



Enfermería Universitaria

ISSN: 1665-7063

rev.enfermeriauniversitaria@gmail.com

Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Ostiguín-Meléndez, R.M.; Bustamante-Edqén, S.
Dimensiones del cuidado en familias urbanas mexicanas
Enfermería Universitaria, vol. 13, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 80-89
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358745743003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

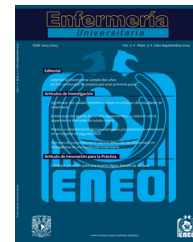
redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Enfermería Universitaria

www.elsevier.es/reu



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Dimensiones del cuidado en familias urbanas mexicanas



R.M. Ostiguín-Meléndez^{a,*} y S. Bustamante-Edgón^b

^a Coordinación de Investigación, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

^b Facultad de Enfermería, Universidad de Trujillo, Trujillo, Perú

Recibido el 8 de julio de 2015; aceptado el 15 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 5 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Familia;
Cuidado familiar;
Dimensiones del
cuidado;
Relaciones familiares;
Salud de la familia;
México

Resumen La familia es el grupo donde se provee la atención a sus integrantes tanto para la preservación de la salud como para su desarrollo. Los profesionales de la salud para una práctica asertiva deben contemplar a la familia como una persona con sus propios procesos de cuidado que son válidos y validados por sus integrantes. El cuidado familiar debe ser explorado como un proceso donde interactúan dimensiones que le dan sentido al hacer, deber hacer y al ser en acción del grupo. El *objetivo* del estudio fue explorar el cuidado familiar en población mexicana desde las dimensiones que le subyacen.

Métodos: El estudio fue cualitativo, exploratorio, descriptivo.

Resultados: El cuidado en familias mexicanas expone tres dimensiones del cuidado: la ética en donde los hábitos y actitudes virtuosas del cotidiano vivir impulsan el deber hacer; la estética en donde el hacer del cuidado emerge de los sentimientos para con el otro y la ontológica, que apunta a rescatar el estar ahí y la alteridad del cuidado en la familia.

Conclusiones: El cuidado familiar tiene tres dimensiones: ética, estética y ontológica que interactúan entre sí; la primera recupera el sentido virtuoso de las actitudes, hábitos, esperanzas, obligaciones que impulsan el deber hacer de la familia, la segunda pondera los sentimientos como parte del arte del cuidado familiar para precipitar el hacer del cuidado y la tercera moviliza el ser-familia para expresar el cuidado del grupo a través de las resonancias del mismo. Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: omrm2011@gmail.com (R.M. Ostiguín-Meléndez).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Family;
Family care;
Dimensions of care;
Family relations;
Family health;
Mexico

Care dimensions among mexican urban families

Abstract The family provides support to its members in areas such as development and health maintenance. In order to provide assertive practices, health professionals should treat families as entities whose care processes are validated by their own members. Family care should be explored as a process where, the to do, the ought to do, and the being dimensions interact. The *objective* of the study was to explore the family care in the mexican population from its underlying dimensions.

Methods: This was a qualitative, exploratory, and descriptive study.

Results: Care in mexican families exposes three dimensions of care: the ethics in which the habits and virtuous attitudes of daily living propel the ought to do; the aesthetics in where the to do of care emerges from the sentiments towards the other, and ontology, which aims to rescue the being in the family care.

Conclusions: The family care has three dimensions which interact among each other: ethics, aesthetics, and ontology; the first recovers the virtuous sense of attitudes, habits, hopes, obligations which propel the ought to do of the family, the second weights the feelings as part of the family care to convey the to do of care, and the third mobilizes the *being* of the family to express the care of the group through its resonances.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

PALAVRAS-CHAVE

Família;
Cuidado familiar;
Dimensões do
cuidado;
Relações familiares;
Saúde da família;
México

Dimensões do cuidado em famílias urbanas mexicanas

Resumo A família é o grupo onde se fornece a atenção aos seus integrantes tanto para a preservação da saúde como para o desenvolvimento. Os profissionais da saúde para uma prática assertiva devem contemplar à família como uma pessoa com seus próprios processos de cuidado que são válidos e validados pelos seus integrantes. O cuidado familiar deve ser explorado como um processo onde interagem dimensões que lhe dão sentido ao fazer, dever fazer e ao ser em ação do grupo. O *objetivo* do estudo foi explorar o cuidado familiar na população mexicana desde as dimensões que lhe integram.

Métodos: O estudo foi qualitativo, exploratório, descritivo.

Resultados: O cuidado em famílias mexicanas expõe três dimensões do cuidado: a ética onde os hábitos e atitudes virtuosas do cotidiano viver, impulsionam o dever fazer, a estética onde o fazer do cuidado emerge dos sentimentos para os outros e a ontológica, que atinge a resgatar o estar ali e a alteridade do cuidado no familiar.

Conclusões O cuidado familiar tem três dimensões: ética, estética e ontológica que interagem entre si, a primeira recupera o sentido virtuoso das atitudes, hábitos, esperanças, obrigações que impulsionam o dever fazer da família, a segunda considera os sentimentos como parte da arte do cuidado familiar para precipitar o fazer do cuidado e a terceira movimenta o ser-família para expressar o cuidado do grupo a través das ressonâncias do mesmo.

Direitos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0

Introducción

La familia cuenta con aproximaciones diversas en aspectos tales como la composición, transformación, construcción de las relaciones familiares, dinámica interna y problemas entre sus integrantes^{1,2}, sin embargo la organización del cuidado en su interior aún es poco claro.

Nigenda³, Folbre⁴ y la CEPAL^{5,6} exponen que millones de personas cuidan de manera continua a través de tareas con frecuencia catalogadas como domésticas, pero finalmente indispensables para la preservación del grupo. Ese cuidado

doméstico-permanente se traduce en tiempos amplios dedicados por las familias, frecuentemente por las mujeres, en la satisfacción de las necesidades de autocuidado y de cuidado de sus miembros, con ello se asegura la supervivencia y el desarrollo de sus miembros, de ahí su relevancia.

En este contexto la noción de cuidado lleva implícito un sentido de acción de parte de los individuos que la constituyen, que frecuentemente gravita entre lo curativo y paliativo. Es una acción realizada por otro en quien se deposita el saber, ya sea en el terreno físico (del cuerpo), psíquico

(de los afectos o emociones y de la cognición) o espiritual (del alma); con frecuencia se produce en el seno de la familia. El cuidado aparece entonces como responsabilidad de otros y se posiciona como vínculo social^{5,7}. Es una actividad para enfrentar las fuerzas de la naturaleza interna y externa: se cuida para vivir y para que el otro viva; para mantenerse y mantener activo; para tener calidad de vida y de muerte; para disfrutar y compartir; para evitar la soledad propia y ajena; para poner límite al dolor; para ser con el otro, para tener un lugar y para que el otro lo tenga, en suma, para hacer vínculo social.

De este modo el *cuidado familiar* con su base colectiva promueve y refuerza su carácter de vínculo social, en tanto que despliega en los hechos y fragmentos de la realidad que acontecen durante las 24 hrs. del día a día⁵ sentimientos de implicación activa, una disposición genuina de responder, estar presente, ser recíproco y comprometerse con promover el bienestar del otro⁶⁻⁸.

Estas características hacen de la familia una unidad de cuidados que debe ser entendida por los profesionales de la salud en sentido amplio, ya que lo mismo actúa como núcleo de prestación de atención, socio de servicios de salud e incluso promotor y preservador de cuidados socialmente pertinentes en el cuidado de sus miembros⁹, entre otras.

El cuidado familiar se da inmerso en un entramado proceso social que va más allá de la relación plana horizontal entre los individuos, oscila entre el reconocimiento de necesidades, el asumir, recibir y otorgar cuidado. Así, como labor diaria ejercida por parte de sus integrantes y delineada por una gran cantidad de actividades consideradas domésticas, pero encaminadas al bienestar de sus miembros, es de trascendental importancia para los sistemas de salud y sus actores consideran que en este cuidado se encuentran procesos y códigos que le dan sentido y pertenencia a las formas en que cada grupo familiar vive y actúa el cuidado.

La CEPAL en el 2013, señaló que aun cuando el cuidado familiar se ofrece conforme a la asimetría de los géneros, la independencia de sus integrantes es determinante en la forma de procurarse^{5,6}; es decir, en la medida que promueve la libertad de sus integrantes en materia de cuidado asegura formas y procesos de mantener la vida.

México, con poco más de 112 millones de habitantes enfrenta en materia de salud un gran reto, 6 de cada 10 personas se encuentran en algún nivel de pobreza, forman parte de los hogares urbanos con necesidades de cuidado^c que equivalen al 52% de los hogares urbanos del país (13.4 millones), se concentran principalmente en Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey, por lo que es de relevancia abordar el tema del cuidado familiar^{10,11}.

El cuidado familiar es una práctica universal, que parecería obedecer a la dinámica que se establece en el interior de las familias en materia de salud, sin embargo esto es poco claro para el personal de los servicios médicos que requerirían sin duda, una inmersión en el tema del cuidado en el interior de la familia y desvelar aquellos elementos que se

vinculan con su relevancia, ya sea para la preservación de la vida o la reproducción de cuidados tradicionalmente familiares, para los miembros de la misma en cualquier etapa de desarrollo o condición de salud.

El presente estudio tuvo como objetivo explorar el cuidado en el interior de la familia urbana en México, como una forma de aproximación a las dimensiones que le subyacen y le dan pertinencia, bajo las perspectivas teóricas de Waldow¹² y Bustamante¹³ para apoyar las dimensiones ética y estética del cuidado, mientras que la ontológica se plantea desde las consideraciones de Boff¹⁴.

Métodos

La investigación se plantea desde un abordaje cualitativo descriptivo-exploratorio^{15,16} dada la naturaleza del objeto de estudio que se pretende describir el cuidado familiar en población mexicana, para comprender y analizar desde la perspectiva de los participantes los elementos y dimensiones que le subyacen y le dan sentido.

El escenario del estudio estuvo constituido por familias mexicanas del área urbana de la Ciudad de México, asistentes a un dispensario médico ubicado en una colonia popular de la Delegación Gustavo A. Madero.

En México se ubica la ciudad más poblada del mundo: el Distrito Federal con 8,721,000 habitantes, en ella la delegación política Gustavo A Madero ocupa el 2.º lugar por la densidad de población y concentración de hogares familiares de tipo nuclear (7 de cada 10), con una composición promedio de 4 integrantes¹⁷. Por otro lado, un amplio porcentaje de las familias de esta delegación política cuenta con algún tipo de incorporación a los servicios de salud, por lo que el resto está desprovisto y recurre a la atención en dispensarios o consultorios médicos de organismos de beneficencia o de bajo costo¹⁸. Por lo tanto, el estudio en esta demarcación ofrece la perspectiva de familias con nivel medio de desarrollo en un área urbana.

Los sujetos de estudio fueron familias urbanas mexicanas en las que uno de sus integrantes asistía al dispensario de forma regular por control de enfermedad crónica del adulto mayor. El número de familias que participaron se decidió por saturación, y se logró con cinco familias para esta investigación.

Los informantes fueron los responsables de realizar las actividades de cuidado en el interior de cada familia cuyas edades oscilaban entre 40 y 53 años de edad; 4 eran mujeres y solo un hombre. Las familias estaban integradas de 2 a 5 personas con un solo proveedor económico, todas con un ingreso irregular por su labor como comerciantes.

El procedimiento de recolección de información se realizó entre los meses de noviembre de 2012 y junio del 2013; la fase de trabajo de campo se inició con la inmersión al dispensario médico en donde se gestionó la autorización para la realización de la investigación, obtenida esta se procedió a la revisión de los registros de los adultos mayores que asistían regularmente al dispensario desde 12 meses antes de iniciado el estudio. Inicialmente, se tiene una lista de 17 familias con adultos mayores de visita regular al dispensario, se procedió a su localización vía telefónica, en la que se logró respuesta de 13 personas, de ellos solo 9 se interesaron en participar, pero en el periodo de la realización de las

^c Hogares con necesidades de cuidado son aquellos en los que al menos uno de sus integrantes presenta alguna de las siguientes características: tiene edad menor a 15 años, con una persona con limitaciones permanentes o con un enfermo temporal¹¹.

entrevistas murió una de las informantes, otra se hospitalizó por largo periodo, una más desistió de conceder la entrevista y una no respondió a la llamada posterior al contacto inicial, quedaron así, cinco familias participantes.

Los datos se recolectaron mediante la técnica de entrevista a través de una guía de entrevista semiestructurada, la misma que constó de 5 preguntas eje que buscaron explorar tópicos sustantivos en torno al objeto de estudio.

Se realizó prueba piloto con respecto a la guía de entrevista en una familia mexicana que no asistía al dispensario de manera regular, pero que vivía en la misma demarcación política de las familias del estudio. Antes de realizar las entrevistas se validaron las preguntas con los integrantes de dicha familia, lo que permitió de acuerdo a los resultados modificar las preguntas para una mejor comprensión, con ello incrementar la certidumbre de la información que se recabó para este estudio.

Para el manejo de datos se realizó: transcripción, organización, codificación para garantizar el rigor de la investigación, se consideró la suficiencia mediante la saturación informativa y la adecuación de los datos, se seleccionó la información de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio.

A cada entrevista se le asignó un pseudónimo a partir de nombres de flores acorde a la inicial del nombre del informante.

El análisis de la información fue de carácter temático¹⁹, se inició con la transcripción de cada entrevista, la misma que se leyó y releó en repetidas ocasiones buscando reconocer los temas flotantes en los discursos, posteriormente se asignaron etiquetas con una palabra o frase a los fragmentos de texto que estos representaban.

Una vez realizada la asignación de temas y etiquetas a los discursos, se definieron los *núcleos de sentido* que estaban implícitos en los mismos, cuya frecuencia significaba algo para el objeto de investigación. Las *unidades de significación* que se presentaron con mayor frecuencia se tomaron como referencia para delinear las estructuras de relevancia, valores de referencia y modelos de comportamiento presente o subyacente en el discurso. Además, se realizó una lectura fluctuante anotando las impresiones, se buscó la coherencia interna de la información a través de frases, palabras, adjetivos, concatenación de ideas, sentido general del texto.

Lo anterior permitió anclar las estructuras de relevancia del informante al respecto del cuidado familiar, al reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar los testimonios. Finalmente, los datos se redujeron de manera conceptual, a partir de una estructura sistemática y significativa, para proponer categorías empíricas. Dichas categorías empíricas se confrontaron con las categorías analíticas, teóricamente establecidas como referencias de la investigación para buscar las interrelaciones. Posteriormente, se realizó la lectura transversal de cada subconjunto de categorías y del conjunto en su totalidad, con el propósito de reconocer los fragmentos en las entrevistas que representaban cada tema, se consideraron las semejanzas y se buscó percibir las conexiones entre ellas.

La categorización permitió realizar comparaciones y posibles contrastes, organizar conceptualmente los datos y presentar la información clasificada y sistematizada. Cada categoría se definió tal como se encuentran en la realidad y

del mismo modo las subcategorías que emergieron, en paralelo se realizó el análisis temático. De forma posterior se realizó una limpieza de las clasificaciones, en las cuales se reagrupó y se redujeron las unidades de sentido, se buscó comprender e interpretar aquello que fue expuesto como relevante y representativo en el marco de las categorías teóricas como una lógica unificadora.

Para el *análisis final* en las etapas de ordenamiento y clasificación, se mantuvo una profunda inflexión sobre el material en un proceso circular de lo empírico a lo teórico y viceversa, de lo concreto a lo abstracto, en forma tal que se identificaran las riquezas de lo particular y de lo general. En cada paso se buscó el significado de los pensamientos, sentimientos y comportamientos descritos en los textos, es decir se interpretaron los datos. Se realizó una interpretación global de los resultados de la investigación, con objeto de explicar las relaciones de las áreas temáticas del cuidador familiar en población mexicana.

Lo anterior implicó un proceso de codificación que se desarrolló con un primer tiempo de codificación abierta (análisis descriptivo inicial con el objetivo de denominar conceptos y definir categorías), una codificación axial (identificación de las relaciones entre las categorías y con las subcategorías) y una codificación selectiva (integración de las categorías en busca de una categoría central) para apuntar a propuestas conceptuales nuevas con el propósito de generar teoría al respecto del cuidado familiar^{15,19}.

El análisis e interpretación de datos se realizó con base en las dimensiones del cuidado propuestas por Waldow¹², mientras que la concepción ontológica del cuidado se basó en Boff¹⁴.

Las consideraciones éticas que acompañaron el proceso investigativo, de forma particular la recolección de información, atendió a lo estipulado en la declaración de Helsinki²⁰ en el apartado de principios para toda investigación médica y en el informe Belmont²¹ en la sección de principios éticos básicos, para preservar la intimidad del informante de cada familia, la confidencialidad, el anonimato y el respeto. Para la aplicación de los principios antes descritos a la conducción de la investigación se consideraron los siguientes requerimientos: consentimiento informado, valoración riesgo-beneficio y selección de los sujetos de investigación conforme la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación²¹.

El rigor científico estuvo dado por los principios de auditabilidad, credibilidad y la transferibilidad de Guba et al.²², para asegurar el rigor metodológico, la validez y confiabilidad de la información se atendió a lo propuesto por Morse²³.

Resultados y discusión

Después de analizar los discursos de las familias consideradas en el estudio, se pueden reconocer dos categorías sobre las cuales se hilvana el cuidado familiar en población urbana de México:

1. *Dimensiones del cuidado familiar*: ética, estética y ontológica, en donde se desarrolla de manera particular el tema del *ethos*.
2. *Proceso de cuidado familiar como proceso autopoiético* y en bucle-recursivo.

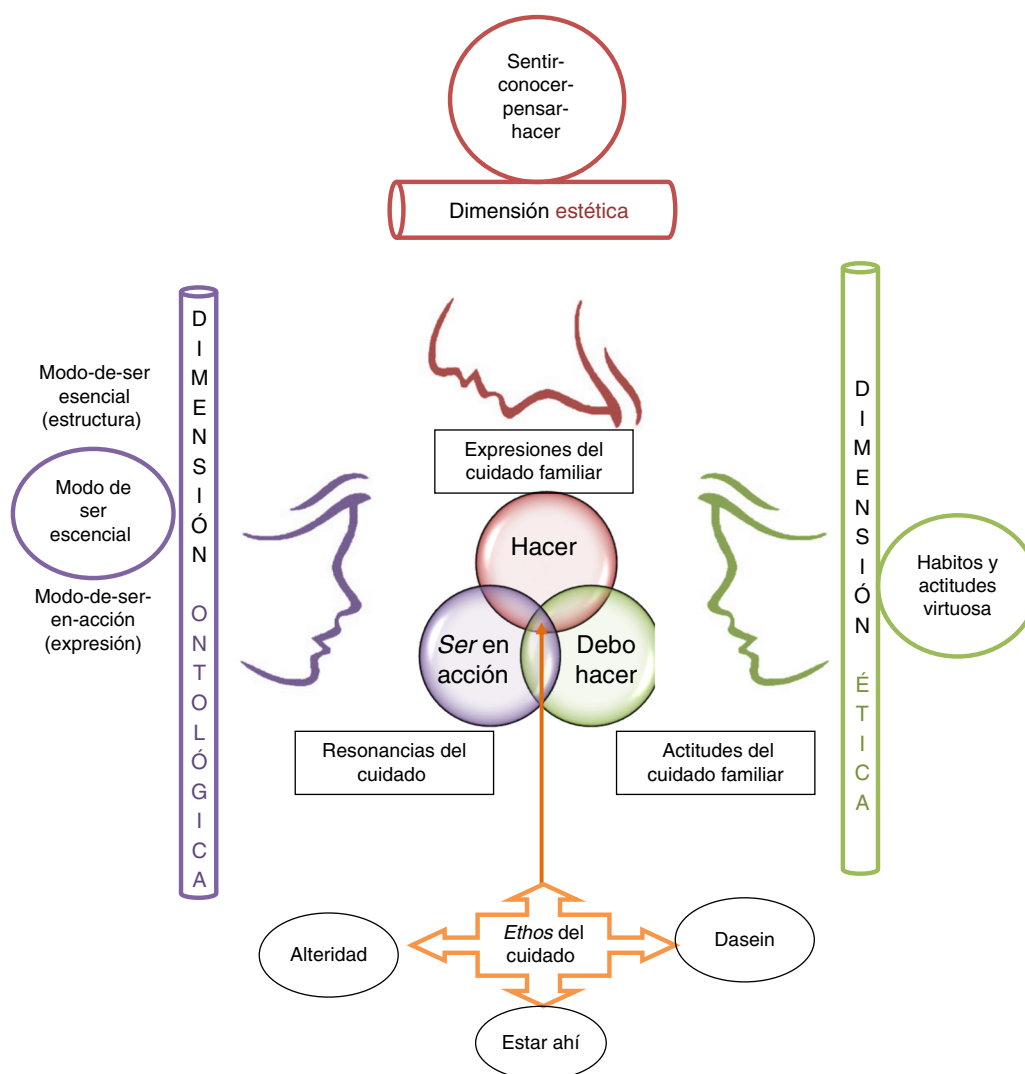


Figura 1 Dimensiones del cuidado familiar.

Para este artículo se abordan solo las dimensiones del cuidado familiar, para en subsecuentes artículos abordar el proceso.

El cuidado familiar en población mexicana expone tres dimensiones: la ética, la estética y la ontológica; las mismas que se expresan con el deber hacer, hacer y *ser-en-acción* respectivamente, expresiones todas que permiten identificar al cuidado familiar como un acto gestado desde ella misma y que le dan sentido a sus acciones para consigo y sus integrantes.

Las dimensiones del cuidado familiar no existen por separado y se vinculan a través de un *ethos* que en esencia alude al elemento articulador entre las acciones y participación de los integrantes en la experiencia de cuidar en cada familia tal y como lo apunta Boff¹⁴ (fig. 1).

Subcategoría: dimensión ética del cuidado familiar

La *dimensión ética* del cuidado familiar se refiere al «deber hacer» del cuidado impregnado de hábitos y actitudes, que se expresan a través de 3 principios de familia que se

reconocen en esta investigación y que coinciden con los señalados por Bustamante²⁴.

En el interior, la familia cultiva la *singularidad* concepto que obedece al reconocimiento de los lenguajes y necesidades del otro como un resultado del proceso de interacción constante entre las personas y que emerge desde lo cotidiano. Lo anterior coincide con lo señalado por Waldow¹², en el sentido de que la integridad del *self* está en el orden de lo ético, desde donde se despliegan los patrones normativos que dirigen las acciones o actitudes de parte de quienes cuidan. A continuación el testimonio:

«Yo conocía a mi abuela, qué era lo que quería, cuándo no quería, cuándo le podía dar algo, cuándo no se le podía dar... ya que todos tenemos formas distintas de ser y a ella yo le conocía su modo, solo de estar día a día con ella y por el amor que le tenía que me dejaba ver otras cosas que solo ella necesitaba...». Tulipán 1.

La *identidad familiar* corresponde al «sello» de cómo cuida cada grupo y surge de la síntesis de valores y comportamientos transmitidos por cada familia. Lo anterior se

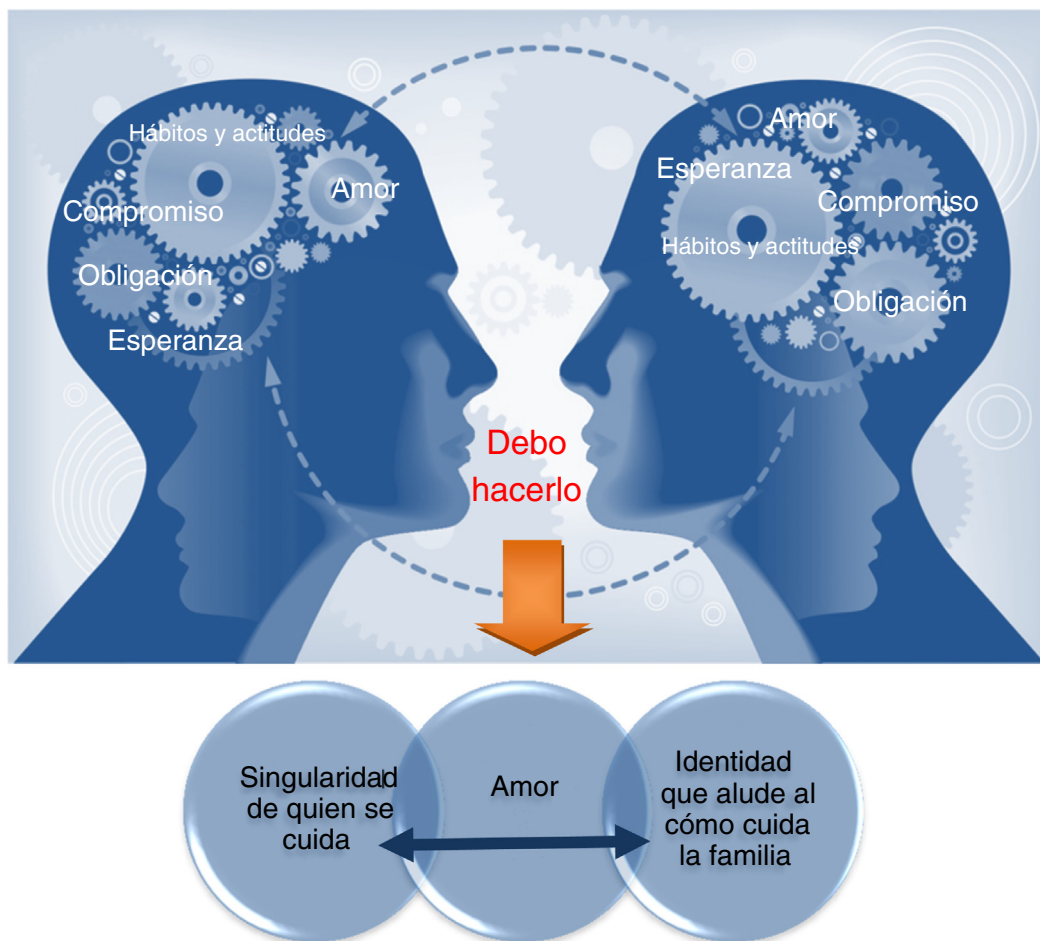


Fig. 2 Dimensión ética del cuidado familiar.

apoya en lo señalado por Bustamante^{13,24}, en el sentido de que la identidad integra valores y prescripciones según sus características individuales como familia en el marco de su propia trayectoria de vida y es desde ese referente que las personas proveen la ayuda.

«El cuidado de mi familia es y no es igual. Es igual porque en todas las familias nos cuidamos de quienes nos pueden hacer daño, cuidamos a los niños y a los viejos como mi suegra, así como aprendimos desde nuestras abuelitas. Y no somos iguales porque cada familia se cuida distinto porque los esposos nos enseñan otras formas y entonces como que tenemos puntos de vista diferentes y bueno lo que para una es importante primero para otra es lo último». Margarita 1-2.

Sin embargo, el cuidado y su identidad están permeados por el amor que se prodigan sus integrantes. Maturana²⁵ señala que el amor es una conducta o clase de conductas a través de las cuales el otro aparece como un legítimo otro en coexistencia con uno en circunstancias que el otro puede ser uno mismo. El amor es un fenómeno biológico básico, y es la emoción que constituye la existencia social. En este sentido, el fenómeno en las familias estudiadas se refleja con el acto de legitimidad del otro, a partir de las conductas u operaciones de la propia familia en donde respetan y aceptan su

existencia como es, sin esfuerzo y como un fenómeno del mero convivir. Legitimidad del otro y respeto por él o ella, son dos modos de relación congruentes y complementarios que se implican recíprocamente y evidencian una dimensión ética de aceptar al otro en el marco del amor (fig. 2).

«...cuidarnos es como una meta o razón de ser y estar juntos, es resultado del respeto y solidaridad y el amor como el pegamento de la familia». Margarita 1.

«El amor es el pegamento porque une a las personas, las ideas, las acciones y todos hacemos por amor lo que sea, siempre haremos lo mejor por el otro...el amor no está solo porque sí, se hace a diario y todos tenemos que aportar para que funcione». Margarita 2.

Subcategoría: dimensión estética del cuidado familiar

La dimensión estética se reconoce a través de los valores bellos que movilizan a la familia, en tanto que son virtudes cultivadas en el interior de las personas, resultado del *sentir-vivir* (arte) entre sus integrantes y de los sentimientos que en el diario vivir se dispensan y que les permite un *sentir-actuar* que se expresa con acciones de cuidado con dirección, fuerza, ritmo, etc. como lo refiere Waldow¹²

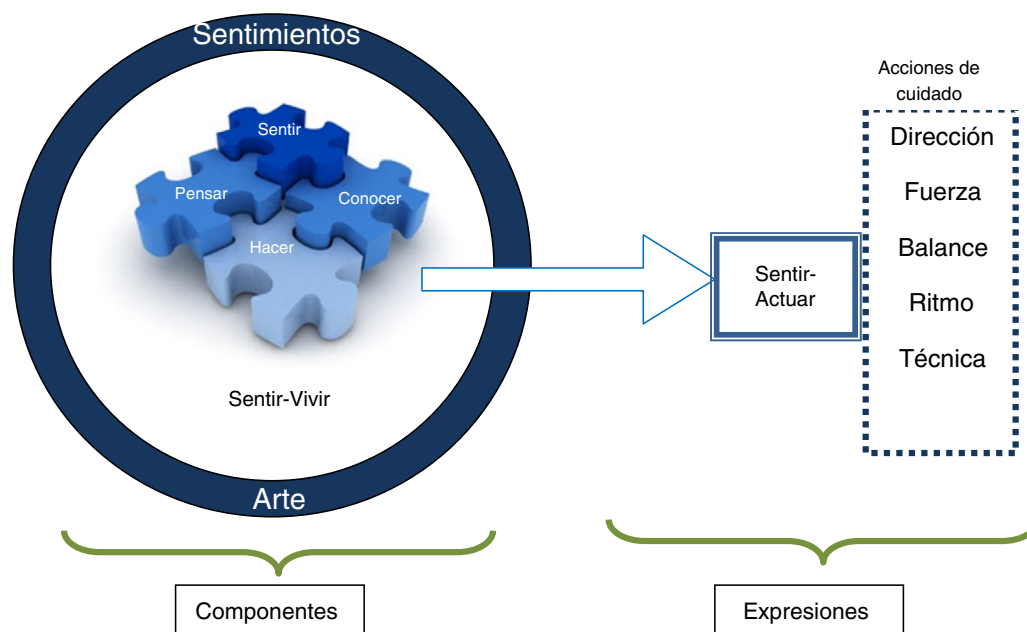


Fig. 3 Dimensión estética del cuidado familiar: componentes y expresiones.

resultado de ser con el otro y en el otro, esto como una expresión de amor a lo humano (fig. 3).

La dimensión estética del cuidado familiar se expone a través de identificar los significados y acciones (expresiones) con las cuales la familia se prodiga el arte del cuidado, es decir manifiestan sentimientos por parte de sus integrantes en el cotidiano del cuidado que se proveen.

En la subcategoría *sentir-vivir para el cuidado familiar* se pone en juego la comprensión, el momento, el contexto para compartir la experiencia humana de cuidarse en familia, en donde a través de un proceso de comprensión los integrantes de la misma dan significado y expresan sentimientos resultados de la interacción entre ellos, como lo refiere Waldow¹² y se reconoce en los testimonios siguientes:

«[...] cuidar es tener una disposición especial para hacer que el otro esté mejor...». Lirio 1-8.

«yo lo hacía por amor es dar más de ti, es darle valor a la persona por sentimientos que te unen a ella, por ejemplo, con ella era el amor como el agradecimiento, en cuanto a ser muy honesto con ella, en cuanto a decir ahora me toca a mí cuidarte o ayudarte...». Tulipán 2-5.

La subcategoría *sentir-actuar del cuidado familiar* corresponde a la parte simbólica –coherente y armónica– por parte de la familia en donde emergen las acciones de cuidado a partir de los sentimientos de ayuda, solidaridad y la necesidad de hacer algo por y con el otro; esta fase de la dimensión estética se caracteriza por el proceso *sentir-pensar-conocer* que conlleva acciones con fuerza, balance y ritmo que direccionan o redireccionan los cuidados en el seno del grupo familiar como lo señala Waldow¹² y como se reconoce en el siguiente testimonio

«...cuidar en mi familia es hacer por el otro todo lo que esté a tu alcance siempre, lo mejor, no importa que se

entere o no, o no te lo agradezca... solo basta con querer hacer algo por el otro, lo demás se da solito...». Lirio 1-8.

Subcategoría: dimensión ontológica del cuidado familiar

Por su parte la dimensión ontológica del cuidado familiar es una propuesta novedosa, en tanto que desde el particular punto de vista inviste a la familia en la idea de que es un sujeto de cuidado cuya forma de concebirse determina el qué y cómo actuará ante las situaciones de cuidado que al interior de ella misma se presenten; en otras palabras esta dimensión da cuenta del *modo de-ser-esencial de la familia* a partir de reconocer por un lado su *modo-de-ser-esencial estructura* en donde las virtudes universales enraizadas en el *ser*, es decir en cada uno de sus integrantes le dan sentido y precipitan al *modo-de-ser-en-acción* que se expresa a través de las resonancias del cuidado de Boff²⁶, que le dan a los integrantes de la familia una forma de expresión de su cuidado de forma singular.

En la dimensión ontológica del cuidado familiar se alude a las virtudes universales del ser-familiar y a sus expresiones; en esta categoría se reconoce que es en y a partir de la familia donde los integrantes del grupo inician y expresan el cuidado que garantiza la permanencia del grupo (fig. 4).

La familia mexicana en materia de cuidado, gesta y cultiva las virtudes del *ser* tales como libertad, respeto, amor y solidaridad, los mismos que conducen las acciones del grupo en principio con un carácter positivo para transitar en la vida y preservarse en el tiempo como lo señala Fabelo²⁷.

La estrategia que las familias desarrollan a través de sus generaciones es el cultivar las nociones de los valores sustantivos desde la infancia, de tal suerte que al tiempo los madura y reproduce, los cuales aseguran su identidad como familia en aspectos fundamentales como puede ser el

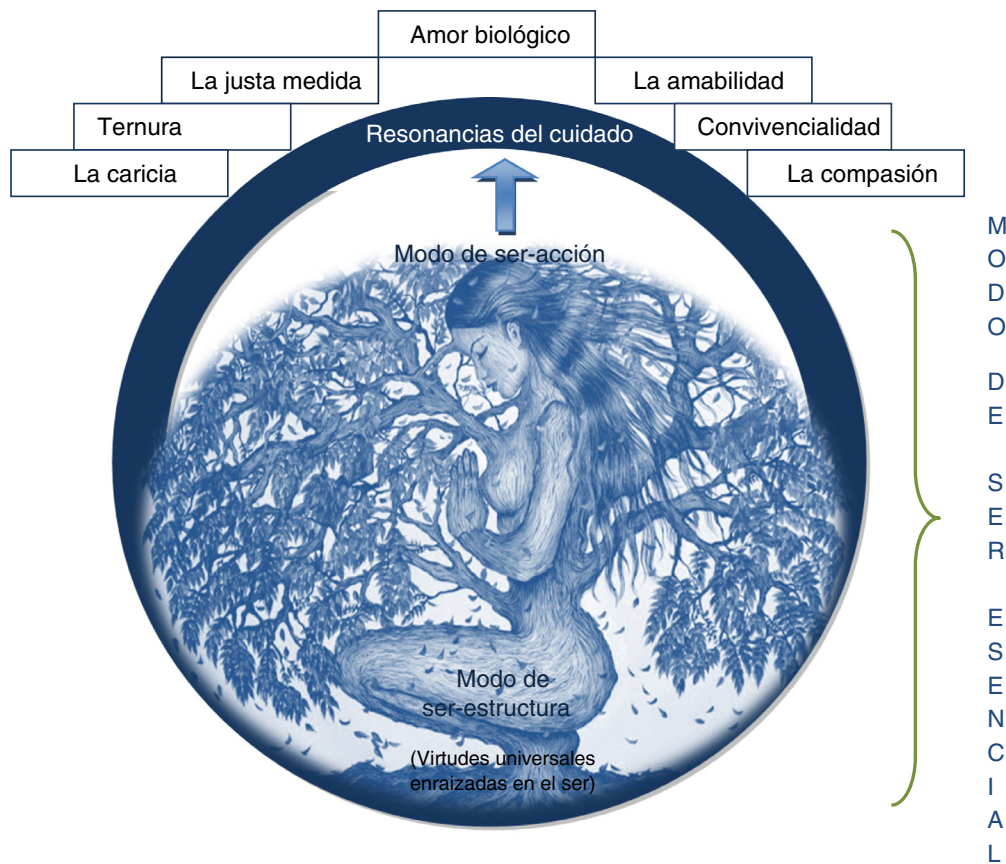


Fig. 4 Dimensión ontológica del cuidado familiar.

cuidado a su salud, lo que sugiere un proceso recursivo en el cuidado familiar como lo define Maturana²⁸.

«[el cuidado en mi familia] es natural porque lo hicimos desde siempre. Mi abuela nos enseñó y [ella] le enseñó a mi mamá y ella a nosotros [...] es un acto que pasó con mi abuelita y mamá pues realmente mi abuelita fue la que nos dio todas estas bases de aprender a cuidarnos unos a otros». Tulipán 2-2.

Lo anterior expone la trascendencia de la familia en la transmisión de los valores en materia de cuidado a la vida o a la salud; que en el caso de pasarse por alto, implicarían situaciones por demás desafortunadas, en tanto que la familia buscará preservarse como unicidad que es.

La familia entonces se establece como instituyente de los valores del cuidado en ella y en sus integrantes, a través de una relación afectiva más que racional, resultado del contacto cotidiano, en donde las acciones no escritas o dichas tienen más valor para ellos, ya que han sido cultivadas desde su interior y validadas por ellos en el tiempo de las generaciones, aspecto que coincide con lo reseñado por Fabelo²⁷.

En la dimensión ontológica emergen dos subcategorías: las virtudes de la familia para el cuidado y las expresiones del cuidado.

Las *virtudes de la familia para el cuidado* aluden al *modo de ser-estructura* que refiere Boff^{6,29}, en donde

particularmente la solidaridad y el respeto constituyen dos puntos recurrentes:

«cuidado (es) estar atentos a que no nos pasaran cosas a nosotros mismos, pero también al otro (es) estar atentos y respetuosos con los otros, como a la guardia de lo que pudiera pasar y de lo que pudiéramos evitar y respetar las decisiones del otro». Tulipán 2-3.

De manera simultánea y como consecuencia a las virtudes universales que la familia reconoce como válidas para su cuidado, se da lugar a la segunda subcategoría: las *expresiones del cuidado familiar*.

En este caso las expresiones del cuidado familiar corresponden al *modo de ser-acción* que se expresa a través de las *resonancias del cuidado* que Boff²⁶ describe entre otras como la justa medida, la convivencialidad, la compasión y el amor biológico que no son más que parte del ser esencial. A continuación los discursos que lo apoyan:

«...cuidar...significa tener *paciencia*, tratar de llevar la vida en familia [...] estar siempre juntos, tratarnos bien y [estar] a gusto y contentos unos con los otros». Lirio 1-2.

«yo te cuido, pero te *respeto*, hasta donde tú me permitas que yo te cuide». Tulipán 2-3.

«[cuidar en familia es] estar consciente, bien consciente..., es tener los medios adecuados llámese económicos, mentales, de *disposición* para el

tiempo que vas a dedicar (para que) estén lo mejor posible». Lirio1-3.

Lo anterior coincide con Torralba^{30,31} cuando apunta que lo esencial del cuidado resulta de la convergencia de aspectos, como mirar el rostro del otro, esto como la parte más expresiva del cuerpo donde se reconocen las necesidades del tercero; el placer espiritual de ser escuchado que es la habilidad virtuosa de quien cuida ante el otro de oír más que las palabras; la compasión del otro, en donde se percibe el sufrimiento ajeno como si fuese una experiencia propia. Finalmente, estas expresiones del cuidado son la forma tangible que el ser familiar evidencia como expresiones del cuidado, que se prodigan y que les da un rasgo único como grupo social.

Conclusiones

Los resultados muestran correspondencia con los planteamientos teóricos establecidos para el análisis, en tanto que se identifican las dimensiones ética, estética y ontológica en el asunto del cuidado en la familia.

La *dimensión estética* parte de los *sentimientos* (arte) que el grupo se prodiga en el conocer-pensar-hacer del cuidado, es decir, alude a la acción sentida o permeada por los sentidos sin menoscabo de la dirección, fuerza y ritmo de cada acción.

La *dimensión ética* por su parte abona el sentido virtuoso de las actitudes, hábitos, esperanzas u obligaciones que impulsan el *deber hacer* en cada familia en materia de cuidado y se encuentra promovido por principios familiares tales como el amor, la singularidad e identidad.

La *dimensión ontológica* parte de virtudes universales del ser estructura del grupo, tales como respeto y solidaridad, expresándose a través de las resonancias como la justa medida, la convivencia, la compasión y ternura. Esta dimensión emerge del *ethos* del cuidado familiar, que tiene sus orígenes en el deseo profundo del grupo de ocuparse, preocuparse, responsabilizarse, comprometerse con, por y para el otro. Es desde esta dimensión que se gesta un modo particular de cada familia para cuidarse que le caracteriza y que se transmite de generación en generación, premisa sustantiva para los profesionales interesados en realizar algún tipo de intervención con familias.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A las familias que participaron en la investigación y que otorgaron información sobre sus dinámicas y estilos de vida.

Referencias

1. Esteinou R. Construyendo relaciones y fortalezas familiares: un panorama internacional. MA Porrúa: Cuernavaca; 2009.
2. Rabell C, Gutiérrez E. ¿Con quién vivimos los mexicanos? Coyunt. Demogr. 2012;2:35-9.
3. Nigenda G, López-Ortega M, Matarazzo C, et al. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. Salud Pública Méx. 2007;49(4):286-94.
4. Folbre N. Medir los cuidados: género, empoderamiento y la economía de los cuidados. En: Carrasco C, Borderías C, Torns T, editores. El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid: Catarata; 2011. p. 278-304.
5. CEPAL. Algunos aspectos del cuidado en América Latina y el Caribe: empleo, gasto de los hogares y personas con discapacidad. En: CEPAL. Panorama Social de América Latina. Chile: Naciones Unidas, 2013:117-119.
6. Flores Castillo A. Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México. En: CEPAL. Redistribuir el Cuidado desde las políticas públicas. Chile: Naciones Unidas; 2013: 423-450.
7. Lefebvre H. La vida cotidiana del mundo moderno. Madrid: Alianza editorial; 1984.
8. CEPAL. Tendencias recientes del gasto social y un perfil del gasto privado en materia de cuidados en la región. En: CEPAL. Panorama Social de América Latina. Chile: Naciones Unidas; 2013:171-179.
9. Elsen I. Desafíos da enfermagem no cuidado de famílias. En: Elsen I, de Mattos-Penna CM, Rinaldi-Althoff C, et al., editores. Marcos para a prática de Enfermagem com famílias. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994. p. 61-77.
10. CONEVAL. Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas 2014. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social; 2015. p.224. [consultado 10 Nov 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1g8gAug>.
11. INEGI. Mujeres y hombres en México 2014. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI; 2015: p.107.
12. Waldow VR. Cuidar: Expresión humanizadora. México: Nueva Palabra; 2008.
13. Bustamante S. Enfermería familiar. Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Trujillo: Facultad de Enfermería. Universidad de Trujillo; 2004.
14. Boff L. La paz fundada en el paradigma del cuidado. Blog Tenemos Tetos. 2010. [consultado 9 Mar 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1VnLEEG>.
15. De Souza M. La artesanía de la Investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar; 2009.
16. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
17. INEGI. II Censo de población y vivienda 2005. Perfil sociodemográfico del Distrito Federal. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2005. [consultado 23 Ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1PFKnqT>.
18. INEGI. Perspectiva estadística Distrito Federal. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2012. [consultado 11 Nov 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1KWzjH1>.

19. De Souza M, Ferreira S, Cruz O, et al. *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar; 2003.
20. AMM. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: Asociación Médica Mundial. 2013. [consultado 3 Mar 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1RcRTdT>.
21. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación. Informe Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Bioeticaweb 2003; 1-12. [consultado 1 Feb 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1CW1hs7>.
22. Guba E, Lincoln Y. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1981.
23. Morse J, Barrett M, Mayan M, et al. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J Qual Methods*. 2002;1(2):1-19 [consultado 11 Ene 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1PG6C03>
24. Bustamante-Edquén S. A família e a enfermagem: do saber (in) comum ao saber acadêmico do cuidar/cuidado familiar. Um estudo comparado Rio de Janeiro (Brasil)/Trujillo. (Peru). [Tesis]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.
25. Maturana H, Varela F. *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo*. Santiago: Universitaria; 1973.
26. Boff L. *Ética vida. A nova centralidade*. Rio de Janeiro: Record; 2009.
27. Fabelo J. Los valores y sus desafíos actuales. La Habana: Libros en red; 2004 [consultado 11 Ene 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/20GNOKi>
28. Maturana H. La realidad: ¿objetiva o construida? I. Fundamentos biológicos de la realidad. Jalisco: Anthropos, Universidad Iberoamericana, ITESO. 1995.
29. Boff L. El ethos que cuida. *Koinonia*. 2003;(23) [consultado 7 Jul 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/1tBj5ct>.
30. Torralba F. *Antropología del cuidar*. Madrid: MAPFRE; 1998.
31. Torralba F. El placer de ser escuchado. Proyecto. 2013:1-3 [consultado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1LvOQsm>