

Vida en ruralidad y su efecto sobre la salud de las personas mayores en el sur de Chile

Rural living and their effect about the health of the older people in the south of Chile

Carmen Muñoz Muñoz.^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5740-6413>

Manuel Monrroy Uarac.¹ <https://orcid.org/0000-0002-8567-827X>

Tomas Ellwanger Morales.² <https://orcid.org/0000-0002-8752-9905>

Joel Ramírez Vásquez.³ <https://orcid.org/0000-0002-5264-8277>

Ximena Lagos Morales.⁴ <https://orcid.org/0000-0002-6009-6134>

¹ Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Chile.

² Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de Osorno. Chile.

³ Centro Comunitario de Salud Mental, COSAM Oriente. Servicio de Salud Osorno. Chile.

⁴ Instituto de Farmacia. Facultad de Ciencias. Universidad Austral de Chile. Chile.

***Autor para la correspondencia:** cgmunoz@uach.cl

RESUMEN

Introducción: La investigación vincula tres aspectos relevantes para la política social dirigida a personas mayores y sus condiciones de vida: situación de salud, pobreza y ruralidad. **Objetivo:** analizar las condiciones de vida propias de personas mayores de 60

años que viven en tres zonas rurales del sur de Chile y el efecto de estas sobre la salud y funcionalidad.

Métodos: Se desarrolló una investigación cualitativa, sobre la base de un diseño interpretativo crítico. Se entrevistaron 22 personas de 60 a 80 años de edad, residentes de tres territorios rurales del sur de Chile: Forrahue, Pucatrihue y Neltume durante el segundo semestre del año 2018.

Resultados: Los resultados permiten discutir sobre las condiciones de salud general de las personas entrevistadas, el efecto positivo de la actividad física y la combinación con la alimentación, los efectos del dolor crónico y de la asociatividad para el bienestar ante condiciones de vida adversa y aislada de zonas y recursos urbanos.

Discusión: Las intervenciones sanitarias dirigidas hacia personas mayores de 60 años deben incorporar las variables de la territorialización de sus prácticas para el bienestar.

Palabras clave: personas mayores; situación de salud; medio rural; pobreza.

ABSTRACT

Introduction: the research links three key aspects of social policy designed for seniors and their living conditions: health status, poverty and rurality. Objective: assess the specific living conditions of people older than 60 years of age living in three rural areas of southern Chile and their effects on health and general functioning.

Methods: Qualitative research was conducted using a critical interpretive design wherein 22 people aged 60 to 80 were interviewed who are residents of three rural areas in southern Chile: Forrahue, Pucatrihue and Neltume during the second half of 2018.

Results: the results enable a discussion of the general health conditions of the interviewees, the positive effects of physical activity in conjunction with diet, the effect of chronic pain and their connections to wellbeing in light of adverse living conditions, isolated from urban areas and resources.

Discussion: the health interventions geared toward people over 60 years of age must incorporate variables related to the territorialization of such practices for wellbeing.

Keywords: aged; health situation; rural areas; poverty.

Recibido: 05/04/2021

Aprobado: 22/06/2021

INTRODUCCIÓN

Chile, junto a Costa Rica y Cuba se encuentran entre los países en donde la transición demográfica se da de manera más avanzada dentro de la región latinoamericana y por tanto, el desafío para afrontar el envejecimiento de la población trae múltiples demandas, tanto colectivas como individuales, que han de absorber las instituciones y las sociedades.

En términos globales, se estima que la carga total de mortalidad y morbilidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles aumentó en un 15 % en 10 años.⁽¹⁾ En esa misma línea, el perfil sanitario regional de población de 60 años y más incluye las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes, las enfermedades respiratorias y las relacionadas con los órganos sensoriales mayoritariamente.^(2,3)

Según datos del *Global Burden Disease*,⁽¹⁾ la principal causa de morbilidad y mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, que representan el 25 % de la carga de enfermedad, prevalencia que aumenta con la edad; seguida de la diabetes (7 % de la carga total de enfermedades); le siguen las enfermedades músculo-esqueléticas (33 y 40 % en mayores de 80 años) causantes de impacto negativo en calidad de vida por dolor crónico y alteraciones en la movilidad y motricidad. Complementan este perfil la enfermedad renal crónica (20 %), el Alzheimer y otras demencias (5 % que aumenta a 17,5 % en mayores de 80 años). Según OMS, la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad, seguido de los trastornos de ansiedad (3,8 %).⁽⁴⁾

Independiente de similitudes poblacionales en este perfil epidemiológico, existe heterogeneidad en la forma de envejecer, atribuible a diversidad de condiciones: los contextos socio- históricos propios de los territorios en donde se envejece, las diferencias de género que históricamente han situado lo femenino vinculado al cuidado y lo masculino a lo productivo, los niveles educativos y de ingreso al alcanzar la edad

adulta y las diferencias entre la vida urbana y rural que determinan que el acceso a recursos tenga un costo distinto.^(5,6) Actualmente, tres cuartas partes de las personas mayores de 60 años en América Latina viven en zonas urbanas y con bajos niveles de escolaridad: 78,5 % tiene un nivel educacional bajo (menos de 8 años) y solo un 8,6 % cuenta con más de 14 años.⁽⁷⁾

Otro elemento que transversaliza la condición de las personas mayores en la región resulta ser la pobreza y la seguridad económica. Estos aspectos guardan un correlato directo con las trayectorias de vida y las trayectorias laborales para las pensiones contributivas y del marco estructural para la seguridad social en cada país en el caso de las pensiones no contributivas que entregan los Estados⁽⁸⁾ y en la vejez que se vive en el mundo rural alcanza matices diversos, dada la tendencia al empleo informal o por cuenta propia durante la vida adulta o directamente el trabajo no remunerado sino como una forma de auto abastecimiento, que lleva mayoritariamente a la dependencia de la seguridad social para la subvención de los mayores costos cotidianos por las dificultades de acceso, conectividad y otros.

Las prácticas sanitarias hegemónicas tienden a obviar la caracterización de los territorios e invisibilizan formas naturales de cuidado y de saber sobre el propio cuerpo, de los métodos para restablecer la salud y por sobre todo, el valor de la actividad para la mantención de la calidad de vida. Esto evidencia un reduccionismo y pone en riesgo de perder la esencia de la vida en contextos rurales, que no por nada, contrasta los indicadores formales de “desarrollo” con una baja prevalencia de enfermedades y una alta expectativa de años vida.⁽⁹⁾

La investigación de la cual deriva el presente texto, tuvo como objetivo analizar las condiciones de vida propias de personas mayores de 60 años que viven en tres zonas rurales del sur de Chile y el efecto de estas sobre la salud y funcionalidad. Se sostuvo en dos supuestos iniciales; el primero, que la ruralidad determina condiciones de vida en las personas mayores, que afectan positivamente su funcionalidad y salud; el segundo, que las construcciones subjetivas sobre la vejez, que se dan en las intersecciones de ruralidad y pobreza, constituyen diversidad de patrimonios simbólicos, sociales y culturales, que relativizan los económicos y explican formas diversas de construir y afrontar esta etapa de la vida y los problemas propios de la vejez, en especial, vinculados con la salud. No obstante esto, se reconoce que hay aspectos

transversales a estos colectivos, que también cruzan las vivencias de las personas que participaron en este estudio que de manera directa no fueron analizados en esta investigación, como lo son la identificación con pueblos indígenas y las diferencias según género.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo, diseño interpretativo-crítico^(10,11) en el segundo semestre de 2018. La investigación se dividió en dos etapas, la primera de ellas permitió conocer a personas mayores insertadas en organizaciones sociales existentes en cada uno de los territorios de estudio.⁽¹²⁾ En la segunda parte, se entrevistaron 22 personas, seleccionadas según interés de participación, habilidades comunicativas y cognitivas conservadas y permanencia de más de 10 años como residentes en el territorio (Tabla 1).

Los temas para las entrevistas se seleccionaron después de la revisión de instrumentos validados en población chilena y latinoamericana sobre salud, funcionalidad y condiciones de vida de personas mayores establecidos por numerosos investigadores, como lo son: Hernández-Navor, Guadarrama-Guadarrama, Castillo-Arellano, Hernández, Márquez-Mendoza;⁽¹³⁾ Urzúa, Navarrete;⁽¹⁴⁾ O'Brien, Harris, Beckman, Reed, Cook;⁽¹⁵⁾ Tong, Sainsbury, Craig;⁽¹⁶⁾ Fang, Power, Lin, Zhang, Hao, Chatterji;⁽¹⁷⁾ a partir de la selección del *World Health Organization of Life Questionnaire* (WHOQOL) sobre calidad de vida percibida y condición de salud general como guía.

Tabla 1. Caracterización de personas mayores participantes de la investigación según territorio, Chile 2020

Zona de estudio	Número de entrevistados	Género		Edad		
		H	M	60 - 69	70 - 79	80 y más
Neltume	6	1	5	1	4	1
Forrahue	9	4	5	5	3	1
Pucatrihue	7	2	5	1	4	2

Fuente. Elaboración propia, 2020

Las entrevistas se hicieron en los centros de salud de cada territorio o sede de la organización social y duraron alrededor de 20 minutos, fueron grabadas tras la firma de consentimiento informado, según revisión a cargo del Comité de Ética del Servicio de Salud Valdivia. El total de entrevistados se definió según saturación de información. A partir de las entrevistas se construyó un perfil que describió a cada participante.

Para el análisis narrativo de las entrevistas se usó Nvivo 11, donde se construyeron 15 categorías que luego se organizaron en 3 ejes de descripción (Tabla 2). Cuatro entrevistas en profundidad, permitieron ahondar en antecedentes de historia de vida, vinculación con el territorio y dispositivos de salud, mediante análisis de contenido en tres fases: codificación, triangulación de categorías y verificación de resultados,^(17,18) desde donde se levantaron inferencias a partir de los relatos.⁽¹⁹⁾

Tabla 2. Categorías y ejes de análisis

Categorías	Ejes
Salud Mental	Condición de salud general y atención sanitaria
Recursos materiales	
Condición de salud actual	
Futuro de condición de salud	
Dolor crónico	
Relación de la vida cotidiana con el clima	La vida cotidiana en ruralidad
Caminata	
Alimentación	
Sensación sobre la vida en el campo	
Sensación de libertad	
Ocupaciones del presente (actividades cotidianas)	
Ocupaciones del pasado	
Participación Social	El valor de la asociatividad como función social
Familia	
Autonomía	

Fuente: Elaboración propia, 2020

Los participantes en la investigación son residentes de tres territorios del sur de Chile. Estos fueron seleccionados según los índices de ruralidad y el número de habitantes mayores de 60 años que se describe el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile,^(20,21)

además de la conveniencia de las y los investigadores (acceso).

Neltume es una localidad pre-cordillerana, ubicada a 173 km de la capital de la Región de Los Ríos y viven allí cerca de 3 500 habitantes; Pucatrihue y Forrahue se ubican a 115 y 183 km, respectivamente de la capital de la Región de Los Lagos. Pucatrihue tiene 264 habitantes y Forrahue 130, mientras que en Neltume residen cerca de 2 500 habitantes.

Los tres territorios tienen una importante actividad turística, la que en Neltume se mantiene en invierno y verano por la infraestructura hotelera y la cercanía a centros invernales y lagos. Pucatrihue es costero, la actividad turística se concentra en época estival, su principal actividad económica es la pesca artesanal a diferencia de Forrahue donde se desarrollan la agricultura y la ganadería menor. Los tres territorios tienen alta proporción de población de etnia mapuche y concentración de pobreza.

La red de salud difiere de acuerdo con la concentración de población general y depende de los municipios correspondientes. Solo Neltume cuenta con un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), mientras que Forrahue cuenta con una Estación Médico Rural (EMR), dispositivo de baja complejidad y de atención eventual (2 veces por mes) de los equipos de profesionales que forman las Rondas de Salud Rural (RSR). Las personas que viven en Pucatrihue deben atenderse en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) más cercano (aprox. 29 km de distancia).

RESULTADOS

Condición general de salud de personas mayores

Se trabajó con diagnósticos auto-referidos, por acercamiento a las sensaciones de los procesos de salud – enfermedad - atención y más genuinamente a su vinculación con los dispositivos tradicionales de atención (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización de problemas de salud y ocupaciones principales auto-referidas

Territorio	Género	ID	Edad	Problema de salud	Ocupaciones
Neltume	M	E1	77	Diabetes, dolor de caderas, problemas de audición	Dueña de casa
	M	E2	71	HTA, Hipercolesterolemia	Mantenimiento de la casa y huerta y manualidades
	H	E3	80	Próstata, DM, HTA, Visión disminuida	Cuidado de la casa y huerta
	M	E4	75	Problemas respiratorios, dolor de cadera y el cuerpo	Cuidado de la casa
	M	E5	66	Salud mental, DM, HTA, problemas visuales	Mantenimiento de la casa, trabajo vendiendo comida en temporada de verano
	M	E6	74	Artrosis, HTA, Obesidad III, dolor de rodillas	Cuidado de la casa
Forrahue	H	E7	66	Problemas de audición y visión	Cuidado de la casa
	H	E8	76	Dolor de espalda, disminución de visión	Cuidado de animales
	H	E9	62	Hernia abdominal (no operada), HTA y dislipidemia	Cuidado de la casa
	H	E10	71	Dolor en rodillas (artrosis), disminución de visión	Huerta y cuidado de animales
	M	E11	65	HTA, dolor en rodillas y brazos	Cuidado de casa, labores de huerta
	M	E12	59	DM, dolores en brazos	Cuidado de la casa
	M	E13	80	Dolor en espalda y brazos	Cuidado de la casa, huerta y de esposo (postrado)
	M	E14	74	Dolor en rodillas, baja visión	Cuidado de la casa
M	E15	67	Dolor en espalda, caderas y manos, baja visión	Cuidado de la casa, huerta	
Pucatrihue	H	E16	70	Dolor lumbar, déficit visual y auditivo	Pescador
	M	E17	78	Asma, artritis	Cuidado de la casa, repostería
	M	E18	80	Diabetes, déficit visual	Cuidado de la casa
	M	E19	80	Dolores en articulaciones	Cuidado de la casa
	M	E20	71	Dolores en articulaciones	Cuidado de la casa
	H	E21	65	Dolor "espiritual" (Trastorno de ánimo)	Cuidado de casa y huerta
	H	E22	74	Dolor de espalda	Ex-pescador, ahora trabaja haciendo trabajos pequeños con moto sierra

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Los problemas de salud que las personas más comentaron en sus relatos fueron el déficit de visión y audición, con impacto negativo en la participación social y la vida independiente: “[...] usted escuchando bien se enchufa en el tema y puede responder u opinar, si no escucha no entiende nada y al final se queda callado”. (E.22)

La funcionalidad y habilidades motoras gruesas se encontraban conservadas (desplazamientos, cambios de plano y mantención de la bipedestación por largos períodos de tiempo). Todas las personas entrevistadas son independientes y autónomas, aun cuando la totalidad de ellas manifestó dolor articular o muscular, que aumenta con la actividad física. No obstante, ni las limitaciones sensoriales ni las músculos esqueléticas las refieren como enfermedad, sino más bien como una condición de cansancio, que cede con el descanso y el ritmo que le imprimen a las actividades cotidianas: “[...] cuando me duele, cualquier ejercicio que hago con los brazos, colgar ropa, lavar loza, que es lo que hago, lo dejo, me voy a sentar, soy fumadora, me fumo mi cigarro, me paso...! Y sigo”. (E.19)

En términos de las posibilidades de atención de salud, las personas entrevistadas coincidieron en que es insuficiente en número y calidad, pero no le atribuyen un valor insustituible en términos de impactar la condición de salud. La atención eventual de los equipos de profesionales, la escasez de horas de atención y las distancias y tiempos de traslados que las personas usuarias de los tres territorios requieren, han construido una vinculación periférica con la atención de salud formal.

La consulta en dispositivos de Atención Primaria en Salud parece ser rutinaria (casi ritual), donde por ejemplo un control médico no es usado para atender problemas puntuales de salud enfermedad sino más bien como un reporte de condición. Aquello que las y los entrevistados refieren como enfermedad son dolencias que vinculan a hospitalizaciones o consultas de especialidades de manera recurrente. Solo estas son circunstancias que afectan sus rutinas, vulneran el sentido de autonomía y libertad, que tienen un valor arraigado a la vida en el campo.

Se constata arraigo a las fórmulas de bienestar que las personas entrevistadas usan y que incluyen el consumo de hierbas medicinales, el autocuidado y el descanso ante factores estresantes del cuerpo y la mente: un ritmo enlentecido para las actividades cotidianas y las pausas en las tareas de productividad que solo son posibles debido a la

independencia en actividades productivas. Hay una resignación ante el deterioro propio del envejecimiento, especialmente ante las dificultades de acceder a la salud privada: “[...] Mucha plata, me quedo así no más. Estoy vieja ya, pa qué quiero más”. (E. 1).

La caminata y la alimentación en salud de las personas mayores

La caminata y las características de la alimentación fueron las dos explicaciones angulares de la situación de salud y funcionalidad de las personas mayores en los territorios estudiados y tienen además un valor positivo de la vida en ruralidad. Las rutinas diarias incluyen caminar largas distancias (más de los 300 metros mínimos considerados como factores protectores de disfunciones motoras en personas mayores de 60 años). Las descripciones de varios participantes, hacen estimar que estas caminatas pueden alcanzar hasta 8 kilómetros diarios, considerando que esa puede ser la distancia entre domicilio y centro de salud, el punto de acceso a transporte u otro de interés de la localidad (iglesia por ejemplo), o el tiempo que tardan en vigilar y hacer retornar el ganado al término del día con caminos pedregosos (con tierra, piedras, desniveles y la humedad): “[...] aquí, me he puesto a caminar, no me doy ni cuenta, pero después preguntando cuanto es la distancia. Por ejemplo, de donde yo vivo acá a la caleta, son tres kilómetros hacia acá y yo lo he hecho y me devuelvo para allá tres kilómetros más. Estoy caminando seis, que antes nunca había caminado seis en la ciudad)”. (E. 21)

En aquellos casos donde el cuidado de animales no parece la actividad predominante, sí lo es el cuidado de la huerta, que incluye desplazamiento y cambios de planos corporales permanentes. Si bien sus problemas de salud autoreferidos evidencian una alta prevalencia de problemas metabólicos como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, la caminata parece estar en la base de otros indicadores de salud típicamente descritos como de riesgo, que no coinciden con una dieta alta en grasas, carbohidratos y carnes. La autoprovisión de frutas y verduras frescas y la actividad física parecen mediar los daños y riesgos cardiovasculares y neurodegenerativos en condiciones metabólicas alteradas.

La vida cotidiana con dolor crónico

Las entrevistas muestran la manera en que las personas conviven con el dolor crónico,

propio de cierto tipo de patologías recurrentes de origen músculo- esquelético y reumatológico. Lo refirieron como algo integrado a las condiciones cotidianas, que no altera sus actividades de la vida diaria. Describen estrategias para amortiguar el dolor, vivir con él, acostumbrarse y resignarse: “[...] siento que un brazo me molesta un poco, pero sé que va a pasar”. (E. 20)

La necesidad de autonomía para las condiciones de vida propias del aislamiento hace que sus actividades de mantención del hogar como cocinar, limpiar y picar leña no dependan de terceros y si bien, eso pudiese explicar la necesidad de sostener el funcionamiento a pesar del dolor, esta sobrepasa las necesidades básicas al combinarse con el trabajo en las huertas, tejido y bordado entre otras. Se desarrolla una vida cotidiana de esfuerzo, de necesidad de independencia para el cuidado de sí mismos y los suyos y un alto valor atribuido a ello: “[...] de repente alguien me dice no trabajes tanto, no hagas tanta cosa, cuando me dicen que no trabaje, es como que me siento un poquito mal, no quiero que me discriminen a mí, me gusta hacer cosas, trabajo, yo creo que eso me mantiene, me siento feliz, de los 70 años me he sentido mejor que antes, no sé cuál es el cambio”. (E.20)

El valor de la asociatividad como función social

Las tradiciones familiares y sociales rayan en lo endogámico. Si bien nuevas actividades económicas se han insertado lentamente en estos territorios rurales (forestales, frutales y de turismo) no han impactado sustancialmente en los modos de vida de las personas mayores. Se mantiene un estilo simple: pequeña cantidad de animales, huerta doméstica y vida social con vecinos cercanos. La participación en organizaciones de la sociedad civil en sus territorios constituye una oportunidad de unión, cohesión, contención y apoyo mutuo.

Las entrevistas refuerzan la idea del impacto positivo de la participación social sobre el bienestar psicológico, el cual es mayor cuando se trata de actividades de ocio por sobre otras, como el trabajo o autocuidado. Este efecto es mayor cuando se vincula a causas socialmente compartidas, como es la defensa por el medio ambiente, rescate de la memoria por violencia política o los derechos de una etnia en particular.

Más allá de la vinculación directa con la disminución de la sensación de soledad, aumento de la felicidad e impacto sobre la extensión de la vida, este estudio muestra

que sus efectos pueden no tener relación con la frecuencia de la participación, sino con el solo hecho de sentirse ocupados en este tipo de actividades y de cumplir roles de cuidado de otras personas: “Nosotras tenemos, hacemos el día jueves, el miércoles, hacemos empanadas cuando se paga a los jubilados, entonces una anda atenta atendiendo a la gente, feliz”. (E. 2)

DISCUSIÓN

El fenómeno de la vejez, al decir de Rethorn, Cook y Reneker,⁽²²⁾ impone al mundo sanitario además de una demanda de tecnología, una inyección de recursos financieros; en tanto exige de los profesionales de salud las competencias que permitan ver la diversidad de necesidades sanitarias, lo que incluya la comprensión de los efectos que provocan ciertas condiciones de vida en los procesos de salud-enfermedad y la influencia de los territorios en la construcción de sus formas de bienestar. El estudio del fenómeno de la vejez transita por múltiples momentos o fases y en la mayoría de ellos, esta aparece como sinónimo de dependencia y de problemas.

Conscientes de que los procesos de envejecimiento patológico generan mayores niveles de discapacidad a más temprana edad, con consecuencias que se extienden al círculo familiar o de cuidado directo, existen posturas que reconocen variables construidas histórica y socialmente que permiten mirar y pensar el proceso de envejecimiento considerado “normal” e identificar en él aspectos positivos.⁽²³⁾ Curcio Borrero,⁽²⁴⁾ afirma que la valoración social ha sido un tránsito largo y lento, aún inconcluso, que matiza la interpretación del fenómeno de la vejez no solo desde la biomedicina, pues incluye además, los contextos culturales, políticos y económicos, que influyen en su construcción, como en este caso en particular, el de la ruralidad.

Otros estudios,^(25,26) afirman que, reconociendo el inobjetable componente fisiológico, la salud de las personas mayores de 60 años se concibe de acuerdo al grado de funcionalidad y por tanto, es importante que las estrategias sanitarias atiendan la elaboración de herramientas anticipadoras, preventivas y compensatorias de mayor impacto para la vejez funcional, con lo cual coinciden también Rethorn, Cook y Reneker.⁽²²⁾

Los relatos de las personas entrevistadas rescatan las características de los hábitos y rutinas de vida como la caminata y alimentación, que refuerzan múltiples estudios previos que vinculan la actividad física como protector de enfermedades metabólicas frecuentes en la vida adulta.^(26,27) coinciden también en la importancia y el valor de recoger como sanador formas tradicionales de estar bien para las personas mayores, dado que median las dimensiones objetivas de salud e impactan el bienestar.^(9,28-31)

Así, dado que caminar es considerado un elemento central en la expresión de funcionalidad en el ser humano,⁽³²⁾ resulta interesante notar como en este grupo de participantes confluyen variables que contribuyen para que esta apunte a bienestar: el estado de salud de un individuo, nivel de actividad habitual, motivación, salud mental, así como las características del entorno.^(33,34) Todas las personas entrevistadas cuentan con la marcha funcional y esta evidencia no solo habilidad y eficiencia en diferentes tipos de superficies sino tolerancia al esfuerzo físico.

De igual forma, los relatos sobre la vida con dolor, ponen en una dimensión individual y colectiva los conceptos de resiliencia y resistencia.⁽³⁵⁾ Mientras para algunos esta puede responder a una forma de resiliencia, entendida como una propiedad fundamental que deben tener los individuos para demostrar su capacidad de vivir con el peligro y la inseguridad y aun así, estar/vivir bien, lo cual incluye la capacidades de anticipar, absorber, administrar y sobreponerse a acontecimientos peligrosos; para las personas mayores, parece este un estado de resistencia ante sus condiciones de vida y salud, una especie de habilidad para evitar y sobrellevar los efectos adversos de lo cotidiano.

El presente estudio pone en discusión la manera en que familias completas que han vivido la adversidad estructural y cotidiana, determinan formas de lucha ante condiciones hostiles, como la enfermedad y la falta de recursos para acceder a la salud, que no se explican solo por el hecho de ser personas mayores de 60 años (que no es más que una posición arbitraria de dividir la vida), sino relacionadas con el hecho de ser mapuches, agricultores, pescadores y pequeños ganaderos.

A lo que se suma el hecho de que a partir de las circunstancias de la pandemia actual por SARS-CoV2, se han construido datos empíricos, mediante los cuales se constatan la idea de una población desatendida, para la que los Estados y las sociedades completas siguen sin estar preparados:⁽³⁶⁾

- La definición de la población mayor como vulnerable o de riesgo desde los

primeros casos de contagio en el año 2020, que generó la aplicación de medidas restrictivas de movilidad sin atender a las necesidades materiales de subsistencia.

- El protagonismo de la vejez en el dilema ético sobre la última cama o los mayores esfuerzos terapéuticos.
- La naturalización de la idea de la muerte por complicaciones de COVID propias de la edad.
- La deshumanización en el tratamiento de las muertes en los informes estadísticos diarios.

En este sentido, parece fundamental recuperar y rescatar aquellos elementos que humanizan la vida y la vejez, como la apropiación simbólico y cultural de los territorios que se habitan a lo largo de la vida en ruralidad y la manera en que las personas hacen suyos los hechos y procesos históricos que se han dado en el curso de las trayectorias de vida, constituyen variables críticas para ser consideradas por los agentes sanitarios, atendiendo a que dinamizan las estrategias de intervención al comprender cada situación de una manera diversa.

Ello implica entender la ruralidad como algo más que la densidad poblacional y los tipos de actividades económicas productivas de la población. Necesita ser comprendida en su vínculo directo con las historias de vida; las que, a su vez, constituyen un fuerte arraigo al autosustento, a la vida dura/tranquila y al autocuidado. Especialmente en personas mayores, esta dimensión incluye una forma de comprender los procesos de salud-enfermedad-atención que asienta las diferencias entre el enfermar, el padecer, el sentimiento de enfermedad y su relación con los sentidos de libertad.

Este estudio ratifica los supuestos iniciales sobre el valor positivo de la vida en contextos rurales para las personas mayores; no obstante, la insuficiencia de recursos materiales y respondió, además, al propósito de rescatar el valor de vidas resilientes y en resistencia ante lo que parece ser una triple condición de vulnerabilidad asumida de forma recurrente como: vejez, pobreza y aislamiento territorial.

La historia y forma de instalar estrategias de extractivismo cultural y medioambiental en Chile hace pensar que ciertos análisis gubernamentales relevan estos aspectos como una forma de restar fuerza a la articulación local y la vida cotidiana rural, para reemplazarla por un lugar para desarrollar turismo-exótico, sin atender al positivo impacto para un segmento de la población, como es la tercera y cuarta edad.

Las estrategias sanitarias dirigidas a las personas adultas mayores (y la estandarización de las mismas), parecen invisibilizar la dimensión de caracterización de la pobreza, las condiciones dinámicas que las generan y, por tanto, las estrategias para mejorar los estados de bienestar de los individuos. Actualmente, nadie parece poner en cuestión el valor del bienestar que, en un sentido amplio, procure la atención a los cambios y necesidades del cuerpo, de la mente y del espíritu de las personas en el último tramo de la vida.

No obstante, este segmento de la población constituye uno de los más desprovistos de protección en el contexto que esta dinámica genera: la inmediatez por disolución del síntoma, la estandarización de procedimientos, la excesiva tecnificación y tecnologización de la atención, muchas veces atentan contra la lógica del curso de la vida, la historicidad de los procesos de salud – enfermedad y el respeto por formas no tradicionales de sanación y cuidado, propias principalmente de quienes guardan un acervo valioso de formas de estar en el mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la CEPAL, N° 154. [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2018 [citado 28/1/2020] Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina. 2018 [Internet]. Santiago: LC/PUB; 2019 [citado 28/1/2020] Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf
3. GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden. The Lancet [Internet] 2017 [cited 1/11/2020]; 390(10100). Available from:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32366-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32366-8/fulltext)

4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Journal of Chemical Information and Modeling [Internet] 2015 [citado 28/1/2020];53(9). Disponible en: <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
5. Navarrete I, Osorio P. Longevidad y ruralidad: aproximaciones etnográficas a transformaciones del envejecimiento y territorios en zonas rurales del sur de Chile. Rev. Arg. de Gerontología y Geriátria [Internet]. 2019 [citado 1/11/2020];32(3). Disponible en: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2019/03/RAGG-03-2019-127-134.pdf>
6. Muñoz C. Las personas viejas en pandemia. Humanizar la desigualdad y las consecuencias sanitarias. Boletín Salud y sociedad. Crítica latinoamericana. Año 1, Número 1. Pandemia y desigualdad en América Latina, Rojas-Rajs Ed. [Internet] 2021 [citado 4/5/2021]. Disponible en: <https://www.clacso.org/boletin-1-salud-y-sociedad-critica-latinoamericana/>
7. Oliveri ML. Pensiones sociales y pobreza en América Latina. Apuntes: Rev. Cienc. Soc. [Internet] 2016 [1/11/2020];43(78). Disponible en: <http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/848/885>
8. Cuchcatla Méndez C., Rodríguez Piña Y, Esacalente Rivas N. Seguridad social, trabajo y derechos humanos para las personas mayores en la América Latina y el Caribe. CISS. [Internet]. 2020. [6/5/2021]. Disponible en: <https://ciss.bienestar.org.pdf>
9. Huínao Tranacán M, Montecinos Durán C, Muñoz Muñoz C, Valenzuela Soto D. Salud-enfermedad-atención de personas mayores que viven en ruralidad en el sur de Chile. Investigación & Desarrollo [Internet]. 2017 [1/11/2020];25(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/9679/10230>
10. Denzin N, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. London: Sage; 1994.
11. Moral Santaella C. Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. Rev. de Investig. Educ. [Internet] 2006 [1/11/2020];24(1). Disponible en: <https://www.edalyc.org/pdf/2833/283321886008.pdf>
12. Muñoz C, Monrroy M. La participación en organizaciones sociales de personas mayores que viven en zonas rurales del sur de Chile y su efecto sobre la salud. Poblac. Salud Mesoam. [Internet] 2020 [1/11/2020];17(2). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/39829>

13. Hernández-Navor JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arrellano SS, Hernández GA, Márquez-Mendoza O. Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. Rev. Psiencia [Internet] 2015 [citado 1/11/2020];7. Disponible en: <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/181>
14. Urzúa M A, Navarrete M. Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. Rev. Med. Chile [Internet] 2013 [citado 1/11/2020];141(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Academic Medicine [Internet] 2014 [cited 1/11/2020];89(9). Available from: https://www.mmcri.org/deptPages/core/downloads/QRIG/Standards_for_Reporting_Qualitative_Research_A_990451.pdf
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care [Internet] 2007 [cited 1/11/2020];19(6). Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
17. Fang J, Power M, Lin Y, Zhang J, Hao Y, Chatterji S. Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. Gerontologist [Internet] 2012 [cited 1/11/2020];52(1). Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/52/1/66/692107>
18. Miles M, Huberman A, Saldana J. Qualitative data analysis: A Methods Sourcebook. 3ª ed. California: SAGE Publishing; 1994
19. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A; 1990
20. Instituto Nacional de Estadísticas Chile. Resultados Definitivos CENSO 2017 (Final Results CENSO 2017). [Internet]. Santiago: INE; 2018 [citado 3/12/2020]. Disponible en: <https://www.ine.cl>
21. Ministerio de Desarrollo Social. Casen 2015 Adultos Mayores. [Internet]. Santiago: Gobierno de Chile; 2017 [citado 3/12/2020]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf

22. Rethorn Z, Cook C, Reneker J. Social Determinants of Health: If you Aren't Measuring Them, You Aren't Seeing the Big Picture. *J Orthop Sport Phys Ther* [Internet] 2019 [cited 1/11/2020]; 49(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31789121/>
23. Velásquez V, López L, López H, Cataño N. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. *Hacia Promoc. Salud* [Internet] 2011 [citado 1/11/2020];16(2). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/a4c9/41c660f3663978d78a1e6a4db994748e5e16.pdf>
24. Curcio C. Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia Promoc. Salud* [Internet] 2010 [citado 1/11/2020];15(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a10.pdf>
25. Belmonte Darraz, S, González-Roldán, AM., Arrebola, J., Montoro-Aguilar C. Impacto del ejercicio físico en variables relacionadas con el bienestar emocional y funcional en adultos mayores. *Rev Española Geriatria y Gerontología* [Internet] 2021 [citado 4/5/2021];56(3):136-143 <https://www.sciencedirect.com>
26. Leiva AM, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Troncoso-Pantoja C, Concha Y, Garrido-Méndez A, et.al. Asociación de un índice de estilos de vida saludable con factores de riesgo cardiovascular en población chilena. *Rev Med Chile* [Internet] 2018 [citado 28/1/2020];146(12):1405-1414. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001201405&=pt.
27. Díaz-Martínez X, Petermann F, Leiva AM, Garrido-Méndez A, Salas-Bravo C, Martínez MA et al. No cumplir con las recomendaciones de actividad física se asocia a mayores niveles de obesidad, diabetes, hipertensión y síndrome metabólico en población chilena. *Rev. Med. Chile* [Internet] 2018 [citado 15 enero 2020];146(5):585-595. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000500585&lng=es&nrm=i&tlng=es
28. Berdegué J, Jara E, Modrego F, Sanclemente X, Schejtman A. "Comunas Rurales de Chile". Documento de Trabajo N° 60. Programa Dinámicas Territoriales Rurales. Rimisp, Santiago, Chile. [Internet] 2010 [citado 25/1/2020]. Disponible en:

http://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/1366349561N602010BerdegueJaraModregoSanclementeScheitmanComunasruralesChile.pdf

29. Berlinguer G. La Enfermedad. Buenos Aires: Medicina Social. Cooperativa de Apuntes CEFTS; 1994
30. Pérez E. Hacia una nueva visión de lo rural. En: ¿Una nueva ruralidad en América Latina?. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2001. p. 17-29. [citado 25/1/2020]. Disponible en:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20100929011414/2perez.pdf>
31. Romero J. Lo rural y la ruralidad en América Latina: categorías conceptuales en debate. Psicoperspectivas [Internet]. 2012 [citado 25/12/2020];11(1). Disponible en:
<http://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL11-ISSUE1-FULLTEXT-176>
32. Medina González P. Linear variability of gait according to socioeconomic status in elderly TT - Variabilidad lineal de la marcha según el nivel socioeconómico en adultos mayores. Colomb Med [Internet]2016 [citado 25/1/2020];47(2). Disponible de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342016000200006&lang=pt
33. Fritz S, Lusardi M. Walking Speed: the Sixth Vital Sign. J Geriatr Phys Ther [Internet] 2009 [cited 25/1/2020]; 32(2). Available from:
https://journals.lww.com/jgpt/Fulltext/2009/32020/White_Paper_Walking_Speed_the_Sixth_Vital_Sign_.2.aspx
34. Ochoa González ME. Cross-cultural adaptation of the English version of the Senior Fitness Test to Spanish. Rev la Fac Med. [Internet] 2015 [cited 25/1/2020];62(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n4.41956>
35. Evans B, Reid J. Una vida en resiliencia. El arte de vivir en peligro. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2016.
36. Muñoz C., Aguilar F. La sobrevivencia en la vejez en Chile: lo que muestra la pandemia sobre la protección social. En: La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Teseo; 2021. p. 251- 272

Conflicto de interés

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

Contribuciones de los autores

Muñoz Muñoz. Elaboró el diseño del trabajo. Recolección y obtención de resultados. Análisis e interpretación de datos. Redacción del manuscrito. Aprobación de su versión final.

Monrroy Uarac. Participó en la concepción y diseño del trabajo. Recolección y obtención de resultados. Análisis e interpretación de datos.

Ellwanger Morales. Participó en la recolección y obtención de resultados. Análisis e interpretación de datos.

Ramírez Vásquez. Participó en la recolección y obtención de resultados. Análisis e interpretación de datos.

Lagos Morales. Participó en el análisis e interpretación de datos. Redacción del manuscrito.