras, es un instrumento que adopta la forma de una conversación coloquial. De esta manera la información versara en torno a acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona (García et al., s.f.).

Por otro lado, para Taylor y Bogdan entienden la entrevista como un conjunto de encuentros que se dan cara a cara entre el entrevistador y los entrevistados con la finalidad de tener una comprensión de la perspectiva que los informantes tienen con respecto a su vida, experiencia o situaciones. En este sentido consideran una profundidad en la construcción de la información donde el entrevistador sirve como un cuidadoso recolector de datos siendo un instrumento de investigación (Taylor & Bogdan, 1986).

Es así que la entrevista considera tres fases importantes para su estructuración: La primera es la preparación donde se debe determinar un objetivo, identificar a las personas y formular las preguntas. La segunda es el desarrollo, en esta fase se crea un clima de familiaridad, se mantiene una actitud abierta y positiva para facilitar la comunicación y registrar la información.

Por último, se encuentra la valoración, en esta etapa se reflexiona si las preguntas y la información fue suficiente para su análisis (García et al., s.f.).

De igual forma se consideran tres tipos de entrevistas; las cuales son: la entrevista estructurada, la entrevista semiestructurada y la entrevista no estructurada. La primera considera una serie de preguntas ya elaboradas y se aplica de manera rígida a todos los sujetos de estudio (Díaz et al., 2013). Sin embargo, haciendo un contraste para Taylor y Bogdan consideraron que una entrevista tiene que ser flexible ya que consideran que se obtendrá una mayor profundidad en la información (Taylor & Bogdan, 1986).

Por otro lado, la entrevista semiestructurada que se apega más a la investigación cualitativa, presenta un grado mayor de flexibilidad ya que las preguntas planteadas se pueden ajustar a los entrevistados a través de un conjunto de preguntas abiertas (Díaz et al., 2013; Tejero, 2021). De tal manera que el entrevistador dispone de un guion que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista estableciendo un tipo de conversación propia y personal (Tejero, 2021).

Durante este tipo de entrevista se requiere tomar decisiones que implican un grado de sensibilidad hacia el curso de la entrevista y del entrevistado, con una buena visión de lo que se ha dicho considerando un tiempo limitado y el poder hacer todas las preguntas que sirvieron como guía (Díaz et al., 2013). Por otro lado, las entrevistas no estructuradas son más flexibles e informales, se plantean de manera que se pueda adaptar a los sujetos de estudio.

Por último, las entrevistas más inclinadas a la metodología cualitativa son la semiestructurada y la no estructurada, ya que tiene mayor profundidad para una investigación ya que toma en cuenta la subjetividad del sujeto, su entorno y su subjetividad.

3.2.1.1 Guion de Entrevista

El guion de la entrevista se dividió en tres secciones (ver Anexo 3). La primera abordó el pasado; en la que se estructuraron 13 ítems donde se interrogó al CPI, acerca de la relación que tiene con su familia, la escuela, su economía y su formación como CPI. La segunda sección se avocó a su presente; conformada por 22 ítems para conocer acerca de la vida que tiene como CPI, sus emociones, sus ingresos, gastos, las ayudas que recibe siendo Cuidador.

Por último, la tercera sección se conformó por 3 ítems para conocer su futuro, sus aspiraciones, su salud y como imagina su vida en un par de años. De este guion se analizaron categorías que se vincularon con el Marco Teórico de la investigación.

3.3 Población/muestra

Como se mencionó la herramienta principal a considerar en esta investigación es la Historia de Vida que se realizó a dos CPI en la Ciudad de México en la alcaldía Iztapalapa, que mediante una entrevista profunda se construyó su historia de vida para responder las preguntas de investigación de esta tesis.

3.3.1 Sujetos

Los sujetos de estudio son CPI que están, ubicados en la Ciudad de México alcaldía Iztapalapa, fueron 2 personas del sexo femenino que pasan la mayor parte de su tiempo cuidando a un adulto mayor, donde la mayoría se dedican al hogar y son consideradas como el pilar de la familia.

3.4 Procedimiento

En primer momento se buscó a los CPI por medio de conocidos. La primera persona que accedió a darme la entrevista fue con ayuda de mis familiares ya que tenían una conocida que realizaba las funciones de CPI. La otra persona se contactó gracias a una conocida de la universidad que le solicitó a su tía la autorización de la entrevista.

Una vez que se obtuvo la autorización, se agendó una cita para realizar la entrevista. El primer CPI que se visitó tenía su casa en remodelación por lo cual, se buscó un espacio para realizar la entrevista. Se explicó y se proporcionó el Consentimiento Informado (véase Anexo 1), que después firmo el CPI. Posterior a ello, se inició la grabadora y comenzó la entrevista.

Como se iban planteando las preguntas, el CPI comenzaba a recordar partes de su vida, en su familia, las atribuciones académicas y las circunstancias que la llevaron a cuidar a su esposo. La persona entrevistada se mostraba sonriente y alegre en todo momento. Sin embargo, cuando se le hacía mención de ser el cuidador, la persona negaba todo.

Uno de los momentos más emotivos fue cuando recordó a su madre y a su hermana, ya que le había causado alegría recordar a estas personas que ya estaban con ella. La personalidad de esta persona aparte de ser alegre, era muy dura; ya que cuando se le preguntó que le producía

cuidar, el CPI contestaba que le decía a su esposo que dejará a un lado su depresión y que se levantará de donde estaba de una manera grotesca. Después mencionó que cuidar le causaba algo de frustración. La entrevista fluyó sin ninguna interrupción hasta que se finalizó, comentando la CPI le había parecido agradable recordar su pasado y su familia.

Por otro lado, la entrevista que se realizó al otro CPI fue en una casa pequeña, en el cuarto donde tenían a su madre quien era la persona que cuidaba. Se proporcionó el consentimiento informado y se explicó para que se necesitaba la firma. Una vez firmado se encendió la grabadora y comenzó la entrevista.

Durante esta entrevista había constantes interrupciones ya que la madre del CPI estaba postrada en cama y tenía oxígeno conectado, en todo momento se quejaba. Se empezó realizando las preguntas de su pasado, lo cual fue emotivo para el CPI ya que recordar a su madre y viéndola ahora postrada le causó sentimiento que empezó a llorar. Esta persona se notaba angustiada y cansada ya que decía que pasaba las 24 horas cuidando a su madre.

Durante la entrevista, la madre del CPI interrumpió un poco ya que empezó a gritar, lo cual hizo que su hija fuera a calmarla y después se continuó. Posterior a ello se empezó hablar de su presente que le causó nostalgia y tristeza. Al finalizar la entrevista el CPI comenzó a llorar, desahogándose por recordar parte de su vida. Ambas entrevistas se llevaron a cabo en un lugar cerrado y el más cómodo para el entrevistado.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para obtener los resultados y responder las preguntas de investigación, se aplicaron dos entrevistas dirigidas a personas que pertenecen a la comunidad de Cuidadores Primarios Informales de Adultos Mayores en Iztapalapa Ciudad de México, específicamente en las colonias la Era y Barrio San Lucas.

Estas entrevistas fueron aplicadas a mujeres Adultas Mayores que para proteger sus datos personales, se referencian con los pseudónimos de “*Carmen*” de 65 años que cuida a su esposo “*Juan Carlos*” de 75 años con problemas de visión, de motricidad y de depresión. La otra entrevista fue aplicada a la señora “*María*” de 64 años, que cuida a su madre y que corresponde al nombre de “*Hortensia*” con una edad de 85 años y diagnosticada con la Enfermedad Pulmonar Intersticial no especificada, actualmente postrada en su cama.

Categorías de análisis

Las Categorías de Análisis se basaron en el Marco Teórico de la investigación que se vinculó con la información resultante de la entrevista. La primera categoría que se mencionó es la **Determinación Económica y Política** que se retoma a partir de los fundamentos teóricos de Jaime Breilh (2013) sobre la Determinación Social de la Salud. En este sentido se aborda la **Determinación Cultural** y la influencia de la estructura social para determinar y condicionar la vida.

El Capital Cultural retoma la investigación teórica de Pierre Bourdieu (2011) sobre el movimiento de los capitales que son aprendidas y reproducidas por la clase social. Relacionado a esta categoría se encuentra el **Capital Social**, que hace referencia a la manera en que se relaciona el ser humano, las amistades y su influencia para obtener el capital cultural y el económico. El **Capital Simbólico** que es otra de las categorías, se refiere al resultado de tener ambos capitales y la combinación de ellos (capital social, cultural y económico).

Por otro lado, se abordó como categoría el **Ciclo, Estructura Familiar y Rol de Género**, para entender cómo se estructuraron los roles que influyeron en el sujeto entrevistado y de esta manera describir el rol de CPI. Otra de las categorías es la del **Cuidador Primario Informal** que como parte principal del tema de investigación, fue dar a conocer cómo un integrante de la familia se

responsabiliza y adquiere un papel importante en el cuidado y recuperación de un familiar enfermo (Torres, 2008a). De este modo, otra de las categorías mencionadas fue el **Desgaste Biopsicosocial del CPI**, que por cuidar sufre de un deterioro que con el paso del tiempo y si no es atendido, podría ser un paciente más.

Otra de las categorías que se relacionó fue la del **Adulto mayor**, sujeto de 60 años o más (OMS, 2017) que es tomada en cuenta para los cuidados que brinda un familiar. La categoría de la **Salud** se consideró para conocer en todas sus perspectivas cómo el CPI percibe y atiende en su vida todas las cuestiones relacionadas a ella. La salud tomada desde las definiciones teóricas de la OMS (2020a) como el completo bienestar versus la salud como el conjunto de capacidades (García, 2007). Por último, se retoma la categoría de la **Resiliencia** para conocer cómo el CPI afronta todos los procesos relacionados a cuidar en un ambiente desfavorable (Uriarte, 2005).

4.1 Análisis de la narrativa de la entrevista a Carmen

Categoría de análisis

4.1.1 Determinación Económica y Política

La Determinación Económica (DE), es un fundamento teórico basado en la estructura económica de una sociedad, que determina el modo de trabajo de las personas y que está cimentado en el consumo y el mercado. Esta estructura genera una transformación de la naturaleza para satisfacer las necesidades humanas (Breilh, 2013). Esta categoría a su vez determina la manera de vivir, de enfermar y morir de las personas (Laurell, 1982). En estas posturas se aborda la interacción del sujeto-naturaleza, la preservación y satisfacción humana que a la vez desde actos simbólicos determinan la forma de vida.

Es así que en la estructura determinada económicamente se establecieron políticas donde el mercado tenía que subsanar las necesidades de las personas, necesidades que el Estado no podía cubrir, es por ello, que durante la entrevista Carmen mencionó lo siguiente: “*Hice todos mis estudios de forma particular primaria y secundaria*”. En este sentido, se explica que en la década de los 80’s justamente en el acontecimiento de políticas neoliberales, se propuso críticamente que sería más conveniente que se trasladara la provisión del servicio educativo al sector privado, enfocando el gasto público a personas con situación más vulnerable, mientras que, quienes podían pagar lo hicieran conforme a sus propias expectativas e intereses,

permitiendo en consecuencia, un mercado educativo diferenciado en orientación, calidad y costo (Serrano, 2008).

Por otro lado, Carmen mencionó: *“antes de casarme trabajé desde los 17 años, hasta que me embaracé hasta los 20 años”*. De esta manera, se explica que en esta adopción de políticas y bajo este modelo, se aceleró la desigualdad entre campo y ciudad, entre obreros frente a trabajadores formales y desempleados. Es así que persistió la pobreza urbana, indígena y rural (Laurell, 1997). Sin embargo, Carmen mencionó: *“Con la pandemia me dieron las gracias, me despidieron cuando comenzó la pandemia”*, además comentó: *“Estaba molesta por que trabajé casi 30 años y pues no fui liquidada ni nada”*. Cabe mencionar que esta Determinación Económica, en una parte aceleró la adquisición de la propiedad privada (la desinstitucionalización de lo público) y por último, el libre mercado que ocasionó las horas laborales extensas y la reducción de los derechos humanos (Lalonde, 1996).

4.1.2 Capital económico

Las adquisiciones materiales que solventaron los gastos de Carmen una vez casada fueron por parte de su esposo ya que comenta: *“mi esposo trabajaba en un taller mecánico industrial donde era copropietario y tenía otros dos socios”*, además para obtener la vivienda donde radica actualmente comentó: *“Mi esposo tuvo que vender alguna maquinaria que tenía y contamos con los recursos para comprar esta casa”*; sin embargo, dijo: *“Cuando yo llegué aquí la casa estaba en obra negra, fueron tiempos muy difíciles porque no teníamos los recursos para construir la casa”*. Por otro lado, Carmen explicó: *“Los problemas surgieron un poquito cuando nació mi primer hijo que tuvo muchos problemas físicos al nacer, los dedos de su mano no se desarrollaron bien y entonces se le tuvieron que hacer como diez y seis cirugías plásticas y pues esto generaba muchísimos gastos”*, es así que comentó: *“Mi esposo tuvo que vender el coche alguna maquinaria pero en general fuimos solventándolo, redujo nuestros ingresos pero en general no fue una situación grave, nunca fuimos ricos pero tampoco pobres pobres (sic)”*. En este sentido el capital económico hace referencia según Pierre Bourdieu (1986) a los recursos y propiedades materiales de las que dispone un sujeto. Esta postura teórica tiene relación con la Determinación Económica que actualmente se conduce por prácticas basadas en una economía que se estructura en la acumulación de capital (Breilh, 2013).

Por otro lado, la solvencia económica con la que actualmente cuenta Carmen para atender a su esposo es la que comenta diciendo *“mi esposo era pensionado, entonces eso estuvo solventando nuestros gastos”* y afirmando que: *“Si, es pensionado y jubilado”*. En este sentido, en México Según la Ley del Seguro Social en la sección sexta, en el artículo 170, se considera que la persona puede contar con una pensión garantizada cuando ésta tenga sesenta años o más o hayan cotizado mil o más semanas (Ley del Seguro Social, 2021). Esto a su vez genera capital económico dictaminado por leyes establecidas en un país. Por su parte, Castro (2007) refirió que el Adulto Mayor pasa por características como la jubilación, donde por lo regular en su edad productiva trabajó para tener una vida estable. Haciendo referencia a la acumulación de capital.

4.1.3 Determinación Cultural

La Determinación Cultural es un fundamento teórico basada en la cultura de una sociedad y de representaciones sociales que interpreta el ser humano para entender el mundo y lo real, una forma de construcción social de la realidad a través de un sistema de relaciones y mediaciones; mediciones que quedan bajo influencia de las clases dominantes, quienes por medio de la *“violencia simbólica”* aplicada sobre los dominados, vuelven legítimas sus visiones del mundo y naturalizan las situaciones sociales que coinciden con sus intereses (Bourdieu, 2011). En este sentido, la conducta del sujeto está determinada a partir de lo que entiende como verdadero y que se propaga rápidamente en un sentido de consumo y de mercado.

De esta manera, la cultura que construye y reconstruye cada sujeto va dejando conductas y características que se van transformando, dejando aspectos simbólicos, valores, comportamientos y una identidad (Olmos, 2008). Es así, que la identidad de Carmen fue construida a partir de los hechos determinados culturales-académicos e ideológicos; por esta razón nos comenta: *“Mi nivel de estudios básico es hasta secundaria”*, además comentó: *“Estudié danza, inglés, di unas clases de inglés. Comencé mis estudios muy pequeña, desde que mi madre tenía que trabajar me llevó a una guardería de la SEP”*, su madre al ser muy enérgica generó en ella cierta conducta de responsabilidad, por ello explicó lo siguiente: *“Siempre siguiendo los lineamientos y haciendo las cosas de la mejor manera, afortunadamente fui buena estudiante”*.

Otra característica importante de identidad y de conducta fue la que impactó en la vida de Carmen al comentar lo siguiente: *“yo vivía lejos de la escuela y estaba en la colonia Guerrero”*.

Como hecho histórico, la colonia Guerrero tuvo un incremento de su población en los años 30's tras la migración rural y que se conformó en su mayoría por vecindades, además, lo que ayudó a los habitantes de la colonia a permanecer ahí, fue el decreto de rentas congeladas dictaminado en 1942 por el expresidente Manuel Ávila Camacho. Esto además de las formas de organización de los vecinos para hacer frente a los desalojos que retomaron la fortaleza de los vínculos sociales afianzados en la convivencia familiar y cotidiana (Tamariz, 2019).

Otra característica fundamental en la vida Carmen fue el cambio de domicilio, ahora en Iztapalapa, de tal manera que al llegar a vivir en esa alcaldía refirió lo siguiente: *“Hubo dos razones, primero porque mi esposo trabajaba de este lado de Iztapalapa y mi cuñado vivía aquí enfrente de la que ahora es nuestra casa y fue muy fácil conseguir una casa a buen precio”*. En este sentido, a estos cambios de la vida Castorina y Barreiro (2007), refirieron que la cultura en el sujeto se caracteriza por la modificación a los aspectos intrínsecos y sociales del sujeto que caracteriza su contexto e historia para referirse a su forma de vida, generando particularmente cualidades simbólicas de identidad.

4.1.3.1 Ciclo, Estructura Familiar y Rol de Género

El ciclo vital de la familia como cualquier ente vivo, surge con un inicio o nacimiento, crece y desarrolla, se reproduce y muere. Durante este ciclo, se van teniendo pérdidas y ganancias. Cuando hay pérdida, la familia busca la homeostasis (Castro, 2007).

De esta manera Carmen explicó: *“Nací en la Ciudad de México, hija de madre soltera”*, haciendo énfasis en decir *“Mi madre era soltera, era muy enérgica”*, además de: *“Mi madre que trabajaba muchísimo, creo que era favorable”*; sin embargo, Carmen comentó: *“Mi mamá fue muy apoyada por toda su familia, ella fue como la mamá de sus hermanos y el resto de su familia”*. En este sentido, se considera que los hijos necesitan de ambos padres para su sano desarrollo psicológico, de tal manera, que los hijos que se desarrollan con una buena relación de una figura paterna tienen mayor seguridad en sí mismos y un mejor equilibrio emocional; en otras palabras, la autoridad paterna y materna permite el óptimo desarrollo de los hijos. Sin embargo, cuando sucede el divorcio, tan sólo en México por el rol de género que culturalmente se vive, es la madre quien se queda con la parte protestada de los hijos, pues la gran influencia social, cultural y religiosa ubica a la mujer como la responsable del hogar y la crianza, esto ha hecho que se le conciba como el pilar de la familia (Torres et al., 2011). De esta manera,

Minuchin (2004) enfatizó que la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo y que estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales.

Por otro lado, Carmen comentó: *“Me casé muy joven a la edad de veinte años, tuve tres hijos y adopté una sobrina”*; sin embargo, explicó: *“Dejé de trabajar para ser mamá y posteriormente hasta que nacieron todos mis hijos, cuando tuve 30-35”*. Pero también aclara: *“No concluí el CONALEP porque ya tenía un hijo”, y “Estaba yo embarazada de mi tercera hija y aproximadamente como a los cuatro años o cinco empecé a trabajar dando clases de danza en un colegio”*. Además, Carmen enfatizó: *“Sí, yo era la mamá, la ama de casa, la mamá de mis hijos, atender a mi esposo, dedicada a mi casa a mi familia”*. Es por ello, que el rol de género que juega nuestra sociedad parte de que tradicionalmente los hombres han asumido que la responsabilidad principal de ser padres es trabajar para la manutención económica de la familia, y que las funciones relacionadas con la educación y la formación de los hijos es ocupación exclusiva de la madre (Torres et al., 2008a). Esto aunado a una determinación cultural ideológica de género que como lo explicaron Castelli (2011) y Pavón (2014), desde la colonización, el trabajo duro y excesivo lo realizaban los varones, mientras que las mujeres servían a los españoles y que, por lo regular, eran explotadas sexualmente. Con el paso del tiempo la mujer fue jugando el papel de sirvienta, mientras que el hombre fue ocupando el de peón con tareas muy pesadas y con excesivas horas de trabajo. De esta manera a la mujer por pasar tanto tiempo en el hogar se le adjudicaba el papel de protectora que procuraba y cuidaba, mientras que el hombre trabajaba para llevar alimento a su familia.

De igual forma, el rol de cuidadora se les asigna más a las mujeres y no a los hombres quienes asumen el rol asignado de proveedor económico. Sin embargo, las mujeres que tienen trabajos remunerados también ocupan el rol de cuidadoras. Pero ¿qué pasa con el Sr. Juan Carlos? ¿Cómo se siente ante este cambio de rol dentro de su familia? ¿Cómo afecta esto la relación de pareja de Juan Carlos y Carmen? Dejar de trabajar, de aportar dinero, de ser la cabeza de la familia y padecer una discapacidad motriz; teniendo que dejar las actividades cotidianas que antes realizaba con facilidad.

4.1.4 Capital Cultural

La atribución cultural que hace referencia a los títulos, al nivel educativo institucional, así como a las representaciones atribuibles a lo académico que bajo estar en este régimen educativo donde el profesor tiene los conocimientos pertinentes de su materia y al ser transmitidos al

educando: lo considera ignorante; impone sus creencias culturales que el alumno reproduce y que a la vez genera violencia simbólica (Bourdieu, 1986).

En este sentido, esta reproducción cultural basada en el nivel educativo atribuible que tiene Carmen es el que comentó: *“hice la carrera de inglés hasta el tercer nivel, no hice el tercer, hice danza como 10 años, pero en ese tiempo solo daban constancias y soy instructora de acondicionamiento físico con constancia”*. En resumen, señaló: *“Mi nivel de estudios básico es hasta secundaria, con terminación en carrera de inglés que no es licenciatura del CONALEP que ahí comencé a estudiar inglés”*. De esta manera, la Determinación Cultural basada en la cultura de una sociedad, va dejando rasgos atribuibles del mismo capital, en este sentido, en México las políticas determinadas y dictaminadas en lo educativo tuvieron lugar en primera parte al llamar primaria superior a las secundarias en 1889 por el primer Congreso Nacional de Instrucción Pública y que para 1925 se conocieron como secundaria, En esta misma línea, para fortalecer la economía del país se crearon instituciones de media superior que consistían en capacitar a los educandos en actividades productivas y de servicios a fin de que pudieran incorporarse al mercado de trabajo. Es así como en 1979 se crea el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) y otras instituciones técnicas (INEGI, 1994). Además, el imaginario social que se tiene de los estudiantes de instituciones como el CONALEP, es que son alumnos de bajos recursos, haciendo referencia que las y los adolescentes son padres a temprana edad, caso similar al de Carmen.

4.1.5 Capital Simbólico

El sentido del reconocimiento de lo cultural y lo económico de Carmen parte al comentar lo siguiente: *“soy buena relacionándome con la gente desde que soy muy chiquita, yo era la clásica de todo el montón de amiguitas”*. Por otro lado, afirmó: *“Mi madre era soltera era muy enérgica, pero en general creo que era buena la relación cuando uno comprende que todo debe tener un orden”*. En este sentido, Carmen además explicó acerca de su madre que *“a pesar de que fue madre soltera, fue muy apreciada por su familia, mi madre era modista”*, el reconocimiento se ve implícito y continúa tras la agnición de sus aptitudes culturales-académicas explicando: *“Empecé a dar clases de danza en un colegio. Fui muy apoyada donde trabajaba, me dieron la oportunidad, trabajé en la dirección, apoyo de dirección después fui directora del jardín de niños, después fui coordinadora de la secundaria y ya muy al final estaba en atención al público en recepción”*. Sin embargo; este reconocimiento se ve afectado en primera parte por la pandemia en el 2020, al quedarse sin trabajo y por otra, al tener la

responsabilidad de cuidar a su esposo, de este último comentó lo siguiente: *“Afortunadamente se libró del cáncer y más o menos recuperó su estatus de vida”*, siendo importante para ella y para su familia “el reconocimiento” pues es la manera en que representa su vida y lo real. Por esta razón Pierre Bourdieu (1986) enfatizó que el capital simbólico es aquel capital económico o cultural cuando es reconocido en un determinado espacio social. Además, que la atribución de la representación este modelado particularmente por el lenguaje de la sociedad, en este sentido se reproduce, se construye y se reconstruye el conocimiento del sentido común de lo simbólico y cultural que la sociedad pone a disposición del sujeto (Villaroel, 2007).

4.1.6 Cuidador Primario Informal

Durante el ciclo familiar, se van teniendo pérdidas y ganancias. Cuando sucede, la familia busca la homeostasis, ya sea con un familiar que ha fallecido o ha enfermado. De este modo, cuando un familiar enferma, la familia va buscando sentido al sufrimiento, sobre todo aquella persona que se encarga de cuidar y se responsabiliza del enfermo (López et al., 2009). En este sentido el CPI es aquella persona que adquiere una responsabilidad total en el apoyo del paciente o familiar cuando sufren de incapacidad tanto física, biológica y mental. Es por ello que pasan (en la mayoría de las ocasiones) las 24 horas cuidando. Los CPI son un vínculo del sujeto enfermo con la sociedad; además, lo llenan de afecto y lo procuran en los cuidados básicos. Por lo regular esta población corresponde en su mayoría a mujeres ya que por el rol de género que juegan en la sociedad como la persona que procura y cuida (en una edad de 35 a 60 años) se les adjudica esta responsabilidad (Pavón, 2014).

De esta manera, Carmen comentó: *“Cuando nació mi primer hijo, que tuvo muchos problemas físicos al nacer, los deditos de su mano no se desarrollaron bien y entonces se le tuvieron que hacer como diez y seis cirugías plásticas”*, ya desde ese tiempo, Carmen iniciaba como cuidadora informal de su hijo, ya que, en el rol de género de la sociedad mexicana, Carmen aclaró: *“Sí, yo era la mamá, la ama de casa, la mamá de mis hijos, atender a mi esposo, dedicada a mi casa a mi familia”*. Sin embargo, al entrar a la etapa de adulto mayor, Carmen se hizo cargo de sus esposo ya que explicó: *“Las cosas se volvieron realmente difíciles cuando hace dos años más o menos tuvo un accidente, se cayó de la escalera y se fracturó la cadera, lo operaron quedo más o menos bien y fue realmente difícil porque quedo totalmente invalido”*, y *“después de la cirugía nos dieron un formato donde estaba toda la información”*, de esta manera Carmen aclaró: *“Se volvió dependiente totalmente pues de mí y pues de mis hijos pero la que está aquí pues soy yo”*. En este sentido, la responsabilidad que adquiere un miembro de

la familia para cuidar tiene como sentido la ética, la obligación y en ocasiones la adjudicación de esa cualidad humana. Entonces desde el sistema familiar, cuando un integrante de este círculo enferma y depende de otro integrante, la misma familia busca por medio de acuerdos un equilibrio, donde se toman acciones repentinas pensando que la enfermedad será pasajera (Castro, 2007).

Por otro lado, en un principio Carmen recibía ayuda, sin embargo, es ella la responsable total de su esposo ya que dijo: *“Mi hija la más pequeña o sea mi sobrina”* y continuó: *“lo inyectaba”* y aclaró: *era la persona que me ayudaba, ahora ya no está conmigo”*. En cambio, enfatizó: *“No me siento la cuidadora porque no me dedico nada más a eso”*, pero no hay un tiempo específico que le demande cuidar a su esposo, ya que dijo: *“Es que no hay un tiempo específico”*, es así, que, al no tener un tiempo específico para cuidar, empero está a disposición de su esposo. Por otro lado, Carmen refleja un sentimiento de negación al indicar inconscientemente durante su respuesta que está sola, haciendo de la situación que vive, la cuidadora principal de su esposo. De esta manera, Pavón (2014) refirió que el CPI pasa por etapas, siendo la primera el entusiasmo (negación) donde se piensa que ayudar es gratificante. Además, Carmen tiene la esperanza de que su esposo se recupere, sin embargo, como pasan los días el cuerpo del Sr. Juan Carlos se va deteriorando ya que independientemente de su diagnóstico, tiene una edad avanzada (75 años).

Es por ello que la vida de Carmen cambió; sin embargo, dijo: *“hago las actividades de la casa, salgo, hago mis compras, etc.”*, es por ello que, en su familia, Carmen desempeña el rol de ama de casa y cuidadora a la vez, tal como lo afirmó Pavón (2014), el CPI pasa las 24 horas realizando esta actividad.

4.1.7 Desgaste Biopsicosocial del CPI

El desgaste biopsicosocial que sufre el CPI informal se presenta de diferentes maneras, tal como lo explicó Pavón (2014), el CPI pasa por etapas: la primera es el entusiasmo (negación), donde se piensa que ayudar es gratificante. Después viene la etapa de estancamiento, donde se presentan los primeros signos de cansancio. Posteriormente, sigue la etapa de la frustración, donde surgen sentimientos o sensaciones de fracaso y de culpa. La última etapa es de apatía y es una fase crucial, en donde resultan nulas las relaciones afectivas, es así que piensa que nada funciona en su vida, ni en su trabajo. Entonces, llega el momento que se desatiende, esto llega a ocasionar una baja autoestima, tristeza y en ocasiones depresión.

Del mismo modo los malestares que se han presentado por cuidar, Carmen comentó lo siguiente: *“Si a veces si un poco de frustración, no tanto por mí sino por él”* y aparte de sentirse frustrada Carmen aclaró: *“Estrés, mucha angustia pensar que va a suceder con él si no se activa un poco más, ya tiene problemas con la vista, tiene artritis y casi no tiene fuerza y para mí que yo creo fuera lo más favorable tener un poco más de actividad para que este mucho mejor, eso me causaría menos estrés y angustia”* y recalcando: *“estrés”*, siendo la sensación emocional que le produce el cuidar. Es por ello, que Carmen tiene la falsa esperanza de que su esposo se recuperará, no obstante, el Sr. Juan Carlos aparte de su diagnóstico, tiene un deterioro natural, propio de sus 75 años. Es así, que Lazarus y Folkman plantan que el estrés se desarrolla bajo una perspectiva cognitivo sociocultural, de tal manera que son esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas y que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Amarís et al., 2013). Además, Cabe recalcar que Castro (2007), especificó que el CPI llega a colapsar en ocasiones más rápido que el paciente y a la vez se ve obligado a no dejar dicha responsabilidad, produciendo una carga negativa en su persona que influye en su aspecto emocional y en su círculo familiar. Pavón (2014) por su parte hizo referencia que el CPI además de que sufre un desgaste físico y emocional por cuidar, al estar en esta estructura social determinada, adquieren un rol invisible, en el que no se les reconoce. Es por ello, que el desarrollo de sus capacidades humanas se interrumpe.

4.1.8 Adulto Mayor

La etapa de la vejez o adulto mayor se da cuando el ser humano pasa a tener los 60 años. En este periodo el sujeto ha adquirido una vasta experiencia para solucionar problemas de la vida cotidiana. En este sentido, el Adulto Mayor pasa por características peculiares, como: la jubilación, donde por lo regular en su edad productiva trabajó para tener una vida estable. Sin embargo, cuando sucede este proceso su vida deja de tener sentido. Los hijos se van, en muchas ocasiones la pareja se enferma, haciéndose preguntas como *¿Qué es la vida, el dolor, el sufrimiento, el amor y la muerte?* Es así que le inquieta su futuro, su vejez y la muerte (Castro, 2007).

Por consiguiente, Carmen cuida de sus esposo de 75 años que por su edad ha sufrido de un desgaste físico y biológico, de tal manera que Carmen siendo la cuidadora principal comenta lo siguiente: *“Esto se tornó más difícil cuando le hicieron un diagnóstico de cáncer en la próstata”* y *“él siempre ha padecido artritis que lo invalidaba un poco”*, se tornó más

complicado cuando el Sr. Juan Carlos sufrió de una caída, es por eso que Carmen afirmó: *“A partir de entonces ya casi no camina, no se mueve, está casi invalido, afortunadamente si esta hábil para cumplir con sus necesidades básicas, se baña solo”*. Es por eso que Carmen enfatizó: *“Si me causa fuerte estrés ver que no puede hacer nada, pero si tiene capacidad de hacerlo, está enfermo, pero es capaz de moverse y valerse por sí mismo, siento yo que emocionalmente no tiene motivación”*, aclarando: *“él emocionalmente no está muy bien”*, además de: *“pensar que va a suceder con él si no se activa un poco más, ya tiene problemas con la vista, tiene artritis y casi no tiene fuerza”*. Cabe mencionar que Carmen sigue en la negación y tiene la esperanza de que su esposo se recupere cuando no será así. Es por eso que Velasco y Sinibaldi (2001) refirieron que en la adultez se van desarrollando enfermedades por el desgaste del cuerpo, las más comunes van desde la vista, auditivas y caídas, es por ello que el envejecimiento significa la degradación inevitable del cuerpo que lo conduce a la enfermedad y a la muerte. Por su parte Gutiérrez (2004), explicó que las afectaciones más comunes a esa edad es la salud mental, tales como lo presenta el CPI son la depresión. Además, de que, al presentarse esta etapa, al Adulto Mayor se le dificulta ejecutar tareas domésticas tanto ligeras como pesadas que reviste un mayor grado de complejidad, donde la necesidad de ayuda se incrementa, volviéndose con el paso del tiempo dependiente. En esa misma línea, Laurell (1982), enfatizó que las enfermedades crónico-degenerativas tuvieron su auge en el modelo capitalista-neoliberal, en este sentido, la estructura social determinada aceleró la manera de enfermar de los sujetos, siendo este fenómeno más notable en el adulto mayor. Estas afectaciones relacionaron a un integrante familiar o no, que se hizo responsable (CP) que, al estar inmerso en el sistema estructural, también pasó por un proceso de deterioro biopsicosocial, cultural, familiar y simbólico que interrumpe el desarrollo de sus capacidades humanas.

En este sentido, el ánimo del Sr, Juan Carlos se va alterando, pues al no poderse valer por sí mismo, se la pasa acostado, sin motivación, en un aparente estado de mucha tristeza causando la frustración de su esposa Carmen.

4.1.9 Salud

La salud es considera la fuente de riqueza del sujeto en su vida cotidiana (OPS, 2013). De esta forma abre el panorama de entender la salud desde aspectos socioculturales y simbólicos y no percibirla como una meta o la ausencia de enfermedad, es por ello que se considera como el conjunto de capacidades que desarrolla el ser humano para cumplir sus aspiraciones y que la

Dra. Chapela llama a estas capacidades como la distinción del ser humano respecto a los demás seres vivos, al poder razonar, imaginar, motivarse o apasionarse, trabajar, tomar decisiones y la capacidad económica (García, 2017). Aptitudes también, que parten desde lo personal, cultural y espiritual que considere propias el ser humano.

No obstante, con respecto a cómo percibe su salud Carmen comentó lo siguiente: *“Pues yo creo que buena porque ninguno de mis malestares; como ya te decía, tengo un marcapasos que me limita un poquito, pero todo va bien, me limita un poquito el problema del oído, necesito creo que a corto tiempo un auxiliar auricular porque casi no oigo del oído izquierdo, pero yo me veo bien”*. Aunque ya es una persona de 65 años, tienes la esperanza de que todos sus malestares biológicos se solucionen pues percibe la salud de su esposo y de ella como una meta y aunque esta etapa de su vida le impide realizar sus aspiraciones reales, Carmen comentó: *“Estoy a la espera de que me avisen de otro colegio, de que trabaje un rato en la tarde para que cuando llegue mi hija pueda yo ir a trabajar en la tarde al colegio en un taller de tareas”*, ya que enfatiza: *“Soy bastante activa”*. Por consiguiente, las aptitudes que proyecta Carmen y que hace referencia a la salud tomando aspectos personales, culturales y espirituales para que cumpla sus aspiraciones es la de trabajar, motivarse (o apasionarse), tomar decisiones y la capacidad de sentirse realizada económicamente (García, 2007). Pues estas aptitudes le ayudan a mantener su integridad como lo mencionaron Victoria (2018) y García (2007), si el sujeto reflexiona y potencializa estas aptitudes genera su empoderamiento para lograr mantener su integridad.

Por otro lado. Carmen imaginó su vida cuando ya no esté su esposo de la siguiente manera: *“Me liberaría de estrés, de angustia, de preocuparme de como este en salud, pero en realidad no creo que cambiara nada”*. En este sentido, inconscientemente considera que el ser cuidadora interrumpe el desarrollo de sus capacidades, pues eso le genera un desgaste tanto físico como simbólico.

4.1.10 Resiliencia

La resiliencia, es entendida como el proceso que permite a ciertos individuos desarrollarse con normalidad y en armonía con su medio a pesar de vivir en contexto desfavorecido (Uriarte, 2005).

De tal manera, Carmen nos menciona: “*Pues apreciar de alguna manera no es una grave carga para mí porque yo sigo teniendo mis hábitos de vida y eso es bueno reconocerlo, no he perdido las ganas de seguir haciendo cosas, de hecho, yo me hago cargo de mi casa*”, además agregó: “*Por última parte que tanto pesa esto, pues si remueve, se siente pero en general creo que bien porque para mí no es tan grave*”. Pues Carmen se considera una persona resiliente ya que como lo menciona Uriarte (2005) una persona resiliente insiste en que los procesos contextuales desfavorables no le afectan en el desarrollo de sus capacidades personales. Lo cual ocasiona un desarrollo óptimo y una visión positiva en su existencia y que va más allá de la resistencia a la adversidad, de tal manera que contribuye a un logro.

4.2 Análisis de la narrativa de la entrevista a María

Categoría de análisis

4.2.1 Determinación Económica y Política

La Determinación Social de la Salud toca el modo de producción y la acumulación de capital como el desarrollo de la estructura económica o la estructura económica determinada, en la preconfiguración cultural y política. La estructura económica es importante, si la lógica es la acumulación de capital, entonces significa que se beneficia a un sólo grupo de personas; por lo que, se dice que hay una exclusión y ese hecho estructural de acumulación está relacionado con la manera de organización de la política y además está ligado a cómo se desarrolla la cultura. Esta estructura determina el modo de vivir (el modo de trabajar, el modo de relacionarse, el modo de consumir, etc.) en una lucha de poder para sobrevivir. Esta determinación actúa como un *modus operandi* creadora, activa e inventiva del *habitus*, por lo tanto, es una expresión transformada, subordinada, transfigurada y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad (Breilh, 2013).

En este sentido, la vida de María comienza al narrarnos lo siguiente: “*Yo nací en Puebla, Puebla y ahí mis papás nos trajeron para acá, no viví mucho tiempo allá, nací allá, pero radico aquí en México*”, además aclaró: “*Mis papás radicaban aquí, ahora que toda mi vida he vivido aquí, aquí vivieron mis papás, aquí vivimos desde pequeños, aquí hicimos nuestra casita, aquí luchamos por lo que tenemos y gracias a ello*”. Con todo esto, se mencionó un hecho sociohistórico importante en la vida de María, ya que la migración de las zonas rurales a las urbanas se acentuó en dos fechas importantes, la primera fue entre los años 1908 y 1909 donde

la sequía provocó disminuciones en la producción agrícola y el aumento del precio del maíz. Los campesinos a su vez buscaron empleo en las haciendas y otro tanto inmigró a las ciudades (Garciadiego, s.f.). La segunda bajo la privatización de instituciones públicas bajo políticas recomendadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en un sentido desarrollista que ocasionó el abandono, por una parte, del sistema agropecuario, lo que ocasionó la migración de las personas del campo a la ciudad (Laurell, 1997; López et al., 2011), en un sistema dictatorial que estuvo caracterizado por la pérdida de derechos sociales del ser humano. (Tetelboin, 1997), y causar desigualdad. En este sentido, María confirmó: *“Mi mamá también se dedicó a trabajar”* y *“a veces había para comer, a veces no”*.

Por otro lado, María comentó: *“Entré a trabajar muy joven a los 17 años, entré a trabajar en una empresa donde supuestamente yo entraba a trabajar en vacaciones”* también dijo: *“Ahí me gustó el ambiente, me gustó el trabajo y ahí ya no seguí estudiando, me quedé en esa empresa”*. Además, confirmó: *“Entré a trabajar era un tipo Aurrerá gigante de esas tiendas era la famosa tienda ‘De Todo’, a los 17 años entré a trabajar el 2 de noviembre de 1977”*. De esta manera María explicó: *“Me quedé en esa empresa, ahí me quedé 23 años, me salí a los 40, me salí en el año 2000, los dueños se fueron, era una tienda comercial”*. Como se ha dicho, La Determinación Económica capitalista–neoliberal explica en una parte la aceleración de la propiedad privada (la desinstitucionalización de lo público) y por último, el libre mercado que ocasionó las horas laborales extensas y la reducción de los derechos humanos (Lalonde, 1996). Es por esa razón que la desigualdad que ha persistido, obligó a la Sra. María a trabajar a los 17 años en una empresa transnacional a la que le dedicó la mayor parte de su tiempo y 23 años de su vida, sin jubilación, ni la seguridad social para su vejez.

Con respecto a su madre, María comentó: *“Mi mamá tiene su pensión, afortunadamente mi mamá jamás dependió de uno, uno le daba poco, pero ella siempre tuvo sus cosas personales”*. Es por ello, que, en México según la Ley del Seguro Social en la sección sexta, en el artículo 170, se considera que la persona puede contar con una pensión garantizada cuando ésta tenga sesenta años o más o hayan cotizado mil o más semanas (Ley del Seguro Social, 2021). Esto a su vez como se mencionó, genera capital económico dictaminada por leyes establecidas en un país. Además, Castro (2007), refirió que el Adulto Mayor pasa por etapas como la jubilación, donde por lo regular en su edad productiva trabajó para tener una vida estable. Haciendo nuevamente énfasis a la acumulación de capital.

María tiene una doble situación de precariedad económica, a sus 64 años está desempleada y sin pensión laboral de su propio retiro. Por otra parte, como CPI (no remunerada) está al cuidado de su madre que es Adulta Mayor que cuenta con pensión del Gobierno de México. De esta manera, los cambios que se han suscitado en los últimos años para apoyar a la gente más vulnerable como lo son los adultos mayores, ha llevado a María a sentir apoyo, pues los gastos generados por cuidar a la madre con la pensión.

4.2.2 Capital económico

Anteriormente María manejaba un negocio propio que le ayudaba a solventar sus gastos ya que comentó lo siguiente: *“Pues yo tenía un negocio de comida, vendía pozole, lo atendía cuando ella estaba bien, pero empezó la pandemia dejé de vender”*. Sin embargo, en la actualidad María tiene solvencia económica ya que explicó: *“Trabajé un tiempo, tengo un ahorrito y de ahí lo ahorro, lo voy jalando y toda mi vida hice tandas, yo de eso vivo de mis tandas, y yo tengo que ahorrar aunque no trabajo y lo poco o mucho que ya ahorré lo tengo que cuidar porque nadie me da para un doctor”*, además de *“Yo tengo que tener, porque no tengo seguro yo tengo que tener guardado para solventar lo mío, mis dientes quien me los va a pagar, yo siempre hice tandas toda mi vida, me enseñaron ahí y hasta la fecha las sigo haciendo, entonces yo de ahí tengo un sueldo”*. De esta manera, María hace mención sobre los gastos que tiene mensualmente comentando lo siguiente: *“A lo mejor exagerando a veces unos 3 o 4 mil pero muy poco, me doy mis lujos de vez en cuando, si yo quiero algo me lo compro. Si tengo me lo compro, yo vivo de mis tandas y la ayuda de una de mis hermanas”*. En este sentido el capital económico como lo menciona Pierre Bourdieu (1986) hace referencia a los recursos y propiedades materiales de las que dispone un sujeto. Esta postura teórica como lo explica Jaime Breilh (2013), tiene relación con la Determinación Económica que actualmente se conduce por prácticas basadas en una economía que se estructura en la acumulación de capital. Esta determinación estructural genera en el sujeto un desgaste físico, mental y simbólico. Por lo que comentó María: *“Ahorita estoy aquí porque tu abuelita está aquí y yo le quiero dar todo lo que se pueda, lo que no le di porque yo trabajé tantos años, me faltaba tiempo para estar con ellos, un domingo estar con ellos, luego les digo me arrepiento de estar en esa tienda porque me quitó mucho tiempo para dedicarle a mi padres, por ejemplo: mi papá me decía quédate un domingo, pide permiso y le decía: si papá voy a pedir permiso, yo deseaba estar un domingo con mi familia convivir con mi familia, hay dios mío por qué le dediqué tanto tiempo a estar ahí atada y no le dediqué un poco más de tiempo a mis padres, por eso digo ahorita que puedo*

voy a dedicar todo ese tiempo lo que yo no le dediqué a mi papá cuando estaba enfermo, que pedía permiso pero no era los mismo de tener tiempo". En este sentido, María siendo la cuidadora sufre de un deterioro familiar provocado por enrolarse a la fuerza productiva por deficiencias económicas que atravesaba su familia, además de que tuvo un distanciamiento con sus padres al trabajar a temprana edad, que le absorbió la mayor parte de su tiempo y de su vida y que hoy en día le causa culpa, razón por la que se encarga de cuidar de su madre. De esta manera, por obtener capital económico, descuidó parte importante de su vida que hoy lo refleja con los cuidados que tiene con su madre y con su familia.

4.2.3 Determinación Cultural

La cultura es atribuida a las representaciones sociales que percibe el ser humano en su manera de entender el mundo o lo real. Por ello, no hay una cultura absoluta sino un comportamiento que se vuelve semejante al otro, puesto desde la psicología el ser humano tiene su propia percepción de lo real. De esta manera existen factores externos e internos que construyen y determinan la cultura e identidad del ser humano. En este sentido, la cultura, al igual que la salud es una característica particular del ser humano que está inmerso en el contexto social como un todo. La cultura se crea y se transforma, deja en el sujeto rasgos simbólicos que generan en él, un valor, un comportamiento y una identidad (Olmos, 2008), basados en hechos determinados por lo social y la economía. De esta manera, la construcción cultural de identidad de María parte de vivir en la Ciudad de México, ya que como lo mencionó: *"Yo nací en Puebla, Puebla y ahí mis papás nos trajeron para acá no viví mucho tiempo allá, nací allá pero radico aquí en México"*, además de: *"Mis estudios fueron hasta la secundaria y los estudié en la Ciudad de México"*, siendo la parte académica importante en su vida, ya que explicó: *"Tuve unos papás, gracias a dios buenas gentes que trataron de enfocarnos siempre a lo mejor seguir adelante, seguir estudiando"*, por esa razón María comentó: *"Estudié hasta la secundaria, normal entré a los 6 años"* con la finalidad de tener una mejor calidad de vida económica. Sin embargo, como lo explicó Strathern (2003) la vida ideológica e intelectual de una sociedad está determinada por el modo en que se producen las cosas dentro de ella, pues está determinada por la estructura social y lo social por la estructura económica.

4.2.3.1 Ciclo, Estructura Familiar y Rol de Género

La familia es entendida como un sistema constituido por un grupo de personas entrelazadas, cuyo vínculo se basa en las relaciones de parentesco fundadas por los lazos biológicos y/o

afectivos con funciones específicas para cada uno de sus miembros, una estructura jerárquica de normas y reglas definidas, en función del sistema social del que forman parte y sin cuyas orientaciones el sistema familiar mismo no podrá funcionar (Amaris et al., 2013).

María tuvo nueve hermanos, uno murió a los 21 años. Siendo la cuidadora de su madre comentó: *“Como es mi mamá tengo que darle todos los cuidados, el cariño”*. Ya que explicó su vida de la siguiente manera: *“Feliz con mis papás, tuve unos papás, gracias a dios buenas gentes que trataron de enfocarnos siempre a lo mejor seguir adelante, seguir estudiando, por parte de ellos nunca tuvimos un mal trato, más que lo normal, yo mi niñez la recuerdo bonita, no recuerdo maltratos”*, haciendo referencia: *“Tuve unos padres exigentes pero buena gente”*; sin embargo comentó: *“Muy tranquilo, muy amoroso, no lo demostraron”*, *“porque antes en sus tiempos de ellos no era de cómo: mi amor mi vida, hola mi amor”*. Además, dice: *“Ellos de otra forma nos demostraban amor, en atendernos más que nada en que tuviéramos que comer, que estuviéramos bañaditas, que estuviéramos arregladitas”*. *“Ese es amor que ellos nos demostraron que nunca nos faltara un alimento”*, complementó: *“Eran de que: no hay que dejar a las niñas solas, no nos dejaban solas”*, reafirmando que: *“Mi mamá era una persona que como la ve hasta la fecha te exige”* y continuó: *“a pesar de que esta así, está al pendiente”* exclamando que fueron: *“Una familia normal”*. De esta manera, María hace referencia que sus padres eran autoritarios, pues como lo explica Torres (2011) hay familias muy paternas donde impera el temor como sinónimo de respeto, evitando mostrar emociones, debilidades y frustraciones. Por este motivo, María tuvo sobreprotección de sus padres por ser mujer, pues la sociedad expone roles que desde la familia se interiorizan como la cuidadora, la buena, la que ayuda en lo doméstico, el ser limpias, hermosas y suaves en su trato, además de que estudien una carrera, aunque no hay exigencia de que la ejerzan (Torres, et al., 2008a). Sin embargo, los padres de María estuvieron juntos formando desde la crianza la construcción de su identidad, pues como lo explica Torres (2011), un desarrollo psicológico óptimo de los hijos necesita de ambos padres.

Por otro lado, María expuso: *“Siempre fui una niña muy tranquila”*, enfatizando: *“De las hermanas cumplía con mis deberes y no eran exigentes conmigo”* y *“Mi mamá estaba muy al pendiente de nosotros en que fuéramos a la escuela en eso si mi mamá era muy exigente a tales horas aquí tienes que estar”*. Así mismo, los roles de género han estado marcados desde siglos atrás, pues con el paso del tiempo se han ido construyendo y transformando, como lo explica Castelli (2011) desde la colonización los varones realizaban el trabajo duro con tareas muy

pesadas, mientras las mujeres atendían el hogar. En definitiva, la gran influencia social, cultural y religiosa ubica a la mujer como la responsable del hogar y la crianza, haciendo que se le conciba como el pilar de la familia, donde se plantea que la maternidad es la responsable de cuidar de la vida familiar en su cotidiano vivir, mientras la paternidad lo hace en su vivencia pública (Torres, et al., 2011).

Hay que mencionar que María no se casó, sin embargo, explicó: *“no me arrepiento, ni me siento frustrada, ni amargada”*, además de: *“Es como les digo: el mundo no se acaba si te quedas”*, *“No me siento sola, será porque fuimos varias hermanas, nunca me he quedado sola”*, así mismo explicó: *“Me fui a fiestas, tomé lo normal porque así te educaron”*. Con respecto al comportamiento que tuvo María; Torres (2008b) mencionó que a través de la crianza se socializa a una persona ajustando su comportamiento e inculcándole valores reconocidos por la sociedad, o sea, conformándolo a lo que la sociedad determina, pues las relaciones afectivas de la infancia condicionan a menudo la vida del adulto.

A causa de que los padres de María fueron autoritarios explicó: *“Yo antes no era cariñosa, soy cariñosa ahora y antes no lo fui, a mi mamá siempre los quise mucho y los respeto mucho pero ahora si soy cariñosa y amorosa con ella ahora si me acerco y la beso y antes no, si la quería a mi manera”*, pues enfatizó: *“En su tiempo no les enseñaron a abrazarnos a un hijo abrazarlo, nos demostraron amor de otra manera, siempre nos apoyaron, nos sentimos protegidos por ellos”*. Ahora se puede decir desde la parte teórica, los niños enfrentan una serie de normas de conducta, que más por su repetición que por su impacto, se reproducen tanto en la distribución de los roles, estereotipos y conductas asociados a la natural (Torres et al., 200b). Dicho esto, María al igual que sus hermanas reprodujeron el sentido afectivo de falta de cariño pues había un sistema familiar autoritario, ya que además menciona: *“Nosotras no somos cariñosas”*, así mismo explicó: *“Pero ahora con mi mamá ahora lo soy, la beso, la abrazo, la regaño, le grito pero la quiero, la apapacho, siempre te quise mucho, por qué no nos lo demostraste”*, es posible detectar en esta última frase cierto reclamo de María hacia su propia madre a causa de la falta de expresiones de afecto de parte de Hortensia la madre a sus hijas e hijo. Al mismo tiempo su hermana lo reproduce con sus hijos, ya que María mencionó lo siguiente: *“Ella no es cariñosa, porque ella no es cariñosa con su hijo”*.

En la actualidad, con respecto a la familia y al hogar, María mencionó lo siguiente: *“Mi casa se ve muy triste y mis sobrinos también lo dicen: ‘llegamos a la casa y está apagada la tele no hay ruido, las luces apagadas y cuando estaba mi abuelita la bulla de la tele y que ponme mis*

danzones música y vamos a comer todos' y si es un cambio muy fuerte, le digo ella es la cabeza". Pues desde el rol de género que juega la mujer en la familia, es considerada como el pilar (Torres et al., 2011). Además de enfatizar que el ciclo vital de la familia como cualquier ente vivo, surge con un inicio o nacimiento, crece y desarrolla, se reproduce y muere. Durante este ciclo, se van teniendo pérdidas y ganancias (Castro, 2007).

Por esta razón, existe un duelo por parte de María y su familia por la pérdida de la autonomía de la Sra. Hortensia, pues al estar postrada, el comportamiento y cambio de conducta de su familia es de tristeza, de bajo ánimo y de miedo al pensar que pasará después, ya que ella es considerada el pilar de la familia.

4.2.4 Capital Cultural

Las atribuciones académicas de María, comienzan desde los 6 años que entró a estudiar, confirmando: *"Mis estudios fueron hasta la secundaria"*, esto por entrar a trabajar a los 17 años, quien desde que comenzó a cuidar a su madre, ha aprendido a realizar las actividades por su parte y con la ayuda de sus familiares como por ejemplo a moverla, ya que comentó: *"Dijo mi otro sobrino que está estudiando, me dijo: -no tía es así como te digo, en taquito ni tú vas hacer mucha fuerza y la vas a voltear fácil- le decía que crees: que ya no me canso tanto ya lo hago como tú me dices"*, además de: *"Ya aprendí a estarla moviendo"*, pues comentó *"Pues sí, voy aprendiendo voy leyendo para tener lo suficiente para saber cómo cuidar"*, explicando también: *"Yo veo en internet, como cuidar un enfermo que no se mueve o tan sólo mis sobrinos que son enfermeros los veo cuando la mueven"*, *"como por ejemplo ya me dedico a darle el medicamento"*. Así pues, Pierre Bourdieu (1986) mencionó que el capital cultural hace referencia a los títulos, al nivel educativo institucional, así como a la representación atribuible a lo académico.

De otro modo, el aprendizaje autónomo que tiene María es considerado como un aprendizaje liberador, que te libera, te emancipa, pues la toma de conciencia abre camino a la expresión de las insatisfacciones sociales que son componentes en una situación de opresión (Freire, 2005). En este sentido el capital cultural que tiene María tiene a su vez relación con el auto aprendizaje y el aprendizaje empírico, pues tal como lo dice Paulo Freire (2005) la educación es una práctica de la libertad.

4.2.5 Capital Simbólico

El capital simbólico es aquel capital económico o cultural que es reconocido en un determinado espacio social (Bourdieu, 1986). De esta manera María enfatizó: *En ese aspecto tenemos unos recuerdos bonitos de ellos porque siempre eran muy unidos*”, recuerdo que reconoce de su estructura familiar determinada culturalmente. Sin embargo, no cuenta con el reconocimiento de sus familiares por cuidar.

4.2.6 Cuidador Primario Informal

Desde el sistema familiar, cuando un integrante de este círculo enferma y depende de otro integrante, la misma familia busca por medio de acuerdos un equilibrio, donde se toman acciones repentinas pensando que la enfermedad será pasajera. Surge entonces el Cuidador Primario o Principal que tiene una relación muy estrecha con su paciente o familiar enfermo y que además de ser estrecha se hace simbólica. En este caso, María tiene los primeros acercamientos que la relacionan como cuidadora cuando su padre enfermó, con respecto a ello mencionó: *“Él falleció a los 63 años, tiene 20 años que falleció, el falleció del corazón, él fue atendido en hospital, falleció en hospital, nos hacíamos cargo todos”*, ya que como lo menciona Castro (2007), cuando un familiar enferma, la propia familia busca por medio de acuerdos un equilibrio.

De esta manera, existe una diferencia entre los cuidados que se le proporcionan al padre y a la madre, pues el padre al no demostrar sentimientos deja un patrón de resentimiento en los hijos que minimiza la atención cuando está enferma. A diferencia de la madre que es considerada el pilar de la familia y que pasó más tiempo con los hijos, los cuidados se maximizan cuando ésta enferma. Otra de las diferencias que existe en los cuidados que comenta María es el lugar de atención, pues al padre se le atendió en un hospital, donde los cuidados por parte de los hijos eran menores, mientras que los cuidados de la madre se realizan en el hogar que genera una atención por parte de ella las 24 horas

Con respecto a su madre, María mencionó: *“A mí me nació cuidarla”*, además de: *“Yo dije yo me quedo con ella, si me tengo que desvelar pues me desvelo y si puedo dormir con ella pues me duermo”*, haciendo énfasis: *“Cuando vino mi mamá aquí, mi otra hermana y yo y mi sobrino nos hacíamos cargo pero mi mamá luego está muy inquieta y luego mamá ya y mi otra hermana la que es enfermera le duele mucho, luego yo veía que la cambiaba y ahora es así*

como me dicen: porque ahora tu sólo te quieres quedar, pues es que como quiera ustedes ya hicieron su vida”, “pues no es que yo me quiera quedar con el encargo”, “yo digo, estoy soltera, no tengo compromiso de marido que tengo que estar no, se puede decir que por eso me hice cargo de ella, no quiero que llore, no quiero que la maltraten porque no somos así de maltratarla ni nada de eso pero luego me dicen porque quisiste echarte todo el encargo”. Con respecto a ello, como lo explicó Pavón (2014), el CPI pasa por etapas, donde la primera es el entusiasmo, pues piensa que ayudar es gratificante.

El convertirse en CPI tiene como sentido la ética, la responsabilidad y el sentido de ayuda, pues María al ser soltera y mujer, reproduce el rol de protectora, además de ser la hija tiene un vínculo de obligación, ya que como se mencionó considera que ayudar es gratificante porque a ella le nació cuidarla.

Por otro lado, María mencionó: *“nunca me imaginé que yo y mi mamá la íbamos a tener así y yo hacerme cargo, nunca lo pensé la verdad”, enfatizando: “si fue un cambio muy brusco y yo nunca me imaginé de tenerla así”,* pues explicó los siguiente de su vida: *Pues si ha cambiado un poco porque a mí me gusta darme mis vueltas salir, regar mis plantas, comprar detallitos, arreglar la casa, a mí me gusta mucho arreglar mi casa, cambiar mis cortinas, darle vuelta, ahora no lo he hecho”*.

En este sentido María tiene nostalgia por dejar a un lado su estilo de vida por adquirir la responsabilidad de ser el CPI de su madre. Por esta razón nuevamente implícitamente está presente el vínculo de obligación por ser la hija de Hortensia y al ser la responsable principal se siente atada y pasar el mayor de su tiempo con su madre. Esto ocasiona el descuido de su vida personal ya que es una de las características principales del CPI.

En esa misma línea, María mencionó: *“Yo sólo no me considero que voy a sacarla adelante, a lo mejor si voy a sacarla en cuidarla en atenderla, regañarla, como ahora me dice siéntame, cárgame todo eso, pero que yo digo voy a solventar todo lo de mi mama, sí necesito el apoyo de todos”,* pues enfatizó: *“Mi mamá mientras este conmigo ya dios dirá yo la voy apoyar, ayudarla mientras esté aquí, ya cuando dios diga que se vaya pues ya diré yo la apoye lo más que pude sin ningún interés”*. Con respecto a ello, María nuevamente implícitamente reproduce las acciones que su madre tuvo con ella, al mencionar que la regaña, además de que siente la responsabilidad de cuidarla ya que desde los 17 años ella dejó de preocuparse por sus padres arrastrando inconscientemente la culpa. Esta culpa ha llevado a María a sentirse atada a su

madre pues implícitamente no quiere descuidarla como lo hizo con su padre, esto ha generado en ella cansancio.

4.2.7 Desgaste Biopsicosocial del CPI

Algunas de las afectaciones que tiene el CPI son repercusiones tanto en su salud física, psicológica, social y económica. Se entiende por salud física en la vulnerabilidad de las movilizaciones que adecua al trasladar a su paciente, también en las afectaciones que va teniendo su cuerpo al cuidar con el paso del tiempo, tales como diabetes, anemia y un sistema inmune debilitado, de tal manera que en ocasiones es el CPI quien tiene más visitas al médico que el paciente que cuida (INGER, s.f.). Por esta razón, María mencionó lo siguiente: *“Yo padezco de presión alta, si me he sentido a veces mal, es por la desvelada”*.

Con respecto a las afectaciones psicológicas que va teniendo el CPI son aquellos sentimientos que experimenta como la tristeza, desesperaciones y falta de esperanza, que al pasar del tiempo se va percibiendo como irritabilidad, preocupación y culpa. En las alteraciones sociales, este grupo deja a un lado sus aspiraciones personales, por lo que se aísla socialmente. Por último, en las afectaciones económicas considera que nadie lo apoya, ya que se reducen los ingresos y la dedicación laboral para cuidar al paciente (INGER, s.f.). Con respecto a ello, María mencionó: *“Yo tenía un negocio de comida, vendía pozole, lo atendía cuando ella estaba bien”*, recalcando: *“Mi negocio que espere, no me voy a morir de hambre, ya cuando tu abuela no esté le echamos ganas”*. Es así como María dejó momentáneamente su negocio por dedicarle los cuidados a su madre, esto le ha generado lo siguiente que mencionó: *“Estoy sufriendo ahorita”*, diciendo que se siente de la siguiente *“Bien cansada”*. Siendo más específicos, otra de las etapas por la que pasa un CPI es la de estancamiento, donde se presentan los primeros signos de cansancio (Pavón, 2014). De esta manera, también le ha generado otros sentimientos el cuidar, ya que menciona: *“Frustración y estrés, ya se me está bajando, pero al principio sí”* y resaltando lo siguiente: *“Estaba yo enojada, me enojaba porque esta así mi mamá porque mis hermanas no vienen, después digo no, pues todos nos apoyan de cierta manera”* pues resalta: *“Parece que no, pero si pesa”*. Habría que decir también, otra etapa por la que pasa el CPI es la frustración, donde surgen sentimientos o sensaciones de fracaso y de culpa (Pavón, 2014). En este sentido María menciona que hoy en día no tiene tiempo libre, pues como mencionó Pavón (2014) el CPI pasa por lo regular las 24 horas cuidando.

El ser CPI le ha ocasionado a María un desgaste biológico acelerado por no controlarse la presión arterial, pues el cuidar le demanda estar las 24 horas. Además de sufrir un desgaste emocional que la puede llevar a un colapso y volverse paciente recurrente. Por otro lado, el desgaste social que se hace presente por dejar a un lado sus aspiraciones al aislarse por cuidar y procurar a su madre.

4.2.8 Adulto Mayor

El Adulto Mayor presenta desapegos; comienza a valorar más a las personas y llega a tener la sensación de que algo en su vida termina. Como lo expone María del Carmen Castro (2007), comienza a cerrar asuntos pendientes. En los aspectos biológicos, el adulto mayor va perdiendo movimiento, flexibilidad, estatura, debilitamiento de las facultades intelectuales, va perdiendo integración y adaptación al medio ambiente. En este sentido, María cuida a su madre de 85 años diagnosticada con la enfermedad de Enfermedad Pulmonar Intersticial no especificada. Con respecto a ello, María menciona lo siguiente: *“Ella padece del azúcar”*, haciendo énfasis: *“No pensé que mi madre fuera a terminar así, incapacitada sin poderse mover”*. Sin embargo, María explicó: *Se levanta para bañarse para que coma, pero ya no tiene un equilibrio porque no se puede sentar solita, pero si la ayudan a voltearse de un lado del otro pero no se la pasa acostada. Trato de que no esté acostada todo el día”*. En este sentido, como lo explicó Velasco y Sinibaldi (2001) el envejecimiento significa la degradación inevitable del cuerpo que lo conduce a la enfermedad y a la muerte. Cabe mencionar que parte del deterioro biológico que tiene el sujeto al entrar a la vejez, es por enrolarse en las prácticas sociales de economía que corresponden a la fuerza de trabajo, que en ocasiones le impiden valerse por sí mismo. Estas enfermedades tienen relación con las formas de alimentarse, así como el desgaste que tuvo el cuerpo durante el trabajo.

De esta manera, existe una doble etapa de vejez de la CPI y el familiar que se cuida (María 64 años y Hortensia 85 años y) ya que tanto madre e hija están pasando por un desgaste físico ocasionado por la edad.

Por otro lado, María inconscientemente expone una posible negación que al ser soltera y no tener hijos, en un futuro necesitará de un cuidador.

4.2.9 Salud

La salud desde la Promoción de la Salud Crítica es mencionada como el conjunto de capacidades que desarrolla el ser humano para cumplir sus aspiraciones (García, 2007), capacidades tanto culturales, personales y espirituales que percibe el ser humano. En este sentido, María percibe su salud a partir de la enfermedad, pues la concibe como el deterioro físico y biológico, ya que mencionó: *“Quisiera no estar enferma, pero digo si me voy a enfermar ojalá no termine como mi mamá porque es feo”*.

En este sentido, María percibe que su madre al estar postrada tiene dependencia total, pues María al no tener hijos ni esposo, no se da cuenta que en futuro necesitará (como ya se mencionó) de un cuidador, ya que la enfermedad con el paso del tiempo se hará más notable.

Por otro lado, María también mencionó: *“No me quiero quedar estancada”*, *“tenía un negocio de comida”* sin embargo por ser la CPI comentó: *“mi negocio que espere”*. De esta manera María ve su futuro atendiendo su negocio que dejó a un lado por cuidar, tomando esto como una de sus aspiraciones de su vida cuando deje de ser la CPI de su madre. Haciendo alusión a tener un futuro viable para ella.

4.3 Análisis Comparativo

La comparación de las categorías hace referencia a encontrar similitudes entre lo mencionado por las entrevistadas, teniendo un total 11 que describen la historia de vida antes y después de ser CPI.

Tabla 1

Análisis Comparativo entre las categorías observadas en ambas entrevistas.

CATEGORIA	ENTREVISTA A CARMEN	ENTREVISTA A MARÍA
Determinación Económica y Política	Truncó sus estudios académicos a la edad de 17 años por trabajar ya que por el auge de la desigualdad social y económica que se vivía en esa época, su familia no contaba con los recursos económicos suficientes.	Truncó sus estudios a la edad de 17 años para comenzar a trabajar, ya que por la migración que se vivía en la época sus padres no contaba con los recursos económicos suficientes.
Capital Económico	Cuenta con ahorros, además de que su esposo que es la persona que cuida es jubilado.	Cuenta con ahorros, trabaja haciendo tandas y su madre que es la persona que cuida es jubilada.

Determinación Cultural	A partir de la determinación en la estructuración educacional escolarizada, Carmen tiene concluida la secundaria.	A partir de la determinación en la estructuración educacional escolarizada, María tiene concluida la secundaria.
Ciclo, Estructura Familiar y Rol de Género	La madre de Carmen fue exigente y muy estricta. Carmen al ser mujer juega el papel de cuidadora y protectora, además del pilar de su familia.	Los padres de María fueron exigentes y muy estrictos, jamás demostraron un sentimiento de cariño. María al ser mujer juega el papel de cuidadora y protectora.
Capital Cultural	Carmen cuenta con secundaria concluida, constancias de Inglés, de danza. A partir de la información que recibió a sabido darle los cuidados básicos a su esposo.	María cuenta con secundaria concluida, y a partir de la experiencia ha aprendido a realizar los cuidados básicos a su madre.
Capital Simbólico	A partir de que estudios inglés y danza, fue directora de una escuela privada. No hay un reconocimiento por parte de su familia por cuidar.	No hay un reconocimiento por parte de su familia por cuidar.
Cuidador Primario Informal	Se hace cargo en primera por ser mujer y la esposa de quien cuida. Y en segunda porque ya no hay nadie que le ayude a cuidar a su esposo.	Se hace cargo por ser mujer, la hija de la persona que cuida y al no casarse ni tener hijos, se adjudica esa responsabilidad.
Desgaste Biopsicosocial del CPI	Carmen es adulto mayor, tiene vértigo y ya no escucha bien de un oído. Por pasar el mayor tiempo cuidando tiene estrés y ha sentido frustración.	María es adulto mayor y por pasar el mayor tiempo cuidando tiene estrés, ha sentido frustración, además de que se siente culpa, se siente cansada y siente pesadez.
Adulto Mayor	Carmen cuida a su esposo que tiene 75 años, tiene incapacidad motriz por sufrir dos caídas, artritis y depresión	María cuida a su madre de 85 años que se encuentra postrada en la cama y diagnosticada con Enfermedad Pulmonar Intersticial no especificada por lo que pasa el mayor tiempo recibiendo oxígeno
Salud	Carmen percibe su salud como buena pues al ser adulto mayor, es muy activa se motiva para trabajar.	María percibe su salud desde la enfermedad, ya que no quiere terminar postrada como su madre. Pero tiene la aspiración de volver a reactivar su negocio.
Resiliencia	Carmen se considera una persona resiliente ya que se siente con la motivación para realizar sus cosas.	

Nota: Elaboración propia.

De esta manera, la primera categoría que se menciona (**Determinación Económica y Política**) hace referencia a que ambas entrevistadas truncaron sus estudios para trabajar, ya que la desigualdad económica que se vivía en su época de juventud las orilló a que tuvieran que enrolarse a las fuerzas productivas.

En la categoría **Capital económico** se menciona que ambos adultos mayores que son atendidos por las CPI cuentan con pensión por jubilación, haciendo más llevadera la economía familiar para solventar los gastos derivados de los cuidados. Ya que el factor monetario es importante para recibir las atenciones pertinentes ante la enfermedad.

Por otro lado, la siguiente categoría que es la **Determinación Cultural**, se explica como la estructura económica que se configuró por medio de políticas del sistema institucional educativo bajo la escolarización, donde ambas CPI tuvieron 9 años de estudios, teniendo concluida hasta la secundaria.

En ese mismo sentido, en la categoría **Ciclo, Estructura Familiar y Rol de Género** se mencionan los roles que juegan en la sociedad y en la familia tanto los hombre y mujeres que en ambos casos, las CPI al ser mujeres juegan el rol de protectoras y cuidadoras siendo las que tienen que encargarse de los cuidados pues son consideras como el pilar de la familia.

En la categoría **Capital Cultural** se mencionan las atribuciones académicas que se obtuvieron y que, en ambos casos, las CPI tuvieron concluida hasta la secundaria. Una de ellas recibió cursos de capacitación acerca del manejo del adulto mayor con discapacidad, en el hospital donde atendieron a su esposo; sin embargo, su inquietud por aprender la motivó a seguir tomando cursos de danza y de inglés, obteniendo sus reconocimientos académicos, lo que le generó mucha confianza. Mientras que la otra CPI, a partir de su experiencia y auto aprendizaje, logró brindar los cuidados básicos a su familiar.

Por otra parte, en la categoría **Capital Simbólico** que busca el reconocimiento tanto económico como cultural, ambas CPI no tienen ese reconocimiento por parte de sus familiares al realizar la actividad de cuidador. Por otro lado, una de ellas a partir del reconocimiento por las constancias académicas adquiridas, obtuvo mejores puestos de trabajo.

En la categoría **Cuidador Primario Informal**, se hace referencia al momento en que ambas entrevistadas pasaron a ser las CPI, donde las dos por el simple hecho de ser mujer se les adjudicó esta responsabilidad por los demás integrantes de sus respectivas familias.

Con respecto a la categoría **Desgaste Biopsicosocial**, ambas CPI sufren de estrés y frustración, donde una de ellas siente culpa, cansancio y pesadez que de no atenderse podría presentar más síntomas del llamado Colapso de Cuidador Primario.

En la categoría **Adulto Mayor** se mencionan a las personas que los CPI entrevistados cuidan, teniendo por un lado a un hombre de 75 años con problema motriz por caída y depresión. El otro es una mujer de 85 años diagnosticada con la Enfermedad Pulmonar Intersticial no especificada y que esta postrada en cama, ambos aceleraron su desgaste físico por enrolarse al sistema de producción.

Por otro lado, en la categoría de **Salud**, se menciona cómo cada CPI percibe su salud, aunque ambas la definen como la ausencia de la enfermedad, las dos tiene aspiraciones, una de ellas está motivada en seguir realizando las actividades laborales y académicas que dejó de hacer y la otra en retomar su negocio que pausó por cuidar a su madre.

Ya en la última categoría de **Resiliencia**, se menciona que ambas CPI han forjado a partir de los cuidados que brindan y en el contexto que se encuentran, aspiraciones de tener un futuro viable que les permita adaptarse de la mejor manera a las condiciones de su entorno para tener una vida tranquila en presente y en sus expectativas futuras.

CONCLUSIONES

¿Cuál es la finalidad del ser humano? Cada ser vivo existe para operar, para actuar y en sus acciones se perfecciona; por ejemplo, la diferencia que tiene el ser humano con las demás especies animales es la de poder razonar, que como todo ser vivo y en lo natural tiene una finalidad; un bien supremo que es la “felicidad” que solo alcanza siendo plenamente humano; es decir desarrollando al máximo las capacidades propiamente humanas. En este sentido, sólo la actividad más perfecta de las facultades más nobles del ser humano puede darle felicidad (Zagal et al., 1998).

Sin embargo, este desarrollo de las facultades humanas se detiene por la estructura social, que determina los procesos de enfermedad. En este sentido, ¿cómo es que la Determinación Social afecta el proceso de desarrollo de las capacidades humanas? Por consiguiente, el sistema social es lineal a la estructura económica que preconfigura los procesos culturales y políticos, que a la vez delimita la conducta del ser humano que es transgredida por la acumulación de capital, consumo y exclusión como medio para satisfacer sus necesidades. Por ello, existe una profunda subsunción de la estructura social a la estructura biológica del ser humano que condiciona las maneras de vivir, enfermar y de morir.

En esa misma línea, ¿por qué la Determinación Social influye en el proceso de desgaste biopsicosocial, cultural, familiar y simbólico del Cuidador Primario Informal del Adulto Mayor?

En el círculo familiar se determina al CPI por dos efectos; el primero es un fenómeno centrípeto; es decir, la atención de las personas que se van haciendo cargo se centra en el familiar que necesita los cuidados. El otro es un fenómeno centrífugo (Velasco & Sinibaldi, 2001), donde los familiares del sujeto enfermo o adulto mayor; se alejan de él, dejando solo al que se hará cargo de los cuidados. Su salud entonces se ve interrumpida.

Por otro lado, la salud es un objeto polisémico (Breilh, 2013), que se construye desde los procesos colectivos y se enfoca en las prácticas medicalizadas, volviéndose inalcanzable.

Como lo explicó Jaime Breilh (2013), la salud es una manifestación multidimensional que se visualiza desde lo general y lo particular y que constituye a los grupos e individuos. Por ello, el ser humano está condicionado a un modo de vivir que a la vez condiciona los estilos de vida.

En las palabras de Bourdieu, la estructura social forma parte del poder simbólico que es el poder de construir, de enunciar, hacer ver, hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo y de este modo la acción sobre el mundo. Que obedece a los intereses sociales encontrados e irreconocibles de las relaciones de poder de una sociedad que reproducen a la vez sociedades no sustentables inequitativas y mal sanas (Breilh, 2013). En este sentido, el deterioro tanto físico, biológico, como cognoscitivo en la vejez se obtiene de estas estructuras colectivas, que aceleran el proceso de la pérdida de autonomía al determinar su dependencia, la relación que tendrá con otro sujeto quien le ayudará y le brindará los cuidados básicos necesarios.

Esta figura que es conocida como el CPI, construye su realidad a partir de la responsabilidad que va adquiriendo por cuidar, donde existe un desgaste físico y biológico que al pasar el tiempo se hará más notable. La estructura económica condiciona el modo de vivir de la sociedad y del estilo de vida del CPI, que bajo subordinaciones y relaciones de poder individuales generan en él “estrés”, exclusión e interrumpe la capacidad de construir un poder simbólico de reconocimiento, así como un capital social, cultural y económico para su plenitud.

Por otro lado, la conducta individualista del ser humano reproducida en la familia impide el apoyo de los cuidados que brinda el CPI conformando en ella o él, el deterioro psíquico que lo lleva a ser incomprendido y excluido, generando malestares psicosomáticos. Es así que la Determinación Social como herramienta y categoría principal, aborda la estructura económica como precursor en determinar el aceleramiento de enfermedades que limita la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana del sujeto.

Por otro lado, para contextualizar tomando en cuenta la Determinación Social, en los años 70's las políticas para reestructurar la economía en México fueron direccionadas a establecer el libre comercio, descuidando al campo, lo que ocasionó la inmigración de la población de las zonas rurales a las urbanas, que al enrolarse a las fuerzas productivas neoliberales aceleró el desgaste físico y biológico de los sujetos. Esto ocasionó que las personas (en la mayoría de los casos) al entrar a la vejez se volvieran dependientes, acotando un mejoramiento en su calidad de vida tanto familiar y simbólico, que atrajo a un integrante de la familia o de su círculo cercano de conocidos a asumir el cuidado del Adulto Mayor.

De esta manera, al tener una determinada cultura establecida y transgredida desde siglos atrás, transformándose con el paso del tiempo; por lo tanto, se le adjudicó a la mujer el rol de

protectora y cuidadora, considerada como el pilar responsable de las atenciones de la familia dentro del hogar. Es así, que el CPI por cuestiones culturales o por obligación, brinda los cuidados necesarios a sujetos con dependencia ya sea por enfermedad o incapacidad.

Por esta razón, en la época neoliberal y bajo las políticas estructurales, se formaron conductas que se basaron en la acumulación de capital, esto ocasionó que la gente corporeizara prácticas de individualismo que ocasionó un déficit en la organización de la familia, la pérdida de valores y la noción de la ética,

Con el paso del tiempo las conductas basadas en el modo de trabajo fueron causa del desgaste psicológico y simbólico de los sujetos y que se ve reflejado en el CPI. Por ello, la responsabilidad que se tiene de este grupo de personas es realizada sin un conocimiento y reconocimiento de las prácticas que realiza. Su proyecto de vida se ve pausado por dedicar la mayor de su tiempo a cuidar a su familiar Adulto Mayor.

Tanto lo cultural y económico son dos categorías importantes (además de ser un medio para alcanzar la felicidad del ser humano) en el reconocimiento o capital simbólico del ser humano. La compasión que tiene el CPI, fortalece su ética por realizar acciones nobles que le ayuda a alcanzar su felicidad. Sin embargo, ese reconocimiento se transgrede por la exclusión.

En este sentido, la salud en el CPI es un fenómeno que trasciende a la ausencia de la enfermedad, que consiste en afrontar los sucesos a pesar de las circunstancias, por ello suelen ser personas resilientes, además de ser personas con un alto sentido de responsabilidad, que van adquiriendo con la convivencia continua que se tiene con la persona Adulta Mayor a la que cuidan.

Además, el CPI tiene aspiraciones y metas por realizar para tener un futuro viable que le satisfaga en la vida. Los aprendizajes con el paso del tiempo que va adquiriendo el CPI, tiene relación con el reconocimiento cultural, pues un CPI va adquiriendo conocimientos en los cuidados de su familiar que a través de la experiencia y aprendidos arbitrariamente le han ayudado a tener una mejor calidad de vida, ya que la salud es entendida como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, que toma en cuenta al conjunto de capacidades que desarrolla y potencializa el ser humano para cumplir sus aspiraciones, pues el ser humano busca el perfeccionamiento de sus capacidades que le ayuden a alcanzar su felicidad. Sin embargo, bajo esta estructura, el CPI se le excluye volviéndose invisible ante su círculo familiar y la sociedad.

Por esta razón, el resultado de la investigación fue conocer la influencia que tiene la Determinación Social como categoría principal en la vida del CPI, el rol que juega en la sociedad y el vínculo que tiene con la persona Adulta Mayor. En este sentido, dar a conocer cómo este grupo de personas al estar inmerso en una estructura económica basada en el consumo y la acumulación de capital ha sido excluido de sus aspiraciones, generando un desgaste físico, emocional pero además simbólico, este último deteriorado por la falta de reconocimiento en su familia y en la sociedad. Por ello, el CPI pasa la mayor parte de su tiempo siendo invisible, adjudicando y corporeizando prácticas malsanas que lo conducen a la enfermedad.

En esa misma línea, los hallazgos encontrados en la investigación, por una parte, es la culpa que sienten los CPI entrevistados, pues el vínculo que tuvo con su familiar a lo largo de su vida no fue afectuoso ni grato, ya que existió un desprendimiento del círculo familiar a temprana edad, que al llegar el momento de cuidar se siente obligado a realizar esta actividad ya que en su juventud no paso el tiempo necesario con su familiar.

Por otro lado, existe la negación que tiene el CPI en aceptar que es la persona responsable de cuidar, estando implícita e inconscientemente las acciones de esta actividad, ya que permanece al pendiente de los cuidados de su familiar. También, los roles de género juegan un papel importante ya que la persona por el simple hecho de ser mujer, se le adjudica implícitamente el ser la protectora y cuidadora de la familia.

De esta manera, se encontró que el CPI presenta síntomas de cansancio e insatisfacción que van perjudicando su persona y los cuidados que brinda, a este suceso se le conoce como el síndrome del cuidador, donde se tiene la sensación de que cuidar es una obligación de la que no se puede librar, lo cual ocasiona que exista maltrato durante los cuidados que se realizan al presentar síntomas de insatisfacción que se ven reflejados en agresiones de diversos tipos.

Otra de las características encontradas, hace referencia a la economía y la acumulación de capital, pues al no tener éste último el CPI se vería obligado a realizar múltiples actividades y no sólo el cuidado de su familiar. Sin embargo, las circunstancias que las alejaron de su familia y al estar inmerso en el sistema capitalista-neoliberal desde su juventud, adquirió enfermedades a temprana edad tales como hipertensión y diabetes. Otra de la problemática que se encontró en la vida del CPI fue dejar a un lado sus aspiraciones para realizar múltiples actividades y

obtener el reconocimiento económico y académico, en el que encontraban plena satisfacción; sin embargo, el hecho de postergarlas los llevó a la infelicidad.

De esta manera, conocer la vida del CPI hace énfasis en saber las circunstancias que los orillaron a ser cuidadores, pues implícitamente están las conductas aprendidas del sistema social referidas al individualismo donde se tiene una salud aislada versus una salud colectiva y el deterioro de la salud mental.

Por otro lado, se entiende que existe una demolición de la vida en un sentido de deterioro ecológico, por la concentración de capital que afecta al ser humano al generar espacios mal sanos y que se reproducen en las familias. Entornos creados por el sistema económico determinado, donde el CPI se desenvuelve y son afectados.

Por otro lado, se centra la Determinación Social de la Salud en la ruptura del paradigma dominante en cuestionar las ideas de salud que existen. En este sentido conmensura y enfatiza la vida en general donde se puede resaltar la Salud Mental del ser humano.

Es así, que un CPI tiene características diferentes dependiendo de la edad, el género y la cultura, de la que se desprenden sus ideas lógicas de lo que entiende por el concepto de la vida, de la ética y de la salud. Es entonces que un CPI se responsabiliza a realizar esta actividad perdiendo su autonomía y su poder de decisión para cuidar. Por esta razón, desde la practicidad crítica, el Licenciado en Promoción de la Salud se tiene que enfocar en los diferentes CPI que puedan existir, tomando en cuenta como herramienta crítica la Determinación Social y romper con la idea de una salud aislada.

En este sentido, se tienen que generar estrategias para conocer al CPI como figura principal del vínculo que existe entre paciente y profesional de la salud. Además, resulta fundamental capacitar y reconocer la labor del familiar que atiende, brinda cuidados básicos y adecuados. Siendo un tema de suma importancia, que el propio CPI potencialice sus capacidades y cree sus propias herramientas para cuidarse a sí mismo.

Por esta razón, la tarea del Lic. En Promoción de la Salud es profundizar y corporeizar la salud, como la fuente de riqueza de la vida cotidiana del sujeto y defender la vida natural tal como la conocemos.

Es así, que la Promoción de la Salud Crítica tiene que fundamentar la salud a partir de sostener que la vida forma parte de un todo social y que hay que preservar y adecuar estrategias intersectoriales para trabajar con un pensamiento transdisciplinar a favor de la propia vida. En este sentido la transdisciplina contribuye a que cada una de las disciplinas vaya progresando con la ayuda de otra, en palabras de Jaime Breilh (Andina multimedia, 2018) “habiendo una transgresión para un bien común y colectivo”. Estas ideas contribuyen a relacionar y a involucrar al ser humano en las problemáticas sociales y propias de la naturaleza.

Sin embargo, la dominación del sujeto como lo explica Foucault a través de su discurso de la biopolítica donde existe una regulación y normalización, generan una acción de exclusión del sujeto que es considerado anormal. Esta postura se asemeja en la figura del CPI; “exclusión normalizada por sus familiares y la sociedad”, la violencia simbólica que se refleja implícitamente en la persona Adulta Mayor y de los familiares hacia el cuidador.

Limitantes de la investigación

Por otro lado, la indagación resultante está centrada en saber cómo influye la estructura social determinada, que está limitada por involucrar y contextualizar en un solo tipo de CPI. Por esta razón, este condicionamiento generó que la investigación careciera de entrevistas a los familiares y al paciente.

De esta manera, quedó acotada la postura de la Promoción de la Salud Crítica, ya que las personas entrevistadas visualizaron la Salud como la ausencia de enfermedad. Además de que la investigación careció de un trabajo directo con los CPI e indagar sobre la atención que tienen las instituciones públicas con referencia a estos grupos.

Propuestas

Una de las propuestas por parte del investigador en el área de Promoción de la Salud Crítica es trabajar con políticas públicas utilizando prácticas intersectoriales desde los Centros de Salud (CS) en un primer momento sólo en la Ciudad de México, para capacitar y fortalecer las Prácticas de Salud en estos grupos. Esta propuesta es porque cada CS tiene limitado un territorio para la atención a las comunidades cercanas. Además, de hacer énfasis en la corporeización de la ética como responsabilidad del sujeto dentro de las escuelas, además de generar conciencia y empatía para este grupo.

De esta manera, la Promoción de la Salud Crítica tiene que ser aprendida como la práctica transdisciplinaria que involucre las Políticas Públicas de Salud en las escuelas y que busque un fin común ético, la preservación de la vida, de los espacios saludables y de la salud colectiva.

Experiencia.

Mi formación como Licenciado de Promoción de la Salud se fue modificando desde que fui partícipe en la consolidación del libro “Reflexiones y Experiencias Sobre la Identidad del Promotor de la Salud”, mi enfoque fue entender cómo es formada y adaptada la identidad del Licenciado en Promoción de la Salud al egresar de la institución y que cambió moderadamente lo que aprendí en la licenciatura. De este modo, hago mención que la Promoción de la Salud es una práctica Transdisciplinaria enfocada en preservar la vida y la salud de los seres humanos como su fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Por otro lado, la investigación que se realizó ayudó a formar mi identidad como egresado y conocer en qué temas puedo enrolarme, cuáles me apasionan y qué enfoque a partir de mi criterio puedo aportar.

Por último, me es importante el abordaje de la Determinación Social como herramienta fundamental para describir y analizar los procesos de salud desde los problemas políticos y sociales, resaltar la importancia de los espacios malsanos que existen y que condicionan la manera de vivir y delimitan la vida de los sujetos.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Como hacer investigación cualitativa, fundamentos y métodos*. México. <https://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/3750>
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013, enero-abril). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 124-145. <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>
- Andina multimedia. (2018, 18 de julio). *La salud mental y su determinación social*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=6ZuEgks6kP4>
- Angulo, M. A., García, C. D., & Gómez, M. A. (2016). Introducción a la Promoción de la Salud. México D.F. Universidad Autónoma de la Ciudad de México
- Araujo, O. R. (1996). Política y neoliberalismo. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 41(166), 113-129. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5073008>
- Arias, A. M., & Alvarado, S. (2015, julio-diciembre). Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de los conocimientos científicos. *Revista CES Psicología*, 8(2), 172-181. <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417010.pdf>
- Barreto, O. D., & Salazar-B. H. A. (2021). Agotamiento Emocional en estudiantes universitarios del área de la salud. *Universidad y Salud*, 23(1), 30-39. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v23n1/2389-7066-reus-23-01-30.pdf>
- Bourdieu, P. (1986) *The forms of capital*. 15-29 https://home.iitk.ac.in/~amman/soc748/bourdieu_forms_of_capital.pdf
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. España: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. (2010). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Bourdieu, P. (2011). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI, 29-32.
- Breilh, J. (2011, octubre). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. *Ponencia presentada en: Conferencia*

Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos, Río de Janeiro, 28-59.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh,%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

Becker, M. (1987). El cardenismo y la búsqueda de una ideología campesina. *Relaciones*, 8(29), 5-22.
<https://www.colmich.edu.mx/relaciones25/files/revistas/029/MarjorieBecker.pdf>

Brom, J. (1988). *Esbozo de la Historia de México*. Grijalbo. México.

Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social*. México.
<https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/08/canales-eron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf>

Castorina, J. A., & Barreiro, A. (2007). *Cultura y conocimientos sociales: desafíos a la psicología del desarrollo*. Buenos Aires.

Castro, M. C. (2007). *Tanatología: La familia ante la enfermedad y la muerte*. México, Trillas.

Catelli, L. (2011). "Y de esta manera quedaron todos los hombres sin mujeres": el mestizaje como estrategia de colonización en la española (1501-1503). *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, 217-238. <https://www.jstor.org/stable/41940845>

Chapela, M. C., Contreras, M. E., Cerda, A. & González, S. (2011). La salud en México: ayer, hoy y mañana. *Pensar el Futuro de México*. México. En M. C. Chapela & M.E. Contreras (Coordinadoras). *Pensar el futuro de México, colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*. T. 15, 11-31. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Chapela, M. C & Jarillo S. E. C. (2001). Promoción de la Salud, Siete tesis del Debate. *Cuadernos Médicos Sociales*. 59-69.
http://www.unsis.edu.mx/ciiissp/Sociedad_y_salud/salud_en_comunidad/acad/Promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud,%20siete%20tesis%20del%20debate.pdf

- Collado, D. C. (2011). Autoritarismo en tiempos de crisis: Miguel de la Madrid 1982-1988. *Historia y grafía*, (37), 149-177. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-09272011000200006&script=sci_arttext
- Colomer, C., & Álvarez-Dardet, C. (2001). Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, 27-45. https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2013/10/promocic3b3n-de-la-salud_concepto-estrategias-y-mc3a9todos.pdf
- Cordera, R., & Tello, C. (1981). *México, la disputa por la nación: perspectivas y opciones del desarrollo*. Siglo XXI. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=f93AsJAxiP4C&oi=fnd&pg=PA5&dq=Cordera,+R.,+%26+Tello,+C.+\(1981\).+M%C3%A9xico,+la+disputa+por+la+naci%C3%B3n:+perspectivas+y+opciones+del+desarrollo.+Siglo+XXI.&ots=MsvJYObKDD&sig=A3qpuQu5ym4__GGb5Nlx7qDAmlA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=f93AsJAxiP4C&oi=fnd&pg=PA5&dq=Cordera,+R.,+%26+Tello,+C.+(1981).+M%C3%A9xico,+la+disputa+por+la+naci%C3%B3n:+perspectivas+y+opciones+del+desarrollo.+Siglo+XXI.&ots=MsvJYObKDD&sig=A3qpuQu5ym4__GGb5Nlx7qDAmlA#v=onepage&q&f=false)
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013, julio-septiembre). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Domínguez, G. (2009, mayo-agosto). La tanatología y sus campos de aplicación. *Horizonte Sanitario*, 2(8), 28-39. <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845132005.pdf>
- Domínguez, G., Zavala, M., Cruz, D. C., & Ramírez, M. O. (2010, junio-enero). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Revista de los Estudiantes de Medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 28-34. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/983/1345>
- Fair, H. (2010). Una aproximación al pensamiento político de Michel Foucault. *Polis*, 6(1), 13-42. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332010000100002&lng=es&tlng=es
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona, Herder. https://www.inaes.edu.py/application/files/6515/8516/6361/RESILIENCIA._FRANKL._VIKTOR_-1979_-_EL_HOMBRE_EN_BUSCA_DE_SENTIDO.pdf

- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI. México.
<https://fhcv.files.wordpress.com/2014/01/freire-pedagogia-del-oprimido.pdf>
- García, D. (2007). *Introducción al enfoque emancipador de la Promoción de la Salud*.
<http://www.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2012/02/introducci%C3%B3n-al-enfoque-emancipador-de-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud.pdf>
- García, J. S. M. (2017). El habitus. Una revisión analítica. *Revista Internacional de sociología*, 75(3), 1-14.
<https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/680/870>
- García, M. D., Martínez, C., Martín, N. y Sánchez, L. (s.f.). *La entrevista*.
http://www2.uca.edu.sv/mcp/media/archivo/f53e86_entrevistapdfcopy.pdf?fbclid=iwar2hki8
- Garciadiego, J. (s.f.). *Introducción histórica a la revolución mexicana*. México. Secretaría de Educación Pública.
- Giraldo, C. I., Franco G. M., Correa, L. S., Salazar, M. O. Tamayo, A. M. (2005, julio-diciembre). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 23(2), 7-15.
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12011106002.pdf>
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. & Palacios, S. (2010). La promoción de la Salud como estrategia como fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>
- Gutiérrez, L.M. (2004). *La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento*. México, 53-70.
http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_I/UNIDAD_2/La_salud.pdf
- Henao, C. F., García, D A., Aguirre, E. D., Gonzalez A., Bracho, R., Solorzano, J.G. & Arboleda, A. P. (2017 enero-junio). Multidisciplinariedad, Interdisciplinariedad y transdisciplinariedad en la formación para la investigación en ingeniería. *Revista Lasallista de investigación*, 1(14), 179-197.
<https://www.redalyc.org/pdf/695/69551301017.pdf>

- Harvey, D. (2008). El neoliberalismo como destrucción creativa. *Apuntes del CENES*, 27(45).
<https://www.redalyc.org/pdf/4795/479548752002.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México.
<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (1994). *Cuaderno núm. 1 de estadísticas de educación*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825460266/702825460266_1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (1ro de octubre). *Comunicado de Prensa*, 475(19), 1-19.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). *Indicadores Sociodemográficos de México. 1930-2000*.
https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825493875/702825493875_3.pdf
- Instituto Nacional de Geriátrica. (s.f.). *Manual de Atención. Módulo Intervenciones Integrales. Unidad 4: Intervención para el cuidador y la familia*. 195-234.
http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_III/UNIDAD_6/Manual_de_atenci%C3%B3n.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (s.f.). *El trabajo de cuidados ¿Responsabilidad compartida?*
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101231.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (s.f.). *Cuidadores de Personas Mayores*.
<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>
- Lalonde, M. (1996). El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. *Promoción de la salud: una antología*, 3-5.
https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Lalonde%2C+M.+%28199

6%29.+El+concepto+de+campo+de+la+salud%3A+una+perspectiva+canadiense.+Promoci%C3%B3n+de+la+salud%3A+una+antolog%C3%ADa%2C+557&btnG=

- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25. <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf>
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En M. I. Rodríguez (Coord.). *Lo biológico y lo social, su articulación en la formación del personal de salud*. 101, 1-12. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- Laurell, A. C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa*. Colección Problemas de México. México: Ediciones Era. ISBN: 9684114141, 9789684114142
- Ley del Seguro Social. (2021). *Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>
- López, G. M. J., Orueta, S. R., Gómez-Caro, S., Sánchez, O. A., Carmona, M. J., & Alonso, M. F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es&tlng=es.
- López, O. & Blanco, J. (1994). Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública de México*, 36(4), 374-384. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10636403.pdf>
- López, L. I. G., & Hernández, M. J. R. (2001). Concepto de salud. *Promoción de la salud y cambio social*, 3-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=603100>
- López, O., Rivera, J. A. y Blanco, J. (2011). Determinantes Sociales. En M. C. Chapela & M.E. Contreras (Coordinadoras). *Pensar el futuro de México, colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*. T. 15, 93-123. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

- López, O. y Saint Martin, F. P. (2006). Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social*, 1(3), 82-102.
https://www.researchgate.net/profile/Olivia-Arellano/publication/44567822_Health_and_society_Contributions_of_Latin_American_Perspectives/links/6004e4ce92851c13fe1bda59/Health-and-society-Contributions-of-Latin-American-Perspectives.pdf
- Loría, E. (2009). Causes of the slow rate of economic growth in Mexico: A structural explanation. *Investigación económica*, 68(270), 37-68.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16672009000400002&lng=es&tlng=en
- Macé, E. (2006). *La cultura de masas: sociología de los conflictos de definición del imaginario colectivo. Sociedad y comunicación. Una mirada al siglo XXI*. México, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa Plaza y Valdés, 25-47.
- Marx, K. (1849). *Trabajo asalariado y capital*. Editorial Progreso, Moscú 1976 (2000), 1(1), 1-21. <https://www.flacsoandes.edu.ec/agora/trabajo-asalariado-y-capital-1849>
- Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 33, 3-34.
https://hjunin.ms.gba.gov.ar/files/residencias/bibliografiacomun/modelo_hegemonico.pdf
- Menéndez, E. (2005). Políticas del sector mexicano (1980-2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud colectiva*, 1(2), 195-223.
<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n2/v1n2a05.pdf>
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. México. <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>
- Ocampo, L. J. (2008). Paulo Freire y la pedagogía del oprimido. *Revista Historia de la educación latinoamericana*, (10), 57-72.
https://revistas.uptc.edu.co/index.php/historia_educacion_latinoamericana/article/view/1486/1482

- Olmos, H. A. (2008). *Gestión cultural e identidad: claves del desarrollo*. Agencia española de Cooperación Internacional para el desarrollo. <https://observatoriocultural.udgvirtual.udg.mx/repositorio/bitstream/handle/123456789/88/Olmos%20-%20Gesti%C3%B3n%20cultural%20e%20identidad%20claves%20del%20desarrollo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *¿Qué es la Promoción de la Salud?* <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). *¿Cómo define la OMS la Salud?* <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Envejecimiento y Ciclo de Vida*. <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento*. <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2012, 8 de octubre). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.) *Resiliencia*. <https://www.paho.org/es/documentos/resiliencia-tiempos-pandemia>

- Ortega, A., León, M., & Ramírez, B. (2010). Agricultura y crisis en México: treinta años de políticas económicas neoliberales. *Ra Ximhai*, 6(3), 323-337. <http://uaim.edu.mx/webraximhai/Ej-18articulosPDF/01-Agricultura%20y%20Crisis.pdf>
- Pavón, L. (2014). *Cuidados para el Cuidador*. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C, 1-61. <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/212%20cuidados.pdf>
- Pérez-Tamayo, R. (1988). *El concepto moderno de enfermedad. El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*, 2, 215-267. <https://es.calameo.com/read/00392596724be49080ea1>
- Real Academia Española. (2022). *Definición de desgastar*. <https://dle.rae.es/desgastar?m=form>
- Rodríguez, A. M. (2009). Resiliencia. *Revista de Psicopedagogía*, 26(80), 291-302. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf>
- Ruiz, A. M. & Rincón, D. A. (2017). *Michael Foucault: discurso y poder*. Colección de investigadores de derecho, 237-287, https://www.academia.edu/34454533/Michel_Foucault_discurso_y_poder
- Secretaría de Salud. (2015). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Artículo 4o. <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20y%20las%20ni%C3%B1as,deber%20de%20preservar%20estos%20derechos>
- Serna, E. (2016). La transdisciplinariedad en el pensamiento de Paulo Freire. *Revista de Humanidades* (33), 213-243. https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/7477/Serna_La_transdisciplinariedad_en_el_pensamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Serrano, J. A. (2008, enero-junio). El papel de la educación privada en el proceso de desarrollo nacional. *Revista intercontinental de psicología y educación* 10(1), 139-172. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80210110.pdf>

- Stein, S. & Stein, B. (1974). *La herencia colonial de América Latina*. Siglo XXI, México.
http://www.iunma.edu.ar/doc/MB/lic_historia_mat_bibliografico/Historia%20Latinoamericana%20General/LAMGen%20Biblio/Stein%20-%20la%20econom%C3%ADa%20colonial.pdf
- Strathern, P. (2003). *Marx en 90 minutos: (1818-1884)*. Siglo XXI de España Editores.
https://books.google.com.ec/books?id=J4Wm2Dudh6wC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Tamariz, C. (2019). La colonia Guerrero 1942-1979, procesos de arraigo y permanencia a través de las cualidades sociales del espacio de Simmel. *Intersticios sociales*, (17), 27-58.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642019000100027&lng=es&tlng=es.
- Taylor, J., & Bogdan, H. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires.
- Tejero, J. M. (2021). *Técnicas de Investigación cualitativa en los ámbitos sanitarios y socio-sanitarios*. Universidad de Castilla-La Mancha.
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28525/TECNICAS-INVESTIGACION%20LIBRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tetelboin, C. (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Estudios de Antropología Biológica*, 8, 487-510.
<http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/42875/38941>
- Torres, M. P. Ballesteros, E., & Sánchez, P. D. (2008a). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002&lng=es&tlng=es.
- Torres, L. E., Garrido, A., Reyes, A. G. & Ortega, P. (2008b, enero-junio). Responsabilidades en la crianza de los hijos. *Enseñanza e investigación en psicología* 13(1), 77-89.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29213107.pdf>

- Torres, L. E., Ortega, P., Reyes, A. G- & Garrido, A. (2011, julio-diciembre). Paternidad y ruptura familiar. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(2), 277-293. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29222521005.pdf>
- Uriarte, J. J. (2005). La resiliencia, una nueva perspectiva en psicología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 2(10), 61-79. <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>
- Velasco, M., & Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. Manual Moderno. México. <https://es.scribd.com/document/503555558/Manejo-Del-Enfermo-Cronico-y-Su-Familia-booksmedicos-org>
- Victoria, D. (2018). Una mirada reflexiva al pasado. En Y. Emeterio (Coord.). *Reflexiones y Experiencias Sobre la Identidad del Promotor de la Salud*. 137-153. México. Plaza y Valdez.
- Villa, S. S. (2019). *Las políticas de cuidados en México ¿Quién cuida y como se cuida?* Fundación Friedrich Elbert. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/15303.pdf>
- Villaroel, G. E. (2007, mayo-agosto). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Revista venezolana de sociología ya antropología* 17(49), 434-454. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70504911.pdf>
- Zegal, H. & Galindo, J. (1998). *Ética para adolescentes posmodernos*. Publicaciones Cruz O. S. A. México.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, de

Edad _____ Cuidador del Sr. (a) _____

con Edad _____, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre “La Determinación Social en el proceso de deterioro Biopsicosocial, cultural, familiar y simbólica del Cuidador Primario Informal del Adulto Mayor como campo de estudio de la Promoción de la Salud Crítica”, cuyo objetivo es Analizar cómo la Determinación Social genera un proceso de desgaste biopsicosocial, cultural, familiar y simbólica en el Cuidador Primario informal del adulto mayor, que consistirá en participar en una entrevista, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio y video para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso parte del equipo docente de la licenciatura de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, que guían la investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad. El Investigador Responsable del estudio, **Daniel Victoria Aguilar** se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Así mismo, el entrevistador me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), contará previamente con mi autorización.

Por lo tanto, como participante acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informada de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un análisis para ser presentado como tesis en la licenciatura de Promoción de la Salud antes mencionada por el investigador. He leído esta hoja de consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Ciudad de México, a _____ de _____ de 2022.

**Nombre y firma del
Cuidador Primario**

Investigador

Anexo 2

GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL CON: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Ocupación o puesto: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de Término: _____

Entrevistador: _____

Observador: _____

TEMA DE LA ENTREVISTA:			
OBJETIVO DE LA ENTREVISTA:			
CONTENIDO (Puntos a tratar).			
<ul style="list-style-type: none"> a) Pasado. b) Presente. c) Futuro. 			
PREGUNTAS DETONADORAS	PREGUNTAS DERIVADAS DE LA PREGUNTA DETONADORA (durante la entrevista)	RESPUESTAS RELEVANTES	OBSERVACIONES CONDUCTA NO VERBAL

Anexo 3

FORMATO DE ANÁLISIS

Datos generales del CPI	Datos generales del Adulto Mayor
Nombre:	Nombre:
Edad:	Edad:
Parentesco:	Padecimiento:
DISCURSO TEXTUAL	CODIFICACIÓN
PASADO	
PRESENTE	
FUTURO	