



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
EVERARDO CAMACHO GUTIÉRREZ
COORDINADORES

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINARIA



A large, solid gray triangular shape that points downwards from the top left corner of the page, creating a diagonal split with the white background.

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINARIA

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

UNA APROXIMACIÓN INTERDISCIPLINARIA

**MARGARITA MALDONADO SAUCEDO
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
EVERARDO CAMACHO GUTIÉRREZ**

COORDINADORES



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE
Biblioteca Dr. Jorge Villalobos Padilla, SJ

Maldonado Saucedo, Margarita (coordinación)

Vejez y envejecimiento : una aproximación interdisciplinaria / Coord. e introd. de
M. Maldonado Saucedo, R. Enríquez Rosas, E. Camacho Gutiérrez. -- Guadalajara, México :
ITESO, 2019.

267 p.

ISBN 978-607-8616-63-3 (E-book PDF)

1. Ancianos – Guadalajara, Jalisco – Cuidado e Higiene. 2. Ancianos – Durango (Ciudad) –
Cuidado e Higiene. 3. Ancianos – México – Cuidado e Higiene. 4. Ancianos – Guadalajara,
Jalisco – Condiciones Sociales y Culturales. 5. Ancianos – México – Condiciones Sociales y
Culturales – Tema Principal. 6. Asilos – México. 7. Centros de Asistencia Social – México. 8.
Envejecimiento (Ciclo Vital) – México – Tema Principal. 9. Relaciones Familiares – México. 10.
Redes Sociales – México. 11. Pobreza – México. 12. Bienestar – México. 13. Educación No Formal
e Informal – México. 14. Política y Salud Pública – México – Historia – Siglo XXI. 15. Política
Social – México – Historia – Siglo XXI. 16. Geriatria. 17. Gerontología. 18. Psicología Evolutiva.
19. Psicología Social. 20. Medicina. I. Enríquez Rosas, Rocío (coordinación). II. Camacho
Gutiérrez, Everardo (coordinación). III. t.

[LC]

618. 9700972 [Dewey]

Diseño original: Danilo Design

Diseño de portada: Molt bé!

Diagramación: Erandi Alvarado

1a. edición, Guadalajara, 2019.

DR © Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)
Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585, Col. ITESO,
Tlaquepaque, Jalisco, México, CP 45604.
publicaciones.iteso.mx

ISBN 978-607-8616-63-3 (E-book PDF)

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Índice

INTRODUCCIÓN / <i>Margarita Maldonado Saucedo, Rocío Enríquez Rosas y Everardo Camacho Gutiérrez</i>	7
--	---

I. ENVEJECER EN SITUACIÓN DE POBREZA URBANA Y SEMIURBANA

FACTORES RELACIONADOS CON EL BIENESTAR SUBJETIVO EN ANCIANOS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE POBREZA SEMIURBANA / <i>Margarita Maldonado Saucedo</i>	27
--	----

MOVILIDAD PERSONAL DE ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN BARRIOS PRECARIOS / <i>Elba Karina Vázquez Garnica y Alejandro Mendo Gutiérrez</i>	57
--	----

REDES SOCIALES DE ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE POBREZA / <i>Livia Flores Garneño</i>	89
---	----

II. IMPLICACIONES DEL CUIDADO EN LA VEJEZ

CULTURA EMOCIONAL DEL CUIDADO EN LA VEJEZ: ANÁLISIS DE NARRATIVAS / <i>Rocío Enríquez Rosas</i>	119
---	-----

EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES: MOTIVACIONES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO / <i>María Concepción Arroyo Rueda y Matilde Bretado García</i>	149
---	-----

EL ASILO COMO UNA ALTERNATIVA DE ENVEJECER JUNTO CON OTROS: CUIDADOS, EMOCIONES, PERSPECTIVAS E IMPLICANCIAS / <i>María Martha Ramírez García</i>	181
---	------------

III. SALUD Y ENVEJECIMIENTO

LA INCLUSIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL SISTEMA UNIVERSITARIO / <i>Araceli Hernández Velasco</i> y <i>Everardo Camacho Gutiérrez</i>	209
--	------------

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTADO DE ANSIEDAD, SOMATIZACIÓN Y PROCESOS COGNOSCITIVOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y EN CENTRO DE DÍA / <i>Bersabee Aguirre</i> <i>Gutiérrez, Ania Itzel Bautista Monge y Martha Yareni Pulido Murillo</i>	235
--	------------

ACERCA DE LOS AUTORES	261
-----------------------	------------

Introducción

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
EVERARDO CAMACHO GUTIÉRREZ

El estudio del fenómeno del envejecimiento nos confronta con una realidad inevitable: el mundo está envejeciendo. Cada vez son más los países cuya población de ancianos se incrementa de manera significativa, además de que se elevan sus expectativas de vida. Un vasto número de investigaciones (Ham-Chande, 2003; Salgado & Wong, 2007; OMS, 2015) dan respuestas a preguntas tales como: ¿cuáles son las tendencias de la población en términos sociodemográficos? ¿Cuáles son los cambios epidemiológicos de una población envejecida? ¿Es lo mismo envejecer como mujer que como hombre? ¿Cuáles son las tasas de natalidad y mortalidad de una población? Solo por mencionar algunas. Dar respuesta a estas y otras rutas de indagación advierte acerca de la relevancia del problema de la vejez y el envejecimiento, así como la imprescindible necesidad de colocar esta temática en la agenda de nuestro país.

El tema del envejecimiento ha sido de interés común de los coordinadores de este libro y cada uno ha contribuido a su estudio de diversas formas. Hace diez años, participamos en una certificación en gerontología, coordinada por el doctor Stanley Ingman en la Universidad del Norte de Texas, con el apoyo del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), debido al interés de este último por promover la formación de sus académicos en este campo de generación y aplicación del conocimiento.

Por otra parte, Enríquez y Maldonado han realizado investigación en el campo de la vejez, el envejecimiento y los cuidados desde hace dos décadas y, actualmente, junto con Camacho y otros investigadores, participan en un proyecto financiado por el ITESO, coordinado por Enríquez y titulado Subjetividades, emociones, procesos de colectividad del cuidado en la vejez y bienestar social: estudios de caso en México, España y Uruguay.

Asimismo, además de los proyectos de investigación, Maldonado se ha caracterizado desde hace 18 años por su trabajo de campo con adultos mayores en situación de pobreza e institucionalizados, en el que ha involucrado a los estudiantes de la Licenciatura de Psicología del ITESO.

Por otra parte, Enríquez y Maldonado, quienes realizan investigación en el campo de la vejez, el envejecimiento y los cuidados desde hace dos décadas, coordinaron una investigación en el ámbito psicosociocultural sobre condiciones de vida y redes sociales de los adultos mayores de varios estados del país. Esta investigación interinstitucional fue financiada por el Campo Estratégico de Acción en Pobreza y Exclusión del Sistema Universitario Jesuita (2003–2007). Enríquez, junto con académicos de diversas instituciones nacionales e internacionales, realizaron investigaciones sobre esta línea de generación de conocimiento en el proyecto internacional Latinassist y también con Indesol y el Instituto Jalisciense de las Mujeres (2010–2015). Actualmente, Maldonado, Camacho y Enríquez, coordinadores de esta obra, y Ramírez, Vázquez y Mendo, autores de algunos capítulos de la misma, en la investigación Subjetividades, emociones, procesos de colectividad del cuidado en la vejez y bienestar social: México-España y Uruguay (2017–2019), coordinada por esta última y financiada por el ITESO.

El interés común es la certeza de que el fenómeno del envejecimiento en nuestro país se vive como un proceso acelerado y que, tanto la iniciativa privada como el sector gubernamental y las organizaciones de la sociedad civil, no estamos suficientemente preparados para atender

con calidad a este sector de la población. Acercar información de primera mano sobre las características del envejecimiento es un elemento básico que puede orientar a tomar decisiones fundamentadas en las políticas públicas y las iniciativas privadas que se orienten a atender las necesidades de las personas en la última etapa de su vida. Así, esta obra busca mostrar algunos de los hallazgos en el campo a partir de ejercicios de investigación, formación y vinculación con población adulta mayor.

La estructura del presente texto se desarrolla en tres ejes temáticos: el primero, el proceso del envejecimiento en las grandes ciudades y en sectores en pobreza; el segundo, la realidad y los desafíos que implica el cuidado de las personas en la etapa de la vejez, y el tercero, la salud en la etapa de la vejez.

ENVEJECER EN SITUACIÓN DE POBREZA URBANA Y SEMIURBANA

En relación con la pobreza en México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (Coneval) menciona que, a partir de 2012, el porcentaje de pobres aumentó de 45.5% a 46.2%, lo que representa dos millones de personas. Dentro del grupo de pobres del país, 37.4% son adultos mayores de más de 65 años y, si agregamos 8.5% que viven en pobreza extrema, se incrementa a 45.5% de adultos mayores pobres en nuestro país (Coneval, 2015).

La pobreza y la desigualdad en México son fenómenos persistentes que vulneran las condiciones de vida de los ciudadanos, en especial de aquellos que presentan dependencia como la población infantil, las personas con discapacidad y personas mayores. Ham-Chande señala que la mitad de los adultos mayores de más de 70 años vivía bajo la línea de pobreza a principios de este siglo (2003).

Datos recientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) indican que tres de cada cuatro hombres de entre 60 y 64 años, y uno de cada cuatro de más de 80 años en México, continúan labo-

rando en empleos cercanos al salario mínimo, y la mayoría de ellos no cuenta con prestaciones como seguridad social, sueldo base, aguinaldo o seguro contra accidentes (Inegi, 2016).

El Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018 menciona que su primer objetivo es: “erradicar la pobreza extrema y el hambre” (Sedesol, 2013, p.15). Como estrategia central se busca también un “enfoque de ciclo de vida de la persona que brinde protección en las etapas etarias más vulnerables del individuo y que garantice el ejercicio de sus derechos: niñez, juventud y vejez” (p.23). Por ende, lo que se desea garantizar son “los derechos sociales que prevé la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” (p.23).

Es importante reconocer que lograr la disminución de pobreza en el país, en particular mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, requiere la corresponsabilidad social que involucra a actores sociales como organizaciones de la sociedad civil, iniciativa privada, el gobierno y la sociedad en general.

El primer eje de esta obra colectiva presenta aspectos relevantes de la vejez cuando se vive en pobreza y pobreza extrema. A partir de planteamientos teóricos sobre el bienestar de este sector de la población, se generaron cuestionamientos acerca de ¿cuál es su propia concepción de vejez?, ¿cómo son las relaciones familiares y sus redes de apoyo?, ¿cuáles sus valores y creencias? y ¿cómo se vive en su entorno urbano?, entre otros.

En el primer capítulo de esta obra, “Factores relacionados con el bienestar subjetivo en ancianos que viven en situación de pobreza semiurbana”, de Margarita Maldonado Saucedo, a partir del análisis de entrevistas se construyeron 12 factores que se relacionan con el bienestar, los cuales se pueden agrupar en tres dimensiones: aquellas que son parte de su realidad concreta, poco viables de ser modificadas, pero que facilitan la comprensión del contexto sociocultural (vivienda, recursos económicos, problemática social del entorno y redes sociales); las que son parte de su estructura cognitiva y les han

ayudado a enfrentar dificultades (roles culturales determinados por su familia, la religión, su concepto de vejez y sus expectativas de vida), y las que son factibles de modificar (salud, estilos de afrontamiento, diversión y afectividad). En conclusión, se observó que el bienestar de los adultos mayores está relacionado principalmente con sus recursos personales y sociales, el cumplimiento de sus roles culturales y tener metas en esta etapa de la vida; estas últimas están sobre todo relacionadas con la salud y el sentido de pertenencia a una familia o un grupo social.

El segundo capítulo, denominado, “Movilidad personal de adultos mayores residentes en barrios precarios”, de Elba Karina Vázquez Garnica y Alejandro Mendo Gutiérrez, tiene como objetivo describir algunas limitaciones de movilidad personal que enfrentan adultos mayores en situación de vulnerabilidad social y cómo esta experiencia de vida, de carácter complejo, influye en la forma en que los adultos interactúan con el espacio que los rodea, consigo mismos y con las personas. Los hallazgos mostraron que, entre más amigable es el espacio social, el entorno estructural, y si los recursos personales son favorecedores, entonces la persona tendrá mayor posibilidad de movilización personal para estar en los espacios más lejanos y tener dominio de ellos con menor esfuerzo y así acceder a diferentes esferas geográficas y sociales. Por ende, es evidente la necesidad de abordajes interdisciplinarios que permitan un acercamiento más detallado de las experiencias en la vejez en busca de construir intervenciones holísticas orientadas al bienestar de los actuales adultos mayores, pero también de las futuras generaciones.

El tercer capítulo trata sobre “Redes sociales de adultos mayores que viven en situación de pobreza”, de Livia Flores Garnelo, el cual tiene como objetivo analizar los cambios reportados en la red social de adultos mayores que asisten al taller centrado en apoyo social del Voluntariado Estamos Contigo AC, de la colonia Lomas de Tabachines, en Zapopan, Jalisco. Entre los hallazgos reportados se menciona que

el círculo de relaciones interno e intermedio de las personas entrevistadas se basa en especial en la familia, los hijos y nietos. A pesar de que comparten una historia familiar, algunos de los vínculos por parentesco de los adultos mayores no se activan de manera adecuada en esta etapa de la vida, sobre todo los que se refieren a los hijos varones y, en algunos casos, los nietos.

LAS IMPLICACIONES DEL CUIDADO EN LA VEJEZ: REALIDADES Y DESAFÍOS

El envejecimiento poblacional (Ham-Chande, 2003) es un fenómeno social que pone en el centro la necesidad de cuestionar las formas tradicionales de comprender y practicar el cuidado de las personas mayores. De hecho, las cargas para las próximas generaciones, de acuerdo con las proyecciones en América Latina (CEPAL, 2009), advierten sobre la importancia de generar políticas públicas incluyentes que favorezcan relaciones complementarias y equitativas entre las instituciones públicas, empresas, organizaciones de la sociedad civil y familias en su heterogeneidad para hacer frente a la población envejecida y en proceso de envejecimiento.

El cuidado, no logra aún posicionarse como un tema de Estado. Esto se debe, en parte, a la persistencia de un modelo de sociedad androcéntrico y patriarcal donde el cuidado aún se vincula a la naturaleza femenina y se considera el deber principal de la mujer (primero madre y esposa y luego ciudadana, trabajadora remunerada, mujer pública; asimismo, en los mercados laborales aún persisten lógicas centradas en el orden paterno) —el hombre trabaja y la mujer cuida la casa— y, por tanto, no se considera que los trabajadores tienen familias; a su vez, el Estado suele estar ausente en materia legislativa orientada a medidas conciliatorias para la corresponsabilidad social del cuidado y las familias (Montaño, 2010, p.60).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) señala por su parte una desproporción importante entre las personas disponibles para cuidar a los adultos mayores y la población que estará en este grupo de edad, y muestra perfiles heterogéneos tomando en cuenta género, estrato socioeconómico, configuración familiar, condición rural / urbana y nivel de educación formal, entre otros.

Los sistemas de protección informal en México, principalmente los referentes a las redes familiares más allá de la unidad nuclear, presentan en algunos casos formas inéditas en sus dinámicas y configuraciones que advierten acerca del desgaste de los recursos tanto materiales como simbólicos y la urgente necesidad de contar con apoyos formales complementarios que amortigüen las demandas y los requerimientos cotidianos y en situaciones de crisis asociados al cuidado de las personas mayores en situación de dependencia cada vez mayor y entornos diversos de pobreza y exclusión social tanto en el ámbito de lo urbano como rural. Ese desfamilismo latinoamericano, del cual advierte Arriagada (2007), está también presente en nuestro país y tiene que ver con las nuevas formas de composición familiar, las demandas múltiples que enfrentan los grupos domésticos y los cambios culturales en los códigos culturales del cuidado. En este sentido es necesario “otorgar al cuidado el carácter de derecho universal con sus correlativas obligaciones. Y para ello, como para cualquier instancia de cambio, es fundamental contar con voluntad política para iniciar el proceso de transformación” (Pautassi, 2010, p.81).

De manera que este segundo eje está centrado en caracterizar la vejez en México a partir de datos sociodemográficos, así como en debates que tienen su origen en distintas disciplinas y muestran la complejidad del fenómeno del envejecimiento y la vejez en la región latinoamericana y México en particular. A partir de estos planteamientos, se introduce la problemática multidimensional del cuidado en esta etapa de la vida; se asume analíticamente desde el marco del bienestar social, así como de acercamientos que privilegian el análisis de las subjetividades y sus cargas simbólicas. El cuidado es entonces un

problema complejo que demanda acercamientos interdisciplinarios y un punto central en la agenda de nuestro país para la procuración del bienestar social.

El cuarto capítulo, “Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas”, de Rocío Enríquez Rosas, tiene como objetivo el análisis de las narrativas de emociones sobre el cuidado en personas mayores y sus cuidadores, que viven en situaciones de precariedad económica en el entorno urbano del área metropolitana de Guadalajara. Se hace una primera aproximación de algunos elementos que conforman la cultura emocional del cuidado y se da cuenta de las formas en que las emociones favorecen o desalientan los procesos de colectivización del cuidado desde el entorno doméstico. Esta cultura, a partir del análisis de narrativas, muestra la constelación de aquellos afectos que favorecen o limitan prácticas que coadyuven una redistribución de las cargas de cuidado entre los géneros, las generaciones y los distintos arreglos familiares. Comprender el cuidado a partir de las redes alrededor de este y las inequidades / equidades, así como la coparticipación de los distintos agentes sociales (familias, instituciones, mercado y comunidad) es un punto crucial ante el envejecimiento poblacional.

“El cuidado de personas mayores: motivaciones y estrategias de afrontamiento”, de María Concepción Arroyo Rueda y Matilde Bretado García, es el quinto capítulo y se centra en conocer las principales motivaciones de los familiares para asumir el rol de cuidadores de personas mayores, así como explorar las dificultades que enfrentan y sus estrategias individuales, familiares y sociales. En el estudio, realizado en la ciudad de Durango, las autoras plantean una caracterización densa de los debates fundamentales sobre la problemática del cuidado en la vejez, así como la importancia de la familia, sus posibilidades y limitaciones. A partir de un estudio cualitativo centrado en etnografía y entrevistas a profundidad, se aborda también la situación de los cuidadores familiares de personas mayores. Los hallazgos confirman

los procesos de feminización del cuidado en la vejez y las formas de subjetivación de la reciprocidad.

El sexto capítulo, “El asilo como una alternativa de envejecer junto con otros: cuidados, emociones, perspectivas e implicancias”, de María Martha Ramírez García, trata de un estudio de corte cualitativo enfocado en entrevistas semiestructuradas realizadas a asilados como también a cuidadores formales e informales. La muestra estuvo compuesta por 133 adultos mayores, de los que 62.4% eran mujeres y 37.6% varones. Los resultados permiten concluir que hay una crisis en las prácticas de cuidado en la relación filial, ya que no se satisfacen las necesidades del adulto mayor dentro de este ambiente, por lo que es preciso configurar una cultura de cuidados colectivos, ya que debido a las dinámicas actuales de las familias resulta complejo brindar atención satisfactoria a sus viejos. La autora señala que envejecer en un asilo junto con otros es una alternativa que se vive de forma distinta cuando los adultos mayores deciden pertenecer a la institución, que cuando la familia es quien toma la decisión.

SALUD Y ENVEJECIMIENTO

La OMS (2015) señala que las personas pueden aspirar a vivir más de 60 años, a diferencia de los años cincuenta del siglo XX. El incremento en la esperanza de vida se debe principalmente al avance de la medicina, que ha disminuido de manera significativa las enfermedades infecciosas. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2016) muestran que en México la principal causa de muerte son las enfermedades del corazón, con 33%, seguidas por la diabetes mellitus tipo 2, con 15.0%, y en tercer lugar están los tumores malignos, 12.1%.

Otro aspecto limitante es la discapacidad, ya que según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2012, en Inegi, 2013), 51.4% de personas con discapacidad tiene 60 años o más (Inegi, 2014); asimismo, se establece que 31.6% de personas en este mismo ran-

go de edad tiene alguna discapacidad. Por otra parte, en relación con el género, es mayor la proporción de mujeres con discapacidad (56.3%) que de hombres (43.7%). La mayor discapacidad es la dificultad para caminar, moverse, subir o bajar (71.9%); le siguen aquellas relacionadas para ver aun usando lentes (32.1%) y oír, incluso con el uso de aparato auditivo (21.8%). Las que menos población concentran son la limitación para poner atención o aprender cosas sencillas (4.4%) y las tocantes con lo mental (2.1 %) (Inegi, 2014).

La Asamblea General de las Naciones Unidas, al reconocer la problemática de la salud en adultos mayores, aprobó en 2002 la declaración política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, en el que una de las prioridades es “el fomento de la salud y el bienestar de la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores” (OMS, 2015, p.5). De manera similar, en 2002 la OMS reconoció seis tipos de determinantes para lograr el envejecimiento activo: económicos, conductuales, personales, sociales, relacionados con los sistemas sanitarios y con el entorno físico. Con respecto a los sistemas sanitarios, propuso, entre otros, “proporcional formación y educación a los cuidadores” (2015, p.5).

En resumen, ante los problemas de salud habrá que considerar su interacción con el entorno, lo que pone en riesgo la funcionalidad del individuo y, por ende, se tendrá que abordar el tema de salud desde una perspectiva amplia. Con base en este enfoque, la OMS (2015) pone el énfasis en el envejecimiento saludable, que lo define como: “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar de la vejez” (p.30).

El tercer eje nos hace ver la relevancia de generar hábitos saludables para un envejecimiento activo. Los estilos de vida de los adultos mayores, de alguna forma, promueven la aparición de ciertas enfermedades o evitan otras mediante estrategias de contención y promoción de la salud, la cual se vuelve un aspecto prioritario en esta etapa de la vida, la fuente de mayores gastos, por lo que es clave el comportamiento

preventivo y la adquisición de competencias de autocuidado en los adultos mayores.

Se hace énfasis en que para un óptimo envejecimiento no solo se involucra al adulto mayor sino que es una responsabilidad social, por lo que una forma de hacer conciencia es involucrar a las universidades. Por otro lado, se expone la visión de la salud mental en ancianos institucionalizados y no institucionalizados pero que asisten a un centro de día. En este eje se muestran realidades en salud de un sector de la población vulnerable, así como estrategias en pro de un mejor envejecimiento.

El séptimo capítulo, “La inclusión de los adultos mayores en el sistema universitario”, de Araceli Hernández Velasco y Everardo Camacho Gutiérrez, además de enumerar los primeros esfuerzos de las universidades regionales por incluir programas dirigidos a esta población, implementó un programa para los adultos mayores para mejorar hábitos saludables: con la actividad física se obtuvieron mejores hábitos alimenticios y nutricionales, en tanto que las actividades recreativas fomentaron las relaciones sociales.

El capítulo final, “Análisis comparativo del estado de ansiedad, somatización y procesos cognoscitivos en adultos mayores institucionalizados y en centro de día”, de Bersabee Aguirre Gutiérrez, Ania Itzel Bautista Monge y Martha Yareni Pulido Murillo, compara diferentes centros de día en relación con la cantidad de redes de apoyo, el estado de salud (y la potencial somatización generada por ansiedad), de ansiedad y cognoscitivo de los adultos mayores. Es evidente que un centro de día como el estudiado, al mismo tiempo que estimula y cuida a los adultos mayores, posibilita que las personas mantengan el vínculo con sus familiares e interactúen con mayor frecuencia con ellos, y expone que hubo diferencias significativas en los niveles de ansiedad y deterioro cognoscitivo entre ambas poblaciones, lo que muestra que quienes viven en asilos tienen peores puntajes en estos dos rubros. El estudio llama la atención para generar en los asilos pro-

gramas estimulativos semejantes a los centros de día para contener el deterioro cognoscitivo y los niveles de ansiedad en los asilados.

Los reportes aquí desarrollados dan luz respecto de la relevancia tanto de los vínculos socioafectivos como de la actividad física e intelectual para mantener funcionales y en buen estado de ánimo a los adultos mayores.

Será importante reconocer que las experiencias reportadas aquí con adultos mayores con características socioculturales particulares, podrán ser útiles en otros contextos semejantes. Sin embargo, se requerirá todo un proceso de adaptación a las condiciones específicas de la población.

A MANERA DE CIERRE

Los trabajos presentados en el primer eje están enmarcados de manera significativa en la pobreza. Hay un amplio número de estudios empíricos tanto en lo urbano como rural (Salgado & Wong, 2003, 2007), así como informes demográficos del Inegi, el Consejo Estatal de Población (Coepo) y Coneval que nos proporcionan indicadores sobre los niveles de pobreza en el país, tanto en la población en general como de los adultos mayores. La situación de pobreza impacta de manera significativa en este sector, lo cual se refleja en la precariedad en la salud, los bajos niveles de educación, la violencia, el aislamiento social y la falta de recursos de apoyo, por mencionar algunos. Si bien erradicar la pobreza es una tarea de corresponsabilidad desde los altos niveles gubernamentales, que en sus declaraciones oficiales lo ponen como prioridad, también es necesario que el sector privado, vía las organizaciones de la sociedad civil (OSC), la empresa, el sector salud o la academia confluayan en esfuerzos coordinados para hacer visible la pobreza, plantear estrategias de intervención para mejorar los niveles económicos de esta población y por consiguiente brindarles mejores oportunidades de acceso a los servicios públicos, de salud y educación.

Por otra parte, los trabajos del eje sobre el cuidado y la vejez muestran la escasez de instituciones dedicadas a atender y cuidar a las personas mayores, las cuales tienen en su mayoría enfoques y alcances limitados, como advierte Ham-Chande (1999). Es necesario avanzar en la normatividad en materia de salud de las instituciones en donde están asignadas las personas mayores, así como en la calidad del trabajo que se hace, favoreciendo la materialización del paradigma de envejecimiento activo y saludable.

Por otro lado, como muestran algunos de los materiales empíricos, las personas están teniendo menos hijos y hay menos probabilidad de que cuando envejezcan estos cuiden a sus mayores (Guzmán, 2002; Robles, 2003). El estado ha depositado el cuidado físico y emocional, así como la asistencia económica de los adultos mayores, en las redes familiares y sociales informales (Viveros, 2001). Este fenómeno tiene repercusiones importantes para las personas mayores que viven en situación de pobreza (Salgado & Wong, 2003). La invisibilización de las acciones de cuidado que realizan de forma cotidiana las mujeres a lo largo de sus vidas y que van dirigidas a vínculos familiares pertenecientes a generaciones que les preceden y continúan, y sin lugar a duda es un aporte económico asentado en el trabajo reproductivo y no remunerado, uno de los argumentos centrales para nombrar y problematizar la economía del cuidado (Pautassi, 2010; Marco & Rodríguez, 2010). Es menester el reconocimiento de las acciones de las mujeres en la economía en sus distintas escalas y desde ahí elaborar alternativas de desarrollo con equidad donde las acciones de cuidado tienen un lugar importante (Pautassi, 2010). Bazo (2002) considera que es necesario cuestionar las posibilidades y responsabilidades de las familias y mujeres en cuanto al cuidado de los distintos miembros. En el futuro, la verdadera crisis de los estados de bienestar será una crisis en la provisión de los cuidados. Es imprescindible la formulación de recomendaciones en política pública que pongan en el centro el cuidado, que se busque la profesionalización del mismo y se sostenga

una visión de largo plazo que tome en cuenta el ciclo vital del sujeto (Lowenstein, 2003). Así, trabajar en un régimen de cuidado que sienta las bases de una distribución equitativa de las tareas entre los distintos agentes del bienestar social es una tarea impostergable que convoca a los distintos actores, tanto públicos como de la sociedad civil organizada y la academia.

Los estudios reportados en el campo de la salud y el envejecimiento nos muestran la importancia de las relaciones sociales y redes de apoyo, así como de la actividad física como elementos fundamentales en la calidad de vida de los adultos mayores, como también reportan los estudios de Fernández Ballesteros realizados en contextos españoles (2000, 2002, 2009). Con respecto a estas redes, en nuestro contexto la familia juega un rol fundamental, aunque no único.

Por otra parte, el aprendizaje de estilos de vida saludables y tener competencias de autocuidado, como la autoobservación, es fundamental para que los adultos mayores puedan detectar a tiempo cualquier anomalía en su funcionamiento corporal y pueda ser atendido de manera temprana. Como elemento consecuente, la adherencia al tratamiento prescrito por los profesionales y la ausencia de automedicación son factores importantes en la conservación de su salud y una buena calidad de vida.

Un estilo de vida saludable en el cual el adulto mayor tenga un proyecto de vida, así sea el cuidado de sus nietos o contar sus experiencias de vida a las siguientes generaciones, es también factor sustancial para promover la salud de las personas, en la concepción amplia de salud ofrecida por la OMS: el bienestar físico, psicológico y social. Cuando un adulto mayor tiene un sentido de vida, un para qué de su existencia, hay este elemento psicológico y social que orienta su energía a atender a los otros y olvidarse un poco de sus eventuales achaques y el deterioro natural del cuerpo.

En el contexto de las universidades y su continua innovación, es importante ofrecer programas educativos para adultos mayores que los estimulen y llenen de satisfacción al generar nuevos aprendizajes.

Deseamos que los lectores de este libro, a través de los diversos aportes aquí presentados, profundicen en algunos aspectos del fenómeno del envejecimiento en nuestro contexto, los cuales puedan ser considerados cuando se articulen programas de intervención desde las diferentes instancias corresponsables en promover la calidad de vida en los adultos mayores de nuestro país.

REFERENCIAS

- Arriagada, I. (2007). Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina. En I. Arriagada (Comp.), *Familias y políticas públicas en América Latina: Una historia de desencuentros* (pp. 125-152). Santiago de Chile: CEPAL / UNFPA.
- Bazo, M. (2002). Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada. *Revista Española de Sociología*, No.2, 117-127.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2009). Políticas públicas y crisis de cuidado en América Latina: alternativas e iniciativas. En CEPAL (Ed.), *Panorama social, 2009* (pp. 227-240). Santiago de Chile: CEPAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (Coneval) (2016). Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2016. Principales hallazgos.
- Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez: una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Guzmán, J.M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Celade.

- Ham-Chande, R. (1999). Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En Conapo (Ed.), *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas* (pp. 41-54). México: Conapo.
- Ham-Chande, R. (2003) *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2013). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas de edad (3 de diciembre).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2016). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas de edad (30 noviembre).
- Lowenstein, K. et al. (2003). *Findings: Research Project*. Israel: University of Haifa.
- Marco, F. & Rodríguez, C. (2010). Pasos hacia un marco conceptual sobre cuidado. En CEPAL (Ed.), *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo* (pp. 93-114). Santiago de Chile: CEPAL.
- Montaño, S. (2010). Pasos hacia un marco conceptual sobre cuidado. En CEPAL (Ed.), *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo* (pp. 13-68). Santiago de Chile: CEPAL.
- Montaño, S. & Milosavljevic, V. (2010). *La crisis económica y financiera. Su impacto sobre la pobreza, el trabajo y el tiempo de las mujeres*. Santiago de Chile: CEPAL (Serie Mujer y Desarrollo, No.98).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra: OMS.
- Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En CEPAL (Ed.), *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo* (pp.69-92). Santiago de Chile: CEPAL.

- Robles, Leticia (2003). Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras. *Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*. En 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile.
- Salgado, N. & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(4), s515-s521.
- Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) (2013). Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018. Plan gubernamental.
- Viveros, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Santiago de Chile: Celade.

I. Envejecer en situación de pobreza urbana y semiurbana

Factores relacionados con el bienestar subjetivo en ancianos que viven en situación de pobreza semiurbana

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO

En México, el envejecimiento poblacional se refleja en su cambio de estructura por edades: en 1970 la edad promedio era de 21.8 años, para 2000 de casi 27 años, para 2030 se espera que sea de 37 años, y en 2050 de poco menos de 43 años. Esto pone de manifiesto el acelerado incremento de adultos mayores en el país, ya que para 2050 se calcula que uno de cada cuatro habitantes lo sea. Este incremento expone la incapacidad del sistema de gobierno para atender y asegurar un bienestar para los adultos mayores, sector de la población caracterizado por su vulnerabilidad (Torres & Flores, 2018).

El estudio del bienestar subjetivo surge a partir del interés por identificar factores que incrementen la calidad de vida de las personas. Este concepto se refiere en términos generales a la evaluación que hace la persona de su propia vida y contiene una dimensión centrada en aspectos afectivos-emocionales y otra en los cognitivos-valorativos (Alvarado, Toffoletto, Oyanedl, Vargas & Reynaldos, 2017; Cuadra & Florenzano, 2003).

Se han identificado factores sociodemográficos (edad, género, escolaridad, estado civil, educación e historia personal), culturales y psicosociales (relaciones familiares, redes de apoyo, participación social, religiosidad, actitud ante la vida, estilos de enfrentamiento, metas en la vida y dar un sentido a su vida) y de percepción de salud biológica

relacionados con el bienestar subjetivo de los adultos mayores (Vivaldi & Barra, 2012; Arroyo & Vázquez, 2015; González-Celis, Chávez-Becerra, Maldonado-Saucedo, Vidaña-Gaytán & Magallanes-Rodríguez, 2016; Alvarado, Toffoletto, Oyanedl, Vargas & Reynaldos, 2017; Torres & Flores, 2018).

En los países en desarrollo, la pobreza se agudiza debido a que disminuyen las posibilidades de generar ingresos de forma autónoma, además de que la falta de seguridad social, las enfermedades crónicas y discapacitantes limitan su permanencia en el mercado laboral e incluso la discriminación por su edad. Así, ser pobre en la vejez significa mayor vulnerabilidad e inseguridad económica, la que difícilmente puede ser resuelta por los propios adultos mayores (Garay & Montes de Oca, 2011).

De acuerdo con lo anterior, el propósito de este trabajo fue conocer cuáles son los factores que se relacionan con el bienestar subjetivo en ancianos que viven en situación de pobreza.

METODOLOGÍA

Para este estudio se optó por el paradigma cualitativo y algunos elementos de teoría fundada, para así conocer “desde la voz de los ancianos” ¿cuáles son los factores que se relacionan con su propio bienestar? (Tarrés, 2008).

La investigación se realizó en Lomas de Tabachines, colonia semi-urbana de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG) en la que el Voluntariado Estamos Contigo (VEC), organización no gubernamental (ONG), apoya a un grupo de ancianos que viven en pobreza.

La muestra fue de nueve ancianos (siete mujeres y dos hombres), cuya edad osciló entre 62 y 83 años, con un promedio de $\bar{x} = 72.33$ años. Casi la totalidad de la muestra (88.8%) eran migrantes nacionales (de los estados Michoacán, Zacatecas, Colima y San Luis Potosí), 66% eran viudos, 11% solteros y 23% casados, de los cuales únicamente una

persona no tenía hijos. El nivel educativo fue prácticamente nulo, ya que solo un sujeto tenía hasta primero de secundaria, mientras que el resto nunca había ido a la escuela o tenía grado de escolaridad de hasta segundo de primaria. Del total, solo 22.2% tenía un trabajo informal y el resto no trabajaba (77.8%). Todos dijeron ser católicos.

Se les realizó una entrevista semiestructurada que abordó los siguientes temas: a) datos sociodemográficos, b) contexto familiar y social, c) condiciones generales de salud, d) aspectos importantes en este momento de su vida, e) significado de la vejez, y f) expectativas de vida. Cada entrevista se realizó en el hogar del anciano y tuvo una duración de aproximadamente una hora.

RESULTADOS

Después de sistematizar y analizar la información de las entrevistas, se identificaron los factores que los nueve ancianos mencionaron como los más representativos de su bienestar subjetivo. En total se encontraron 12 factores, los cuales se agruparon en tres dimensiones: realidad concreta (RC), creencias y valores (CV) y factibilidad de cambio psicológico y de salud (FCPS). De igual forma, en cada una de estas dimensiones se incluyen cuatro factores (figura 1.1).

DIMENSIÓN REALIDAD CONCRETA:

En esta dimensión se agruparon los factores que los ancianos mencionaron que afectan su bienestar en su cotidianidad, pero que difícilmente pueden modificar por sí mismos, por ejemplo, la imposibilidad de salir de noche para no enfrentar a los drogadictos, ya que existe mucha violencia en las calles; la dificultad para caminar por la colonia debido a que sus calles son muy empinadas, por lo que sufren caídas; sus limitados recursos económicos hacen que recurran a créditos que no pueden pagar.

FIGURA 1.1 FACTORES DE BIENESTAR SUBJETIVO EN ANCIANOS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE POBREZA



Vivienda

La importancia de la vivienda propia en este tipo de población se ha descrito en diferentes investigaciones (Enríquez, 2003; Pantoja, 2010). En los casos que nos atañen, la falta de servicios de alcantarillado y electricidad, así como una orografía irregular (pequeñas barrancas) dan características particulares a las viviendas, las cuales están distribuidas en dos niveles o se tiene que subir una escalera empinada

para llegar al acceso principal. Si bien la mayoría eran asentamientos irregulares al comienzo de la colonia, poco a poco se han ido legalizando. Un porcentaje de 88.8% de las personas entrevistadas viene de pueblos o rancherías de estados como Michoacán, Zacatecas y Colima, para quienes, a pesar de las condiciones de pobreza, es muy importante sentir su lugar como propio, una meta para algunos inalcanzable como menciona AG a continuación: “Yo nunca pensé que pudiera tener una sombrita”. O como el caso de MR: “Si el cielo existiera, yo ya vivo en él, porque cuando llegué a Guadalajara con mi suegra y nuera, dormíamos en los atrios de los templos”. RD menciona: “Vivo en un pequeño espacio, un cuarto, una cocina y un baño que me construyó mi yerno atrás de su casa, la manera de agradecerle y contribuir es vendiendo dulces, llevando nietos a la escuela y cuidando el jardín”.

Ninguno de los entrevistados rentaba casa, por lo que debe considerarse que para poder hacerse de una propiedad en sus situaciones de pobreza, debieron ser lotes muy económicos y con facilidades de pago.

Mi cuñada me dijo: “Arriba hay terrenos, agárrate uno; yo conozco a la doña de tal parte” [Y dije] “bueno si me dan con facilidad sí lo agarro”. Ella me metió el hombro; en aquel entonces eran 15,000: daba 500 pesos cada ocho días, se lo daba en dos o tres partes. Aquí donde vivo es mío y lo que tengo (bóveda y el piso) se lo daban a mi marido (velador). Como le digo a mi señor: de perdis aquí no estorbo (AG).

Contrario a lo que pudiera pensarse, el anciano en pobreza extrema busca tener una vivienda propia, ya que por su misma situación le sería muy complicado pagar la más mínima renta mensual. Una vez que logra tenerla, difícilmente puede mejorar la vivienda, por lo que muchas están en obra negra y solo tienen un cuarto, un baño y una cocina, en donde en ocasiones viven hasta tres generaciones, lo cual genera una situación de hacinamiento.

Recursos económicos

En México, la estrategia más adecuada para enfrentar situaciones económicas en la vejez es el sistema de pensión o jubilación, pero para este sector de adultos mayores no es un recurso viable. Ante tal precariedad, el gobierno federal ha implementado diversos programas como Oportunidades y 70 y Más. En el caso de nuestra muestra, únicamente dos recibían apoyo de 70 y Más, mientras que todos recibían una despesa mensual a un mínimo costo de Voluntariado Estamos Contigo.

En relación con los ingresos, aparecen aquellos generados por el sujeto mismo (trabajo informal) y por los familiares (esposo, hijos o yernos). En esta etapa de la vejez, la situación económica es uno de los factores a los que el anciano se debe adaptar, ya que muchos ven mermar su economía, lo que afecta su bienestar general.

Los resultados del estudio fueron consistentes parcialmente con otros donde se menciona que en situaciones de pobreza extrema, 41% del ingreso total lo proporcionan los hijos (Márquez, Pelcastre & Salgado, 2006). Ejemplo de ello es la siguiente respuesta de MR: “Mi hija, ella nos mantiene, gana 800 pesos por quincena”. Solo en dos casos de personas que viven solas, buscan la manera de generar sus propios recursos, como con JP: “Rento el cuartito de arriba a mi sobrina y me dan despesa, con eso me ayudo y la voy pasando”, e YG: “Trabajo limpiando casas”. Así, en cinco casos había apoyo económico de sus hijos. Pero, si bien en algunas situaciones se percibe este respaldo de los hijos, en otras estos son quienes resultan ser más una carga que un apoyo, como comenta CM: “Le firmé a mi hija para sacar un colchón y se me desapareció; no ha pagado las mensualidades y constantemente me llegan a cobrar, cosa que yo he tenido que hacer, pero con muchas dificultades” (esto le generó un problema de salud que la incapacitó debido a su constante nivel de estrés).

Es necesario fomentar en los ancianos una cultura de planeación económica a pesar de los limitados recursos; además, replantear las estrategias en los programas de apoyo por parte del gobierno federal,

para que realmente sea un apoyo y evitar seguir perpetuando el paternalismo social.

Situaciones que tienen que enfrentar en su contexto sociocultural

Dada las características socioeconómicas de la colonia, algunos de los problemas más mencionados por los entrevistados fueron el alcoholismo, la drogadicción, el desempleo y las condiciones insalubres.

Estas problemáticas son la mayoría de las veces algo que se vuelve normal, se acepta y favorece desde algunos actores del propio entorno o externos. Es el caso de MR, quien vivió con un hombre alcohólico y golpeador que le quitaba el poco dinero que ganaba con la venta de cosas usadas, para comprar su “alcohol”; actualmente, la drogadicción se hace presente en sus nietos.

Asimismo, JM asistía a un “borrachito” que a veces le hacía compañía y a quien regañaba para que ya no tomara, pero, aunque su conducta era recurrente, lo seguía apoyando, porque decía que “su familia no lo quiere por borracho”.

Se observaron condiciones de insalubridad en algunos puntos de la colonia, como en la vivienda de YG, cuya casa está casi al borde de un arroyo de aguas negras que es un foco de infección y, a pesar de las constantes quejas a las autoridades responsables, no hay respuesta. “Frecuentemente tengo que cerrar las ventanas por los malos olores”, señala.

Los anteriores comentarios reflejan la realidad que vive Lomas de Tabachines, una de las 10 colonias de la ZMG que vive condiciones de pobreza extrema, sin agua potable ni luz, con muy pocos centros de salud y escuelas, y en donde los ingresos por familia van de uno a tres salarios mínimos (Aceves, 2011); también se le menciona como una de las más inseguras e insalubres (Barrera, 2016), con condiciones complejas en su orografía que hace que las familias vivan en un riesgo continuo (GDL, 2014).

Redes sociales: se identifican quiénes son las fuentes de apoyo más relevantes

Existe una amplia literatura acerca de las redes de apoyo y su rol favorecedor del bienestar personal y social. Por ejemplo, Aranda y Pando (2013), a lo largo de varias décadas, realizaron una revisión sobre la conceptualización del apoyo social, el cual coincide en lo general en el involucramiento de las personas, ya sea de forma afectiva, material y / o económica en favor de otra persona en situación crítica. Por su parte, Ponce, Velázquez, Márquez, López y Bellido mencionan que el apoyo social “es un proceso interactivo en el que la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red en la que se encuentra inmerso” (2009, p.25).

Por lo general, el apoyo social se ha tipificado en dos grandes fuentes: formales e informales. Las primeras están constituidas con reglas y procedimientos estandarizados, en tanto las segundas por lo general son actividades espontáneas y con reglas implícitas, entre las que se cuentan las relacionadas con las redes personales (familia, amigos y vecinos) (Arias, 2013).

Con relación a los adultos mayores, el apoyo social, principalmente de la familia, es uno de los recursos de mayor beneficio para su bienestar psicológico (Vivaldi & Barra, 2012). Jocik-Hung, Taset-Álvarez y Díaz-Coral (2017) reportan que entre la multiplicidad de contactos, de quienes reciben mayor apoyo es de la familia, con lo que satisfacen necesidades materiales, emocionales e informativas; los hijos fueron los de mayor prevalencia, seguida de los hermanos y la pareja. Asimismo, en torno al apoyo de organizaciones formales, destacan los enfoques asistencialistas. Por último, señalan que el apoyo es recíproco de los ancianos con la familia como con otras personas.

En otro estudio se reporta que las principales necesidades del adulto mayor son tener un techo donde vivir, alimentación y acompañamiento con los médicos. Un aspecto interesante es cómo el vínculo

familiar se intensifica cuando un miembro cercano al adulto mayor migra fuera del país (Pelcastre-Villafuerte, Treviño-Siller, González-Vázquez & Márquez-Serrano, 2011).

En los hallazgos encontrados en las entrevistas, se identificó que el tipo de apoyo que reciben los adultos mayores es principalmente informal y que son los hijos de quien lo reciben, siendo este más económico, como se refleja en MR, la que recibe de su hija 800 pesos quincenales. En otro de los entrevistados, lo que se observó fue el apoyo material, ya que su hija le construyó un cuarto en la parte de atrás de su casa. En otro caso, el hijo se llevó a vivir a su mamá a su casa porque no podía estar sola en su pueblo.

El apoyo entre vecinos y su reciprocidad también estuvo presente, como se observa en las siguientes viñetas:

Mi vecina Guadalupe siempre que va al tianguis pasa por aquí para ver si se me ofrece algo (JP).

Todos los días hago gorditas y se las llevo a mi vecino que vive enfrente y ya no puede caminar (AG).

En cuanto al apoyo formal, se hizo mención de la despensa y las pláticas semanales que reciben de Voluntariado Estamos Contigo. RD comenta que “asistir a las pláticas me sirve y también puedo comer un mes con la despensa que me dan”.

En síntesis, para este grupo de ancianos lo más relevante fue la ayuda de los hijos y vecinos en cuanto al apoyo informal, mientras que el formal lo obtienen del Voluntariado Estamos Contigo.

DIMENSIÓN CREENCIAS Y VALORES

Aquí se agruparon aquellos factores relacionados con las cogniciones que les ha permitido determinar sus estilos de vida. Por un lado,

encontramos los aprendizajes que han recibido de la familia y que han definido de alguna forma sus roles tradicionales dentro de ella —ya sea la de origen o la propia—, así como su conceptualización del envejecimiento. La religión ha sido un pilar relevante para enfrentar todo tipo de situaciones difíciles, que además influye en sus expectativas de vida.

Concepto de vejez: cómo se ve en esta etapa de su vida

Este concepto está relacionado con cuatro tipos de edades: aquella que se define como el número de años cumplidos (actualmente a partir de los 65 años se dice que la persona está en la etapa de vejez), la biológica (que se determina por el envejecimiento de los órganos y se asocia directamente con las enfermedades crónico-degenerativas), psicológica (se refleja en las competencias conductuales y de adaptación a su cotidianidad) y la edad social (el rol que el individuo desempeña socialmente). La conceptualización sobre la vejez depende de diversos factores: un sistema de valores, creencias y expectativas de vida de cada persona, en la que también influyen la familia y la sociedad. Se le puede ver desde una perspectiva negativa cuando se le relaciona solo con la enfermedad y las limitaciones físicas y mentales. Sin embargo, en las últimas décadas han surgido modelos de envejecimiento positivos como los llamados exitoso, saludable y activo, entre otros (Alvarado & Salazar, 2014).

Existe también un amplio número de investigaciones sobre cómo se define el envejecimiento, pero son pocas en las cuales la voz del anciano define su propio concepto. Castillo (2009) reporta que los ancianos suelen ver su propio envejecimiento exitoso como un proceso multifactorial donde los factores más relevantes son la salud, los elementos psicológicos, las actividades y los roles sociales, los recursos económicos, así como las relaciones sociales y entre vecinos.

Con base en las respuestas de los entrevistados en este estudio, se observó que cuando se habla de vejez se hace referencia principalmente a la edad en años y a la biológica, esta última asociada al aspecto

físico y las enfermedades crónico-degenerativas como la pérdida de masa muscular, la degeneración progresiva de la piel y los sentidos, así como la fragilidad de la salud en general.

Tengo dos enfermedades crónicas aledañas a la edad: diabetes y artritis, ya no doy mucho. Pero, sin embargo, estoy construyendo un cuartito arriba, para rentarlo cuando ya no pueda trabajar [...] Cuando no tengo dinero para medicinas, me tomo té [y muestra una caja para diferentes problemas de salud] (YG).

En algunos casos, la vejez también significa “tener pérdidas”, ya sea por abandono o fallecimiento de los seres queridos: padres, hijos o esposa, entre otros.

Pues que me he sentido ya muy a gusto con mi Padre (Dios). Porque un día me llegó una depresión... ya ve cómo llegan las depresiones estando ya solo, y me agarré diciéndole al padrecito: “¡ayúdame!, me siento muy solo... si quiera me gustaría tener a alguien con quién platicar”. Que me dice: “Que no estoy yo aquí y mi madre”, desde esa vez... nada, me siento bien a gusto (JM).

Es interesante observar cómo el concepto de vejez está matizado por el género, ya que ante la pregunta: ¿considera que es lo mismo envejecer como mujer que como hombre? MR menciona: “La mujer envejece más por la familia; yo en mi rancho vi muchas chiquillas y ahora cuando voy y las veo, acabadas ya, viejitas”.

Por ende, para hablar de la vejez es necesario recuperar la experiencia subjetiva que le dan los ancianos. En este proceso de rescatar sus experiencias, es importante tomar en cuenta que las vivencias de cada uno están determinadas por un amplio número de factores como el género, la edad y las condiciones físicas, sociales y familiares, entre otras.

Roles culturales determinados por la familia: a pesar de los años, se continúa con los valores y las creencias de los padres

En México y otros países, los roles del hombre y la mujer están determinados principalmente por la familia, y tienen como objetivo dar continuidad al sistema de valores y creencias de los padres, los cuales, para esta población, resultan muchas veces como dogmas. Los roles son conductas estereotipadas por la cultura que se espera realicen las personas con base en su género; si bien han ido cambiando a partir de la incursión de la mujer en el mercado laboral, habrá que puntualizar que el grupo etario de este estudio nació en la década de los treinta, y además en una situación de desventaja económica, educativa y social, donde los roles estaban claramente definidos entre lo que le correspondía al hombre y la mujer.

Las viñetas que a continuación se presentan son un reflejo de cómo las creencias de los padres se reflejan en las conductas de las ancianas cuando eran jóvenes, lo cual les marcó su etapa de vejez.

Mis valores morales... Mi mamá decía que la mujer valía por su educación, por su moral, aunque quede sola y joven; pero no quería que me tomaran por antojo o diversión, por eso yo los espantaba con mi actitud (YG).

En la anterior viñeta, podemos ver cómo la persona aprendió una serie de *prejuicios* de la madre con relación al hombre, y esto la limitó para establecer su propia familia.

En mi casa, la autoridad la tiene mi esposo; yo tengo la responsabilidad, además de mis hijos, también de mi suegra, a que ella vive con nosotros (MJV).

Por otro lado, la mujer debe ajustarse a rol que aprendió: “es la responsable por la familia”. También se observó cómo este grupo etario

tenía expectativas tradicionales sobre los hijos e hijas. En el caso de JP, mencionó:

A mis hijas no les puedo exigir que me visiten (viven en Colima), ya que tienen que obedecer a sus maridos; pero mis hijos tienen la obligación de visitarme y ver por mí, ya que ellos son los que mandan.

Como puede observarse, en este grupo de ancianos los valores culturales y familiares resultan ser muy tradicionales, donde la mujer se dedica al cuidado de la familia y el hombre a ser proveedor, quien además tiene la autoridad y se le debe de obedecer.

Religión: la importancia que tiene en sus vidas

Los estudios sobre los aspectos positivos y negativos de la religiosidad y la espiritualidad y su relación con el bienestar se han incrementado. En México, a partir de la década de 1960, existen al menos 40 religiones establecidas, un indicador de su importancia. La espiritualidad se considera una experiencia de lo divino, de carácter personal y que trasciende lo biológico, psicológico y social. Sin embargo, la religiosidad también se vive en lo social, siguiendo ritos, normas y comportamientos; brinda a las personas un soporte sociocultural, cumple con el rol de contenedor de lo espiritual, de protector (Rivera-Ledesma & Montero (2005).

En un intento por relacionar la espiritualidad y religiosidad con el bienestar psicológico, en varios estudios se ha observado una relación positiva; también se ha demostrado la relación entre religiosidad intrínseca con autoestima, satisfacción y sentido de vida, así como con estados depresivos (a mayor religiosidad, menor depresión). Si bien ha sido difícil analizar los conceptos de espiritualidad y religiosidad de manera unificada, ambos se han relacionado de manera positiva con el bienestar psicológico y otros constructos que favorecen la calidad de vida de las personas (Nogueira, 2015).

Para este grupo de ancianos, la religión es quizá la dimensión más importante para poder enfrentar tantas limitaciones, en donde encuentran consuelo y una esperanza de que las cosas más difíciles vayan a estar bien. Por ejemplo, señala AG, “agarro esta cajita donde pongo mis preocupaciones y se las llevó al padre; él sabe lo que hace y me dice que hay cosas que no son mi culpa”.

Así, para Maldonado y Ornelas (en Salgado & Wong, 2006) en comunidades de pobreza extrema el factor espiritual y religioso favorece la salud mental del anciano; cuando los vínculos se han debilitado, se busca la espiritualidad y la trascendencia.

Metas de vida: describe lo que en este momento de su vida esperan a futuro

Las metas son importantes en todas las etapas de la vida, pero en la vejez otorgan un sentido a la trayectoria evolutiva y orientan hacia un futuro deseado. Establecerlas no es algo definitivo, ya que forma parte de un proceso dinámico que se va modificando con el paso del tiempo; son representaciones de un estado futuro que puede ser positivo (esperanzas y aspiraciones) o negativo (temores o preocupaciones). Las metas están vinculadas tanto a un plano personal como a nivel social, es decir, orientadas a un objetivo evolutivo. A medida que el individuo crece, las metas son más realistas y fáciles de conseguir; en los adultos mayores, el énfasis está en el desarrollo de roles y actividades que ya desempeñan. La forma de conseguirlas se basa en la capacidad de evaluar los recursos personales y las demandas de la situación deseada. Establecer metas de vida es un recurso valioso para lograr un envejecimiento positivo, ya que desarrolla un nuevo significado para cada adulto mayor (Giuliani, Soliverez & Pérez, 2015).

En este grupo etario se pudo observar que, en términos generales, sus metas están centradas en: “buena salud”, “tener una vejez tranquila”, “vivir como dios manda” y tener “armonía con la familia y con los demás”. Es interesante observar cómo las metas deseadas son tanto a

nivel personal como social y cómo se ajustan a los patrones normativos esperados. Por otro lado, se pudo constatar que en algunos casos están determinadas por sus limitados recursos personales, ya que fue difícil identificar metas concretas: si bien mencionan la “buena salud”, esta estaba más determinada por la voluntad de dios que por acciones de ellos.

DIMENSIÓN FACTIBILIDAD DE CAMBIO PSICOLÓGICO Y DE SALUD (FCPS)

En esta dimensión se consideraron aquellos factores más factibles de cambio por el sujeto que en las dos dimensiones anteriores; está sustentada principalmente en la salud, los estilos de afrontamiento, ocio y afectividad. La primera dimensión está centrada más en el contexto social, mientras que la segunda tiene una influencia social y familiar que determina roles y valores aprendidos desde la infancia.

Afectividad (fuente de afecto o falta de afecto que determina el autoconcepto): de quiénes recibe afecto y cómo se manifiesta

En la etapa de la vejez, el sentimiento más frecuente es la soledad, y los ancianos sufren una serie de pérdidas que lo favorecen. Entre las crisis asociadas al envejecimiento encontramos las de identidad, que se refiere a un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima; de autonomía, causada por las limitaciones en las actividades de la vida diaria; y de pertenencia, como la pérdida de roles y grupos profesionales que afectan la vida social. Además de estas crisis, existen experiencias que suponen una ruptura con la vida anterior como el síndrome del nido vacío, la muerte del cónyuge, las relaciones pobres con los hijos, la salida del mercado laboral, la falta de actividades placenteras y los prejuicios sociales sobre la vejez (Rodríguez, 2009).

En un estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas y el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España

(CIS-Imsero, citado en Rodríguez, 2009) se reporta que ante la soledad, 28% de los adultos mayores ven la televisión, 23% sale a pasear, 5% habla con sus vecinos, 3% frecuenta bares o cafeterías y 2% va a casa de los jubilados. No obstante, es importante reconocer que las estrategias para afrontar la soledad son diferentes para cada persona y grupo sociocultural.

Lo que se observó en este grupo de ancianos es que, a pesar de la soledad en que viven y con el anhelo constante de una compañía que no llega, se tiene la capacidad resiliente de salir adelante.

En esta comunidad, el rol que juegan las mascotas (perros, pájaros, inclusive plantas) son muy importantes, ya que se tiene alguien por quien levantarse temprano, como menciona JP: “La soledad ni a la más enemiga se la deseo [...] y me levanto a las siete de la mañana con el delirio de dar de comer a mis animalitos”.

También se observó que, a pesar de vivir con la familia, muchas veces la persona pasa inadvertida, por lo que cuidar a sus mascotas da un sentido a su actividad diaria, como comenta AR: “Me agarro barriendo, dándole de comer a mis pajaritos y mis palomas”.

En otros casos fue evidente cómo la falta de afecto en los primeros años de vida dejó un vacío que difícilmente han podido superar emocionalmente. Sin embargo, hay quienes muestran una fortaleza interna, como YG, quien, a pesar de sus 63 años, vivir sola y con limitaciones físicas crónicas como la diabetes y artritis, continúa trabajando y está terminando la secundaria, ya que lo que más lamenta es no haber podido estudiar y que su familia no la haya apoyado: “Ojalá hubiera tenido el cariño de la familia, que me hubiera apoyado para prepararme”.

A reserva de otros estudios, donde se ve la importancia de la familia y los amigos como fuente de afectividad en los ancianos, en este grupo, en concreto para quienes viven solas, sus mejores afectos, además de las vecinas, eran sus mascotas y plantas.

Diversión u ocio: cuáles son sus pasatiempos

Existe un amplio número de estudios que asocian las actividades físicas, sociales y recreativas con un mejor funcionamiento cognitivo y una menor probabilidad de discapacidad, factores de protección para evitar problemas demenciales (Santiago-Vite, 2016).

A pesar de reconocer la importancia del ocio y las actividades lúdicas como un factor de salud, fue interesante observar cómo para esta población de pobreza extrema resultan complejos estos conceptos, ya que ante la pregunta de ¿qué le gusta hacer y qué le divierte?, las respuestas se centraron en deberes como barrer, fregar loza y planchar; se tuvo que clarificar para que hicieran la distinción entre lo que “deben hacer” y lo que “les gusta hacer”. Ante esto surgieron algunas respuestas como cantar, bailar, leer o hacer vestidos. Si bien existe un “reconocimiento” sobre lo que les gusta, se invierte poco tiempo en ello y no deja de ser similar en muchos casos: es lo mismo “lo que debo y lo que quiero”; reconocían lo que les gustaba cuando eran jóvenes, pero ahora que son adultos les fue difícil reconocerlo debido a que en lo primero que piensan es “en lo que se debe de hacer”.

De joven yo cantaba con Vicente Fernández porque éramos los dos de Huentitán; todavía yo sigo cantando y tocando la guitarra (JM).

En lo que me entretengo en la tarde es ver la televisión (MR).

Si bien culturalmente sentirse que cumplen con sus deberes les da un sentido de identidad a este sector de la población, y que están bien con Dios, es importante hacer conciencia de que divertirse también es importante, ya que los hace sentir mejor.

Salud: se menciona el tipo de enfermedades (físicas y mentales), hábitos de salud (física y mental) y cuáles son los servicios a los que más recurren

Si bien existen estadísticas sobre la condición de salud de los adultos mayores en México, también se conoce que su percepción se asocia a variables psicológicas como la autoestima, satisfacción de la vida y depresión. Así lo comprueba un estudio realizado por Vivaldi y Barra (2012) con 250 adultos mayores, en el que se muestra que la salud es una de las dimensiones que más se menciona, la cual se subdividió en cinco categorías: a) problemas de salud física; b) problemas de salud mental; c) hábitos de conducta para cuidar la salud física; d) hábitos de conducta para cuidar la salud mental; y e) uso de servicios de salud.

Problemas de salud física

En relación con las enfermedades crónico-degenerativas en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut) reporta que la diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, las enfermedades del corazón, la embolia y el cáncer son las principales causas de muerte en México (Manrique-Espinoza et al, 2012)

Las enfermedades físicas que más se mencionaron en este grupo de estudio fueron similares a las encontradas en otros estudios: cáncer y diabetes. Asimismo, dado el alto costo de los medicamentos, los entrevistados recurren al uso de la herbolaría o remedios caseros. Por ejemplo, para curarse el cáncer de próstata, JM menciona:

Me dijo un amigo: “Ya no ande tomando esas pastillas, están re caras”, pues a mil dos mil cada caja, y pa’ 24 días ni para un mes siquiera; me tomé un remedio de tequila, sábila y miel, una copita en la mañana y otra en la noche, pero viera qué efectiva, se la he dado a muchas personas que han salido con cáncer y se están aliviando. Desde entonces no tomo ni una pastilla.

También el uso de la herbolaria se refleja en los siguientes comentarios:

Tengo las enfermedades aledañas a la vejez, hace años me detectaron diabetes, pero trato de tomar mis medicamentos, trato de cuidarme, tomo mis medicamentos, cada cuatro o cinco meses voy a valoración al Hospital de Occidente, para ver si la artritis está estacionaria o avanza; además tengo un quiste en el riñón, no me ha dado problema. Trato de cuidarme lo más que puedo, pero cuando no tengo dinero, hago uso de té de diferentes plantas (YG).

Me dijeron que no haga mucho ejercicio, que descansara, me pongo una pomadita, tengo una planta llamada floripondio y caliento una hoja y me la pongo en la pierna y me ayuda; en la noche me pongo una venda y me mejora la rodilla (JP).

Problemas de salud mental

En lo que corresponde a problemas de salud mental en adultos mayores, la demencia y la depresión son las principales causas de discapacidad, respectivamente; dada su prevalencia, son ya problemas de salud pública que deben ser atendidos (Manrique-Espinoza et al, 2013). En Ciudad Victoria, Tamaulipas, se realizó un estudio con 1,126 ancianos de 60 años de edad o más, en el que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 29% (Rivera, Benito-León & Pazzi, 2015). Aunado, o quizás muy relacionado con la depresión, está el concepto de “nervios”, que, si bien es difícil de definir, se considera el resultado de una construcción sociocultural, ya que, ante cualquier problema emocional, ya sea de tristeza, miedo, enojo, se le identifica como nervios (Salgado, Díaz & Maldonado, 1995; Enríquez, 2014).

Lo que se reportó en el presente estudio en términos de problemas mentales fue tener “nervios” y “síntomas de depresión”:

Pues empieza uno a sentir como tristeza y se deprime mucho (recordando a la esposa), pero diosito me ha dado fuerzas (JM).

Me agarran los nervios, recuerdo pues cuando vivía mi viejito, murió hace dos años y medio (AR).

Yo pienso que ella sufre por los nervios, es que ella se preocupa porque dice que se siente fuera del lugar donde ella quiere estar, pero le decimos que si se va para el rancho, allá no tiene familia (nuera de MG).

Hábitos de conducta para cuidar la salud física

Hay un incremento significativo en el número de ancianos que viven solos; asimismo, las estructuras familiares se han modificado, ya que ahora podemos ver familias unipersonales, de homosexuales, segundas y terceras nupcias (Robles, 2006). De acuerdo con las entrevistas realizadas, fue interesante observar que cuando se vive solo se favorecen los hábitos y las conductas para cuidar la salud física o mental. Los comentarios que a continuación se presentan son personas que viven solas, ya sea por viudez o separación.

Procuró, además de mis medicamentos y a veces tomar té, camino como 15 cuadras tres veces a la semana (YG).

Me levanto muy temprano, me baño a jicarazos con agua fría y le doy de comer a mis animalitos, y eso hace que me olvide un poco de mis dolencias (JP).

Hábitos de conducta para cuidar la salud mental

El comportamiento en relación con los hábitos para cuidar la salud mental es similar a los del cuidado físico. En términos generales,

surgieron más problemas físicos que mentales; en realidad, viven con tantas limitaciones que no queda mucho tiempo para sentirse mal.

Una psicóloga me sacó de ese trauma (muerte de la pareja) como estaba; ella no me dio medicina ni chochitos ni gotitas. Me dijo que me bañara a la una o dos de la mañana con agua fría, porque yo sentía correr de los nervios (JP).

Otro aspecto que se resalta cuando se vive solo es la importancia de un cambio de actitud para no deprimirse.

En primer lugar, yo no me apuro, yo no le pongo tanto sentimiento, aparte de que me cuido con la dieta, no tomo alcohol, no fumo y hago mis ejercicios (YG).

Uso de servicios de salud

Los servicios de salud más utilizados por este grupo de adultos mayores son los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Centro de Salud o el Seguro Popular; de los dos últimos existen clínicas en la misma colonia, no así del IMSS, por lo que el traslado se hace más complejo y en la mayoría de los casos requieren ser acompañados por algún familiar o vecino. En la situación de pobreza, la falta de acceso a los servicios de salud y la falta de recursos económicos, inclusive el transporte, genera falta de atención médica sobre todo en enfermedades crónico-degenerativas, lo cual acelera el proceso de enfermedad y por ende los decesos.

El Seguro Popular hay cosas que cubre y cosas que no. En el Hospital Civil me hacen los estudios de laboratorio gratis, por la edad, ya que son muy caros, esos me los condona el hospital (YG).

La salud es uno de los factores de mayor relevancia para esta población, que, a pesar de las limitaciones físicas y sus dificultades de acceso a los servicios, cuenta con redes de apoyo y estrategias de afrontamiento que los hace seguir adelante. En síntesis, se puede decir que la importancia de promover en la persona adulta mayor que su salud física y mental sea satisfactoria, es un trabajo que involucra a la persona, la familia y la sociedad.

Estilos de afrontamiento: ilustra cómo resuelven sus problemas cotidianos

Existen muchas definiciones y clasificaciones sobre el concepto de afrontamiento. En este estudio se usó la clasificación de estilos que hace Lazarus y Folkman (1986). Como se puede observar en esta dimensión, es frecuente el estilo de afrontamiento activo, principalmente cuando no se cuenta con ningún familiar.

Como yo vivo sola, tengo que cuidar mi salud y le echo muchas ganas a la vida, trato de no apachurrarme y salir adelante. Estoy terminando de estudiar mi secundaria. También salgo a trabajar allá cerca del estadio (YG).

Me levanto muy temprano, le doy de comer a mis animalitos y riego mis plantas (JP).

Cuando se cuenta con alguien, existe una actitud más demandante hacia los familiares: “Los hijos deben de atenderlo a uno”, como es el caso de MR; o en el que se pierde la autoridad y se toma una actitud “sumisa y pasiva” ante el hijo, quien es ahora quien toma las decisiones; como sucedió a MG, la cual recurre a la evasión como una forma de protección ante situaciones estresantes: “Pos mi hijo me trajo y no quiere que me regrese al rancho”.

CONCLUSIONES

Las transformaciones demográficas y epidemiológicas, al igual que el factor de pobreza, son aspectos que impactan los estilos de vida de los ancianos y su bienestar. Si bien la población está envejeciendo a nivel mundial, cada cultura y grupo social define qué aspectos de su cotidianidad son relevantes para lograr su bienestar, de manera independiente de su situación socioeconómica, que, aunque es importante, existen otros factores relevantes. Todos los participantes, con excepción de uno, provienen de áreas rurales y en situación de pobreza económica, por lo cual, la pobreza en la que actualmente viven, no la perciben como una limitante para vivir “bien”. Sus momentos más felices están relacionados con el campo, la siembra, hacer tortillas, entre otras actividades.

Se encontraron 12 factores de bienestar agrupados en tres dimensiones:

1. Realidad concreta: relacionada con el contexto sociocultural de los ancianos, que incluye los factores de vivienda, recursos económicos, problemática social del entorno y redes de apoyo.
2. Creencias y valores: se enfatizan los valores familiares y culturales, y los factores son su concepto de vejez, los roles culturales determinados por su familia, la religión y sus metas de vida.
3. Factibilidad de cambio psicológico y de salud: en esta dimensión es más factible que el adulto mayor realice cambios para mejorar su bienestar, y en ella se incluye la afectividad, diversión u ocio, salud y los estilos de afrontamiento.

Con respecto a la dimensión de la realidad concreta, se concluye que la vivienda es un aspecto a resaltar, ya que ninguno de los participantes rentaba: su casa era propia o de alguno de los hijos. Si se considera que los participantes eran migrantes nacionales, el hogar propio se convirtió en un reto de vida. Es interesante observar cómo a pesar de

su nivel de pobreza y las condiciones mismas de la vivienda, el tener un techo propio es fundamental sobre todo para aquellos que viven solos. De los nueve ancianos entrevistados, cuatro viven solos, lo cual representa 44.4% de la muestra. Este porcentaje es superior al de un estudio reciente realizado por Enríquez, Maldonado, Aldrete, Ibarra, Palomar y Pantoja (2008), en el cual se reporta que, en una muestra de ancianos pobres de la ZMG, 13.3% de las mujeres y 10.5% de los hombres vivían solos.

En su totalidad, han crecido con limitaciones económicas, aunado al hecho de ser migrantes de zonas rurales, a la falta de educación y su fuerte arraigo a los valores familiares y sus creencias religiosas; esto da una especificidad a sus estilos de vida centrados en la satisfacción con la vida, para lo cual es importante considerar: recursos personales y sociales, roles culturales, metas en esta etapa de la vida (principalmente el imperativo de conservar la salud) y sentido de pertenecía (ya sea a la familia o a un grupo social, lo importante es no sentirse solo ni abandonado, en especial si se vive solo).

Si bien existe una problemática social (violencia, alcoholismo, pandillerismo, entre otras) en el entorno donde viven, han aprendido a lidiar con esa situación ya que es parte de su cotidianidad.

Las redes de apoyo, al igual que las anteriores dimensiones, son un aspecto relevante para su bienestar. En muchos casos, en particular cuando se vive solo, los vecinos son las personas que ven por el anciano, ya sea haciendo favores o llevándole de comer, es decir “estar al pendiente de”. La religión, aunada a la red vecinal, se ve reflejada en el caso de quien haya tomado el rol de ir a los sepelios de la colonia a rezar el rosario. Estas redes de apoyo también son recíprocas, y los hijos son una fuente de apoyo importante: “A ver con qué hija me arriro, pero esta es la mera buena (la hija que vive al otro lado); también tengo una nuera muy buena, la otra hija es bien renegada. Cuando se tiene hijos, uno tiene de todo. Los hijos sirven muchísimo (MR).

Las redes sociales se pueden definir desde diferentes perspectivas: tamaño, tipo de apoyo, intensidad y efectividad de los vínculos; cual-

quiera que sea, se reconoce al apoyo social como un factor que favorece el bienestar de los ancianos (Enríquez et al, 2008). Las relaciones familiares, y el sentir que siempre se puede contar con la familia, es un elemento relevante para el bienestar (Arroyo & Vázquez, en Garay et al, 2015).

En relación con la dimensión de creencias y valores, existen otras dimensiones que quizá resulten “menos relevantes” a su bienestar, pero que son importantes para su sentido de identidad, como su propio concepto de vejez relacionado principalmente con la salud. También vinculan su etapa con la *perdida de seres queridos*, vivir de recuerdos, pero finalmente es algo que dios quiere: haber llegado a ser anciano.

Fue interesante observar que dar continuidad a sus creencias familiares impuestas por sus padres resultaba muy importante, ya que les daba un sentido de identidad y pertenencia, tal es el caso de una de las participantes que decía:

Sabía que yo contaría más con mi hijo que con ellas, porque yo pienso que la mujer, si el marido quiere que le den a uno un taco, se lo dan; y el hombre trae los pantalones, él debería de darlos [...] Les dije que mientras tengan a su madre, aunque ande gateando, yo tengo la responsabilidad de ustedes y las traigo aquí en la espalda (JP).

Saber que están cumpliendo con lo “que les corresponde”, como hombre o mujer, se convierte en un factor relevante en su bienestar subjetivo, ya que ir en contra de sus creencias les causaría una disonancia cognoscitiva difícil de lidiar.

La religión es especialmente importante en este grupo para lograr su estabilidad emocional, porque saben que con el “único” que cuentan incondicionalmente es con dios, y es con él con quien comparten sus vicisitudes. En la cultura mexicana, y en específico para esta población, la religión es el eje central de su estilo de vida, ya que muchas de sus actividades giran a su alrededor; su importancia en la población con estas características ha sido documentada en otros estudios

(Maldonado & Ornelas, 2006). Es importante mencionar que, al realizar cualquier tipo de intervención en esta población, la religión tendrá un lugar preponderante.

Sus metas de vida están centradas en la salud, estar bien con la familia, hacer lo que les corresponde (labores domésticas y apoyar a sus seres queridos), tener una vejez tranquila y estar sobre todo bien con dios.

Por último, en la dimensión de factibilidad de cambio psicológico y de salud se concluye que se enfocó principalmente en la salud, ya que es una prioridad en esta población. Prácticamente todos padecen alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, osteoporosis y, en algunos casos, síntomas depresivos por la pérdida de la pareja. Si bien hay quien asiste a los servicios de salud como Centro de Salud e IMSS, la herbolaria es un recurso muy utilizado, desde tés caseros para diferentes síntomas, preparados específicos inclusive para la “cura del cáncer”.

Se pudo observar la utilización de rituales conductuales y la automotivación para mejorar los estados depresivos. En México, son pocos los estudios sobre la depresión en ancianos en situación de pobreza. Pando et al. (en Nance, s.f.), en un estudio realizado en Guadalajara en 2001, menciona que la prevalencia de depresión en el anciano es de 36% en promedio, de las cuales 47% son mujeres y 27% hombres, y que entre los factores de riesgo encontrados están la viudez, ser solteras o la falta de actividad laboral, entre otras. Asimismo, en otro estudio de García-Peña et al. (en Nance, s.f.), con 7,449 ancianos en la Ciudad de México, se reportó que uno de cada ocho ancianos muestran síntomas depresivos (13.2%). De igual forma, Maldonado (2015) encontró que entre menos satisfacción con la vida, se incrementa la sintomatología depresiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS, en Jonis & Llacta, 2013) informa que para 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, por lo que habrá que poner un mayor énfasis en los síntomas depresivos y diferenciarlos, ya que muchas

veces son confundidos por otra sintomatología que engloba muchos padecimientos mentales como los “nervios”.

Finalmente, es necesario reconocer que en México hay una pobreza y desigualdad persistentes y gran parte de las personas mayores viven en situación de vulnerabilidad social que se manifiesta en carencias que ponen en riesgo su bienestar social. Por ello, la problemática de la vejez y el envejecimiento debe de ser abordada con carácter prioritario en la agenda pública.

REFERENCIAS

- Aceves, W. (2011). La ley del barrio. *La Gaceta de la Universidad de Guadalajara*, No.658. Recuperado de http://www.gaceta.udg.mx/G_notas.php?id=9599
- Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). Analisis del concepto de envejecimiento. *Grokomos*, 25(2) 57-62.
- Alvarado, X., Toffoletto, M., Oyanedel, J., Vargas, S. & Reynaldos, S. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto Contexto Enferma*, 26(2), 1-10.
- Aranda, C. & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*, 16(1), 233-245.
- Arias, C. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Kairós Gerontología*, 16(4), 313-329.
- Arroyo, M. & Vázquez, L. (2015). Significados del bienestar familiar y social en personas mayores de contextos urbanos y rurales de Durango. En S. Garay, M. Arroyo & J. Bracamontes (Eds.), *Vejez, familia y bienestar. Dimensiones micro y macrosociales del envejecimiento y la vejez*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León
- Barrera, J. (2016). La lista negra de colonias inseguras. En *Milenio* Guadalajara. Recuperado de <http://www.milenio.com/opinion/>

jaime-barrera-rodriguez/radar/la-lista-negra-de-colonias-inseguras

- Castillo, D. (2009). Envejecimiento exitoso. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20(2), 167-174.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). Bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1) 83-96.
- Enríquez, R. (2003). El rostro actual de la pobreza urbana en México. *Comercio Exterior*, 53(6), 532-539.
- Enríquez, R. (2014). La construcción sociocultural de los nervios: emociones, envejecimiento y pobreza en el área metropolitana de Guadalajara. En V. Montes de Oca (Coord.), *Vejez, salud y sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas* (pp. 119-150). México: UNAM.
- Enríquez, R., Maldonado, M., Aldrete, P., Ibarra, M., Palomar, J. & Pantoja, J. (2008). Género, envejecimiento, redes de apoyo social y vulnerabilidad en México. En R. Enríquez (Coord.), *Los rostros de la pobreza: el debate*. Guadalajara: Sistema Universitario Jesuita.
- Garay S. & Montes de Oca, V. (2011). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas sociales*, 13(1), 143-165.
- GDL Denuncia (2014). En Tabachines familias viven en riesgo. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=OXKiUG-EZnM>
- Giuliani, M., Soliverz, C. & Pérez (2015). El papel de las metas vitales en el envejecimiento satisfactorio. *Kairós Gerontología*, 18(20) 121-132.
- González-Celis, A.L., Chávez-Becerra, M., Maldonado-Saucedo, M., Vidaña-Gaytán, M.E., & Magallanes-Rodríguez, A.G. (2016). *Purpose in life and personal growth: Predictors of quality of life in mexican elders. Psychology*, 7(5), 714-720.
- Jocik-Hung, G., Taset-Álvares, Y. & Díaz-Coral, I. (2017). Bienestar subjetivo y apoyo social en el adulto mayor. *Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma*, 14(46), 306-321.

- Jonis, M. & Llacta, D.(2013). Depresión en el adulto mayor, cual [sic] es la verdadera situación en nuestro país. *Revista Medica Herediana*, No.24, 78-79.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Éstres y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Maldonado, M. (2015). Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1) 1815-1830.
- Maldonado, M. & Órnelas, P. (2006). *Religiosidad, fuerza personal y sintomatología depresiva en ancianos que viven en situación de pobreza extrema*. En N. Salgado y R. Wong (Eds.), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México* (pp. 111-120). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A., Gutiérrez-Robledo, L. & Téllez-Rojo, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 323-331.
- Marquez, M., Pelcastre, B. & Salgado, N. (2006). *Recursos económicos y derechohabencia en la vejez en contextos de pobreza urbana*. En N. Salgado & R. Wong, *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México* (pp. 71-84). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Nance, D. (s.f.). Depresión en el adulto mayor. Recuperado el 13 agosto de 2013, de www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf
- Nogueira, M. (2015). La espiritualidad y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico. *Revista de Investigaciones de Psicología Social*, 1(2) 33-50.
- Pantoja, J. (2010). *Envejecer en la ciudad: pobreza, vulnerabilidad social y desigualdad de género en adultos mayores. Un estudio en la ciudad de León*. León, Guanajuato: Promoción de la Cultura y la Educación Superior del Bajío AC / Universidad Iberoamericana de León.

- Pelcastre-Villafuerte, B., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T. & Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3) 460-470.
- Ponce, J., Velázquez A., Márquez, E., López L. & Bellido, M. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de enfermería*, 18(4), 224-228. Recuperado el 12 de febrero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es&tlng=es
- Rivera, J., Benito-León, J. & Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*, No.71, 103-118.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58
- Robles, L. (2006). La vejez nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. Relaciones. *Estudios de Historia y Sociedad*, 27(105), 141-175.
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4) 159-165.
- Salgado, N., Díaz-Pérez, M.J. & Maldonado, M. (1995). Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Mental*, 18(1), 50-55.
- Santiago-Vite, J. (2016). Factores que contribuyen al envejecimiento saludable. *Ciencia & Futuro*, 6(2), 121-136.
- Tarrés, M. (2008). *Observar, escuchar y comprender*. México: Porrúa.
- Torres, W. & Flores, M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología*, 36(1), 9-48.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2) 23-29.

Movilidad personal de adultos mayores residentes en barrios precarios

ELBA KARINA VÁZQUEZ GARNICA
ALEJANDRO MENDO GUTIÉRREZ

El presente capítulo se desarrolla en cinco apartados. En el primero se define el marco desde el que se aborda el objeto de estudio, y sirve para aclarar qué se entiende por movilidad personal de los adultos mayores y cómo encuadrar la accesibilidad individual en el espacio doméstico; en el segundo se dan a conocer los elementos metodológicos que se siguieron para la recolección de los datos y el análisis de la información; como tercer aspecto se describe el escenario del estudio, en particular las características urbanas de la colonia y una caracterización de quiénes son los informantes; posteriormente se presentan los resultados en relación con aspectos sociales, estructurales y personales que influyen en la movilidad personal de los adultos, los cambios en la interacción con el entorno urbano y la vivienda y los cambios dados en las relaciones sociales de los adultos; por último, se dan a conocer los aportes finales.

MOVILIDAD EN ADULTOS MAYORES Y ESPACIO COTIDIANO

El presente análisis retoma dos marcos de referencia conceptual complementarios: el de la geografía social del envejecimiento, centrado en reconocer la ubicación física espacial de las personas en edad mayor, y el de la psicología del espacio cotidiano, enfocado en

registrar la significación cultural de las configuraciones urbano-arquitectónicas. En ambas perspectivas, tanto la persona como los aspectos ambientales son medulares. Los dos encuadres interactúan dentro de un marco de referencia holístico, que involucra lo social, lo psicológico y las dimensiones físicas de la experiencia espacial, formando así complejas interrelaciones que constituyen un conjunto indivisible.

El adulto mayor no es un ser pasivo constreñido por el entorno sino que tiene un papel activo en el ambiente y es un agente en la conformación de este. Los adultos hacen uso de las distintas posibilidades provistas en su entorno de acuerdo con su nivel de desarrollo y su bagaje cultural.

Por su parte, el conjunto social proyecta una intrincada red de imaginarios y roles intersubjetivos que proveen estabilidad y orientan la vida de las personas en un lugar geográfico particular, el cual ha sido marcado por interpretaciones de experiencias pasadas que permiten a las personas obtener recursos para vivir en una sociedad funcional (Sylvestre, 1999).

A su vez, los componentes constructivos del espacio material cotidiano —tanto en la escala urbana de los entornos convivenciales públicos como en el nivel privado del ámbito habitacional en la vivienda— se constituyen como elementos limitantes o potenciadores de la autonomía física de las personas, al tiempo que, según advirtiera Chombart de Lawe (1976), son receptores de las cargas representacionales colectivas y la simbólica personal subjetiva con que se significan y funcionalizan los espacios materiales objetivos.

Desde este marco de referencia, se entiende la movilidad personal como la capacidad corporal que permite al adulto desplazarse en el momento que desee y al espacio que decida. Debido a esta facultad posibilitadora de la libre locomoción y traslado es que la movilidad está relacionada con la autonomía individual y la accesibilidad; es decir, están en interjuego la voluntad, el espacio y el conjunto de funciones corporales, de manera que permiten a un individuo trasladarse materialmente y realizar itinerarios físicos por los distintos espacios-am-

biente para que desarrolle su vida. Es de acuerdo con las posibilidades de movilidad que los adultos mayores pueden vivir una vejez en bienestar y autonomía, o en su defecto con dependencia y bajo el cuidado de otros (Sylvestre, 1999; Etxeberria, 2014).

Se considera que hay una interrelación entre medio ambiente y sujeto, donde continuamente se redefine y reconstruye la vida adulta y el espacio habitado. Así, la movilidad personal precisa de diversos dispositivos concretos: vías apropiadas para el tránsito, equipos mecánicos para la trasportación, dispositivos complementarios para garantizar la seguridad de peatones, arreglos sociales para igualar las oportunidades de acceso a sitios, entre otros. Cuando alguno de estos es deficiente o inexistente, la movilidad personal se ve reducida, limitando la experiencia vital de las personas.

El análisis que aquí se hace responde a dos esferas de las relaciones ambientales: una es el nivel micro, esto es, la relación de la persona con su espacio inmediato, el hogar; y otra es a nivel meso, entendido como la relación del adulto con su entorno social mediato, en este caso la colonia. No es objeto de análisis el macrosistema, es decir, los espacios más lejanos, relacionados con la ciudad (Vázquez-Honorato & Salazar-Martínez, 2010).

ELEMENTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

El estudio se enmarcó en el paradigma cualitativo (Flick, 2007) desde el cual se procura una postura comprensiva en el estudio de los significados y las experiencias de las personas. El método desde el que se desarrolló el estudio es el etnográfico (Hammersley & Atkinson, 1994). Las visitas a la colonia y a los informantes fueron de agosto de 2011 a febrero de 2012.

Se eligió Lomas de Tabachines, en Zapopan, Jalisco, por contar con los siguientes criterios: es una colonia con índices de envejecimiento, en situación de pobreza, ubicada en la periferia de la ciudad; tiene antecedentes de organización social de los colonos para hacerse de los

servicios, lo que implica el desarrollo de la identidad de los envejecidos en el espacio urbano.

Para el muestreo, se realizó una selección intencionada y fásica de los informantes (Rodríguez, Flores & García, 1999). El contacto se logró mediante el vínculo con el líder de un grupo representativo en la colonia, quien nos presentó a varios de los adultos en su reunión semanal ordinaria, y estos a su vez nos comentaron de otros, y para relacionarnos con ellos acudimos a sus domicilios según las indicaciones que nos habían dado.

Las estrategias de recolección de los datos fueron la entrevista abierta a manera de conversación y la observación no participante. Esta triangulación de técnicas permitió fortalecer los datos del estudio y potenciar la interpretación de los resultados centrales (Flick, 2007; Rodríguez, Flores & García, 1999).

Las entrevistas se realizaron en las viviendas de los adultos mayores¹ y fueron audiograbadas con una duración promedio de dos horas. Para su desarrollo se procuró la narración subjetiva de los informantes, recuperando las anécdotas, el recuento de los acontecimientos y las experiencias, de acuerdo con sus interpretaciones y significados (Hammersley & Atkinson, 1994).

Las observaciones se registraron en notas de campo, el guion de observación cubría aspectos de la colonia, la vivienda y las relaciones entre los adultos mayores con otros actores.

El tratamiento de los datos se hizo mediante análisis de contenido, para lo cual se priorizaron las categorías conceptuales a la frecuencia de los códigos; se separaron los datos en unidades temáticas; se clasificaron las unidades y fueron examinadas línea por línea; se realizaron síntesis y agrupamientos, lo que permitió una distribución ordenada de los datos, descubrir sus relaciones, la estructura y las dimensiones de

1. En ocasiones los adultos estaban acompañados de algún familiar o cuidador, por lo que también se consideraron las opiniones de ellos en el tema.

cada categoría; por último, se obtuvieron los resultados (Krippendorff, 1990; Rodríguez, Flores & García, 1999).

ESCENARIO DE ESTUDIO

Cualidades urbanas e infraestructura de los hogares

De acuerdo con una nota publicada en *El Informador* en 2010, sobre un estudio realizado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) en 2008, se reporta que Lomas de Tabachines es una de las tres colonias más marginadas de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG). La descripción que se hace de la colonia es la siguiente:

Calles llenas de tierra suelta o algunas empedradas, por las que apenas se puede caminar. A los lados, endebles construcciones de lámina y cartón. Casas de ladrillo, adobe y arcilla. Viviendas a medio construir; otras, solo con la obra negra terminada. Paredes totalmente grafitadas. Ventanas con plásticos, telas y cartones en vez de cristales. Lonas en lugar de techos. Llantas incrustadas en el pavimento para alejar a los perros. Bolsas de plástico transformadas en frágiles puertas. Basura y ropa tendida por aquí, allá y más allá. Puentes de lámina a medio caer, para cruzar el río de aguas negras y llegar a los hogares. En el interior de las casas, los infaltables cuadros de la Virgen de Guadalupe. Cortinas para separar el baño [...] La pestilencia de aguas negras, basura, excremento de perros y pañales sucios de niños sofoca los sentidos de los habitantes (3 de enero de 2010).

Para 2012, en el Plan Parcial de Desarrollo Urbano, distrito urbano ZPN-2 “Arroyo Hondo” se ubica ya a Lomas de Tabachines como una colonia con un índice medio de marginalidad, es decir, concentra población con baja escolaridad, viviendas estructuralmente precarias, domicilios con insuficientes servicios básicos y hacinamiento.

Con base en las observaciones de campo y experiencias compartidas por los adultos mayores, en el presente estudio se considera que Lomas de Tabachines es una colonia donde aún persisten muchos de los rasgos característicos de los asentamientos humanos irregulares mencionados en el reportaje de *El Informador*. La colonia no tiene una planeación urbana definida, las calles están formadas de terracería o empedrados, la topografía es bastante accidentada, en tiempos de lluvia se tiende a inundaciones y lodazales, los espacios públicos son pocos y mal dotados, pero sobre todo la vivienda es muy precaria y deficiente.

Las personas transitan por puentes improvisados, donde costales llenos con arena que dejó la lluvia de temporales pasados y escombros funcionan como muros de contención para soportar el desborde de los cauces de agua sucia.

Es frecuente ver calles formadas por angostas escalinatas, unas construidas de forma improvisada y otras cuya forma es producto del desgaste de las rocas y la arena compactada por el uso continuo de los transeúntes. Hay escaleras con escalones de más de 60 centímetros de altura, mientras que en otras graderías el drenaje de asbesto interrumpe la continuidad de los peldaños y en otras la tubería de agua potable sirve como pasamanos.

La construcción de las calles y viviendas no representa una obra de planeación urbana organizada, más bien es producto de la creatividad, las necesidades y posibilidades económicas de los propietarios, donde inicialmente construían alguna habitación principal y con los años iban agregando más habitaciones.

Como las casas están asentadas entre barrancas y sobre cerros, su construcción por lo regular presenta desniveles y requiere rampas o escaleras dispuestas en sus entradas, o bien dentro de la residencia, situación que vuelve complejo el desplazamiento de algunos ancianos con dificultades de movilidad.

Los adultos mayores reconocen que la colonia actualmente cuenta con bastantes mejoras en comparación con finales de los años setenta cuando recién llegaron; en ese entonces no había electricidad, drenaje,

agua ni calles. El agua tenía que ser surtida con cubetas que traían desde el contiguo fraccionamiento Tabachines, si bien posteriormente se hicieron gestiones en el municipio y se lograron colocar algunas tomas de agua distribuidas en la colonia, mismas que los vecinos fueron entubando para abastecer sus viviendas. Asimismo, el gas tenía que ser surtido a la entrada de la colonia, donde las personas llevaban los cilindros rodando por las calles (ahora ya cuentan con el servicio de entrega a domicilio).

Actualmente, el drenaje en la colonia es deficiente y se han dado situaciones de riesgo por desborde de arroyos, calles en donde las aguas negras fluyen al ras del piso despidiendo fétidos olores, en las que los niños, los adultos mayores y la población en general tienen que rodear o brincar para no caer en la suciedad. El servicio de energía eléctrica se distribuye parcialmente en la colonia: algunos se surten de forma clandestina mediante metros de cables que van de las tomas de energía a sus viviendas.

La inseguridad es un problema que aqueja al vecindario, y en las calles se observan grupos de jóvenes drogándose en algunas esquinas. Es sabido que las rutas de transporte público han evitado adentrarse más por el riesgo que corren los conductores de ser asaltados. Esto hace que la población quede más aislada y las personas tengan que caminar más para tomar el transporte público. Por la estructura de las calles, hay espacios donde no entran las patrullas de policía ni ambulancias, lo que incomunica a las personas y las pone en una situación más vulnerable de seguridad y atención médica.

Por lo anterior, la accidentada geografía del terreno es una de las principales dificultades que reconocen los adultos mayores de la colonia, más aún cuando estas cualidades urbanas se conjuntan con su desgaste corporal, problemas en las articulaciones o de salud.

Desde una perspectiva urbanística, el tipo de colonias como Lomas de Tabachines se conceptúan como asentamientos populares de origen irregular (Jiménez & Cruz, 2015), que han transitado de un estado inicial de autourbanización espontánea y precariedad total hacia una

fase de consolidación socioterritorial progresiva a partir de los esfuerzos colectivos e individuales por dotarla de infraestructura urbana y servicios básicos.

En términos geográficos urbanos, este tipo de áreas de crecimiento urbano no regulado corresponden con lo que Ward (2015) considera la primera corona de expansión metropolitana o *innerburbs* —presente en la mayoría de grandes ciudades latinoamericanas—, y que facilitó la ocupación masiva de terrenos periurbanos por parte de autoconstructores de muy bajos ingresos, que requerían suelo inmediato, cuyas capacidades adquisitivas no encajaban con las modalidades formales del mercado inmobiliario.

Caracterización de los adultos mayores

Los adultos que participan en este estudio comparten aspectos comunes: vivir en condiciones de pobreza; contar con familiares vecinos, quienes tienen hijos y residen en la misma casa o a pocas viviendas de distancia; imposibilidad para organizar o planear sus gastos en un futuro inmediato a causa de la escasez e irregularidad de sus ingresos económicos, y tienen dificultades de movilidad. No obstante, poseen cualidades de vida distintas, por lo que es pertinente hacer una breve caracterización de ellos.

Matilde es una mujer de 93 años, viuda, quien desde hace más de 30 años reside en la colonia en casa de su hija mayor, con quien ha tenido distintos conflictos. Su habitación no tiene baño y está al final de la casa, construida con recursos y mano de obra de algunos vecinos, quienes veían que su cuarto anterior —hecho de lámina— ya no la protegía de la lluvia. Ella trabajó de empleada doméstica hasta hace aproximadamente nueve años, y cuando finalizaba su jornada solía caminar unos kilómetros de regreso a casa, caminatas en las que llegó a hacerse de amistades. Dejó de trabajar por una caída que tuvo en casa; anteriormente el médico le había indicado reposo por el desgaste de

su cuerpo, pero desde entonces ha sufrido constantes caídas. Tiene cuatro años que ya no sale a la calle y por lo regular permanece en su habitación sentada o recostada en su cama; salir de ahí representa un gran esfuerzo y lo hace solo con ayuda de un tercero. Su manutención depende del apoyo económico que recibe de un programa del estado, así como de la comida que le lleva su hijo que vive en la casa contigua, o bien su hija con quien vive. Cuando ella se siente con fuerzas, lava su ropa en algún bote y procura mantener su cuarto limpio. Por otra parte, para moverse, Matilde se ayuda tomándose de los objetos o paredes.

Andrés es un hombre de 65 años, con más de 20 años en la colonia. Vivía en unión libre y cuidaba de su esposa con Alzheimer, pero durante el estudio tuvo deterioro de su salud. En un principio usaba una muleta para moverse mejor porque le dolía su pierna, posteriormente perdió la movilidad y le diagnosticaron un problema de desgaste de cadera y la necesidad de colocar una prótesis, lo cual está fuera de su presupuesto. La casa en la que vive es propia, comprada y construida con sus ahorros. Andrés trabajó haciendo palos de escoba, y cuando lo corrieron de ahí se empleó en trabajos de electricista en la colonia, con lo cual se hizo de varias amistades. Su solvencia económica dependía del recurso que enviaba una de las hijas de su pareja radicada en Estados Unidos, dinero que él administraba, y el que ella recibía del programa 70 y Más. Pero, ante las dificultades de movilidad por su padecimiento, llevaron a su pareja a vivir a casa de una de sus hijas, por lo que se quedó sin el apoyo económico. Fueron entonces los vecinos quienes se encargaron de alimentarlo y cuidarlo, ya que él no puede moverse de la cama.

Amparo tiene 68 años, es casada y vive en la colonia desde hace más de 20 años. En colaboración con varios de sus hijos, compraron el terreno y construyeron su casa. Ella trabajaba en una fábrica para mantener a su familia, ya que su esposo era alcohólico y no aportaba para la manutención; actualmente él recibe el apoyo económico de un programa de gobierno para la vejez y hace trabajos ocasionales

de herrería, por lo que compra una despensa a bajo costo de una organización no gubernamental (ONG). Con esta despensa comen, pero él no aporta dinero a la casa, cuyos gastos se cubren con el dinero que una de sus hijas da a Amparo a cambio de cuidar a sus niños mientras ella trabaja. Recientemente, ella se inscribió en un programa de apoyo económico municipal y espera pronto recibir el beneficio. Sale poco de su casa porque padece enfisema pulmonar y caminar algunos metros representa un gran esfuerzo y le hace sentir asfixia.

Antonia tiene 84 años y vive en la colonia desde hace 40; enviudó hace un año, lo que motivó a que una de sus hijas la llevara a vivir a su casa, pues no tenía ánimos para comer ni asearse. Antes de migrar a casa de su hija, vivía con su esposo en la planta baja de la casa de una nuera, donde podía desplazarse sin dificultad. Sus ingresos eran las remesas que les enviaba un hijo que vive en Norteamérica, y las ganancias de un negocio de dulces y refrescos. Ahora ella comparte el dormitorio con su nieta, una habitación en la segunda planta de la vivienda; incluso en la planta alta hay algunos escalones, lo que representa bastante dificultad para *Antonia*, quien tiene dolores de rodilla por su desgaste de cartílago; ella ha sufrido algunas caídas en casa. Su manutención corre a cargo de la hija con quien vive, de las remesas que sigue enviando su hijo, los intereses que gana del préstamo que hace su hija de su dinero y la venta de algunas servilletas que borda. Solo ocasionalmente sale de la vivienda para desplazarse a distancias cortas, acompañada, o bien alguna de sus hijas o nietos la llevan en auto.

Francisca tiene 74 años, es casada, y desde hace más de 20 años vive en la colonia. Ella trabajó haciendo el aseo en casas, lavando y planchando ajeno. Se hizo cargo de la manutención de sus hijos al separarse de su primer esposo, de quien sufría violencia familiar. Actualmente no trabaja, administra el dinero que le da su esposo, y recibe apoyo económico y en especie de un programa municipal. La casa en que vive es de su esposo, pero ella tiene una casa en Guadalajara, misma que presta a una de sus hijas, además de tener un terreno en la colonia. *Francisca* procura no salir de casa por el esfuerzo que le representa desplazarse

en el espacio urbano, lugar donde ya ha sufrido algunas caídas; padece de dolor en los huesos y del nervio ciático. Cuando sale de casa es en la misma colonia, evitando las zonas más accidentadas; cuando va más allá de este espacio, lo hace en compañía de una hija.

RESULTADOS

En esta sección se describen tres aspectos que dan cuenta de las dificultades de movilidad de los adultos mayores: las situaciones que afectan la movilidad de los adultos de Lomas de Tabachines, los cambios en su interacción con el espacio habitado, así como los cambios en sus relaciones sociales.

Aspectos que afectan la movilidad personal de adultos mayores

Tres aspectos forman parte importante en la limitación de la movilidad de los adultos mayores: sociales, estructurales y personales.

Aspectos sociales

En el ámbito social, se toman en cuenta un área relacionada con la seguridad pública y otra con el mantenimiento del espacio público urbano por los tomadores de decisiones y los propios habitantes de la colonia.

Sobre la seguridad pública, los adultos describen su colonia como un espacio que les hace sentir inseguros para andar las calles por miedo a ser asaltados; principalmente procuran no salir por las noches, ya que hacerlo representa un riesgo mayor porque las calles son oscuras en algunas zonas por la falta de alumbrado público, aunado a que las callejuelas, las escalinatas, los pies de barranca o las casas abandonadas sirven de guarida a los asaltantes.

En lo que respecta al mantenimiento del espacio urbano, existe un descuido de parte de las autoridades gubernamentales para proveerles

los servicios suficientes y mejorar la calidad urbana de la zona. Esta desprotección social urbana es un reflejo general de lo que vive el resto de la población de Lomas de Tabachines. La marginación y la pobreza se expresan aquí como un espacio urbano vulnerable para todos. Un adulto mayor expresa su percepción en torno a la gestión pública:

Como todo el gobierno que entre ahorita... están pidiendo el voto [...] Pos es igual que el novio, el novio promete el sol y la luna, y al último es puro aire. Mire, está muy sencillo, en lugar de que anden por allá haciendo política, que vengan acá para que vean el arroyo que está ahí, que vean esta calle, que deben de arreglarla desde arriba, deben de meter tubo más o menos y listo (Andrés).

La calidad del espacio urbano refleja la identidad de quien lo vive; en este sentido, el espacio de Lomas de Tabachines ha figurado como un entorno poco visible para las autoridades gubernamentales. La mejora de los espacios y la dotación de servicios han llegado a la colonia por gestión de los propios colonos, tal como se mencionó líneas arriba.

A la falta de atención de las autoridades se une la reducida o ausente gestión de los vecinos para el mantenimiento y bienestar de su colonia, ya no se observa —como antaño— la movilización vecinal para la mejora del espacio. Ahora se atribuyen las carencias de los bienes a la falta de habilidades y contactos de quien funge como presidente de colonos. La participación social es marginal, las poblaciones más jóvenes suelen dedicarse a sus trabajos y los desempleados a reunirse con sus amistades en las calles.

Los aspectos sociales están estrechamente relacionados con los estructurales. Si entendemos que el espacio habitado no es estático sino que se construye con las interacciones sociales dadas en este, entonces un espacio descuidado por sus habitantes limita su apropiación a una minoría, restringe la interacción solo para unos cuantos, al relegar a otros sectores de la población, en este caso los adultos mayores. Así pues, se observa una relación dialéctica entre las personas y el espacio, de

manera que, al descuidar o afectar el espacio habitado, también desatienden y afectan sus derechos e interacciones y menoscaban la identidad de sí mismos (Vidal & Pol, 2005).

Aspectos estructurales

Se consideran dos tipos de espacios habitados: el público urbano y de la vivienda. En el primero destacan las *características topográficas* del terreno, el *diseño urbano* de las calles y los andadores, y los *servicios públicos* de pavimentación, alcantarillado y alumbrado.

Lomas de Tabachines representa un formidable reto para la movilidad personal de los adultos mayores, en especial para aquellos de mayor edad con problemas óseos o de salud. Al estar asentada entre hondonadas y sobre cerros, los habitantes de la colonia tienen que caminar cuesta arriba o bien realizar bajadas empinadas para entrar o salir de sus viviendas, situación que representa mayor esfuerzo físico que en un terreno plano.

No, es que esa subida definitivamente no, me cansa muy feo [Cuando iba a una junta de adultos mayores] Me tenía que parar a cada rato para poder llegar (Francisca).

Tal como se expresa en el comentario anterior, en las calles de la colonia se tienen que tomar momentos de respiro o descanso para recuperar las fuerzas y poder seguir.

Asimismo está el problema del *diseño urbano* de las calles y los andadores, ya que el trazo de vialidades genera escondrijos difíciles de descubrir para quienes visitan la colonia por primera vez, las calles hacen cerradas, de repente se topa uno con estrechas escalinatas, otras veces hay que desandar el camino para planear una nueva ruta.

Para los habitantes, el camino es más fácil por el dominio que tienen de este a nivel cognitivo, no así para andarlo o llegar en transporte. Este caprichoso diseño urbano limita el tránsito a pie o vehicular, la estruc-

tura de las calles marca la ruta de acceso a los espacios, permite y guía la circulación y define el tipo de vehículo a utilizar. Un espacio urbano irregular con estas características limita y vulnera al grupo etario de la tercera edad y al sector poblacional con capacidades diferentes.

Lomas de Tabachines, por su discontinuo diseño urbano, representa un escenario que dificulta el acceso a los servicios de salud. Un ejemplo es el de la señora Amparo y su esposo:

Una vez bajamos [las escalinatas] a media noche, se habló a la Cruz Verde para que vinieran, porque mi esposo se estaba muriendo... ya hace algunos años. Entonces, nos dijeron... porque ellos ya conocen todo para acá, dicen: “¿Que no es la calle esa que da al arroyo?” [contesté] “Sí” [respondieron] “No, pues es que para allá no podemos llegar, pero está esta otra parte a la que puede uno entrar, queda más o menos a la dirección, es por la parte de abajo”. Entonces le dije yo: “Sí” [contestaron] “Ah, señora por favor, ahí como pueda vayan bajando”.

Los *servicios públicos* de pavimentación, alcantarillado y alumbrado, finalmente, se encuentran en mal estado en la colonia y se suman a las dificultades de los adultos mayores para interactuar en el espacio urbano. Es decir, las calles, además de tener una topografía en desniveles, también carecen de banquetas y pavimentación, están formadas de terracería o empedrado —lo que las hace accidentadas—, aunado a que hay tramos en que el agua de drenaje corre a ras de piso. Esta situación margina el tránsito libre de las personas y pone en riesgo la integridad física de quien las recorre, provocando caídas u otras amenazas a la salud, como relata esta informante:

Ay, es que aquí también, ya es bien difícil para subir uno, es que como se vinieron estas personas aquí [vecinos] Qué bueno que [ustedes] no pasan por ahí... Se llena así de agua, no tienen drenaje, entonces toda esa suciedad está saliendo por ahí (Francisca).

Los adultos, ante la deficiencia de los servicios públicos, se esfuerzan por evadir los riesgos y recurren a otras alternativas para que su integridad esté asegurada:

Me voy a dormir allá [casa de otra hija] los sábados porque aquí en el templo dicen la misa en la noche y está bien oscuro... y me voy allá, y mi yerno va a misa el domingo a las nueve de la mañana, me llevan en la camioneta (Antonia).

Tal como refiere Antonia, la suma de carencias en los servicios públicos imposibilita el desplazamiento en las calles de la colonia por las noches, por lo que se opta por el apoyo de los familiares para mantener la vida social, conservando las actividades que se solían hacer.

El segundo aspecto estructural es la vivienda. En Lomas de Tabachines las casas son construcciones precarias que se han edificado conforme la disponibilidad de recursos y los cambios en la estructura familiar; por tanto, carecen de una planeación arquitectónica que responda al aprovechamiento de los espacios y el confort. Estas decisiones tienen consecuencias poco favorables para facilitar la movilidad en la vejez.

Sí, subo y bajo, de que estoy cosiendo allá [planta baja] y me dan ganas de orinar, tengo que subir. Pero, por eso no estoy a gusto aquí; por las escaleras, para estar aquí tengo que subir y bajar (Antonia).

La solvencia económica de las familias marca la pauta de la mejora, el crecimiento o mantenimiento de la vivienda. Se hace referencia al apoyo recibido de los hijos, los yernos, o al beneficio de algún programa de gobierno para llevarlas a cabo. Incluso, ante la falta de estos apoyos, es la creatividad de las personas —en el uso de los recursos naturales— la que les permite mejorar la calidad de la vivienda.

Cuando no tenía ni tierra ni nada, estaba más para abajo [terreno al pie de barranca] [E: ¿Ustedes pusieron la tierra para hacerlo más

parejo?] Sí, y pura [arena] de la lluvia, venía la lluvia y yo agarraba de esa, les pagaba a los chiquillos [...] yo les decía “mi hijo, te doy tanto [dinero] porque me ayudes a acarrear”. Yo les llenaba los costales y ellos me ayudaban [...] Mi hijo hizo un tubo con uno así abajo [base] de esa lámina gruesa, entonces le hacías así [golpes en el piso] y estaba macizo, no sonaba a que cimbire. Aquí también [recámara] con las puras lluvias metía yo. Benditas lluvias y la necesidad, que la sabe uno aprovechar (Amparo).

Estas circunstancias muestran la realidad compleja que representa la interacción del espacio público y privado en la vejez, pues están involucrados aspectos sociales, políticos, económicos, culturales, entre otros; todos circunscritos a un espacio temporal y geográfico determinado, donde las subjetividades e historias personales y colectivas de las comunidades están en interjuego con sistemas sociales más amplios y complejos.

Aspectos personales

En lo que respecta a los aspectos de la movilidad individual en la vejez, el énfasis se pone en cuestiones de salud física; se entiende que existen otros elementos subjetivos involucrados, no obstante, en esta ocasión nos centraremos en la fortaleza corporal de los adultos.²

El cuerpo aparece como referente recurrente en los abordajes de la vejez (Zetina, 1999), pero también en los discursos de los entrevistados; es el lienzo en el que colocan su fortaleza, su estar, su ser; incluso la enfermedad, su localización e intensidad. Las personas entrevistadas hacen principal referencia a problemas en el sistema óseo, en particular de las articulaciones.

2. Se denomina “fortaleza corporal” al conjunto de aspectos físicos y de salud de la persona que le permiten lograr la movilidad personal.

Haga de cuenta que es un dolor de muela, que no se quita, y a veces me duele [desde la cadera] hasta abajo, y a veces se me va hasta la otra pata, y se me quita este dolor, pero sigue el otro (Andrés).

Las caídas son otra eventualidad recurrente de los adultos mayores, las cuales pueden ser por el vencimiento del cuerpo o bien debido a accidentes ocasionados por el tipo de terreno o la calidad del piso. En el primer caso, involucra el deterioro corporal; en el segundo, si bien ha disminuido la agilidad del cuerpo, es la estructura urbana o de la vivienda la que obliga a los adultos a realizar un esfuerzo superior, que en ocasiones no les es posible mantener y resbalan o tropiezan.

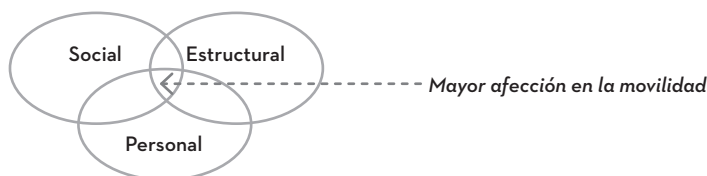
Más bien lo que traigo ahorita son puros accidentes, tengo problemas en el estómago, pues. Pero accidentes son los que he tenido muchos, caídas. Mi primera caída me la di allá adentro [en el patio] me lastimé la columna, y de ahí ya me ha seguido fallando más, accidentes y accidentes por lo mismo, estoy peor (Matilde).

En los casos de los adultos en el estudio, también se hizo mención de enfermedades que, sin ser directamente una afectación ósea, pueden interferir en la movilidad de los mayores (enfisema). Es sabido que las enfermedades avanzadas afectan la movilidad, sin embargo, no es tema en este documento, pues no fue el caso de ninguno de los informantes.

A manera de síntesis, se identifica que la presencia de estos aspectos sociales, estructurales y personales afecta la movilidad de los adultos en distintos niveles y esferas³ (figura 2.1).

3. No obstante, en busca de no caer en la simplicidad es importante considerar que detrás de estos tres aspectos o esferas, que tienen influencia en la movilidad de los adultos mayores, existen distintos elementos meso y macro que los construyen y marcan relaciones. Es decir, es un sistema complejo que requiere estudios y abordajes interdisciplinarios.

FIGURA 2.1 TIPOS Y NIVELES DE AFECCIÓN A LA MOVILIDAD PERSONAL DE ADULTOS MAYORES



Como se observa en la figura 2.1, la experiencia simultánea de estos factores dificulta la movilidad de las personas en distintas situaciones y niveles, lo que impide el desplazamiento de los adultos mayores, en algunos casos hasta llevarlos a la reclusión. Es preciso señalar que cada aspecto conlleva un cierto nivel de vulnerabilidad y marginación; por ejemplo, un adulto que tiene problemas de salud imposibilitantes puede estar recluido en casa sin que necesariamente se den los otros dos factores. No obstante, cuando se presentan los tres aspectos, entonces hablamos de un alto grado de inmovilidad de los adultos, que le restringe pasar las distintas fronteras espaciales y lograr el ejercicio de su autonomía.

Cambios en la interacción de los adultos con el ambiente

Los cambios que se dan en la interacción de los adultos con el entorno involucran aquellos mismos del proceso de la vejez y, en los casos estudiados, la pérdida de las capacidades de movilidad. Es en ese proceso que se dan una serie de resignificaciones personales y del ambiente, donde el adulto realiza algunos ajustes fácticos y simbólicos que le permiten desempeñarse y permanecer vigente en el entorno espacial y social de la mejor manera posible.

Resignificación personal y del espacio habitado

Se coincide con la postura de Membrado (2010) en cuanto a que, al hablar de las experiencias de los adultos mayores en el espacio habitado, es menester hacerlo al mismo tiempo de la experiencia de envejecer. Porque, como se comentó antes, la construcción del espacio y la conformación de la identidad que se alcanza a partir de este se corresponden en una relación dialéctica (Vidal & Pol, 2005; Chombart de Lawe, 1976).

Desde este marco es que se observa cómo el escenario urbano comienza a figurarse distinto para los adultos mayores, quienes al disminuir su fortaleza corporal, apenas recientemente descubren las dificultades de manejarse en ambientes públicos que por años han estado bajo de su dominio. A partir de sus cambios físicos, Andrés narra la diferencia que tiene en su percepción del espacio:

“Vamos haciendo una rifa y te compras un terreno”, y miré, aquí me gustó a mí. “De aquí no me lleva nada”, dije. “El agua corre”. Entonces compré aquí. Si hubiera sabido que me iba a pegar esto [dolor desde la cadera hasta el pie, que le impide apoyar la pierna y caminar] hubiera comprado allá más abajo.

En los casos en que la movilidad personal se encuentra más afectada y la interacción con el espacio se limita al dominio de alguna habitación, entonces el resto de la vivienda, y más aún el espacio urbano, se concibe como un recuerdo, pues lo que antes era cotidiano y un lugar común de apropiación, ahora aparece como un espacio ajeno, lejano e inexplorable.

Cuando estaba bien, lavaba ajeno en las casas [...] Yo me venía caminando desde allá hasta acá, donde quiera tenía amigas. “La vimos

por tal lado caminando”; pos sí, toda la vida me ha gustado mucho caminar, en el caminado me venía feliz de la vida (Matilde).

Con las dos citas anteriores, se identifica que en la práctica cotidiana se pueden invisibilizar las necesidades de la vejez y las asperezas de un espacio público dado, porque no representa una necesidad en ese momento de la historia de vida. Hasta que se vive la dificultad directa es que se cae en cuenta de las capacidades personales irrecuperables, los obstáculos estructurales insalvables, las altas y maltrechas escalinatas, el drenaje a la intemperie; anteriormente, la capacidad personal solvente y la cotidianidad lo hicieron invisible.

Restricciones personales y sociales en el uso del espacio

Frente a los problemas de movilidad, los adultos realizan cambios en su interacción con el espacio, entre los que destacan dejar de frecuentar lugares que les generan cierta incertidumbre o inseguridad personal, de manera que pueden afectar su salud por el esfuerzo que representa.

Solamente el viernes que me toca ir a la juntita de aquí, bajo y me paso para allá. Pero, ¿a poco no es como subidita? [...] Estaba en una juntita de la tercera edad y ya no fui, ya tengo como más de dos años que me salí, ya no, ya no. Es que me pegó un dolor que todavía me da [...] y por eso ya no fui a la junta, porque es toda esta subida. Yo de aquí [de casa] a veces me asomo y digo: “Ay, voy a ir” y ya al rato: “No, yo no voy”, y no es que, no, me canso (Francisca).

Tal como relata Francisca, los adultos hacen una serie de valoraciones personales entre las que figuran la posibilidad de hacer, las capacidades reales y la significación que tiene asistir a determinado espacio. De estas valoraciones resultan restricciones o autorizaciones que se marcan en la interacción con el espacio. Aunque cabe resaltar que las

decisiones de “repliegue” (Membrado, 2010) social y espacial no siempre son de los adultos mayores sino que en ocasiones son los familiares quienes delimitan al adulto el espacio de interacción, según consideren es seguro para el mayor.

Porque pa’ allá, pa’ abajo también hay escaleras y no quieren [hija con quien vive] que me baje porque me caigo. Ya pusieron un cancelito [en la escalera] para que no me cayera, pero de todos modos no me dejan bajar. Y ya me pasé aquí, ¿pos qué voy a hacer? (Antonia).

La diferencia entre las restricciones personales y las impuestas por los otros está en el respeto a la autonomía del adulto mayor; en la primera, la decisión se toma de acuerdo con el juicio personal, mientras que la segunda implica la obediencia de parte del adulto, donde al cumplirla puede verse afectada su voluntad, su autonomía (Exteberria, 2014).

Estrategias en la construcción de una nueva interacción con el espacio

Los adultos aluden al seguimiento de dos tipos de estrategias para preservar su posición social e interacción en el espacio habitado: personales e instrumentales.

Las primeras les permiten interactuar en el espacio urbano y la vivienda a partir de usar los recursos personales que les dejan seguir desplazándose, y para ello escrutan espacios nuevos de interacción que antaño no hubieran elegido, o bien responden al camino de acuerdo con sus capacidades personales. Ambas opciones cambian la relación espacio-tiempo, es decir, ya no parece primordial el menor tiempo invertido en el desplazamiento sino conservarse activos en su vida cotidiana, lo más parecido posible a como han acostumbrado hasta entonces.

También la parte de aquí arriba para que suban ellos, ese camino ya está bien feo. Entonces no, ya lo que hace mi tío es venirse por

este camino de abajo, hasta acá, y le digo: “Pues ni modo tío, no se arriesgue usted también a estar caminado por ahí [lugar que acostumbraba]”. Ya ven que está bien feo. Me lo encontré el viernes, iba yo a traer unas cosas, y ya me lo topé y luego ya le digo: “Y ahora ¿por qué viene por acá?” [contesta el tío] “Es que está bien feo por allá arriba”, dice, y ya le digo: “No, pues no se ande arriesgando, mejor caminar un poquito más, pero saber que está seguro” (Hortensia).⁴

Las estrategias personales que siguieron los adultos son interactuar de forma distinta con el espacio y el tiempo. Tal como describe Hortensia, su tío deja su interacción con el espacio acostumbrado y elige una nueva ruta, que, aunque más larga y con más inversión de tiempo, representa un lugar más seguro para él.

Las estrategias instrumentales son propiamente el uso de recursos materiales o humanos que funcionan como fuente de apoyo. El fin que se persigue es el mismo que en el de la estrategia anterior: conservar su interacción en el espacio y su estatus social.

Algunas de las acciones que los adultos llevan a cabo para conservar en lo posible su autonomía y desplazarse en el hogar son el uso de instrumentos de apoyo como andaderas, muletas, bastones o sillas de ruedas. No obstante, estos recursos que pueden ser muy favorables para otros adultos, para los de Lomas de Tabachines representan un apoyo marginal por las adversas características de la estructura de las viviendas y el espacio urbano.

¿Por qué cree que me conseguí estas? [muletas], para andar caminando. No, es que la pinche pata se me entume, y así no. Nomás que quiero enseñarme a bajar aquí [de la puerta de su comedor a la cocherita] para ver si me voy enseñando a bajar para allá [escalones de su casa a una empinada rampa que representa la banqueta] [E:

4. La hija de la señora Francisca comparte lo que observa del esposo de su mamá.

No, ahí sí que lo ayude alguien, porque sí está muy empinada] No, bueno, a pie sí la puede uno bajar de ladito, o la baja uno pa' atrás [...] Ve uno tan livianitos que caminan con muletas (Andrés).

Estos recursos de apoyo también son exigüos e inútiles cuando la fortaleza corporal del adulto mayor es insuficiente para lograr asirse del objeto, conservar el equilibrio y andar.

No, aquí está re' trabajoso, me tienen ahí una andadera que me prestaron, aquí no la puedo usar, altos y bajos y pa' allá y pa' acá, ¿pos cómo? Ahí maromeo con todo y la andadera, y me sale peor [...] Qué me gano con el bastón, mi cuerpo no puede sostenerse, me caigo con todo y bastón, se me va el cuerpo con todo y bastón, qué necesidad de traer bastón [...] Aquí [en casa] necesito que me acompañen (Matilde).

Una estrategia a la que han llegado los adultos cuando estos instrumentos son fuente insuficiente de apoyo es usar los objetos fijos de casa como un sustento estable que les permiten asegurar su cuerpo y desplazarse.

Salía de aquí de mi cuarto, y para poder caminar me iba agarrándome de la pared hasta que llegaba allá [a la cocina] (Francisca).

De acuerdo con las narrativas de los informantes, se identifican tres estrategias instrumentales de apoyo que les permiten mantener su movilidad:

- Usan instrumentos auxiliares terapéuticos para garantizar su desplazamiento, como una andadera, un bastón, una muleta, etcétera.
- Buscan sostenerse de pie a partir de puntos de apoyo inamovibles como son muebles fijos o las paredes; estos objetos adquieren una

función distinta a la que tenían antes y resultan un punto de equilibrio más firme.

- Reciben el apoyo de otra persona que pueda ayudarles a trasladarse.

El aislamiento como espacio de seguridad

La conjunción de circunstancias sociales, estructurales y personales (de salud) conlleva a que los adultos —de cierta manera— se aíslen de su entorno social y se manejen en un espacio que para ellos es más seguro e implique menos esfuerzo físico: la vivienda.

Pues por eso casi no salgo [de la habitación], ni aquí [en casa] salgo. [E: ¿Qué hace cuando está aquí en su casa?] Nada, qué hago, pues nada más estar de floja, pues qué hago, no puedo hacer nada bien, todo tengo fregado, ya todo mi cuerpo (Matilde).

Los adultos que tienen todavía la posibilidad de movilizarse fuera de casa disminuyen la cantidad de salidas por el esfuerzo que les representa. Lo hacen solo para cuestiones que consideran necesarias; algunas de las motivaciones que encuentran son: conservar o inscribirse en un programa que los beneficie, asistir al mandado o acudir a alguna reunión, convivir con sus amistades. Estas situaciones nos llevan al siguiente punto: las relaciones sociales de los adultos mayores.

Cambios en las relaciones sociales de los adultos

Redes sociales: aislamiento vs permanencia social

Las redes sociales de apoyo son un recurso fundamental para la vida social de los adultos mayores. Cuando estas personas han tejido redes sociales sólidas con los vecinos o amigos, son estos quienes les de-

mandan continuar activos y en interacción a pesar de las dificultades personales o del espacio urbano.

Bueno, tengo una amiguita, aquí antes de llegar a las tortillas, ella me decía: “Ay, ganas me dan de ir pa’ con usted y sacarla, ¿qué hace nada más allá metida, adentro, allá arriba usted sola? Se va a venir enfermando, ¿qué es eso?”. Y ahora que me ve que salgo a la junta dice: “Qué bueno que la veo, qué es eso que estuviera nada más encerrada. No, no sé cómo usted aguanta” (Francisca).

Pero en ocasiones el deterioro físico es tal que, a pesar de las buenas intenciones de los adultos para seguirse manejando en el entorno, no les es posible. Entonces sus redes sociales tienen otra función, la de acercarles, de alguna manera, los bienes que los adultos no pueden obtener con su escasa movilidad.

Llamarle a mi comadre [quien vive ahí en la colonia y tiene tienda de abarrotes] y pedirle lo que ocupo, y ya ella me lo manda [E: ¿Está cerca?] Sí, está aquí a una cuadrita o dos. Nomás que yo no salgo mucho (Andrés).

El aislamiento de los adultos por el repliegue ante el espacio urbano se mitiga cuando pueden desempeñar tareas dentro de casa, pero les resulta doloroso cuando la falta de movilidad les impide estar activos, entonces solo se encuentran recluidos en la habitación; esta situación puede afectar la salud emocional del adulto al sentir minusvalía, lo que da oportunidad a pensamientos negativos. No obstante, de nuevo son las visitas de las redes sociales las que posibilitan al adulto sentirse significativo para alguien y sacarlo a través de la conversación del estado en que se encuentra.

De vez en cuando sí me visitan, que un padre, que personas de aquí, es que dios me las manda para que me consuelen. “Ya no llores

tanto, ahí te va quien te va a consolar, quien te va a ayudar”. Pos él me manda, ¿pos quién los va a mandar?, pos dios [E: ¿Llora mucho?] A veces sí lloro, porque cuando me agarra mucho la depresión me dan muchas ganas de llorar [E: ¿No le gusta estar sola?] No, es que estar platicando se levanta el ánimo de la persona, se tranquiliza un poco, y cuando está un alma sola o arrumbada, nomás pensando en cómo está uno. Y como yo que ya no puedo, porque cuando puede: “Voy a ir a tal parte, voy a ir acá o acá”, y yo a ningún lado. Y no me sacan [...] Cuando caminaba hacía muchas amigas en el camino, nos agarrábamos platicando (Matilde).

Cuando el periodo de aislamiento del adulto en el hogar es prolongado, se van perdiendo algunas redes, de manera que van quedando más aislados de las situaciones sociales y sus interacciones, quedando solamente con sus nexos más cercanos. Sin embargo, es necesario el aporte del apoyo de ellas; en ocasiones son estas quienes asumen la responsabilidad de proveer los cuidados, la alimentación e incluso la edificación de alguna habitación en aras del bienestar del adulto mayor, tal como se mencionó en las historias de Andrés y Matilde.

Relaciones de cuidado: autonomía vs dependencia

Ante las dificultades de movilidad de las personas de edad mayor, son propiamente los familiares quienes por lo regular se hacen cargo de las tareas de cuidado, sin embargo, estas también suelen ser asumidas por amigos o vecinos con quienes se construyeron lazos estrechos. En el caso de los adultos mayores de este estudio, se dieron ambos tipos de cuidado: el familiar y el proporcionado por amigos y vecinos.

De acuerdo con las cualidades de movilidad y autonomía de los adultos mayores, en el presente estudio se identifican cuatro niveles de cuidado. En primer lugar está el de menor grado de dependencia, en el que el apoyo fue simplemente acompañar al adulto mayor en su

desplazamiento por el espacio urbano sin necesidad de auxiliarle a realizar algún mandado.

Se llena así de agua, no tienen drenaje, entonces toda esa suciedad está saliendo por ahí. Para mí, que vengo descanse y descanse con mis bolsas [...] Ahí ya no puedo descansar. Y por eso estoy al tanto cuando van a ir [...] Los jueves no me les despego [hijo y nuera], para que me lleven en la camioneta al mandado (Francisca).

En segundo lugar, el adulto con dificultades para la movilidad en el espacio urbano requiere un cuidador que funja como punto de soporte y apuntalamiento, acompañándolo a su destino.

Era urgente que fuéramos [al programa social] y que la que no pudiera ir que mandara a otra persona en su lugar porque ya habíamos pagado el camión 25 pesos [...] Y una nuera de mi hija y otra hija me agarraron así del brazo y yo con el bordón (Antonia).

En estos dos primeros niveles de ayuda, los cuidadores realizan una intervención mínima de apoyo al adulto en el hogar, ya que se limitan a auxiliarle de manera ocasional, pues la movilidad de este está parcialmente conservada.

En tercer lugar, el adulto presenta dificultades de movilidad en casa y necesita apoyo para desplazarse en la vivienda; es incapaz para cocinar por sí mismo, por lo que el cuidador le provee alimentos o acerca objetos a la habitación en donde se encuentra.

Como a mi hijo, él me trae comida a veces, yo le doy para que él me haga las cosas, yo aquí no puedo hacer nada, y como yo no puedo cocinar ahí, pues ellos que cocinen y me traigan mi comidita (Matilde).

En cuarto lugar de tipo de cuidado, el adulto no es capaz de realizar las actividades funcionales cotidianas, ya que depende de otro para vestir-

se, asearse y proveerse alimentos; el cuidador realiza todas estas tareas y las de los tres niveles anteriores, pues el bienestar y la sobrevivencia del adulto dependen de su trabajo.

Si no es por las amistades que tengo aquí... Tengo un compadre muy bueno, diario en la mañana me trae qué desayunar, cuando no me trae qué desayunar me trae fruta, mi jugo, mi leche o pan, pero me trae diario. Y hay mucha gente que aquí no hace eso. Aquí nada más es esta mujer que estaba aquí, la hermana de ella y otra de acá de abajo. Me levantan entre las tres (Andrés).

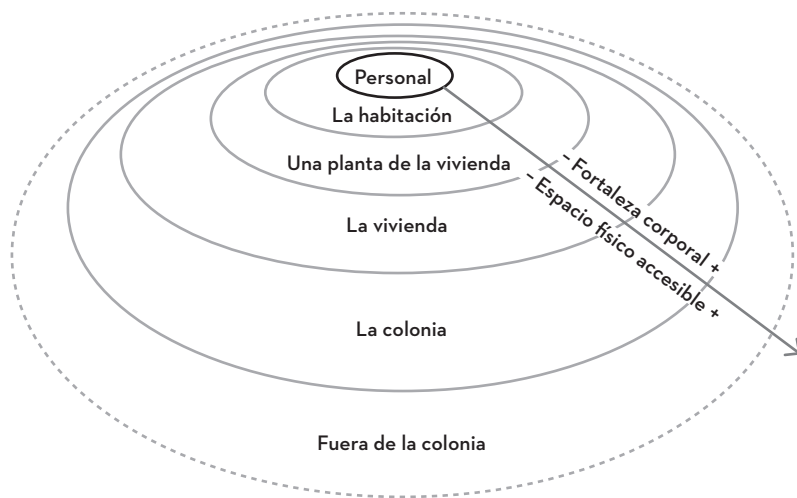
APORTACIONES FINALES

Con base en los resultados obtenidos, podemos argumentar que los espacios de dominio de los adultos mayores se limitan de acuerdo con la influencia que ejerzan los aspectos sociales, estructurales y personales. Es decir, la movilidad personal y la autonomía individual del adulto, incluso del resto de las personas, son producto de la interrelación entre las características del entorno y las cualidades físicas corporales.

En este sentido, se propone un modelo explicativo en el que, si consideramos a la persona como eje, alrededor de la cual se van construyendo una serie de fronteras espaciales constituidas por la lejanía en el tiempo y el espacio; y si tomamos en cuenta que el espacio más seguro para desarrollarse es la vivienda, entonces el modelo quedaría como se observa en la figura 2.2.

Cada elipse representa una frontera real o imaginaria que cruzar para que la persona domine el espacio habitado y el espacio social; en este sentido, mientras más complejo y hostil sea el espacio inmediato, más dificultades tendrá la persona para superar las fronteras más lejanas, por lo que necesitará la implementación de estrategias personales e instrumentales para hacer frente a ellas y lograr permanecer en el entorno.

FIGURA 2.2 DOMINIO DEL ESPACIO FÍSICO DE ACUERDO CON EL NIVEL DE MOVILIDAD PERSONAL



En contraparte, cuanto más amigable es el espacio social, el entorno estructural, y si los recursos personales son favorecedores, entonces la persona tendrá mayor posibilidad de movilización para estar en los espacios más lejanos y tener dominio de ellos con menor esfuerzo, y acceder a diferentes esferas geográficas y sociales.

Con base en lo anterior, es evidente que se requieren abordajes interdisciplinarios que permitan un acercamiento más detallado de las experiencias en la vejez, en busca de construir intervenciones holísticas orientadas al bienestar de los actuales adultos mayores, pero también de las futuras generaciones.

Algunas de las dificultades y estrategias que viven los adultos mayores para su movilidad personal no son ajenas al resto de la población en situación de enfermedad, o de sectores con capacidades diferentes, por lo que es necesario pensar, diseñar y construir espacios de vivienda

y entornos urbanos para ellos; esto resultaría también en beneficio de otras poblaciones con dificultades de movilidad. De esta forma habría más personas compartiendo el espacio urbano y con mejor calidad de vida.

Por último, subrayar lo oportuno que resultan las contribuciones planteadas por las organizaciones internacionales que, además de operar programas paliativos, han propuesto contenidos teórico-conceptuales. Tal es el caso del llamado modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002), que enfatiza la importancia de la combinación de factores personales —que garantizan la funcionalidad físico-corporal y la estabilidad psicológica—, materiales —elementos edificados que potencian la independencia individual desde la accesibilidad del espacio— y sociales —redes solidarias de apoyo familiar y las instituciones de seguridad social— que, en última instancia, se constituyen en componentes definitorios de la amplia, limitada o nula movilidad personal entre los adultos mayores.

REFERENCIAS

- Chombart de Lawe, P.H. (1976). Appropriation of Space and Social Change. En P. Korosec-Serfaty (Ed.), *Appropriation of Space*, 3er International Architectural Psychology Conference. Estrasburgo, Francia.
- El Informador* (03 de enero de 2010). En Jalisco, 36.5% vive en pobreza. Recuperado el 13 de enero de 2016, de <http://www.informador.com.mx/jalisco/2010/167348/6/en-jalisco-365-vive-en-pobreza.htm>
- Exteberria, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en calidad de vulnerabilidad. En S. Huenchuan & R. Rodríguez (Eds.), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (pp. 61-70). México: CEPAL.

- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Gobierno de Zapopan (mayo de 2012). Plan Parcial de Desarrollo Urbano, distrito urbano ZPN-2 “ARROYO HONDO”. Recuperado el 13 de enero de 2016, de http://portal.zapopan.gob.mx/PlanesParciales2013/ZPN2_ARROYOHONDO/GRAFICOS/D-2A_MEDIOSOCIOECONOMICO.pdf
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Jiménez Huerta, E. & Cruz Solís, H. (2015). Oportunidades y retos de las urbanizaciones consolidadas de origen informal en el área metropolitana de Guadalajara. En P.M. Ward, E.R. Jiménez Huerta, M. Di Virgilio & A. Camargo Sierra, *Políticas de vivienda en ciudades latinoamericanas*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Membrado, M. (2010). Experiencias de envejecer y experiencias urbanas: un estudio en el suroeste francés. *Alteridades*, 20(39), 57-65.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Zwitterland: OMS.
- Rodríguez, G., Flores, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Sylvestre, Gina (1999). The geography of aging: a geographical contribution to gerontology. *Praire Perspective: Geographical Essays*, 2, 214-224.
- Vázquez-Honorado, L. & Salazar-Martínez, B. (2010). Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 57-70.
- Vidal, T. & Pol, E. (2005). La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. *Anuario de Psicología*, 36(3), 281-297.
- Ward, P. (2015). Abanico de políticas para la rehabilitación de viviendas y regeneración comunitaria de los *innerburbs*. En P. Ward,

E. Jiménez, M. Di Virgilio & A. Camargo, *Políticas de vivienda en ciudades latinoamericanas*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), enero-marzo, 23-41.

Redes sociales de adultos mayores que viven en situación de pobreza

LIVIA FLORES GARNELO

La señora CR llegó a Jalisco desde Michoacán hace más de 30 años para trabajar en una huerta; eligió vivir en Lomas de Tabachines, con esos espacios verdes que rodeaba un arroyo, alejada de la ciudad, entre cerros, una opción para quienes venían de otros estados. Hoy tiene casa propia con piso de cemento, con su hijo de 35 años, su nuera y dos nietos, en esta colonia ya sobrepoblada conformada por familias de bajos recursos económicos.

Un día común y corriente en su vida, la señora CR visita a su hija por la mañana, quien vive a pocas casas, donde se pasa la mayor parte del tiempo cuidando a sus nietos, mientras espera la noche para regresar a su hogar. Los viernes es cuando cambia su rutina, ya que asiste a un taller impartido por el Voluntariado Estamos Contigo, AC, en donde desarrollan diversas actividades y en la que desde hace más de 20 años está inscrita, en un principio para ayudarse con una despensa a un costo accesible.

Este testimonio nos relata cómo es la vida de un adulto mayor en Lomas de Tabachines, ubicada en el municipio de Zapopan, Jalisco, considerada una colonia marginada y con nivel de pobreza. Asimismo, CR es una de las 10.9 millones de personas mayores de 60 años en México, lo que significa que nueve de cada 100 mexicanos son adultos mayores (Inegi, 2012).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2014) indica que 45.9% de los adultos mayores se encontraban en situación de pobreza y 8.5% en pobreza extrema, lo cual habla de que uno de cada dos adultos mayores cuenta con un ingreso inferior o igual al valor de una canasta básica, quienes buscan otras formas de generar ingresos y obtener apoyos para solventar sus necesidades.

Los adultos mayores actuales participan en los hogares mexicanos: en 64.2% de ellos los hombres son jefes del hogar, en 34.6% son sus cónyuges (mujeres) y solo en 1.2% lo hace un hijo o una hija; asimismo, uno de cada dos adultos mayores (51.7%) que cohabita en un hogar ampliado o compuesto es considerado como jefe del hogar (Inegi, 2012), lo que habla de su influencia en la familia y del rol que conservan, así como su grado de influencia al tomar decisiones.

La familia se vuelve el eje central en la vida de los adultos mayores, puesto que brindan un soporte emocional, económico y social, en la que ellos tienen historia y referencia. La familia crece, los hijos tienen parejas, hijos, los cuales a su vez tienen más hijos, lo que hace que los sistemas familiares se complejicen.

Sin embargo, los adultos mayores se enfrentan en sus familias a problemas de rechazo, la impaciencia de las nuevas generaciones, la adaptación de las pérdidas, la confusión de los roles y su adaptación en familias extendidas. Uno de los retos en la vejez es la búsqueda de una nueva identidad, una compañía que produzca placer, así como una experiencia significativa (Estrada, 1997).

La familia forma parte de su eje central, ya que hay pocas oportunidades de establecer nuevos vínculos y obtener nueva información de sí mismos a través de otra persona. Sluzki (1998) explica que para un individuo que pasa por el último tercio o cuarto de su ciclo vital, su red social se contrae a causa de que sus vínculos se reducen por la muerte, migración o el debilitamiento de los miembros, y las oportunidades o motivaciones para renovar esta disminuyen progresivamente.

Tanto las redes sociales como la integración social y familiar son importantes para la identidad y salud del anciano. La ampliación de sus vínculos por la asistencia a cualquier tipo de actividad estimula estas redes al aumentar los recursos del adulto mayor y tener un efecto en su relación con la familia y las personas a su alrededor. A este respecto surge la interrogante: ¿cuál es el cambio reportado en las redes sociales por adultos mayores que asisten a un taller de la asociación civil Voluntariado Estamos Contigo de Lomas de Tabachines?

Este estudio permite una mayor comprensión de los adultos mayores en los hogares, ya que, así como las personas están envejeciendo, las familias también y por ende la población mexicana en general.

ENVEJECIMIENTO

Este es un proceso natural de los seres vivos. Ceberio (2013) define el envejecimiento como el conjunto de cambios que ocurren en los sistemas biológicos como resultado del paso del tiempo. Esta etapa del desarrollo humano es un estado gradual de cambios degenerativos que se manifiestan en el plano fisiológico, bioquímico y psicológico; no es una enfermedad y no por fuerza viene acompañada de angustias y padecimientos, contrario a lo que se cree de que la vejez es equivalente a enfermedades, sufrimiento y deterioro mental.

Ceberio (2013) coincide en que hay enfermedades que se presentan en este periodo, así como una mayor predisposición a ciertas afecciones, casi de la misma forma que las específicas a la infancia. Los autores indican que uno envejece desde que nace, que es un proceso natural, inevitable, parte de la vida misma.

Ahora bien, los recursos de adaptación en los adultos mayores se vuelven cada día más confrontados por diferentes factores: un cuerpo diferente al que estaban acostumbrados, falta de reflejos, de energía, cambios en la alimentación, enfermedades, variación en su memoria y atención, desgaste sensorial; se enfrentan a la adaptación de nuevas

organizaciones familiares, generacionales y formas de convivencia familiar, así como redes sociales y de apoyo limitadas, pérdidas familiares y de amistades, de roles, poder económico y sensación de poca productividad. Ceberio (2013) menciona que a lo largo de la vida van disminuyendo los recursos de adaptación del ser humano, lo que contribuye a tensiones emocionales, cambios de humor, depresión y angustias no solo por variaciones del contexto sino por las propias limitaciones que impone la vejez.

LA FAMILIA EN LA VEJEZ

En la vejez, la familia constituye la más importante red de apoyo social, por lo que su satisfacción suele ser medida por la relación con los hijos y el resto de los miembros de la familia. Hay en juego expectativas mutuas entre padres e hijos donde operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales (Eguiluz et al, 2003).

La relación entre los abuelos y nietos puede llegar a ser muy significativa debido a que no hay responsabilidad como es con los hijos en la manutención y crianza, lo cual favorece alianzas especiales. Estos vínculos contribuyen a la colaboración intergeneracional padres-hijos, abuelos-nietos, abuelos-bisnietos, que forja redes de apoyo que conforman una modalidad diferente de sociabilidad familiar que también implica intercambio en bienes y servicios.

Por otra parte, Kalish (1996) menciona que los hijos que han alcanzado la mediana edad por lo general les ofrecen diversos tipos de apoyos económicos, emocionales, cuidados en tiempos de enfermedad y ayuda para mantener la casa. A su vez, las personas mayores colaboran por medio de aportaciones de tipo material, afectivo y en servicios a los miembros más jóvenes.

Las familias envejecidas cuentan con características distintas a aquellas jóvenes, ya que manejan otro tipo de jerarquías, roles y tratamientos; se encuentran en etapas del ciclo de vida donde atra-

viesan cambios y crisis, ya sea por edad, sucesos o problemáticas personales. Algunos factores que hacen que su relación se complejice son: la partida de los hijos, la viudez, el retiro, las enfermedades, ser abuelos y la muerte.

PAREJA EN LA VEJEZ

Las parejas de adultos mayores pertenecen a otras épocas: cuando fueron formadas bajo algún tipo de convenios, se casaron jóvenes con la opción que tenían a la mano, muchos no lograban una mayor intimidad y donde las relaciones con la familia ampliada, los amigos y el vecindario era fundamental. Por lo general, la diferencia de edades en la pareja era de cinco, 10 o más años, siendo el marido el mayor. Para estas parejas, el nacimiento y la educación de sus hijos era el vínculo más importante entre los cónyuges (Camdessus, Bonjean & Spector, 1995).

Las parejas en las que el marido tiene mayor edad que la mujer pasan por la transición de la jubilación y su incorporación al hogar, lo que involucra una reorientación de valores meta y la redirección de energías, cuando la mujer tiene que atender a su esposo, compartir su tiempo, ya que el hombre por lo general interfiere en las labores que él había aprendido a hacer sola (Rage, 1997).

Así también, cuando se produce la muerte de uno de los cónyuges, se pasa por el sufrimiento de la pérdida, no solo por la misma aflicción sino por los cambios en el rol familiar, la falta de compartimientos y la insatisfacción sexual, entre otras causas (Kalish, 1996).

En cuanto a las relaciones de pareja posteriores a la muerte del compañero, se dan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, porque ellos tienen mayores oportunidades de encontrar mujeres más jóvenes dispuestas. En cambio, ellas suelen centrar su atención y cuidado a sus hijos. Por otro lado, se da el caso de que el adulto mayor tenga problemas con los hijos en la aprobación de su nuevo matrimo-

nio, por lo que esto, aunado a las restricciones económicas, son factores que contribuyen a que su relación sea en unión libre (Rage, 1997).

LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS

Como se ha mencionado, la mayoría de los ancianos tiene como eje central a la familia. Así, quienes descuidaron otros lazos sociales se quejan de soledad; en cambio, las personas que tuvieron un círculo más amplio no ven a esta como un aspecto vital e imprescindible (Lehr, 1980, en Rage, 1997).

Sluzki (1996) menciona que la red social de los adultos mayores se contrae a causa de la falta de oportunidades para renovarla, a la vez que disminuye progresivamente la motivación y energía para mantener los vínculos activos.

La gente mayor se ve replegada cada vez más en las relaciones familiares, pero cuentan con amigos que neutralizan o contrapesan las viejas historias de lealtades, deudas y supuestos de retribución que tienen con sus familiares. Sin embargo, los anclajes de su historia personal se desvanecen cuando comienza la desaparición de vínculos con personas de su misma generación. Se puede decir que los viejos tienen menos ocasiones sociales para hacerse de nuevos amigos, aunque también un número menor de ellos están accesibles para generar nuevas relaciones.

RED SOCIAL

La red social es un grupo de personas, ya sean miembros de la familia, vecinos, amigos, entre otros, quienes son capaces de aportar una ayuda y un apoyo real y duradero a un individuo o una familia. Sluzki (1998) la define como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o diferenciadas de la masa anónima de la sociedad, que contribuye a su propio reconocimiento como individuo e imagen en sí.

TABLA 3.1 MODELO DE RED SOCIAL DE SLUZKI

Áreas / cuadrantes	Círculo interior de relaciones íntimas	Círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso	Círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales
Familiares	De contacto cotidiano	Familiares intermedios	Familiares lejanos
Amistades	Cercanas	Relaciones sociales	
Relaciones laborales o escolares		Profesionales	Conocidos de la escuela o el trabajo
Relaciones comunitarias o de credo			Buenos vecinos Co-feligreses

Fuente: elaboración propia con base en Sluzki (1998).

Modelo de red social de Sluzki

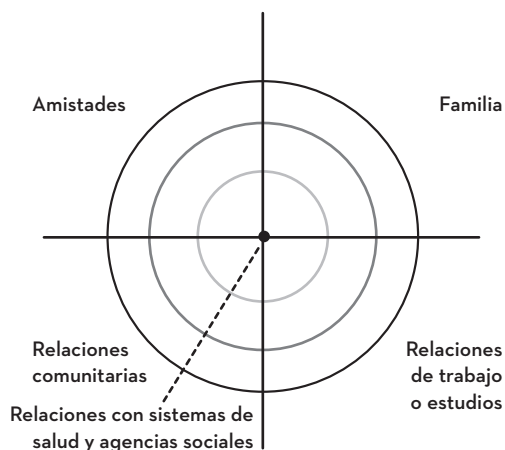
La red social que define este autor se puede registrar en forma de un mapa mínimo, en el que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona. Puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes que se extienden en tres áreas (tabla 3.1).

El conjunto de personas señaladas en este mapa constituye la red social personal del informante, que puede ser evaluada en términos de sus características estructurales, funciones de los vínculos y atributos de cada uno de ellos. Este mapa constituye un registro del momento construido por el informante.

Características estructurales de la red social

Para Sluzki (1998), las características estructurales de la red proporcionan datos más detallados y se observa el beneficio de esta en la persona (tabla 3.2).

FIGURA 3.1 MAPA DE RED SOCIAL



Funciones de la red

Están determinadas por el tipo de vínculo e intercambio interpersonal (tabla 3.3).

OBJETIVO GENERAL

Analizar los cambios reportados en la red social de adultos mayores que asisten al taller de la asociación civil Voluntariado Estamos Contigo de la colonia Lomas de Tabachines.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar las redes sociales de los adultos mayores que asisten a los talleres de la asociación civil Voluntariado Estamos Contigo a través de la identificación de las siguientes áreas de la red definidas por Sluzki (1998):

TABLA 3.2 CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA RED SOCIAL

Características	Descripción
El tamaño	Se refiere el número de personas en la red; aquellas de tamaño mediano son más efectivas
Composición	Proporción del total de miembros de la red está localizada en cada cuadrante y círculo
Dispersión	La distancia geográfica entre los miembros, la facilidad de acceso o contacto para generar comportamientos afectivos
Homogeneidad / heterogeneidad	Según edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico
Atributos de vínculos específicos	Compromiso y carga de la relación, durabilidad e historia en común
Tipo de funciones	Las funciones cumplidas por cada vínculo y por el conjunto son: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos

Fuente: elaboración propia con base en Sluzki (1998).

- Analizar el grado de cercanía (íntima, intermedia y externa) en los círculos de las relaciones de los adultos mayores que asisten a los talleres de la asociación civil Voluntariado Estamos Contigo.
- Analizar la estructura de la red de los adultos mayores que asisten a los talleres de la asociación civil Voluntariado Estamos Contigo.
- Analizar los tipos de funciones de las redes sociales de los adultos mayores que asisten a los talleres de la asociación civil Voluntariado Estamos Contigo.

TABLA 3.3 FUNCIONES DE LA RED

Compañía social	Estar juntos o realizar actividades conjuntas
Apoyo emocional	Poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro
Guía cognitiva y consejos	Compartir información personal o social
Regulación social	Interacciones que recuerdan y reafirman roles
Ayuda material o servicios de salud	Colaboración específica de un experto, incluyendo los servicios de salud
Acceso a nuevos contactos	La apertura para conectarse con otras personas y redes que no eran parte del individuo

Fuente: elaboración propia con base en Sluzki (1998).

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

Se utilizó un estudio con un método cualitativo con diseño observacional, un tipo de estudio descriptivo de corte trasversal, donde se recolectaron los datos en un solo momento y no se manipularon variables; se abordó a partir de un marco interpretativo desde el enfoque sistémico.

Población

Las participantes fueron adultos mayores que asisten al Voluntariado Estamos Contigo (VEC), el cual tiene presencia en 23 colonias de la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), agrupadas en 11 centros comunitarios, donde mensualmente atienden a 1,202 familias. Como parte de la población atendida por VEC, 428 personas pertenecen al grupo de la tercera edad, con un grupo en cada centro, los cuales se

reúnen cada semana y reciben una capacitación de acuerdo con las necesidades específicas de su edad y condiciones de vida, a quienes se apoya con una despesa mensual de bajo costo que corresponde a su asistencia al taller.

En la comunidad de Tabachines están inscritas 110 personas, de las cuales 40 corresponden al grupo de tercera edad mayores de 60 años; hay quienes asisten con regularidad y otras están exentas por alguna discapacidad, enfermedad o situación especial.

La muestra del estudio fue de seis asistentes que cumplieran con los criterios de inclusión; se eligió una de tipo no probabilístico por conveniencia, debido a la facilidad de acceso al grupo de adultos mayores del VEC en la comunidad de Lomas de Tabachines.

Por medio de una entrevista no estructurada a profundidad, se identificará la estructura de la red social y los cambios percibidos del adulto mayor.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Personas mayores de 60 años o más que asisten al taller de tercera edad perteneciente al VEC de Lomas de Tabachines durante 2014 y que acepten participar en la investigación.

Criterios de exclusión

Asistentes del grupo menores de 60 años; adultos mayores que hayan asistido menos de cinco sesiones al taller del VEC o se encuentran fuera en el control de asistencia por algún tipo de enfermedad o permiso; adultos mayores que no asisten al taller o pertenezcan a otra de las comunidades en las que se imparte el taller; adultos mayores que no aceptaron participar en el estudio.

RESULTADOS

Datos demográficos

El 100% de los participantes son mujeres, 33% son de otros municipios de Jalisco, 33% de Michoacán, 17% de Guanajuato y 17% de la ZMG. Todas las participantes tuvieron hijos, la que más, diez, y la que menos, dos.

De las entrevistadas, 33 % son casadas, 33% se encuentran separadas y 33% son viudas. Las casadas viven con sus esposos, hijos y nietos; asimismo, 67% comparten su casa con más de dos hijos y nietos y 33% vive con un hijo y nietos. Ninguna de las participantes trabaja. Cuatro participantes han asistido a este taller de uno a nueve años, una por más de 10 años y otra más de 20 años. Cabe destacar que dos participantes son madre e hija.

Área de la red social

Círculo de relaciones íntimas

Las participantes que todavía cuentan con su esposo refieren que estos tienen algún problema de salud relacionado con una incapacidad física; uno tiene un trabajo informal y está pensionado y el otro ya no trabaja, por lo que se encuentran en casa la mayor parte del tiempo. En algunos casos, las hijas comparten su casa, y de esta forma el contacto es cotidiano. Con relación a los nietos, si bien se ven con frecuencia, hay mayor relación con aquellos que habitan en casa de ellas, ya sea por la función que tienen en el hogar o la edad de los nietos. Llama la atención que son pocas las que tienen contacto cotidiano con algún hermano.

TABLA 3.4 DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

Datos demográficos	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Edad	72	61	60	63	86	73
Origen	Venustiano Carranza, Michoacán	Ciudad Guzmán, Jalisco	Tlaquepaque, Jalisco	León, Guanajuato	Ayotlán, Jalisco	Michoacán
Años viviendo en Guadalajara	42	42	39	57	33	31
Hijos	8	6	10	8	8	2
Edo civil	Viuda	Separada	Casada	Casada	Viuda	Separada
Trabaja actualmente	No	No	No	No	No	No
Ocupación en casa	Trabajo en casa	Trabajo en casa, armadora	Lavaba y plancha	Ama de casa	Ama de casa	Trabajo en casa
Con quien vive	Dos hijos y nieta	Dos hijas y dos nietos	Esposo y tres hijos, dos nietos	Esposo, tres hijas y 11 nietos	Hija y yerno y tres nietos	Un hijo, nuera y dos nietos
Años asistiendo al taller de VEC	20	1	5	3	4	10

Círculo intermedio

Las participantes tienen visitas poco frecuentes de los hijos, ya sea porque viven fuera de la ciudad, en otra colonia o incluso viviendo cerca. Una participante hace mención de que vive con un hijo, pero, por diferencias con su nuera, prefiere no tener contacto con ellos.

En cuanto a las amistades, la mayoría reportan tener una o dos personas como amigas, de las cuales solo dos son de la colonia y el resto de algún grupo social al que asisten.

Círculo de relaciones externas

Además de asistir al VIC, la mayoría va al DIF Zapopan, al centro de salud y a otro grupo en un templo, ya que la mayoría va a la iglesia.

Mencionan tener familiares que viven en otras ciudades o incluso en Estados Unidos, con quienes mantienen un trato lejano, además de que una participante menciona que cuando la familia crece, aumentan los problemas y prefiere centrarse con la más cercana.

Estructura de la red

El tamaño de la red de las participantes es reducido, se enfocan en su familia; la mayoría de sus miembros vive en la misma colonia o en una aledaña. Algunas participantes tienen hijos que viven en otros municipios de la ZMG, dos tienen un hijo en otro estado y una en Estados Unidos.

Las adultas mayores participantes, todas con un nivel socioeconómico bajo, tienen hijos con pareja, pero en algunos casos están separados; también las hay con hijas madres solteras y solo en tres casos tienen hijos solteros. Por otra parte, la mayoría tiene nietos pequeños o en edad escolar, mientras que dos tienen bisnietos y una, tataranietos.

Algunos de los hijos de las participantes ejercen compañía social, apoyo emocional y material, sin embargo, así como comparten una historia familiar duradera, para algunas hay una percepción de poca reciprocidad.

Ni uno [de sus hijos], que diga yo, este... me apoya en esto... este me apoya en el otro; ni cuando estoy enferma (GG).

Tipos de funciones

Compañía social

Las participantes conviven con sus hijos, que por lo general son mujeres, y hacen labores de hogar como preparar comida; o se quedan en sus casas, donde permanecen solos o cuidan a sus nietos.

En la semana estamos solos porque se van a sus trabajos, ya llegan en la noche y bien hambreados, y ya se nos pasan volando las horas, ya cuando menos acordé ya son las diez, diez y media o las once (GA).

Pues ya de aquí [su casa] me voy ya nomás voy a salir, pues nada más que ahí y ya [casa de su hija] Ya convivo con los nietos y ya cuando me enfado con ellos, ya me meto a mi cuarto y ya me encierro y ya no es para estarme encerrada. Aquí con mi hija nada más voy tres días por semana, que es lunes, miércoles y viernes, y el viernes hasta que salgo de la plática de ahí abajo, ya llego aquí a cuidar al niño, ya hasta que se va el niño a la escuela, ya me voy para la casa (CR).

Aquí convivo con estos nietos, pues, así como si fueran aquí míos (EA).

Apoyo emocional

De las entrevistadas que cuentan con esposo, una comenta que de él recibe apoyo emocional a través de pláticas y le provee consejos.

Entonces, nadie sabe más que nosotros aquí porque no hay necesidad que sepa la gente cómo vive uno; entonces yo de él nada más... nada más de él dependo (GA).

Por otra parte, la mayoría percibe que recibe apoyo de parte de sus hijas, principalmente a través de pláticas donde informan acerca de sus problemas.

Las dos [sus hijas] son las que se preocupan más (DG).

Y agregan que no hay alguien que les pregunte sobre su estado de ánimo.

Para mí todos son igual; necesito decirles y esto y el otro, u ocupo esto. Unos me ponen peros, otros no (GG).

En mi casa no hay quién me pregunte cómo estás, ya te dormiste o ya te levantaste, nomás así. No hay mucha comunicación porque ella [la nuera] es muy celosa (CR).

Guía cognitiva y consejos

Algunas participantes comentan que han ayudado a sus hijos en problemas económicos, ya que todas han proporcionado casa a sus hijos; los que están en casa, por lo general, han tenido experiencias de separación y regresan a casa de los padres con sus hijos.

Por otra parte, las entrevistadas ayudan en el cuidado de sus nietos y son vistas como figuras de autoridad, lo cual llega a ser una causa de conflictos con sus hijos.

Regulación social

Las participantes han sido cuidadoras de alguno de sus nietos y ante problemas han auxiliado a sus hijos, ya sea de forma económica o emocional.

Mi hija, la mamá de esta niña, quedó viuda y se recogió con nosotros; más bien la recogimos nosotros; le dijimos: “No tiene caso, hija, el estar batallando con tus criaturas, mejor quédate con nosotros”, y aquí la ayudamos; yo un rato se los cuido, un rato se los cuida otra muchacha, y así estamos (GA).

En algunos casos, informan que los hijos les dicen que las apoyan en algunas responsabilidades y motivan a realizar alguna actividad.

Ellas, que me animaron porque sienten que es un trabajo que, como lo he hecho toda la vida... ellas sentían que como que me hacía falta que yo regresara a laborar en algo de lo que a mí me gusta hacer (ER).

En la mayoría de los casos, las entrevistadas les brindan algún tipo de orientación.

Platico con ellos, les digo que tienen toda la vida por delante. “Mírenme a mí, rodé, sufrí y me casé, y tu padre un tiempo fue bueno conmigo y ya después se hizo malo, y todavía aquí estoy y él se fue y me dejó, y miren aquí estoy; por algo se hacen las cosas, hijos. No, ustedes no pierdan la fe, primero dios y para adelante; primero él y ustedes no me fallen”, dije; nomás no me vayan a agarrar otras cosas, eso sí, porque tal vez ahorita ya están viejos y dios ha sido bueno conmigo (GG).

Las participantes ayudan en la economía de su casa ya sea a través de dinero o despensas. En dos casos del estudio, todavía tienen un hijo dependiente: uno por tener síndrome Down y en otro porque va a la universidad.

La ayuda física y de servicios la reciben por diversos medios: en los centros de salud en donde les dan medicina o consultas a bajo precio;

otras tienen seguro social, por su esposo o hijos, y la mayoría tiene el apoyo gubernamental Oportunidades; asimismo, unas tienen apoyo del DIF y todas asisten al taller del VIC, que cada mes les vende una despensa a un precio simbólico.

Acceso a nuevos contactos

De las entrevistadas, algunas tienen apertura a personas que no forman parte de su familia; suelen quedarse en casa la mayor parte del tiempo y salen cuando tienen alguna necesidad.

Un defecto que tengo [es que] no me abro con todas las personas (ER).

No tengo [relación] con mis vecinos; yo, así me verás, encerrada a mí, yo no salgo ni tengo comunicación con la gente porque no se presta (GA).

Yo ahora últimamente conozco amigas que nos platicamos, que nos juntamos allá en el DIF (DG).

Cambios reportados en el círculo interno, intermedio y externo

Los cambios observados son en su mayoría en el círculo de relaciones íntimas de las participantes, quienes comentan que consideran a los talleres como un rato en el que se distraen; la mayoría habla con sus hijos de lo que ahí acontece y practican los ejercicios físicos recomendados.

Llego y estoy pensando en eso [lo que vio en el taller] y digo yo, si no tuviera ese ratito de distracción y luego que vengo y les cuento a mis hijos... bueno, a los que están aquí; a veces están cenando y llego, así me pongo la silla ahí, y están cenando y están comiendo y empiezo a platicar; sacan algo parecido, algún tema, alguna

cosa y ya les digo: “Fíjense en la junta de este modo y este otro y este otro”; ya se quedan viendo: “No, ya va a empezar a explicar”, y ya se ríen y todo, pero no que diga yo como otras veces que me dicen: “¡ya pues, si eso te lo dicen a ti pues ya!”... Y no, ya no, ya ahora sí me ponen atención, ya va a empezar la explicación así, aunque sea vacilando, pero sí me oyen (GG).

Las que viven con su esposo hablan del taller. Una reporta que este ha cambiado favorablemente desde que asiste:

Mi esposo, ese sí ha sido un cambio; un cambio para mí favorable, porque inclusive ahora que está con su rehabilitación y eso, ha estado muy paciente; ya no reniega tanto porque era una persona de mucho, de mucho renegar, no solo de que se le molestara, no que renegaba que hay mucho ruido, que esto, que el otro... Noo, se ha vuelto más paciente, inclusive convive más con los nietos ya, y yo vengo le digo “fíjate”, y ahora cuando llego, me dice: “¿Ahora qué hicieron?”. Y que esto, y te digo, ya me pongo a platicarles, y sí me ha favorecido también dentro de la familia. Si no quieres a grandes rasgos, pero sí ha sido un cambio familiar (ER).

La mayoría menciona cambios internos, donde hacen las cosas diferentes, se sienten distintas con respecto a sí mismas y con los demás.

Siento yo que a lo mejor mi familia no, pero la que he cambiado soy yo; ahí de paso nos vamos, ¿verdad? Al principio, como mi salud está deteriorada, ¿verdad?, pero estaba más, se puede decir, hasta me quedaba dormida en las pláticas y así, y un día pues se reían algunas compañeras y una de las maestras les dijo que a mí me sucedía eso porque estaba enferma; entonces yo me sentí como apoyada para... así como un poco de afecto... ¿me entiendes? Así lo sentí. Entonces, yo misma me dije: “Voy a poner más cuidado”, ¿verdad? Porque si de verdad ese día que la maestra les dijo que... no que no se rieran

sino que a mí me pasaba eso por mi enfermedad, y sí, la verdad que sentí eso como un poco de cariño, de afecto y me sentí como acogida por ella. Y después de esa clase empecé yo, a lo mejor vieja y ya a lo mejor tarde, a reaccionar que no era una tonta, que no era una tonta como querían hacerme creer que yo era (ER).

Ya estoy con más valentía, como que ya no estoy tan apachurrada, tan triste como me sentía más antes porque, como te digo, yo de la nada lloraba, de nadie nada platicaba y luego lloraba; como que traía mucho estrés, como que traía... Pero ya de tanto ir, de tanto ver, las pláticas que nos da Mago y todo eso a mí me ha servido. Porque yo les digo, “no pues yo esto, yo el otro, yo aprendo esto, aprendí esto, el otro y lo más principal”. Ya no soy como era antes de maldicionenta, de perrucha, como luego dicen, para que mejor me entiendas. Mi familia dice que está bien que vaya, que ocupe mi mente. Le platico a mi hija y pocas veces a mi hijo lo que yo veo. Mis nietos me preguntan qué hice en el templo (CR).

Porque de perdis dicen ellos mismos: “Pues qué bueno pues, eres libre, vete a donde tú quieras, si quiera no estás aquí encerrada”; porque sí se distrae uno yéndose a un lado y que se quede el que-hacer, como el jueves [que va al DIF] Yo ahí que se quede, yo ya me voy; este muchacho es el que se va a la prepa, pero como era el lunes, no va; pero me dice [que] si no alcanzo a hacer nada para comer, “yo ahí me como lo que caiga” (DG).

Son escasas las participantes que conocen más compañeras del grupo y adquieren algún tipo de relación con alguna.

De perdis conoce uno más amigas, más de compañeras que van ahí. Yo antes no saludaba a nadie que no conocía, pues si ellas no me saludan pues ni yo tampoco. Y ya ahora cualquiera me saluda, porque cuando no las conozco en algún lado, los conozco verdad (DG).

Finalmente, una participante reporta que habla más con las personas de su grupo y tiene mayor participación en el taller, mientras que dos mencionan que sienten afecto hacia los que dirigen el grupo.

Nos tratan con mucho cariño; entonces, ahí encontramos lo que en nuestra casa no nos dan, y venimos a vivirlo a nuestra casa, y abrazarnos de eso que traemos para aquí sentirnos... sentirnos otra persona, sentirnos otra cosa, sentirnos que sí tenemos algo que podemos dar y compartir también (ER).

CONCLUSIONES

Áreas de la red social

El círculo de relaciones interno e intermedio de las seis personas entrevistadas es su familia, la cual está compuesta principalmente por los hijos y nietos. Esto quiere decir que la familia es su principal círculo significativo, donde presentan vínculos estrechos, aunque no con todos los miembros, ya que son escasos los que frecuentemente conviven con ellos, lo cual hace que unos familiares sean parte de su círculo intermedio, y contados los de su círculo interno. Los entrevistados perciben a estos familiares como su soporte afectivo directo.

Los lazos de ayuda de las participantes se mantienen con el contacto frecuente y las emociones recíprocas; ellas visitan a sus familiares y son visitadas, lo que hace que tengan una mayor posibilidad de supervivencia que aquellas que no tienen contactos.

Por lo general, no cuentan con una amistad más allá de la familia, además de que estas son ocasionales. Así, para el adulto mayor la familia es su eje central, con pocas ocasiones para ejercer espacios de amistad; a pesar de que ubican a personas de su colonia, pocas veces se convierten en amistades: los amigos se vuelven cosa del pasado.

En su círculo externo, la mayoría de las participantes asiste a más de un grupo social, lo cual se da por algún tipo de conveniencia como recibir descuentos en servicios o una despesa.

La asistencia al taller se debe principalmente a los beneficios materiales obtenidos, más que por hacer amistades o conocer nuevas personas, por lo que los adultos mayores no llegan a intimar con sus compañeros, aun cuando ya han compartido el mismo espacio por varios años.

Los resultados reflejan en algunos casos que estos ejercen su rol como padres, donde protegen de alguna forma a los hijos que por alguna circunstancia regresaron o se quedaron a vivir con ellos, lo que da como resultado una complementariedad, ya que estos les retribuyen. Sin embargo, los adultos mayores no sienten esta reciprocidad, si bien creen que su responsabilidad es aportar a la casa como antes, por lo que asisten a los grupos sociales a obtener la mencionada despesa.

Estructura de la red

Su red está orientada hacia la familia, por lo que es una red pequeña, donde los hijos son acogidos por los entrevistados, quienes le ayudan en las responsabilidades del cuidado de los nietos. Sin embargo, a pesar del crecimiento de los hijos, quienes ya son unos adultos, el rol de autoridad que tenían los adultos mayores se sigue manteniendo.

Los adultos mayores siguen teniendo influencia y mandato como jefes del hogar. Sin embargo, con las casadas, la dinámica es diferente porque los esposos tienen un mandato mayor; en un caso, el marido todavía sigue siendo el proveedor económico, y en dos casos este es una compañía social y colabora en el cuidado de los nietos.

Tipos de funciones

Para las participantes, la familia es una importante red de apoyo social, y sus expectativas y satisfacción de vida suelen estar medidas

por la relación con sus hijos y demás miembros de la familia. Se observa una ayuda intergeneracional dentro de sus posibilidades: las participantes no solo reciben ayuda sino que aportan ya sea un bien material, como su casa o la despensa, o económico, como una pensión o aportación gubernamental, y un bien afectivo, su cariño y cuidado.

Los hijos que no viven con ellas, las visitan de vez en cuando y ellas les brindan algún tipo de apoyo y hacen mención de que, aunque ya hicieron su vida, todavía siguen participando como madres al ayudarles en algún problema de carácter económico o social. En algunos casos, creen que hace falta más atención de los hijos en cuanto a cómo se encuentran ellas, ya que sienten que el soporte afectivo no es del todo recíproco.

La mayoría habla de sus hijos y nietos, pero pocas veces comentaron la existencia de una relación estrecha con sus nueras o yernos, lo que indica que es lejana. Mencionan a los nietos como parte de su vida cotidiana, y en parte como una responsabilidad debido a que están bajo su cuidado. Los abuelos se involucran en gran medida con ellos, establecen una alianza, prestándose a gozar un vínculo especial.

Las participantes que reciben soporte económico, hace que tengan que convertirse en dependientes de sus hijos, y estos encuentran ayuda complementaria en la asistencia de sus padres, ya sea en el cuidado de sus hijos, en las colaboraciones en casa, etc. Por lo general, las participantes tienen una mayor relación con alguna de sus hijas, donde la madre se recarga en cuanto a sus necesidades de apoyo emocional; mantienen un vínculo estrecho, donde se dan consejos y se llegan a apoyar económicamente.

Cambios

Los cambios que reportan las participantes son sobre todo en ellas, en su persona, forma de actuar y de dirigirse con su familia; estos corresponden a las percepciones, es decir, acerca de la realidad, lo que se va percibiendo a través de las pláticas que hacen con sus familiares, los

consejos y aprendizajes que adquieren en los espacios que otorga el taller.

Ellas indican que con la familia conversan lo que perciben y aprenden, y que en ocasiones les sirve para seguir siendo una guía en los consejos que dan a sus hijos o nietos. Distinguen que hay cambios debido a que los hijos les preguntan cómo les fue en el taller o inclusive solo los escuchan hablar de él, haciéndose partícipes de sus aprendizajes. Es posible que estos cambios fomenten mayor convivencia en la familia, al añadir nueva información que haga que esta cambie su dinámica de alguna forma.

Para algunas, el taller les provee un afecto al hacerlas sentirse apoyadas, soportadas por quienes lo imparten; mencionan valentía, valoración y cariño, se sienten soportadas, lo que las hace tener una mayor participación en el taller.

Asistir a un grupo social o una actividad les proporciona vínculos con gente de su misma generación, por lo que a pesar de que son contados los cambios que han reportado a través de los grupos, generan una oportunidad para refrescar la red social al aumentar espacios que neutralicen los anclajes en sus relaciones familiares, diversificando espacios de apropiamiento y círculos de relaciones.

Discusión

Como afirma Sluzki (1996), la gente mayor se ve replegada cada vez más en las relaciones familiares, y los esfuerzos para ampliar su red necesitan mayor arrojo y energía que no están dispuestos a dar, por lo que los cambios en sus círculos son escasos.

Esta investigación tiene aciertos al confirmar lo dicho por Sluzki; sin embargo, sería interesante observar una muestra más grande en las otras comunidades donde imparte el Voluntariado Estamos Contigo para observar si hay mayores cambios en su red.

Asimismo, se puede hacer un comparativo de los cambios en las redes sociales de los participantes según su tiempo de asistencia, con

el fin de conocer si tiene que ver con el tiempo en el taller o no es significativo; incluso, podría indagarse si las nuevas generaciones son un factor para ampliar su red o no generan influencia.

Como afirma Estrada Inclán (1997), la vejez es una etapa menos conocida e investigada. Existen estudios de las redes de apoyo enfocados en los cuidadores (Baster, 2011), en específico a sus implicaciones con el cuidado del adulto mayor (Domínguez, Mandujano, López, Domínguez & González, 2011); asimismo tratan de la integración social y la relación que esta tiene con la salud (Durán, Orbegoz Valderrama, Uribe-Rodríguez & Uribe, 2008).

Sin embargo, no se encontraron estudios con respecto a la red social en el adulto mayor, por lo que este estudio hace un aporte significativo, ya que, aun cuando asisten a un grupo social, los adultos mayores no tienen cambios representativos en los círculos de sus redes sociales, lo cual coincide con lo observado por Jáuregui, Poblete y Salgado (2006), quienes señalan que el apoyo familiar se hace indispensable para el anciano y esto crea lazos muy fuertes de dependencia entre él y su familia, lo que ocasiona que esta sea el eje central en la red del adulto mayor y sean escasas las diversificaciones en sus círculos.

REFERENCIAS

- Baster Moro, C. (2012). Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 8(1), 168-173. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu16112.pdf>
- Camdessus, B., Bonjean, M. & Spector, R. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. (2013). *El cielo puede esperar. La 4ª edad: ser anciano en el siglo XXI*. Madrid: Morata.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2016). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2016*. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/>

Evaluacion/IEPSM/Documents/Principales-Hallazgos-IEPDS-2016.pdf?platform=hootsuite

- Domínguez Guedea, M., Mandujano Jáquez, M., López Dávalos, G., Domínguez Guedea, R. & González Montesinos, M. et al. (2011). Escala de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores (EBEMS / CFAM). *Revista de Psicología*, 29(2), 266-287. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/2469/2418>
- Durán, D., Orbegoiz Valderrama, L., Uribe-Rodríguez, A. & Uribe Linde, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270. Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/Vo7No118.PDF>
- Eguiluz, L., Robles, A., Rosales, J., Ibarra, Córdova, A., Gómez, J. & González-Celis, A. (2003). *Dinámica de la familia*. México: Pax.
- Estrada Inclán, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (2012). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos.pdf>
- Jáuregui Ortiz, B., Poblete Trujillo, E. & Salgado de Snyder, N. (2006). El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En N. Salgado de Snyder & R. Wong (Eds.), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México* (pp. 85-96). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Kalish, R. (1996). *La vejez; perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Mc Goldrick, M. & Gerson, R. (1985) *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Nardone, G. & Balbi, E. (2008). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa*. Barcelona: Herder.

- Rage, E. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza y Valdés.
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

II. Implicaciones del cuidado en la vejez

Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas*

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

*¿Qué significa para usted cuidar?
“Pos yo digo que hacer un bien, éno?
Hasta con otra gente...
no se diga con los mismos de uno”.*

CLAUDIA, 75 años

LA VEJEZ EN MÉXICO Y LOS DEBATES SOBRE EL CUIDADO: ANTECEDENTES

El panorama en nuestro país sobre la vejez y el envejecimiento en 2014 señala que el porcentaje de personas de 60 años y más asciende a 9.7% de la población total, lo que equivale a 11.7 millones de personas; además, en el segundo trimestre de 2014, la tasa de participación económica de la población de 60 años y más fue de 33.7%, una parte activa importante en el mercado laboral que desciende conforme se avanza en edad.

—
* Este trabajo se elaboró en su parte empírica a partir de los datos provenientes de la investigación realizada en el marco del Proyecto Latinassist, coordinado por la Universidad París I, a cargo de Blandine Destremau e Isabel Georges. Para el capítulo mexicano, la investigación fue coordinada por Magdalena Villarreal (CIESAS Occidente) y Rocío Enríquez (ITESO), y se contó con la participación de Edith Carrillo, Karina Vázquez, así como de María Martha Ramírez y Carolina Cuarenta.

Por otra parte, los datos de la Encuesta Nacional sobre las Relaciones en los Hogares 2011 (Endireh) señalan que 45% de las mujeres que contaban con 60 años o más sufrió algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja. Asimismo, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2012 (ENIGH), se indica que del total de los ingresos corrientes de los hogares donde viven al menos un adulto mayor, 30% provienen de transferencias. En 2012, del total de egresos hospitalarios en personas de 60 años y más, 12.3% fue por trastornos depresivos. Los fallecimientos en este grupo poblacional, según las estadísticas de ese mismo año, se deben a enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, isquémicas del corazón, cerebrovasculares, crónicas de las vías respiratorias inferiores, del hígado e hipertensivas. Este grupo de padecimientos conforma 55.1% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional (Inegi, 2014).

Los datos sobre envejecimiento en México muestran los cambios en la pirámide poblacional y por lo tanto el incremento cada vez mayor de personas de edad avanzada. Ante esta perspectiva, abordar la problemática del cuidado es una tarea central para evaluar las condiciones en que actualmente se provee y las demandas que se tendrán a corto, mediano y largo plazo. La familiarización y, sobre todo, la feminización del cuidado en la cultura latinoamericana y específicamente mexicana es una condición cultural que muestra la concentración de las demandas de cuidado en uno de los pilares del bienestar: la familia, lo que crea una sobrecarga en particular para las mujeres, que no puede sostenerse y muestra las tensiones en un sistema de cuidados inequitativamente distribuido.

El alargamiento en la esperanza de vida en la población latinoamericana, en particular mexicana, el achicamiento del tamaño de los hogares, la coexistencia de tres o más generaciones corresidentes y la diversificación de los arreglos familiares son solo algunos de los factores a tomar en cuenta al abordar el proceso de envejecimiento en México desde la perspectiva del cuidado en tanto responsabilidad

social para la procuración del bienestar incluyente. El cuidado está íntimamente ligado a los lazos sociales, las posibilidades de interacción a favor de la vida y una cultura emocional que promueva el intercambio de emociones tales como la compasión, la ternura, el amor y la solidaridad social.

Para Lamaute (2013), la rigidez de la distribución sexual del trabajo es una problemática central en nuestra región, ya que las mujeres participan cada vez más en el mercado laboral y los hombres lo hacen de manera insuficiente en las labores domésticas y de cuidado. En este sentido, se hace necesaria una redistribución del cuidado que incentive prácticas con una mayor equidad; se necesita también una mayor participación por parte del estado y sus instituciones, así como del mercado, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, en el ámbito de lo doméstico se requiere más participación masculina en las tareas de cuidado de las personas, tanto menores de edad como adultos mayores y personas con algún tipo de discapacidad, además de que los hombres y las mujeres puedan ser proveedores económicos, es preciso que ambos sean cuidadores. Desplegar prácticas de cuidados se refiere al repertorio de actividades en que las personas son directa o indirectamente producidos y mantenidos, ya sea material, psicológica / emocional o cognitivamente. El cuidado está delimitado por las estructuras, normas y representaciones sociales vigentes, e influye de manera específica para la reproducción o el cambio de estas.

En el análisis de la problemática del cuidado deben tomarse en cuenta las dimensiones macro y micro: la primera tiene que ver con la corresponsabilidad a nivel estructural, en el cuidado y bienestar de las personas mayores por parte del Estado, las familias, las comunidades, las organizaciones sociales y las empresas; la dimensión micro privilegia el análisis de los arreglos de cuidado, tomando en cuenta las configuraciones familiares, las relaciones de género e intergeneracionales.

Ahora bien, para el análisis del cuidado es central la dimensión cultural y simbólica. Un modelo de cuidador universal involucra tanto a las mujeres como a los hombres, así como la redistribución interins-

titucional e interpersonal de responsabilidades de cuidado. De esta manera, se busca incrementar la participación económica de las mujeres, contando con los servicios que disminuyan su carga de cuidado y favorezcan su empoderamiento, así como también la emergencia de nuevas masculinidades en las que las tareas del cuidado sean parte de esas marcas identitarias. Se trata entonces de deconstruir los estereotipos de género y favorecer la redistribución de las tareas de cuidado en los hogares y así promover nuevos roles y actitudes en los procesos de socialización de las nuevas generaciones frente al cuidado y su incremento.

De esta manera, señala Provoste (2013), lo que está en el centro es avanzar hacia una concepción de cuidado como derecho universal, responsabilidad del estado, las instituciones y ambos sexos. Redistribuir el cuidado es una necesidad urgente, impulsada tanto por las tendencias político-culturales sobre la igualdad de género, y otras transformaciones sociales (tales como el envejecimiento, aumento de niveles de educación, del trabajo remunerado femenino y nuevos perfiles de morbilidad). Todo esto cambia los arreglos familiares, las formas de coresidencia y las pautas tradicionales de cuidado. Aunque la necesidad de este es cada vez más apremiante, las políticas casi no han avanzado hacia su redistribución, tanto en la dimensión macro como microsocial. Las políticas de cuidado dirigidas a distintos grupos sociales han estado desarticuladas entre sí y son pocos los avances sobre las condiciones de provisión de cuidado en el ámbito doméstico y la necesidad de nuevos arreglos dentro del hogar. En este sentido, a pesar de que se ha reconocido en muchos estudios el valor del trabajo doméstico y de cuidado, no ha habido suficiente impacto en el diseño de políticas, que siguen considerando el cuidado como un problema privativo de las mujeres y ajeno a las responsabilidades del estado; es preciso que sea considerado un derecho humano universal. La limitación, de acuerdo con el autor, no se debe solo a la ausencia de políticas sino a la falta de un debate público y la necesaria participación social. El maternalismo se reproduce en un sistema en el que el estado necesita

la figura de la madre para vincular a las familias con las instituciones. El cuidado es, desde este punto de vista, un espacio de articulación entre las familias, el estado y el mercado. Las propuestas para la redistribución del cuidado pueden entonces sustentarse en la igualdad de género.

Como se mencionó, entender el cuidado como un derecho universal basado en la igualdad de género implica una reconfiguración de las relaciones entre el mercado, la familia y el estado, en la que se reasignen nuevas responsabilidades y articulaciones. Si las necesidades de cuidado se entienden como el producto de la carencia de facultades para realizar actividades básicas, los principales grupos necesitados de cuidados son los menores, una parte de los adultos mayores y los discapacitados. En este trabajo nos interesa especialmente la situación de los adultos mayores y sus demandas de cuidado, además de profundizar en los códigos culturales sobre el mismo, de manera que las políticas promuevan formas más equitativas entre géneros y generaciones, de resolución de este tipo de demandas.

La problemática del cuidado hacia los viejos tiene una doble dimensión de género, pues las mujeres son las principales encargadas de brindarlo, aunado a que hay mayor cantidad de ancianas que viven por más años. Así también, el envejecimiento poblacional produce la reducción del tamaño de las redes de apoyo familiar con las que podrían contar los ancianos. En todos los países latinoamericanos, una parte importante de las personas mayores no tiene acceso a prestaciones de salud o seguridad social. El tema no se ha visibilizado completamente porque se ha pensado que es un problema del ámbito privado. Las políticas dirigidas a la vejez deben ser multisectoriales e integrales para lograr una “sociedad para todas las edades” (Huenchuan, 2009, en Provoste, 2013). Para Provoste, “las políticas de conciliación entre empleo y familia han permitido poner de relieve una de las principales dificultades para la inserción laboral de las mujeres, abriendo espacios a la responsabilidad de cuidado de parte de los hombres y a la responsabilidad de las empresas frente a las familias” (2013, 159). En este sentido, la utilización de las encuestas sobre uso del

tiempo y las estadísticas laborales permiten dar visibilidad a las tareas no remuneradas de las mujeres y en especial a las tareas de cuidado. Si se consideran de manera integrada las encuestas de la fuerza de trabajo y el uso del tiempo, se muestra que la actividad de las mujeres es muy intensa y su contribución económica muy alta. La intensidad de este trabajo doméstico y de cuidados se refleja en una menor participación en el mercado laboral de las mujeres (Rodríguez, 2013).

Para Ortega (2013), el concepto de tiempo total de trabajo es la suma del tiempo en el trabajo remunerado y las actividades de producción de servicios para el hogar y la comunidad. Los servicios para el hogar se centran en los quehaceres domésticos y las tareas de cuidado. El tiempo promedio dedicado al trabajo total es más alto en las mujeres que en los hombres, tanto en contextos rurales como urbanos. La sobrecarga para las mujeres se atribuye a que destinan más tiempo a las actividades domésticas y de cuidado —ámbito casi exclusivo para ellas—. “Se ha producido una reconfiguración del modelo patriarcal en su expresión más pura porque las mujeres han entrado en la esfera mercantil, y en alguna medida se puede encontrar hombres en tareas de cuidado” (Ortega, 2013, 265). Sin embargo, estos cambios no han producido transformaciones culturales en los códigos de cuidado que siguen señalando a ellas como principales responsables.

Para Salvador (2013), el análisis del trabajo remunerado y no remunerado debe incluir el rol del estado y sus instituciones, así como del mercado y la comunidad para la prestación de servicios y con ello reducir las cargas de cuidado. “Es preciso generar las condiciones para que el trabajo que se realiza en el ámbito del hogar y la familia no se vea tensionado por las lógicas de funcionamiento imperantes en el mercado laboral y en la oferta de servicios y prestaciones mediante los cuales se busca contribuir con dicho trabajo” (239). A su vez, Sauma (2013) enfatiza la relevancia de una mayor participación masculina en las tareas de cuidado de las personas dependientes.

Flores-Castillo (2013) buscó analizar los efectos del envejecimiento poblacional y la disponibilidad para el cuidado desde una perspectiva

interdisciplinaria, que considere aspectos afectivos y emocionales. Esta mirada integradora pone de relieve la importancia de las dimensiones simbólicas del cuidado y las transferencias emocionales entre quien cuida y quien es cuidado. Para la autora, la relación entre sujeto cuidador y sujeto cuidado es compleja, y en el caso de los cuidadores repercute en la no disponibilidad de tiempo para otro trabajo o bien para el ocio, así como en la presencia de sentimientos de satisfacción, estrés, agobio y culpa, así como de cansancio y resentimiento, entre otros.

Es precisamente en esa dimensión emocional en la que se busca profundizar para dar cuenta de aquellas emociones centrales que forman parte de la cultura de cuidado en un grupo sociocultural específico. Se considera que los cambios en los códigos culturales del mismo serán los que favorecerán procesos de redistribución equitativa del mismo a nivel macro y micro, y que las emociones desempeñan un papel central en estos procesos de reproducción o cambio de las narrativas y prácticas de cuidado a favor de la equidad y colectivización de este.

SOBRE EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL DE LAS EMOCIONES: PERSPECTIVA TEÓRICA¹

Para abordar la dimensión emocional del cuidado, se trabaja con la perspectiva del construccionismo social de las emociones (Coulter, 1989; Swanson, 1989; Hochschild, 1990; Gordon, 1990; Perinbanayagam, 1989). En específico, se trata del construccionismo social moderado (Armon-Jones, 1986), que centra su atención en la connotación sociocultural de las emociones sin negar su componente psicológico y biológico. Por ello se pone especial interés en desentrañar las formas en que los significados, las creencias, las normas y los mandatos sociales

1. Este apartado teórico retoma insumos de publicaciones anteriores, principalmente de Enríquez (2008). También, se incorporan nuevos especialistas o bien se actualiza la información con algunos elementos de la producción reciente de autores centrales.

influyen en las formas de significación de las emociones, así como en las prácticas de regulación emocional (Swanson, 1989). Se parte del reconocimiento de que las sociedades contemporáneas tienden a ubicar en un nivel superior a las dimensiones cognitivas, intelectuales o racionales, y en un nivel inferior aquellas dimensiones que tienen que ver con lo emocional y sentimental. Se ha tendido a separar al actor social entre aquellos que son conscientes / cognitivos y los inconscientes / emocionales. El desafío para el estudio social de las emociones estriba en el reconocimiento del actor consciente y también emocional, que es capaz de llevar a cabo ejercicios reflexivos sobre sus experiencias en el marco de las condicionantes y expectativas socioculturales (Hochschild, 2007).

Las premisas básicas del construccionismo social de las emociones tienen que ver con la asunción de la presencia de un juicio, valoración y pensamiento; es decir, con el reconocimiento de un componente cognitivo, así como con la intencionalidad relacionada directamente con la situación en que se presenta la emoción y sus componentes socioculturales. En este sentido, las emociones son prescritas por el sistema social, lo que se refleja no solo vía semántica (la cual nos ofrece los términos para entender la emoción) sino también por la vía fenomenológica; es decir, en la cualidad de la experiencia de la emoción en sí misma. Una siguiente premisa tiene que ver con la función de la emoción, la cual tiene un componente sociofuncional que solo puede ser explicado cuando se analiza el para qué de la expresión de esta en el sujeto social, más allá de las fronteras de lo individual (Hochschild, 1990).

Los conceptos emocionales son entendidos como construcciones que incorporan referencias a sensaciones, objetos de orientación y expresiones de conducta a través de reacciones físicas, actividades complejas, declaraciones o gestos. Las emociones humanas están vinculadas con sensaciones, conductas y situaciones específicas en el mundo social. La desmaterialización de las emociones no implica su “irrealidad” o “insubstancialidad”. En este sentido, las emociones son

fenómenos públicos y los conceptos se construyen de manera social e intersubjetiva (Coulter, 1989). La experiencia emocional está compuesta por cuatro elementos centrales: la evaluación de la situación, los cambios en las sensaciones corporales, la libertad o la inhibición de gestos expresivos y un nivel cultural identificado (Hochschild, 1990). Por su parte, Wood (1986) distingue los siguientes aspectos en la experiencia emocional: lo fisiológico, fenomenológico (la experiencia), la expresión externa de la emoción, el nombre específico que se atribuye a la emoción, la interpretación de la causa de la emoción y la interpretación de la emoción como pasión o acción, y la evaluación moral. Gordon (1990), por su parte, desagrega la emoción en cuatro elementos centrales: los sentimientos (en tanto sensaciones), los gestos expresivos, los conceptos con los cuales se denominan las emociones y las normas regulativas. El autor explicita la importancia sobre cómo el sujeto evalúa la situación social, que pueden favorecer la reproducción de ciertas emociones en particular.

En síntesis, los componentes centrales de las emociones, a partir del construccionismo social, son las sensaciones corporales (manifestaciones fisiológicas), los gestos, los registros corporales y las acciones por medio de las cuales el sujeto expresa una emoción. En ello interesa de manera específica la expresión socializada de la emoción en tanto forma prescrita de manifestación cultural. Un siguiente componente es la dimensión relacional / social de la emoción, ya que esta se presenta por lo general cuando existe un cambio en la relación social. Un siguiente componente se refiere a la cultura emocional, porque para cada emoción se aprenden diferentes vocabularios asociados con ella que reflejan también las normas y creencias implicadas en cada una de las experiencias emocionales, en un contexto sociocultural específico (Gordon, 1990). Así, señala Hochschild (1990), la cultura emocional está aconsejada en libros, películas, actos religiosos y leyes. En este sentido, si se desea estudiar la correspondiente de un grupo sociocultural, es necesario adentrarse en su producción cultural a lo largo de la historia.

Gordon (1990) añade que hay un vocabulario emocional compuesto por etiquetas que se atribuyen a cada una de las diferentes emociones en tanto experiencias comunes compartidas por muchos miembros; preocupaciones centradas en la significación de la interacción social y lo bastante diferenciables como unidades más o menos independientes. El vocabulario emocional tiene como uno de sus objetivos sensibilizar a los sujetos sobre aquello que les conmueve y es compartido por una comunidad. Las emociones expresadas a través del lenguaje dan cuenta de los contenidos afectivos que transitan en las distintas esferas de la vida cotidiana y tienen que ver con la familia, la religión, la educación y las instituciones. Así, las sociedades concretas despliegan una densidad del lenguaje para destacar las emociones culturalmente valoradas y prevenir / advertir sobre aquellas que deben ser controladas, reguladas y posiblemente reprimidas.

Para Gordon (1990), las dimensiones sociales de las emociones son el origen, ya que la mayor parte de estas surgen a partir de una definición cultural de la relación humana, no así de la naturaleza biológica del ser humano. De esta manera, tomando en cuenta que para algunos teóricos existen emociones primarias, estas se encuentran sujetas a la definición y las restricciones sociales. Una segunda dimensión social es el tiempo: interesan entonces aquellas emociones de larga duración tales como la envidia, el rencor, el amor y la amistad, entre otras. Las emociones de larga data son de especial interés para el construccionismo social porque revelan información relevante sobre la persistencia, las características y la definición de las relaciones sociales. En este sentido, se entiende que están ligadas a propiedades acumulativas de las relaciones sociales a través del tiempo, y desde ello pueden también imaginarse posibilidades en la reconfiguración de las relaciones y emociones implicadas. Con respecto a la estructura, la coherencia entre los componentes de una emoción se mantiene y reproduce a través de fuerzas sociales. Así, están presentes los sentimientos, gestos expresivos, las acciones y formas de regulación emocional. La estructura, además, está anclada a un marco sociocultural

con particularidades. Con respecto al cambio, el cuestionamiento central está en dar cuenta de cómo ciertas emociones mantienen o bien transforman un orden social. Los cambios pueden darse en el plano de lo micro y en relación intrínseca con los vínculos sociales, o bien en el plano de lo macro y tomando en cuenta las tendencias históricas que favorecen procesos de reducción, intensificación o sustitución de algunas emociones. La estructura social afecta el flujo de la emoción mediante tres procesos interactivos importantes que tienen que ver con la diferenciación en la cual cada grupo social distingue e identifica ciertas emociones mediante su lenguaje, de acuerdo con los filtros sociales prevalecientes. La socialización, que se refiere a que los sujetos aprenden desde muy temprana edad a distinguir, enunciar, definir y expresar diferentes tipos de emociones. Y, por último, el control, vinculado con los distintos mandatos sociales que establece un grupo social específico para regular las emociones.

Para Hochschild (1990), hay un concepto central cuando se aborda el campo de la regulación emocional, el cual tiene que ver con lo que denomina *trabajo emocional*. La autora considera que el sujeto es capaz de cambiar sus sentimientos desde fuera hacia dentro, y viceversa. Así, con el propósito de hacer cambios en la experiencia emocional, este lleva a cabo ajustes en la posición corporal, la respiración, el volumen y tono de la voz, entre otros. De igual manera, el sujeto es capaz de reducir o cambiar su punto de referencia mental hacia otro ángulo que le permita arribar al sentimiento que desea experimentar. Para Hochschild, hay una serie de reglas y normas sociales que regulan la expresión de los sentimientos, que orientan hacia aquello que debería sentirse en diferentes escenarios sociales, denominadas *zonas de regulación* (líneas emocionales), las cuales definen la intensidad, la duración y las formas en que es apropiado expresar cierta emoción. En este mismo sentido, Perinbanayagam (1989) sostiene que las emociones son expresadas de formas rituales, por lo que el control, el manejo y las proporciones se mantienen dentro de una línea o un límite social preestablecido. En el manejo de las emociones se socializa

al sujeto de tal manera que mantenga un equilibrio en el despliegue de sus prácticas de acuerdo con los mandatos socioculturales sobre las fronteras en la expresión de las emociones. Así, la exacerbación emocional, según lo culturalmente considerado *aceptable*, se relaciona con la presencia de enfermedad mental.

Hochschild (1990) añade sobre las formas en que el sujeto se apropia de la ideología dominante y lo lleva a expresarse y actuar de maneras preestablecidas. En el caso de la ideología de género y su relación con las “reglas y normas del sentimiento”, encontró tres tipos básicos: tradicional, igualitaria y transicional. Ante dichas posiciones ideológicas, hay también estrategias de género y emocionales, por medio de las cuales se evoca activamente o suprimen varios sentimientos para perfilar una ruta de acción y expresión apropiada. De igual modo, hay estrategias de cambio activo y directo, donde se presentan emociones asociadas con la confrontación directa y la búsqueda del cambio en las relaciones desiguales de género. Por otra parte, las son aquellas donde se muestra un enfrentamiento mediante acciones paralelas que evitan confrontaciones y enfrentamientos directos. Para Armon-Jones (1986), hay una conexión importante entre género, emoción e ideología. En este sentido, el principio de lo femenino es culturalmente asociado con la moderación y otras cualidades aprendidas desde la niñez, las cuales promueven los patrones de adscripción de las emociones de acuerdo con el género al que se pertenece. Crespo (1986) afirma que hombres y mujeres son considerados socialmente sujetos con distintos tipos de emociones; dicha diferenciación se halla profundamente institucionalizada y aparece como una dimensión de lo “natural”. Hochschild (1990) añade que, así como se dispone de pautas y estrategias emocionales de género, también es posible encontrar estrategias que se desarrollan según el estrato social al que se pertenece. Cada contexto social exige una ruta y coordinación emocional específica; así, el sujeto desarrolla una especie de sensibilidad protectora que le permite expresarse emocionalmente de manera apropiada, de acuerdo con esa realidad estratificada de la cual forma parte.

En este sentido, para Hochschild (2007) los sentimientos y las emociones solo pueden ser analizados en relación con un contexto sociohistórico con coordenadas espacio-temporales claramente definidas. Así, es posible el análisis de las emociones a partir de los factores de contexto centrales: normativo, expresivo y político.

- El primero se refiere a la emoción y las reglas vinculadas a las emociones socialmente construidas y que pueden generar tensiones diversas entre aquello que se siente y las normas preestablecidas sobre lo permitido y sancionado, apropiado y deseado; para la autora existen tres formas de corrección de los sentimientos: clínica, cuando lo que se espera es algo concebido como saludable y normal; moral, legitimada desde el marco de la ética, y en relación con las situaciones sociales y la correspondencia con las expectativas según esas situaciones.
- El factor expresivo está relacionado con aquello que siente el sujeto y su comprensión por parte de los otros en un entorno específico. De acuerdo con el repertorio de expresiones y predominio de unas y la escasez de otras, podemos descifrar las relaciones complejas entre las emociones y el contexto.
- El tercer factor, el político, tiene que ver con las emociones y las relaciones / conflictos de poder. Las primeras son principalmente proveedoras de sentido y orientación en el mundo (Döveling, 2009), vehículos centrales para la interpretación de lo social a través de códigos culturales particulares (Kleres, 2009). La perspectiva teórica de las emociones que pone en el centro la búsqueda de relaciones entre las situaciones sociales concretas y los contenidos emocionales socialmente construidos, y que son expresados a través de las palabras y con diferencias y matices según las especificidades culturales (Lutz, 1986), es la que interesa en este trabajo. A cada situación social corresponde una constelación de emociones que se configura de manera diferenciada. Me refiero al conjunto de emociones vinculadas / emparentadas entre sí de manera compleja

y no lineal, que permiten desentrañar la cultura emocional de un fenómeno social en particular. Esta constelación de emociones puede variar dependiendo de los grupos socioculturales en particular y de la generación de nuevas emociones que favorezcan la no reproducción de un orden social existente. Así pues, en el caso de los procesos y las tendencias sociales en el cuidado, tales como la precarización, feminización, familiarización, colectivización, existen ciertas emociones nodo que están íntimamente emparentadas con otras y conjuntamente dan cuenta de las formas en que reproducen o favorecen la transformación en las prácticas asociadas al cuidado.

PRECISIONES METODOLÓGICAS

Para analizar las narrativas sobre emociones vinculadas al cuidado desde la perspectiva de quienes cuidan a personas mayores beneficiarias de los programas Setenta y Más (federal) o Vive Grande (estatal), o bien desde la perspectiva de los propios beneficiarios, se seleccionó una colonia en situación de pobreza en cada uno de los seis municipios que conforman la zona metropolitana de Guadalajara. A partir de ello, se realizó trabajo etnográfico en el periodo 2011-2012 y se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con mujeres y hombres emisores y / o receptores de cuidados que fueran beneficiarios de alguno de los anteriores programas sociales.² En total, se entrevistó a 60 personas con escenarios familiares heterogéneos y que experimentarían cotidianamente la pobreza en sus condiciones sociales y materiales de vida. La resolución metodológica buscó favorecer el diálogo y la hori-

2. La investigación de campo fue realizada de 2011-2012 y ambos programas sociales tienen como objetivo central la entrega de transferencias no condicionadas con valor de 500 pesos mensuales (alrededor de 40 dólares estadounidenses). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2012 (ENOE), en Jalisco hay 751,684 adultos mayores de 60 años, mientras que el porcentaje aproximado de población cubierta por alguno de estos dos programas sociales es de 34%.

zontalidad en la construcción colectiva de conocimiento pertinente y situado (Corona & Kaltmeier, 2012).

Para este estudio, se seleccionaron analíticamente algunas de las narrativas relacionadas en específico con las emociones y el cuidado. Se retoma la propuesta de Kleres (2010), la cual sostiene que las emociones están insertas en las narrativas. “Los elementos narrativos de una historia configuran la experiencia emocional” (185).

El enfoque de la narrativa de las emociones apunta a que, si estas son narrativas, la experiencia emocional está conformada por las circunstancias significativas para el sujeto. En este sentido, para analizar de esta manera las emociones, la ruta de indagación debe incluir qué pasa, quiénes son los actores, cuál es el desenlace y las formas posibles de interpretación, así como los referentes espaciales y las temporalidades. Así, en concordancia con Riessman (1993), el análisis requiere trascender la narrativa misma e interpretarla de acuerdo con el contexto histórico y social. Así, el análisis narrativo es la forma de introducirse en un corpus sobre emociones que permita abonar conocimiento sobre la cultura emocional de un grupo particular y los procesos / tendencias hacia una redistribución del cuidado y una colectivización del mismo.

Un elemento también central en el análisis de narrativas de emociones que tiene que ver con la construcción de *agencia*. De acuerdo con Kleres (2010), es posible encontrar las formas diversas en que un sujeto se posiciona como agente o bien como objeto en relación con un suceso y respecto a los otros. Algunas de las expresiones lingüísticas de las emociones que pueden ser analizadas en las narrativas son las palabras (nivel léxico), las oraciones (nivel sintáctico) y los datos no verbales como el ritmo, la velocidad y los silencios (prosodia). El análisis narrativo de las emociones permite resolver un asunto metodológico en este importante campo de generación de conocimiento en las ciencias sociales.

CULTURA EMOCIONAL DEL CUIDADO EN LA VEJEZ: ANÁLISIS DE NARRATIVAS Y DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS³

Con respecto al cuidado otorgado, interesa mostrar las formas en que estas tareas se colectivizan más allá de un “cuidador principal” y se muestran las relaciones de solidaridad y conflicto entre los miembros del grupo doméstico para hacer frente al cuidado. Los datos, en términos discursivos, advierten sobre las resistencias para un cuidado más colectivo, así como algunas de las vías posibles para zanjarlas. La narrativa de emociones (Kleres, 2010) de María —una mujer joven y con hijos pequeños que realiza tareas de cuidado de su suegra, una mujer de 93 años llamada René— muestra la presencia de tres emociones centrales que constelan la situación de cuidado. Se trata en primer lugar del enfado (“aquí estoy de enfadosa”) que señala María en su discurso y muestra los límites simbólicos entre aquellos que están cerca y los que son más periféricos en la red de cuidados que rodea a René. Estos posicionamientos tienen que ver con la consanguinidad y la generación a la cual se pertenece. El acercamiento de María para apoyar en el cuidado de René puede ser visto como una intromisión por los parientes más cercanos físicamente y por consanguinidad a esta última, pero no por ello los más comprometidos con su cuidado. La agencia emocional (Kleres, 2010) de María para apoyar a su suegra provoca resistencias en el grupo doméstico, que pueden o no desalentar sus iniciativas de cuidado. En la cultura del cuidado en México, el paradigma familista (Lamaute, 2013; Provoste, 2013) promueve la atención de los dependientes por parte de los miembros de la familia, principalmente por aquellos que tienen un vínculo de parentesco directo con la persona receptora de los cuidados. El relato de María muestra las dificultades para penetrar en esa red de cuidados y el costo que puede llegar a tener, como puede ser el que “se hagan comenta-

3. Todos los nombres de los entrevistados fueron modificados para resguardar su anonimato.

rios” hacia ella que desalienten temporalmente (sentirse “sentida”) sus iniciativas de cuidado con su suegra. La pena es una emoción central en la cultura emocional del cuidado. María señala cómo “con todo y pena” comenzó su proceso de participación en el cuidado de René. La pena ante una aparente intromisión en el mundo de lo íntimo, del aseo personal y el cuidado cotidiano puede desmotivar la práctica de un cuidado más colectivo. Sin embargo, hay una emoción central que también aparece en el relato y tiene que ver con el cariño que vincula a María con su suegra, en el cual la historia de este lazo social es importante. Con esto se quiere decir que en la cultura emocional (Gordon, 1990; Hochschild, 1990) del cuidado, los sentimientos asociados con el afecto, cariño y amor pueden ser generadores importantes para el mantenimiento de las prácticas de cuidado aun cuando las tensiones estén presentes en la red de cuidado.

Sí, digo aquí estoy de enfadosa... Le digo que yo lo que hago lo hago de corazón, porque me nace... Lo que pasa es que aquí pues son de lo que diga su hijo, lo que diga... Pues yo antes venía y le echaba sus vueltitas, pero no venía mucho, pero igual no me metía por el hecho que yo no quería tener problemas, hasta que llegó el día que dije: todos dicen, pero no veo que hagan [cuidados hacia la suegra] Entonces llego el día en que yo vi que la habían regañado y me la encontré llorando, porque pues ya no se puede bajar a hacer del baño, entonces se ensució... y pues no, yo digo no se les trata así, yo porque mi abuelita, digo: “Uy, yo que diera por tenerla, que le hace que la tuviera que cuidar todo el día”, entonces con pena y todo me metí [...]

A mí no me pesa... le echo sus vueltas, mando a mis hijos a que la vean, se trata más que nada de comprensión de cariño, que de regañar... Dice ella [la suegra]: “Yo creo que ya hago puras cochinadas”... No, ¿cuál?, para eso estamos para ayudarle... Sí le traigo de comer, como tengo mis hijos en la escuela todo el día, ando de aquí para

allá, ya en la noche vengo le lavo su cómodo, en días le pongo una silla para bañarla... Le digo que le saco una silla pa' afuera y la saco un rato en la tarde, pero no quiere... Yo todo lo que le ayudo porque sé que no es que no quiera hacer las cosas sino que no puede... Yo la conocía bien trabajadora... Ay no, es que a mí se me hace feo... Unos días dejé de venir... Es que estaba sentida... Hicieron un comentario...

Por otra parte, el relato de Sebastián (a continuación), un hombre de 77 años, nos muestra la participación masculina en las tareas de cuidado de personas mayores. Esta emergencia de nuevas masculinidades asociadas al ámbito de los cuidados (Ortega, 2013) es un hecho que puede concretarse en población mayor que vive cotidianamente en una situación de pobreza. Aun cuando no se trata de una generalidad, encontrar estos casos, de alguna manera paradigmáticos, refleja los cambios en los códigos culturales con respecto al cuidado, la reciprocidad y solidaridad en las últimas etapas de la vida. Sebastián es entonces un agente (Kleres, 2010) que incide de manera cotidiana y comprometida en el mantenimiento de la vida de su esposa enferma y con una dependencia mayor. La emoción central en el relato de este hombre tiene que ver con el afecto y también con el mandato moral de cuidar del otro. Lo que detiene la mirada en este caso es la forma en que Sebastián va más allá de la línea / frontera emocional (Hochschild, 1990) sobre aquello que es permitido sentir y sobre todo desplegar en prácticas cotidianas de cuidado, y lo que es sancionado socioculturalmente. Sebastián asume el trabajo de cuidado diario de su esposa a lo largo de la duración del padecimiento (ocho años) y destaca el afecto con el cual prodigó estas atenciones. Él, en términos discursivos, nos muestra un perfil masculino emergente que no delega en el ámbito de lo “femenino” las tareas de cuidado.

Además, en la narrativa aparecen también las vecinas en el cuidado de la mujer enferma. En este caso, la red se conformó con la

participación central de Sebastián, de consultas médicas a domicilio y la contribución, en momentos específicos de demanda de cuidados, de las vecinas. Las nueras, aun cuando estaban geográficamente cerca, no participaron activamente en las tareas. En los estudios de esta naturaleza es importante dar cuenta acerca de los miembros que conforman la red, que pueden ser lazos vecinales / comunitarios que amortiguan la demanda de cuidados entre al menos dos pilares del bienestar, en este caso la pareja (familia) de la persona enferma, de género femenino, así como la comunidad a través de los vecinos.

Así como el cariño y afecto aparecen en la cultura emocional del cuidado, también surge la pena, emoción ligada directamente a la posible condición de vulnerabilidad de Sebastián. Cuando el entrevistado aborda su preferencia en el cuidado, esta es una emoción que se filtra en su criterio de elección: pena de ser cuidado por familiares, de saberse necesitado de atenciones para su cuidado personal, lo lleva a preferir el cuidado de un servicio profesional. La pena puede ser entonces la puerta de entrada, en términos de cultura emocional en este grupo social, para que las instituciones de salud participen. Sin embargo, no es desde una visión de derechos a ser cuidado (Provoste, 2013) sino desde su mercantilización a través de la contratación de servicios privados.

Ella me duró ocho años enfermita, y esos ocho años yo estuve atendiéndola de todo a todo. Yo la bañaba; ahí mismo le puse un hule al colchón completo todo. Yo le navegué un buen ratito con ella, bueno no navegué, pos era mi esposa, yo tenía que... Dejé de trabajar porque mi señora se me enfermó. Sí, ya no volví a la obra. Todo el día, las 24 horas del día [...] Se me cayó dos veces a la hora de querer ir al baño, dije: “No, pos ya no mijá, ya ni te muevas”. Entonces me “juí” a la Parisina y me traje un plástico grande de esos que les ponen a los niños para que no pase el agua para nada; me “juí” y me traje un plástico, forré el colchón y ya la acostamos limpia; precisamente

esa vez me ayudó esta señora que va ahí [una vecina] a acostarla, a atenderla. Mejor otra que mi nuera, no quisieron mis nueras [ayudarme]. Y ya ella vino y me ayudó a arreglarla, quedó ya limpiecita y en su cama. Le dije: “Ya si no quieres moverte de aquí pos ya no te muevas hasta que a ver qué pasa”; ya le mandé traer al médico y ya le dije yo: “¿Cómo ve... la dejamos allí o la armamos a que camine?” “No” dijo. “Déjela que descanse ya, así déjela ya”. Así me duró ocho años.

Si yo diario, pos diario le hacía yo su aseo, la limpiaba, la arreglaba, la dejaba limpiecita, la bañaba con un trapo húmedo, le quitaba lo sucio y todo y le arreglaba. Tenía médico de cabecera para ella; le daba 100 pesos al médico por venir. Había unas toallitas que mi hija también me las traía, las humedecía y la limpiaba, la bañaba con las toallitas, la limpiaba, la dejaba yo... pues hermosa. Y le querían dar de comer otra gente y no y no. Solamente yo. Fíjese, tuve que venirme del acompañamiento de un velorio que me mataron un sobrino ahí en Loma Bonita, y estaba yo allá y vino una nieta mía para atenderla mientras yo estaba allá [en el velorio]; a la hora de comer no quiso, le daba y “án dele abuelita án dele”, no... “Que venga Sebastián”; y ya me habló por teléfono: “Oiga, que tiene que venir a darle de comer”. No pues me vine, llegando luego luego le di de comer y comió. Así que, pues ya la tenía chiquiada, pues. Yo iba y le hacía cariños y a mí se me pasaba el día atendiéndola. Yo no reniego de nada, no me desespero de nada, todo, pues como dios tiene que mandarlo pues ya [...]

Y a mí me daría pena de que tuvieran que cuidarme. Uno es diferente a la mujer; la mujer es amada, y uno no, uno menos. La mujer se ama y se cuida y se atiende, y el hombre es cabezón, entonces pues por eso me daría más pena. Me daría pena que me cuidaran mis hijas. Buscaría yo quién viniera a cuidarme. Si cayera yo en una enfermedad, buscaría una persona que viniera. Lo mejor que cayera yo, y ya no me levantara [morir]. Del otro modo, pagar a una persona que venga a cuidarme: enfermera o alguna cosa. Ese sería

otro cantar. Decirles a mis hijos: “¿Saben qué?, entre todos páguenme una enfermera que me venga a cuidar. Las que están impuestas a manejar al paciente”.

Magdalena, una mujer cercana a los ochenta años, nos comparte también una emoción límite en la cultura del cuidado, la cual tiene que ver con la impotencia, con el reconocimiento de la no capacidad individual para lidiar emocionalmente con los límites de la situación de dependencia de un ser significativo, en este caso la pareja. En el relato aparece un vínculo central para cooperar en las tareas de cuidado, que es la hija. Desde la perspectiva de Magdalena, esta es descrita como mujer “experta” en el manejo cuidadoso de un padre absolutamente dependiente. Entrar en contacto con emociones cercanas a la impotencia para el cuidado favorece la activación de los vínculos cercanos y el compromiso de la relación filial. El cuidado se resuelve en las esferas de lo familiar y muestra la demanda creciente de nuevas formas de distribución de este que favorezcan la participación de hombres y mujeres, así como de las instituciones del estado, el mercado y las comunidades (Provoste, 2013). Asimismo, los tiempos asignados al cuidado, cuando se trata de un enfermo altamente dependiente, advierten sobre la posible extenuación de las mujeres cuidadoras en la mayoría de los casos.

Y él estaba paralizado de todo su cuerpo, con los puros ojos nos hacía señas porque no hablaba tampoco; y mi hija, ella cómo nos ayudaba. Le decía: “¡Ay hija!, yo ya no puedo ver a tu papá” [Y ella decía]: “No se apure amá, venga para que vea cómo lo cambio”. Vieras qué lista: le ponía el pañal aquí para moverle, levantaba y le sacaba el otro, le limpiaba y le metía el otro. Y ella lo sentaba y se estaba con él mientras yo le daba de comer, así sentadito en la cama. Mi viejo duró diez años en cama, tirado. No lo dejamos que se nos [llagara]... A mi hija le gustaba moverlo a cada ratito: lo cuidaba, lo movía para un lado y para otro.

Con respecto al cuidado recibido y las narrativas de emociones (Kleres, 2010) de quienes son receptores de estos cuidados, adquiere relevancia como caso paradigmático el de René, mujer de 93 años que reside con su hija Esther, de 73 años, y que anteriormente fue citado a partir de la narrativa de María, nuera de la primera y emisora de cuidados. La narrativa de las emociones de René muestra la relevancia del discurso religioso en su construcción social del cuidado. Se trata de la noción de cuidado en tanto “caridad”, que tiene sus orígenes en un mandato religioso que obliga al otro a llevar a cabo estos “servicios” de “buena voluntad”. El cuidado es regulado y por tanto premiado y sancionado simbólicamente por la institución religiosa. El anciano o la anciana son entonces seres desvalidos y necesitados de servicios de caridad por parte de los familiares y los miembros de la comunidad. Las creencias religiosas son las que remiten esta labor principalmente al ámbito de la familia. El discurso del derecho a la salud y a ser cuidado están completamente ausentes, y las prácticas se asientan y respaldan en el marco de una religiosidad conservadora.

También, desde la narrativa de René, se muestra lo que interpreta como coraje y rencor por parte de su hija al tener que cuidarla. Para ella, estas emociones tienen que ver con la historia del vínculo construido con su hija. “Yo me la ajusticiaba cuando estaba chica”. Cuando el cuidado se centra en el ámbito de lo familiar, las emociones que han permeado las relaciones a lo largo de la historia tienen repercusiones en las prácticas específicas de cuidado y pueden dar lugar a omisiones, negligencias y formas diversas de violencia simbólica o física. Emociones tales como el enojo, coraje, rencor y resentimiento forman parte también de la cultura emocional del cuidado y advierten acerca de la necesidad de un proceso de colectivización del mismo, de manera que se cuente con la corresponsabilidad de instancias pertenecientes a las instituciones del estado, principalmente en materia de salud, así como a la participación de las comunidades y distintas organizaciones. El cuidado en un asunto que debe articular a los distintos agentes del bienestar social.

En el relato de René aparece también el agradecimiento hacia María, su nuera, por la disposición a cuidarla, así como hacia sus vecinas por la realización de tareas de cuidado puntuales. Para René, lo que está en el centro, como posibilidad para recibir cuidados, es el afecto, “dejarse querer y querer a los otros”. Es la expectativa de una relación recíproca asentada en el intercambio de afecto, la cual posibilita el cuidado. Sin embargo, desde el marco de los derechos humanos, se requiere avanzar en la exigibilidad del derecho a ser cuidado más allá de las transferencias emocionales que favorezcan u obstaculicen el trabajo de ello. Los servicios profesionales de cuidado por parte del estado, en colaboración con las empresas y comunidades, deben ser una alternativa que garantice la viabilidad de una vida digna en las etapas finales de la existencia.

Por último, en el relato de René surge de nuevo la pena ante la necesidad de ser cuidado, de permitir el aseo personal por parte de una tercera persona. La pena, emparentada con la vergüenza, en este caso con la posibilidad de generar asco en los otros, puede actuar como inhibidora de las tareas de cuidado y otorga centralidad al cuerpo. Se trata de cuerpos que registran el paso por la vida y las prácticas de autocuidado sostenidas a través de ese tránsito de la existencia. La pena, emoción participante en la cultura emocional del cuidado, muestra una complejidad importante que apuntala hacia la exposición y el cuidado del cuerpo ante profesionales de la salud, como es el caso de Sebastián, o bien por parte de familiares, en donde la preferencia por quién se desea ser cuidado no es una alternativa en muchos casos.

Digo yo que, aparentemente, se niega uno a hacer un favor [un cuidado] una caridad a las personas, y les digo yo: “No le están haciendo a la persona, la caridad la está recibiendo dios, porque en cada uno de nosotros está él, y si le niega la caridad a aquella persona, se la está negando a dios; yo digo, a lo mejor estoy equivocada, yo así pienso porque así me imagino que así es la cosa [...]

Manuel [su hijo] se quería quedar aquí conmigo a pasar la noche. “Aquí déjenme sola, dios sabrá” [...] Porque, así como estaba yo bien mala del estómago, suelta del estómago, para delante de la gente estar, de los hombres, cochinerito aquí no, mejor yo sola... Mis hijas y todas se fueron a dormir, él se quería quedar aquí, pero a mí me daba pendiente con él, me daba pena y dije: “No”, y no me pasó nada... Con cuidados agarrándome voy al baño... y duermo con la puerta cerrada porque siento que por ahí se mete el chamuco [...]

El otro día vino Esther, me trajo unos hielos, me dijo que los agarrara; los tenía allá en la esquina. “¡Toma, te estoy dando, ten!”. Ella está viendo que no puedo estirarme hasta allá, levantarme. “¡Ten, te estoy dando!”... Y yo me puse a llorar después... porque está viendo cómo estoy y quería que me arrimara a tomarlo y no arrimarse ella pa’ acá; yo quisiera que dios la ayudara a cambiar de manera de ser, por ella misma; yo no quisiera que viviera esa vida así porque ofende mucho a dios; la ofensa aparentemente es para mí pero la recibe dios; si no se arrepiente, a mí me da tristeza con ella, no me da coraje, me da tristeza. Le he pedido mucho a dios por ella, pero a veces tiene el corazón tan duro que no deja uno que dios entre; pido mucho por ella, pero no y es que el corazón lo tiene bien cerrado. Dios quiere entrar a hacer su obra, pero no abre su corazón para que él entre, pero es muy rencorosa, lo tiene así; conmigo tiene coraje porque yo la ajusticiaba, pero es que era muy desobediente, desde chica fue muy rebelde... A veces mi hija viene y no saca mi bacinica, porque le da asco [...]

Agradecida con María [la nuera] porque vale más un servicio que el dinero... un servicio de buena voluntad... Los servicios no se quedan aquí, ni con las personas, son para él; él es el que está recibiendo todo eso, lo que hayas hecho por el más insignificante de mis hermanos lo hiciste por mí, y cuando no, no te conozco, quién eres, lo que no hiciste por el más insignificante de mis hermanos, no lo hiciste por mí, vete, no te conozco [...]

Pues me da pena con ella [María] me da pena con ella y vergüenza, pero al mismo tiempo me da confianza y agradecimiento... ver que es de buena voluntad, ella fue la que se ofreció a ayudarme, me lava las cobijas... A veces me da pena con ella porque tiene sus ocupaciones o a veces, como le digo, “¿No te da asco?”. Doña Luz y Carmen [vecinas] me cortaron las uñas de los pies... porque a mí me crecen mucho, me cortaron las de los pies... Ellas me las vienen a cortar, tengo mis amistades, pero como les digo, “todo depende de dejarse uno querer y querer uno a las personas para que ellos nos puedan querer”. Algunos familiares de fuera de Guadalajara, de los que viven por ahí, a veces se juntan aquí, ya están aquí conmigo en la tarde o en la noche, de todos modos, me levantan el ánimo.

El último y breve relato muestra la situación de Adriana, una mujer de 86 años que refleja la condición de vulnerabilidad de muchas mujeres que viven la etapa de la vejez sin las atenciones necesarias; expone también la reproducción de los roles tradicionales de género en donde el cuidado pertenece al ámbito de lo femenino, y aparece una emoción importante en el relato que tiene que ver con la preocupación por el otro, en este caso por los cuidados básicos de alimentación cotidiana. Preocuparse, atender y estar al pendiente son emociones centrales en la cultura del cuidado que permean los discursos de los que reciben y / o otorgan cuidados. La reproducción de la vida en el caso de Adriana queda cuestionada ante un vacío de cuidados vitales para la sobrevivencia.

Mire, y ya ve cómo son los hombres, nunca le dan a uno lo que quiere, pues como ahora él [esposo] se sale a las seis de la mañana y no vuelve hasta las dos de la tarde, y entonces en ese rato ¿qué como? Nunca se ha preocupado por si como o no.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La cultura emocional del cuidado, a partir del análisis de narrativas de emociones, muestra la constelación de aquellos afectos que favorecen o limitan prácticas de cuidado que coadyuvan a una redistribución de las cargas de cuidado entre los géneros, así como entre las generaciones y los distintos arreglos familiares. Comprender el cuidado a partir de las redes que se conforman alrededor de él, y las inequidades / equidades que conlleva, así como la coparticipación en el cuidado por los distintos agentes sociales (familias, instituciones, mercado y comunidad), es un punto central en la agenda social ante el fenómeno del envejecimiento poblacional.

La agencia emocional (Kleres, 2010) es un concepto potente que permite develar las formas contemporáneas en que los sujetos sociales trasgreden los mandatos socioculturales sobre el cuidado tradicional y dan lugar a nuevas narrativas que encarnan emociones ligadas a la transformación de las prácticas del cuidado desde una perspectiva de equidad de género y de solidaridad intergeneracional y búsqueda de la participación de otros agentes sociales en las tareas de cuidado de las personas mayores.

Aun cuando los hallazgos muestran la prevalencia del paradigma familista (Lamaute, 2013; Provoste, 2013) en la realización de las tareas de cuidado de las personas mayores dependientes y que viven en situaciones de precariedad económica urbana, se asoman también vestigios de narrativas que muestran la participación más o menos comprometida de actores sociales comunitarios que buscan contribuir hacia formas más colectivas de responder a las cargas de cuidado. Sin embargo, en el imaginario de los sujetos, el contar con servicios profesionales sería posible a través del ámbito de lo privado, lo cual refleja la tendencia dominante de mercantilización de los cuidados (Provoste, 2013) y la ausencia de un discurso de derechos que otorgue su importancia.

El cariño, la pena, el agradecimiento, asco, rencor y resentimiento son emociones fundamentales en la cultura emocional (Gordon, 1990;

Hochschild, 1990) del cuidado en la vejez de personas mayores y sus cuidadores en el entorno urbano marginal de la ZMG. Estos acercamientos micro permiten vincular con aspectos macro que ponen en el centro de la discusión la viabilidad de la vida cuando se envejece en situación de desafiliación y desinstitucionalización. La existencia de un sistema de cuidados en nuestro país es una tarea impostergable para dar respuesta a una población adulta mayor en incremento.

La constelación de emociones encontrada en el análisis de las narrativas expuestas muestra la complejidad de los afectos implicados en el cuidado de las personas mayores cuando es un familiar quien se encarga de estas tareas de manera principal o exclusiva. El afecto moviliza las acciones de cuidado y, sin embargo, también están presentes emociones que se encarnaron en la biografía compartida por los sujetos emparentados y remiten a recuerdos y memorias que permean “el cuidar del otro” con cargas emocionales de rencor y resentimiento. Las emociones son relacionales, están presentes en donde existen vínculos, los cuales se construyen a lo largo de la vida y, de acuerdo con esa historia de edificación —siempre discontinua, dinámica y compleja—, repercutirá de formas diversas en las acciones de cuidado que los familiares despliegan hacia sus miembros mayores. Envejecer en familia puede ser un factor de protección y también de riesgo que favorezca la negligencia, la omisión y el castigo. El cuidado de las personas mayores es un derecho; la equidad de género en las cargas de cuidado de estos es una necesidad imperante y una deuda social de larga data. La distribución del cuidado entre los agentes del bienestar es una obligación imprescindible para ser atendida de manera responsable, sistemática y comprometida con el fin de garantizar una vejez digna a todos los ciudadanos.

Es necesario generar un debate público sobre la forma de generar nuevas articulaciones entre el estado, el mercado y la comunidad, que tengan como núcleo la familia en su heterogeneidad, en la cual el cuidado sea un derecho universal que potencie la autonomía (Provoste, 2013).

REFERENCIAS

- Armon-Jones, C. (1986). The thesis of constructionism. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 32-56). Oxford: Basil Blackwell.
- Corona, S. & Kaltmeier, O. (2012). *En diálogo: metodologías horizontales en las ciencias sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Coulter, J. (1989). Cognitive “Penetrability” and the Emotions. En D.D. Franks & E.D. McCarthy (Eds.), *The sociology of emotions: Original essays and research papers* (pp. 33-72). Londres: JAI Press.
- Crespo, E. (1986). A regional variation: Emotion in Spain”. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 213-214). Oxford: Basil Blackwell.
- Döveling, K. (2009). Mediated parasocial emotions and community: How media may strengthen or weaken social communities. En D. Hopkins, J. Kleres, H. Flam & H. Kuzmics (Eds.), *Theorizing emotions. Sociological exploration and applications* (pp. 315-335). Nueva York: Campus Verlag.
- Enríquez, R. (2008). *El crisol de la pobreza: Mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*. Guadalajara: ITESO.
- Enríquez, R. (2010). La construcción social de las emociones y exclusión social urbana en adultos mayores en la ZMG. Los nervios como categoría sociocultural. En O. López (Coord.), *Múltiples enfoques, diversos objetos: tendencias en historia y estudios sociales de la ciencia* (pp. 411-434). México: Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y de la Tecnología.
- Flores-Castillo, A. (2013). Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 423-454). Santiago de Chile: CEPAL.
- Gordon, S. (1990). Social structural effects on emotions. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 149-154). Nueva York: State University of New York Press.

- Hochschild, A.R. (1990). Ideology and emotion management: A perspective and path for future research. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 117-148). Nueva York: State University of New York Press.
- Hochschild, A.R. (2007). The sociology of feeling and emotion. *Sociological Inquiry*, 45(2), 280-307.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) (1 de octubre de 2014). Estadísticas a propósito Día Internacional de las Personas de Edad. México: Inegi, 2014. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/400.html?aspxerrorpath=/inegi/default.aspx>
- Kleres, J. (2009). Preface: Notes on the sociology of emotions in Europe. En D. Hopkins, J. Kleres, H. Flam & H. Kuzmics (Eds.), *Theorizing emotions. Sociological exploration and applications* (pp. 7-27). Nueva York: Campus Verlag.
- Kleres, J. (2010). Emotions and narrative analysis: A methodological approach. *Journal of the Theory of Social Behavior*, 41(2), 182-202.
- Lamaute, N. (2013). Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 69-125). Santiago de Chile: CEPAL.
- Lutz, C. (1986) The domain of emotion Word on Ifaluk. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 113-128). Oxford: Basil Blackwell.
- Ortega, L. (2013). ¿Un nuevo modelo patriarcal de familia en las áreas rurales? En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 243-276). Santiago de Chile: CEPAL.
- Perinbanayagam, R. (1989). Signifying emotions. En D. Franks & D. McCarthy (Eds.), *The sociology of emotions: Original essays and research papers* (pp. 73-90). Londres: JAI Press.
- Provoste, P. (2013). Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 127-170). Santiago de Chile: CEPAL.

- Riessman, C. (1993). *Narrative analysis. Qualitative research methods*. Newbury Park: SAGE.
- Rodríguez, C. (2013). El trabajo de las mujeres: algunas reflexiones a partir de una mirada integrada desde las encuestas de uso del tiempo y las estadísticas laborales. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 209-240). Santiago de Chile: CEPAL.
- Salvador, S. (2013). Modelos de la división intrahogar del trabajo total: los casos del Ecuador y México. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 291-325). Santiago de Chile: CEPAL.
- Sauma, P. (2013). Protección social y trabajo no remunerado. Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado: estudio de caso en Costa Rica. En: C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado: el desafío de las políticas* (pp. 327-368). Santiago de Chile: CEPAL.
- Swanson, G. (1989). On the Motives and Motivation of Selves. En D.D. Franks & E.D. McCarthy (Eds.), *The sociology of emotions: Original essays and research papers* (pp. 9-32). Londres: JAI Press.
- Wood, L. (1986). Loneliness and social identity. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 259-270). Oxford: Basil Blackwell.

El cuidado de personas mayores: motivaciones y estrategias de afrontamiento

MARÍA CONCEPCIÓN ARROYO RUEDA
MATILDE BRETADO GARCÍA

En México, al igual que en muchos países, el envejecimiento demográfico no es reversible pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se refleja en el aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas. En el año 2000, la proporción de adultos mayores fue de 7% aproximadamente; se estima que este porcentaje se incremente a 12.5% en 2020 y a 28.0% en 2050. Según proyecciones del Consejo Nacional de Población de México (Conapo, 1999), la población de 65 años o más, en números absolutos, pasará de 5'392,650 en 2005 a 11'553,176 en 2025.

Junto al envejecimiento demográfico y el aumento en la esperanza de vida surge el fenómeno de la dependencia y la fragilidad en un buen número de envejecientes debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, que si bien son atendidas en los servicios de salud, van impactando en la calidad de vida de los mayores. El deterioro funcional entre la población con 60 años y más se expresa en 15% en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 13% en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y lo experimentan principalmente mujeres, viudas, divorciadas o separadas con 80 años y más. Las limitaciones funcionales propician cambios en la estructura y composición de los hogares, pero el número de residentes es redu-

cido y se carece de apoyos familiares e institucionales en segmentos importantes. Existen personas mayores con limitaciones en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; otras se encuentran sin derecho a la seguridad social, mientras que otras más viven solas y carecen de apoyo familiar (Ensanut, 2012; Arroyo, Ribeiro & Mancinas, 2011).

El incremento en la población adulta mayor por sí solo realmente no representa un problema, lo que es problemático son las condiciones sociales, económicas y de protección social en que se envejece, por ejemplo, la falta de cobertura en salud y las pensiones, los escasos montos de estas, los programas de apoyo social insuficientes, la débil presencia de redes de apoyo social y los retos que enfrentan las personas mayores ante la necesidad de cuidados; esto es lo problemático y preocupante (SSA, 2013; Rubio & Garfías, 2010; Coneval, 2010; Arroyo, Ribeiro & Mancinas, 2011). Cuando se es mayor y se tiene alguna limitación física o mental, es cuando la familia surge como una fuente importante de apoyo a las personas mayores.

El cuidado es una acción necesaria e indispensable para que las personas mayores sobrevivan en condiciones de enfermedad y fragilidad. Los cuidadores familiares desempeñan distintas actividades para procurar el mayor bienestar de sus progenitores, no obstante, la presencia de conflictos a partir de hacerse cargo del cuidado de los mayores es una constante en la mayoría de los casos. Las distintas circunstancias personales, familiares y sociales, así como los componentes emocionales, morales, políticos y económicos, hacen que el cuidado se convierta en una dimensión compleja y de difícil abordaje. En nuestro país, aún no se establece una propuesta de política pública que aborde este tema, por lo que hay un desfase importante con países desarrollados y en menor proporción con países latinoamericanos como Argentina, Uruguay, Costa Rica y Ecuador (Huenchuan, 2009).

El aspecto de género es otro importante tema de análisis en el asunto del cuidado, pues tradicionalmente han sido las mujeres las cuidadoras idóneas de enfermos, niños y personas mayores. Trabajos pioneros como los de Robles (2003; 2005; 2007) han puesto énfasis en el rol de

las cuidadoras, las tensiones en las relaciones familiares y la falta de equidad de género al depositar en las mujeres esta responsabilidad. Otros trabajos más recientes han colocado el foco en los aspectos subjetivos y sociales de la dependencia y el cuidado, las emociones y creencias que se tejen alrededor de este fenómeno, poniendo en tensión la relación persona mayor-cuidador-familia (Arroyo, Ribeiro & Mancinas, 2011; Arroyo & Soto, 2013; Enríquez, 2014).

El cuidado se relaciona con hacerse cargo del cuidado material que implica un *trabajo*, del cuidado económico que implica un *costo económico* y del cuidado psicológico que implica un *vínculo afectivo, emotivo y sentimental*. Puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia, o remunerada en el marco o no de la familia. El cuidado proporciona tanto subsistencia como bienestar y desarrollo, abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas; comprende la estimulación de los fundamentos cognoscitivos en la infancia y la búsqueda, en la medida de lo posible, de la conservación de las capacidades y la autodeterminación en el caso de las personas frágiles de edad avanzada (Batthyani, Genta & Perrota, 2013, p.9).

Este trabajo se deriva de otro más amplio cuyo propósito fue conocer las redes de apoyo social con que cuentan las personas mayores. De manera particular, en este estudio se buscó explorar las motivaciones de las cuidadoras, las dificultades que enfrentan y las estrategias que utilizan para resolver y otorgar cuidados a sus familiares mayores en contextos urbanos de la ciudad de Durango.

LA FAMILIA COMO CUIDADORA

Como ya se dijo, la primera figura que aparece en relación con el tema del cuidado es la familia, es decir, tradicionalmente es el grupo familiar a quien se le deposita esta responsabilidad. La siguiente imagen que surge en torno al cuidado es la de una mujer, pues por lo general

el cuidado está asociado con lo femenino. Sin embargo, los recientes cambios en la dinámica de las familias y los nuevos roles sociales de las mujeres han hecho que cada vez se involucren más varones en la tarea de cuidar. Otras variables socioeconómicas y culturales han incidido también para el incremento del cuidado de los varones a las personas mayores.

El papel de la familia en el cuidado integra una diversidad de representaciones; si bien predomina su función como protectora de los miembros vulnerables, la familia no puede sustraerse a los cambios en los valores culturales, sociales y políticos que se dan en cada momento histórico (Arriagada, 2008). Asimismo, la familia tampoco es ajena a la dinámica interna de sus relaciones, los conflictos intergeneracionales y la ambivalencia que surge en la experiencia de cuidar.

Hoy, múltiples foros académicos e investigaciones sobre cuidado cuestionan el papel de la familia como único apoyo de los mayores. Las familias han evolucionado, su estructura y dinámica se ha transformado en las últimas décadas, sus integrantes viven nuevas experiencias a más tempranas edades; por ejemplo, no se tienen que esperar a ser adultos mayores para ser abuelos. En muchos hogares podemos encontrar hasta cuatro generaciones conviviendo simultáneamente, y cada vez más las mujeres, que antes se quedaban en casa, salen a trabajar. Este suceso es, por una parte, un logro para las mujeres, quienes en otros tiempos no tenían más opción que quedarse en el hogar, pero también pone en tensión su rol en la familia al no estar al cien por ciento cumpliendo las tareas domésticas que tradicionalmente se le asignaban, incluidas las del cuidado de los mayores. De esta forma, el cuidado familiar se torna complejo y cambiante, las familias se construyen y re-construyen permanentemente en torno al cuidado.

Los cuidados en la vejez representan un punto de tensión para las familias con personas mayores, pues ponen a prueba la reciprocidad familiar y la solidaridad social. A lo anterior se agregan los conflictos de género e intergeneracionales que dan cuenta de los múltiples dilemas en torno

al cuidado, que incluyen también aspectos emocionales (agotamiento, desgaste, cansancio, tristeza y soledad) emergentes ante las demandas propias del cuidado de largo plazo de un miembro dependiente (Enríquez, 2014). Las situaciones mencionadas han generado que, cada vez más, las familias busquen opciones de cuidado fuera del hogar, o bien recurran a cuidadores formales (pagados) para satisfacer las necesidades de sus familiares mayores. De esta forma, vemos cómo se incrementan servicios o instituciones privadas de cuidado y / o personas que realizan cuidados a cambio de alguna remuneración económica. Ante las transformaciones demográficas, culturales y económicas que impactan a las familias hoy en día se sigan considerando estas como la única fuente de apoyo en la vejez; es inevitable entonces tomar en cuenta otras alternativas.

Los aspectos mencionados obligan a los integrantes del grupo familiar a plantearse una reestructuración de los roles, así como a una nueva organización; es decir, los miembros de quienes conforman las familias de hoy deben generar una visión amplia de reciprocidad para el bienestar común de todos sus integrantes, sea cual sea su grupo de edad (Donati, 1995, pp. 1-23).

En México aún predomina un régimen “familista” que pondera la idea de que la familia es la principal responsable del cuidado de los ancianos. Es en este contexto donde toma importancia la presencia de colaboración y reciprocidad con los mayores, donde el cuidado en la vejez promueve el fortalecimiento de los lazos familiares, la gratitud y satisfacción por cuidar, como es el caso de los resultados del presente estudio. La presencia de la reciprocidad se entiende, entonces, como una motivación para devolver la ayuda recibida por las personas al final de su vida.

Además de motivaciones de origen subjetivo y emocional, existen también aspectos estructurales (como la falta de soporte económico o de vivienda) que motivan o justifican que los familiares apoyen en el cuidado a sus mayores. El rol de las familias como cuidadoras tiene

por objetivo brindar mayor seguridad emocional e intimidad, y evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto (Lara, 2009). No obstante, no es posible depositar única y exclusivamente la responsabilidad del cuidado en ellas, sin pensar en la responsabilidad del estado y la comunidad. En el asunto del cuidado, debemos pensar en los múltiples actores que pueden participar.

Las motivaciones del cuidado

Hay una gran gama de motivaciones para cuidar a las personas mayores. Algunos estudios reflejan la diversidad de motivos: “por un deber moral”, “porque no me queda otro remedio”, “porque ella me ayudó a mí”, entre otros (Pérez, Varela, Martínez & Musitu, 2012, p.52). En estas motivaciones están implícitas creencias y valores determinados por la cultura, pero también las posibilidades y los compromisos vitales (Delicado, 2006), además de características socioeconómicas y sociodemográficas de cada cuidador. Las motivaciones son distintas en cada miembro de la familia, no es algo que surja de forma homogénea ni espontánea, de tal manera que si la motivación no existe, el cuidado no se produce u ofrece en forma adecuada, genera insatisfacción en ambas partes: persona cuidada y cuidador. El cuidado producirá satisfacción o insatisfacción en la medida que afecte o no la vida personal, familiar y la economía de quienes cuidan, o también si está presente o no un sentimiento de resignación (Pérez, Varela, Martínez & Musitu, 2012).

La teoría del intercambio social y el concepto de reciprocidad

Un importante aporte sobre las motivaciones es la teoría del intercambio social, que plantea que existe un intercambio voluntario solo

cuando ambas partes esperan obtener un beneficio; pero también está presente el altruismo, el control de la información, la subjetividad del actor o la influencia de la emotividad (Folbre, 2004; Mari-Klose, 2000, en Rogero, 2009, p.48). Para ampliar esta explicación, Folbre y Mari-Klose integran las premisas de la teoría del intercambio social:

- La relación social elemental se produce entre dos personas.
- Las personas dependen de otras para conseguir aquello que valoran.
- Las relaciones humanas se caracterizan por intercambios mutuos, los cuales se producen en relaciones que perduran en el tiempo.
- Estos intercambios contienen costos y recompensas. Se consideran recompensas cualquier elemento positivo fruto de la interacción, mientras que costos, cualquier elemento negativo.

Dentro de los principios de la teoría del intercambio social se encuentran:

- El principio de la racionalidad.
- El principio de la reciprocidad.
- El principio de saciedad (Rogero, 2009, p.49).

De estos principios, nos interesa en especial el de reciprocidad (que retomaremos más adelante), por considerar que es el que más se aplica a la cuestión del cuidado en la vejez.

Desde la perspectiva del intercambio social, la decisión respecto al cuidado depende de la evaluación previa que los sujetos realizan de la situación; esta tiene que ver a su vez con la información disponible y sus expectativas. De acuerdo con ello, se menciona que son las expectativas y no solo las preferencias del cuidador las que le inducen a actuar en un sentido concreto (Mari-Klose, 2000, en Rogero, 2009, p.51). Rogero (2009) plantea que la toma de decisiones respecto al cui-

dado de la salud de los mayores es un proceso individual pero también colectivo, en donde destacan aspectos de género, la red social, el tipo de familia, la condición socioeconómica o el acceso a los servicios de salud. Algunos trabajos han indicado que el proceso de toma de decisiones con respecto al cuidado es algo inexistente.

En la práctica, desatender el cuidado de un familiar es una opción tomada por muchos familiares, quienes esperan que la responsabilidad sea asumida por otros. Es así como la desatención de unos es factor fundamental para que otros lo asuman. Además, se ha demostrado que entre las motivaciones más importantes del cuidado están los vínculos emocionales y las obligaciones derivadas de los lazos familiares, lo cual explica por qué en muchos casos los individuos se muestran insatisfechos con el cuidado, pero lo mantienen (Khana & Young, en Rogero, 1990).

La reciprocidad o el intercambio recíproco es importante para interpretar las relaciones humanas y se define como aquel justo e igualmente ventajoso para todas las partes, e identifica la “norma de reciprocidad” como la obligatoriedad de ayudar cuando uno ha sido ayudado y como reguladora de las relaciones sociales (Gouldner, 1999, en Lara, 2009). Otros autores hablan de la “norma de reciprocidad” como una parte del apoyo social que repercute en cómo los individuos aceptan, dan y perciben sus relaciones. La reciprocidad, de acuerdo con Lara (2009), es un aspecto clave en la investigación del apoyo social en la vejez, ya que ayuda a la comprensión de cómo se da y recibe apoyo a lo largo de la vida.

Sin embargo, la característica que distingue las relaciones sociales no es la edad sino la propia naturaleza de la relación, y el que las relaciones parecen usar reglas de intercambio. De esta manera, se distinguen las relaciones cercanas o íntimas de las superficiales. Las primeras son aquellas en que ambas partes sienten la obligación de responder a las necesidades del otro (típicamente son las relaciones familiares, de pareja o amistad) (Wentowski, 1981, en Lara, 2009). Es así como el cuidado otorgado en la vejez, cuando es bueno, requiere relaciones

cercanas, con un vínculo estrecho de afecto e intimidad; de otra forma se convierte en una “carga” para quien lo realiza, una pesada tarea que genera, como ya se dijo, insatisfacción, desgaste físico y emocional y conflicto familiar.

Diversos estudios enfocados en la reciprocidad en la vejez han encontrado correlaciones positivas entre dar y recibir ayuda (CEPAL, 2002; Rogero, 2009). Concretamente, se reconoce una asociación entre la recepción de recursos económicos por parte de las personas mayores, devueltos por su parte en forma de tiempo compartido.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las principales motivaciones de los cuidadores de personas mayores en contextos urbanos de la ciudad de Durango?
- ¿Qué tipo de dificultades enfrentan y cómo las resuelven en el plano de lo personal, familiar y social?

OBJETIVOS

- Conocer las principales motivaciones que llevan a los familiares a asumir el rol de cuidador de personas mayores.
- Explorar las dificultades que enfrentan las cuidadoras y las estrategias individuales, familiares y sociales a las que recurren.

METODOLOGÍA

El trabajo es parte de una investigación más amplia denominada Redes de apoyo, dinámica familiar y envejecimiento. Los resultados que aquí se presentan corresponden a una fase inicial del estudio que tuvo como propósito explorar las motivaciones para el cuidado a personas mayores. Se empleó un muestreo por conveniencia, seleccionando a 13 cuidadores que acompañaban a sus familiares mayores en la consulta médica de un centro de salud urbano. Los criterios de inclusión fueron:

tener un periodo mayor a seis meses realizando cuidado a sus familiares, radicar en la ciudad de Durango y participar de manera voluntaria. Se les dio a firmar hoja de consentimiento informado, en la que se solicitó autorización para grabar la entrevista realizada en un segundo momento en su domicilio. Asimismo, se buscó tener heterogeneidad en la muestra en cuanto al sexo, la ocupación y el estado civil. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista en profundidad y la observación participante.

El análisis de los datos se realizó a partir del contenido proveniente de los registros escritos de las entrevistas, estableciendo una lista de códigos y categorías relacionadas con los objetivos del estudio. Posteriormente, la información se clasificó, organizó y analizó con base en otros datos originales, conceptos revisados e ideas teóricas que hicieron posible la interpretación de estos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una primera categoría de análisis se presenta mediante información sociodemográfica de los participantes, lo cual permite poner en contexto a estos (tabla 5.1); después se integran los hallazgos sobre las motivaciones para el cuidado que tienen los entrevistados, donde destacan aspectos individuales, familiares y sociales interrelacionados con las motivaciones para el cuidado. Al final, incluimos las dificultades y fortalezas de quienes cuidan y las formas en que afrontan las dificultades inherentes a la responsabilidad de cuidar.

Perfil sociodemográfico de los cuidadores

Se utilizó una ficha de datos sociodemográficos para integrar la edad, el estado civil, la escolaridad, ocupación, fuente de ingreso y relación de parentesco con la persona mayor. Adicionalmente, se indagó la cohabitación, si cuentan con vivienda propia, y los apoyos sociales a los que acceden (tablas 5.1 y 5.2). Como se puede apreciar en la tabla

5.1, las edades de los cuidadores primarios oscilan entre cuarenta y ochenta y dos años, y ocho de los casos son también adultos mayores que cuidan de otro adulto mayor. Las edades dispares de los cuidadores nos hablan de distintos rangos de edad y roles que asumen la tarea de cuidado. Ejemplo de ello son algunos casos de cuidadores varones en el rol, quienes a su vez también fungen como proveedores económicos. En este estudio se encontraron hombres mayores y adultos jóvenes que cuidan a sus familiares mayores. Es decir, el género y la edad presentan algunos contrastes que no son comunes en la mayoría de las investigaciones sobre cuidado, lo cual nos habla de la complejidad y evolución del fenómeno. Respecto al estado civil, predominan los cuidadores casados. No obstante, siguen predominando las mujeres en el rol de cuidadoras. Estos resultados coinciden con los planteamientos de Robles (2003), quien menciona que para las mujeres, el cuidado nunca termina, destacando que en muchos casos hay ancianas cuidando ancianos.

Respecto a los apoyos, estos son de diversa índole. En primer lugar, el parentesco es una primera fuente, los familiares directos son quienes por lo general asumen la responsabilidad del cuidado; en una segunda instancia están los familiares en segundo grado o familiares políticos. Las personas adultas mayores que requieren cuidados, por lo general disponen de vivienda propia, lo cual representa, por un lado, ser cuidados en su propia casa y, por otro, ofrece la vivienda a quien lo cuida en un intercambio recíproco.

Como ya se vio, el intercambio recíproco es aquel que resulta justo e igualmente ventajoso para todas las partes, el que identifica la “norma de reciprocidad” como la obligatoriedad de ayudar cuando uno ha sido ayudado y como reguladora de las relaciones sociales (Gouldner, 1999, en Lara, 2009). En nuestro estudio es común encontrar que hijos e hijas cuidadores casi siempre heredan la propiedad. Otro ejemplo de reciprocidad es la que surge de los hijos hacia los padres, pues estos ofrecen su hogar y cuidados como forma de regresar el apoyo que a lo largo de la vida han recibido de sus padres. Es decir, la cohabita-

TABLA 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES

Cuidador primario	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Fuente de ingreso
Ángel	40	Divorciado	Primaria	Obrero	Salario / apoyo familiar
Mario	65	Casado	Primaria	Pensionado / autoempleo	Pensión / relativo al autoempleo
Ana	60	Casada	Profesional	Empleada de gobierno / negociante	Salario / apoyo familiar
Fernanda	46	Casada	Primaria	Ama de casa	Salario de su esposo / apoyo familiar
José	73	Soltero	Primaria	Negociante	Negocio propio
Jairo	48	Casado	Primaria	Taxista	Salario / apoyo familiar
Ramona	58	Casada	Primaria	Ama de casa / autoempleo	Pensión de su esposo / ventas / apoyo familiar
Esther	64	Casada	Profesional	Ama de casa / negociante	Negocio propio / apoyo familiar
Genaro	44	Casado	Primaria	Albañil	Salario / apoyo familiar
Martín	73	Casado	Primaria	Agricultor	Tierras de cultivo / apoyo familiar
Jovita	82	Soltera	Primaria	Ama de casa	Ahorros / apoyo familiar
María	70	Casada	Primaria	Ama de casa	Apoyo familiar
Sofía	69	Casada	Primaria	Ama de casa / autoempleo	Relativo a ventas / apoyo familiar

TABLA 5.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS APOYOS PARA EL CUIDADO

Cuidador primario	Relación de parentesco	Vive con el adulto mayor	Propietario de la vivienda	Apoyo social
Ángel	Hijo	Sí	No	No
Mario	Esposo	Sí	Sí	No
Ana	Hija	No	Sí	No
Fernanda	Nuera	Sí	Sí	Sí / Prospera
José	Hermano	Sí	Sí	Sí / 70 y Más
Jairo	Hijo	Sí	Sí	No
Ramona	Esposa	Sí	Sí	No
Esther	Esposa	Sí	Sí	No
Genaro	Hijo	No	Sí	No
Martín	Esposo	Sí	Sí	No
Jovita	Hermana	Sí	Sí	No
María	Esposa	Sí	No	No
Sofía	Esposa	Sí	No	No

ción favorece el cuidado, pues, como plantean Guzmán, Huenchuán y Montes de Oca (2003), esta es una de las fuentes de apoyo más importante en la vejez.

En este estudio solo dos cuidadores no residen en la misma vivienda que sus familiares mayores. Con excepción de tres participantes, la mayoría cuentan con vivienda propia, lo cual se debe a que son los cónyuges de la persona cuidada quienes como pareja construyeron un patrimonio en etapas iniciales de su vida matrimonial y ahora disfrutan de ello. Otra importante fuente lo constituyen los apoyos sociales derivados de la política social y / o programas institucionales. Sin embargo, en este trabajo este tipo de apoyos fueron escasos y poco significativos.

Escolaridad, ocupación, estado civil y fuentes de ingreso

De los participantes masculinos que fungen como cuidadores primarios del adulto mayor, seis tienen un nivel de instrucción de primaria, la mitad son adultos mayores y solo uno recibe una pensión. Rubio y Garfias (2010) señalan que en México solo 27% de los adultos mayores percibe un ingreso proveniente de una pensión o jubilación, mientras que la cobertura entre la población en el quintil más pobre es prácticamente nula, y agregan que de aquellos que tienen más de 70 años, un porcentaje superior a 40% no goza de este ingreso, pero tampoco de un programa social; es decir, a mayor edad, mayor desprotección.

En cuanto a la ocupación, tres de los cuidadores primarios más jóvenes trabajan en empleos con poca remuneración (albañil, taxista y obrero), lo cual señala algunas dificultades relacionadas principalmente con los gastos del hogar. Por otra parte, de las mujeres que asumen el rol de cuidadoras primarias (siete casos), dos cuentan con estudios a nivel profesional y solo una de ellas con trabajo estable; el resto tiene una instrucción a nivel primaria, es decir, cinco son amas de casa. Es así como las fuentes de ingreso más frecuentes son el empleo, la pensión, el autoempleo y la capacidad de iniciar algún negocio. Además de lo anterior, está presente el apoyo familiar que en la mayoría de los casos contribuye favorablemente para resolver necesidades de la persona mayor.

Por último, respecto al estado civil, debemos destacar un aspecto: si la mitad de ellos es cónyuge de la persona cuidada, predomina entonces el estatus de casado, pues, además, quienes son hijos cuidadores, en su mayoría también lo están. Del total de los casos (13), solo un soltero y un divorciado representan la diferencia. En este contexto, las motivaciones para el cuidado estarán plenamente relacionadas con el rol que ocupan en la familia y, en consecuencia, con las características sociodemográficas inherentes a ese rol.

A continuación mostramos los hallazgos relacionados con las motivaciones que tienen los familiares para desempeñarse como cuidadores.

LOS CUIDADORES Y SUS MOTIVACIONES

Cuando las personas mayores entran en un proceso de mayor fragilidad o vulnerabilidad, se presenta la necesidad de decidir quiénes las cuidarán. Este requerimiento puede haberse dado de manera fortuita o ser una decisión largamente pensada; cuando el familiar asume la responsabilidad del cuidado, no suele ser una elección preferencial del mayor. Entre las razones que motivan a los cuidadores a desarrollar su rol, hay varias tendencias clave para entender su decisión.

De acuerdo con el paradigma conocido como “modelo jerárquico-compensatorio”, que afirma que en la elección de un cuidador se sigue un orden preferentemente según la relación de parentesco entre este y la persona mayor. En primer término, se prefiere la ayuda del cónyuge; en su ausencia, la de los hijos u otros parientes; y al final, la de amigos, vecinos y servicios formales (Messerli, Silverstein & Litwak, 1993, p.168, en Robles, 2007).

Por otra parte, existen razones culturales, estructurales y quizá biológicas para que los familiares se apoyen de manera recíproca. Tradicionalmente, la familia es la red social más interconectada en situaciones de crisis, de tal forma que el parentesco se constituye en una fuerte motivación para el cuidado. Una respuesta común a la pregunta de por qué se cuida es “porque es mi familia”; si bien esto no es una regla, sigue predominando en nuestra cultura. En general, alrededor de la mitad de los vínculos más cercanos de las personas lo forman los familiares (Grundy, 2005, en Lara, 2009).

Las motivaciones del hijo como cuidador primario

En un buen número de participantes, las motivaciones surgen de las experiencias y relaciones tempranas entre el que cuida y el que es cuidado; mediante relaciones afectivas, sentido de gratitud y reciprocidad que se sostiene en una normativa social que pondera la obligación filial y la unión familiar. Pero, como ya se puntualizó, el estado civil, la edad y los recursos económicos se conjuntan para sentirse motivado a cuidar:

Pues ahora que me vine de allá del otro lado [refiriéndose a Estados Unidos] que me divorcié, que me quedé solo y pues ya todos mis hermanos, ya todos estaban casados, todos tienen su familia, y pues yo fui el que me quedé soltero, bueno nomas me quedé pues divorciado verdad, y al venirme para acá [refiriéndose a la ciudad de Durango] pues ya nos quedamos los dos (Ángel, hijo cuidador).

Se dio como un acuerdo con mis tres hermanos; nosotros somos tres, dos hombres y yo de mujer; soy la mayor de los tres, y fue como un acuerdo, se dio así, así, nos turnamos; en las noches ya cada uno nos quedamos una noche cada uno, y durante el día yo la paso con ellos toda la mañana, ya uno de mis hermanos en la tarde y en la noche... A quien le vaya tocando; pero fue en común acuerdo con mis dos hermanos, porque también trabajo y atiendo a mi familia (Ana, hija cuidadora).

Es interesante cómo esta última participante puede desempeñarse como cuidadora, además de cumplir con su actividad laboral, atender a su propia familia y sus padres ancianos. Este caso nos habla de que, el hecho de que la mujer ocupa una posición laboral formal y tiene un nivel de estudios importante, modifica en cierta medida el rol que por tradición asume como cuidadora de tiempo completo. Es decir, entre

las mujeres también importa su condición laboral y de escolaridad para que surja la motivación de cuidar. Como plantea Robles, cada situación familiar definirá de diferente manera el proceso de designación de quién o quiénes ocuparan el rol de cuidador, a la vez que se pregunta si la figura de los cuidadores secundarios será más común, como lo estamos observando en este caso (2007, p.206).

En los casos mencionados no existen motivaciones económicas explícitas para asumir el rol de cuidadores, tampoco manifiestan problemas o dificultades en cuanto al apoyo familiar, más bien responden al plano de los sentimientos personales altruistas como la gratitud, el cariño y el amor; esto es, las relaciones de apoyo entre los ancianos y sus familias están basadas sobre todo en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar y la interdependencia (Gómez & Curcio, 2002), la presencia de afecto y el vínculo cercano entre cuidador y persona cuidada. Coincidente con otros trabajos sobre el tema, el afecto y la cercanía emocional se convierten en las principales motivaciones para cuidar a los mayores (Carbajal & Berriel, 2014, en Batthyany et al, 2014, pp. 41-68).

Es importante señalar que, a pesar de los cambios sociales y la edad, las redes familiares del anciano permanecen estables si son recíprocas; con el aumento de la edad se incrementa la dependencia de los familiares y disminuye el soporte de las personas fuera de ellas (Botero & Pico, 2007). Veamos otro ejemplo de reciprocidad:

Pues es algo que, con lo que tiene que responder uno, pues, de los cuidados cuando fue uno joven, pues que le dieron; ahora todo se retracta para atrás, todo se devuelve pues, todo (Jairo, hijo cuidador).

Por lo tanto, el que el adulto mayor cuente con esta red de apoyo por parte de los miembros de la familia cercanos o lejanos, y se constituyan en una fuente de apoyo para el cuidador, promueve que desempeñe con mayor satisfacción las tareas que implica el cuidado.

Las motivaciones de hermano como cuidador primario

En dos casos de los cuidadores de los adultos mayores, su relación de parentesco era de hermanos y el rol asignado o asumido lo describen de esta manera, de acuerdo con su historia de vida, principalmente a lo vivido de manera conjunta; el vínculo se percibe muy fuerte.

No, pues lo bueno es que, como siempre estuve soltero, pues, la persona soltera... Si no he estado soltero, no habría podido sobrevivir, y mi hermana, si no ha estado soltera, tampoco podríamos los tres juntos hacer todo lo que se hizo y vivido y compartido [...] Siempre soltero, pues qué me quedaba, más que la madrecita y la hermana, y ellas pues se dirigían a mí y yo a ellas, y a llevarlas y a traerlas y todo eso (José, hermano cuidador).

No, pues aquí nosotros las dos nos llevamos muy bien; éramos tres, falleció una, y nosotros nos llevamos muy bien; estamos acostumbradas a la... a la doctrina [se refiere a las enseñanzas religiosas] que nuestros padres nos enseñaron, a amarnos a querernos, para eso somos familia; oiga, pues no todos venimos a este mundo con esa vocación [se refiere a casarse]. Si esta fue nuestra vocación [el permanecer solteras], pues nosotros la aceptamos (Jovita, hermana cuidadora).

En estos ejemplos vuelve a destacarse el estado civil de quien cuida, así como el papel de la religión en la cultura de las familias. Sea cual sea la religión que se practique, cuando las familias tienen un apego religioso importante, está presente la motivación para cuidar a sus familiares mayores. Por otra parte, el hecho de que en este grupo de cuidadores haya una parte importante de varones, nos habla de las nuevas masculinidades que surgen ante las transformaciones culturales, económicas y familiares. En este sentido, un cambio incipiente puede estarse dando ante las nuevas demandas de cuidado de las personas

mayores, haciendo que distintos miembros de la familia hagan acto de presencia ante las demandas de cuidado que presentan hoy las familias.

Motivaciones de las nueras como cuidador primario

Una figura importante en el cuidado a los mayores es la de la nuera. Existe una amplia literatura en la que se menciona que el hecho de que los hijos varones casados cohabiten con sus padres, promueve la participación de sus esposas en el cuidado de estos (Robles, 2007); sobre todo cuando entre ambas partes se ha construido una relación gratificante en el pasado.

Haga de cuenta que mi relación con ella tiene mucho tiempo. Yo... este... me casé con su hijo y duré 17 años viviendo ahí [en su casa]. Y entonces de esos 17 años, ella [su suegra] tomó mucha confianza conmigo y yo con ella y se llegó a un límite. ¿Hace como cuánto será? Como unos tres años que ella y su señor [su suegro] se separaron, o sea, el señor decidió su vida y ya está con una hija, y ella [su suegra] se quedó aquí [con la entrevistada]. Como que se siente respaldada aquí con mi esposo y conmigo, más confianza (Fernanda, nuera cuidadora).

El cuidado realizado por las nueras surge como un resultado de la convivencia; muchas de ellas son llevadas por sus maridos a vivir en el hogar de los padres, y si a ello se agrega que las hijas viven fuera, la relación de cuidado entre nuera / suegros puede ser la más importante. El cuidado que otorgan las nueras es realmente un apoyo a sus maridos, quienes tendrían la obligación filial del cuidado.

En general, se produce una conjunción de sentimientos en los cuidadores, que expresan la importancia de los lazos sentimentales que les unen a sus familiares mayores dependientes, y que son los motores básicos y primordiales de las razones para ofrecer la ayuda y realizar las tareas necesarias. El discurso se centra en los sentimientos de

afecto como los elementos activos que actúan para sellar esta especie de contrato tácito con el familiar dependiente, que a la vez son los que principalmente contribuyen a mantenerlo en el tiempo y ante cualquier coyuntura.

La asunción de esta responsabilidad por parte del cuidador tampoco suele aparecer como producto de una reflexión explícita y manifiesta acerca de quién debía encargarse del cuidado del mayor en el seno familiar. Esto se produce especialmente en aquellas situaciones en que el cuidador del familiar dependiente se encuentra solo, esto es, que no tiene ningún familiar capacitado para aliviar la carga de trabajo que suponen las tareas cotidianas; o bien existen miembros de la familia cercanos, pero que debido a sus ocupaciones no pueden acometer la tarea de ayudar al cuidador principal.

Pues el beneficio que tengo yo con mi, con mis sentimientos, con mi corazón, es que me siento a gusto, que me siento feliz; entonces, no tengo pago, no tengo nada, pero, pero por dentro yo me siento realizado (Jairo, hijo cuidador).

En estos casos se aprecia que no hay un proceso de decisión por parte de la familia en su conjunto ni tampoco una reflexión sistemática del entrevistado acerca de cómo ha llegado a convertirse en cuidador. Más bien parece como si en la vida familiar se diera por sentado que alguien se hará cargo de cuidar, que puede demostrar el afecto de esa manera, con las características idóneas y la motivación para convertirse en cuidador (Robles, 2007).

DIFICULTADES VIVIDAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En este apartado se hace referencia a las distintas dificultades que enfrentan las familias, en particular los cuidadores, así como los apoyos con que cuentan, que oscilan entre los de tipo material y económico

hasta de ayuda en las tareas de cuidado. Como ya se dijo, nuestro país no cuenta con una política de cuidados que apoye a las familias en esta tarea. Este “hueco” institucional empuja a que estas hagan lo que pueden para resolver las necesidades de cuidados de los mayores. Las principales dificultades que enfrentan son la falta de soporte familiar, de acceso a servicios de salud y los escasos ingresos; otras situaciones son la falta de apoyo y colaboración en la atención de las personas mayores por parte de otros familiares.

Diversos trabajos de investigación sobre el tema señalan las dificultades económicas y materiales que enfrentan los cuidadores. Respecto a la falta de un ingreso suficiente y la aportación económica al hogar, cuatro de los cuidadores contribuyen con su salario mínimo y dos tienen disponible su pensión y el ahorro de toda su vida, montos percibidos como insuficientes.

En cuanto a los apoyos sociales que otorgan los programas federales y estatales, establecen reglas de acceso que no siempre pueden cumplir todas las personas mayores. Situaciones como la avanzada edad, sus enfermedades y la falta de una red de apoyo familiar y social son motivos para que los apoyos no lleguen a los beneficiarios de los programas. Por otra parte, distintos participantes están inconformes acerca de los apoyos sociales pues los consideran insuficientes (específicamente el de 65 y Más) para resolver sus necesidades, ya que los montos les parecen poco dignos. En el imaginario de las personas entrevistadas está la creencia de que por ser *viejas* se les otorga lo mínimo necesario, es decir, existe una percepción de ser un grupo discriminado.

Relacionado con el apoyo familiar para el cuidado, se da por hecho que quien asuma el rol de cuidador se quedará con la persona mayor como el principal, dejando en segundo término a otros miembros de la familia. Si bien en la literatura se menciona la tipología del cuidador primario y secundario, no siempre se establece a voluntad ni en consenso sino que, en el imaginario de la familia, el que acepta ser cuidador primario se queda con la responsabilidad mayor y los demás podrán o no colaborar según sea su motivación.

Ahora bien, tan diversas son las dificultades como variadas las formas de afrontarlas. Los cuidadores de este estudio nos muestran los esfuerzos individuales, familiares y las alternativas sociales a las que recurren para ofrecer atención y cuidado a sus familiares mayores

Estrategias para generar mayores ingresos

Las limitaciones económicas son uno de los aspectos más frecuentes que enfrentan las familias con una persona mayor que requiere cuidados. Veamos tres relatos: uno de una esposa cuidadora, otro de un esposo cuidador y el último de un hijo que cuida.

Pues a veces insuficiente [refiriéndose a lo economía] porque como le digo, tiene uno que trabajar uno para poder trabajar uno, porque ahorita no se completa tan fácil, no” [...] Yo también soy la que le echa ganas para sacar para comer, yo hago tortillas de harina integral y de azúcar para vender y vendo mi Avon y así, lo que yo puedo y vendo quesos frescos; tengo una prima del rancho que me habla que ya llegaron los quesos y ya voy por ellos, ya los tengo encargados y pos ya me aliviano, me aliviano (Sofía, esposa cuidadora).

Y pues yo ahí trabajo en mi carrito [el taxi], ahí la hacemos y pues hay se la pasa uno [se refiere a que apenas les alcanza para vivir], no crea (Jairo, hijo cuidador).

Nomás con la pura pensión [se refiere a que es el único apoyo que recibe] pero yo quiero decirle [se refiere a la entrevistadora] que yo me veo en la necesidad de buscar por ahí, otro sustento verdad, trabajar yo por mi cuenta, por ahí, haciendo unos trabajitos, verdad, porque la pensión es insuficiente en estos casos (Mario, esposo cuidador).

En los relatos, diferenciados por género y generación, dejan claras las distintas formas de afrontamiento de los cuidadores. En estos se definen las búsquedas de soluciones y formas de acceder a recursos de apoyo. Sin embargo, la motivación para ayudar es la misma y lo que se pretende alcanzar es el bienestar de la persona cuidada. Como ya se mencionó, la característica que distingue las relaciones sociales no es la edad sino la propia naturaleza de la relación, y que estas parecen usar reglas de intercambio. De esta manera, en el cuidado se distinguen las relaciones cercanas o íntimas de las superficiales.

En otros casos existe estabilidad económica en los cuidadores, un elemento favorable que da certeza y seguridad para otorgar el cuidado a las personas mayores. En cuatro participantes, esta certeza surge de una actitud previsora que mantuvieron durante el trascurso de su vida, trabajando duro, ahorrando e invirtiendo. Esta experiencia la encontramos principalmente en las parejas de mayores. Algunos relatos son los siguientes:

En cuanto a la situación económica, él [refiriéndose al adulto mayor], cuando recién nos casamos y... ya trabajó [el adulto mayor] y logró comprar esta casa, que es grande y rentamos unos locales, y de ahí es de donde él y yo vivimos (Esther, esposa cuidadora).

Nosotros [su hermana y ella] empezamos a trabajar... empezamos a ahorrar, nos lo imaginamos [se refiere a llegar a esta edad], por eso hicimos un ahorro, porque queríamos, pues sí, para nuestra vejez (Jovita, hermana cuidadora).

Contar con vivienda propia, con un patrimonio producto del trabajo de toda la vida, en donde ambos padres colaboraron, permite enfrentar de manera positiva las necesidades que surgen en el contexto del cuidado. De alguna manera, se prepararon en el pasado para enfrentar las circunstancias difíciles de la vejez.

Acceso a los apoyos institucionales

El apoyo institucional proviene por lo general de las acciones implementadas por la política social, entre ellas el programa 65 y Más, que opera la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), el cual cada vez integra a más personas mayores, no tiene cobertura universal y sí restricciones como el que no se otorga a aquellos que ya cuentan con una pensión contributiva. Otro apoyo es el programa de Seguro Popular, que cubre atención de salud a quienes no están dentro de la seguridad social. A continuación, vemos cómo la gente visualiza estos apoyos:

Luego luego, gracias a dios, a nuestro bendito gobernador y al bendito presidente Peña Nieto, nos [refiriéndose a él como cuidador y a su hermana] llegó el Seguro Popular y ahora la “ayudita” de 70 y Más, que son mil pesos cada dos meses, pues son 500 por mes para cada uno; entonces eso ha sido una maravilla (Ana, hija cuidadora)

Tenemos Seguro Social [IMSS] porque mi hija trabajó un tiempo en el Seguro Social y nos atendieron muy bien, porque llegábamos 15 o 20 minutos antes y siempre nos atendieron muy bien, y ahora que tenemos Seguro Popular y también nos atienden muy bien cada mes, análisis, todo, todo lo que hay que hacer (Esther, esposa cuidadora).

Quienes cuentan con seguridad social o están adscritos al Sistema de Protección en Salud (Seguro Popular) acceden a la atención sanitaria, a tratamientos y medicamentos. No obstante, existen rezagos y limitaciones en cuanto a ciertos tipos de atención y dotación de medicamentos (Coneval, 2010). En este estudio, todas las personas mayores cuentan con algún servicio médico, de los cuales nueve tienen Seguro Popular, tres tienen acceso a Seguro Popular y al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y solo uno cuenta con Instituto de Seguridad

y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Cabe señalar que la percepción de la atención institucional es de buena a excelente, no así en cuanto a la dotación oportuna de medicamentos, motivo por el que a veces enfrentan dificultades económicas para adquirirlos con sus propios recursos.

Sí, todo bien, pues aquí nos toca en la clínica, pero sí, hay veces que sí hay que comprarle el medicamento para sus huesos, para eso sí hay que comprárselo, porque pos, pues sí, ya le duelen sus rodillas y todo... Bueno, pues ya ve que el dinero para todo es el que hace falta, para poder atenderla bien, hace falta más bien algo de dinero, porque lo que gano es poquito, entonces, como para tenerla bien al cien [risas], *pos* no nos alcanza (Jairo, hijo cuidador).

Si bien es cierto que ha habido avances en cobertura y atención médica, sobre todo en áreas urbanas, no siempre han sido de calidad. Es necesario cuestionar las opiniones favorables de los participantes desde una perspectiva crítica de las políticas de seguridad y protección social (Enríquez, 2014), ya que de forma paralela surgen opiniones de insatisfacción e inconformidad con algunas debilidades de la atención a la población mayor.

Apoyo de otros cuidadores

El apoyo de otros miembros de la familia como cuidadores hace que el cuidador primario mantenga su salud física y emocional en mejores condiciones; asimismo, la presencia de un cuidado bien distribuido entre varios miembros de la familia evita conflictos. Sin embargo, hay casos que requieren apoyo fuera de la familia, es decir, institucional. Los ejemplos siguientes muestran dos polos respecto a la participación de distintos actores en este rubro.

En cuanto a mis hermanos, bien. Te digo, hemos tenido buena relación, buena comunicación; yo pensé en un principio que a lo mejor al paso del tiempo que cada quien íbamos a tratar de deslindarnos de esa responsabilidad, y la verdad sí llegué a pensar que me fueran a dejar a mí sola por ser la mujer, por ser la mayor y bueno, por muchas cosas; pero hasta ahorita, sí, gracias a dios, he tenido el apoyo de mis hermanos tanto emocional como económico y en tiempo, porque los tres tenemos nuestras ocupaciones, los tres tenemos un sinfín de cosas qué hacer, pero ahí estamos (Ana, hija cuidadora).

Este caso nos muestra que la responsabilidad de que la mujer sea la única cuidadora depende de la decisión de los varones de participar o no. Como lo plantea Robles (2007), la determinación de quién cuida proviene principalmente de los varones de la familia en un ejercicio de poder y autoridad sobre lo femenino. En este caso, “por fortuna” para la mujer, ellos decidieron colaborar, lo cual es una de las excepciones a una regla cultural que establece que las mujeres son mejores para desempeñarse como cuidadoras. Lo deseable sería que la decisión fuera consensada y tomada en función de la reciprocidad intergeneracional y con la conciencia de ser equitativos en esa responsabilidad. En el siguiente relato, si bien existe apoyo para el cuidado, la situación rebasa a esta familia. Aquí es donde se requiere una política de cuidado que integre la presencia del estado como garante del bienestar de las personas adultas mayores.

Del que sufre convulsiones [se refiere a uno de sus hijos enfermos] nos hacemos cargo mi hijo el mayor y yo... Nos hacemos cargo de los tres [su hijo y sus padres], nos hacemos cargo, sí, porque a veces se me pone muy malito al que le dan convulsiones y pues también lo tenemos que navegar, también, fíjese (María, esposa cuidadora).

EXPERIENCIA COMO CUIDADOR

Un aspecto que favorece la calidad del cuidado es el conocimiento que se tenga de este. Es importante comentar que tres de los cuidadores ya habían pasado por la experiencia de cuidado en sus familias de origen o procreación con otros miembros enfermos de la familia. Es el caso de Ramona:

Pues es que le digo, yo desde... le digo que, desde que yo me casé, siempre lo he vivido [se refiere a ser cuidadora] porque mi mamá nos duró veinticinco años y uno entonces, le digo, aprende uno a tener paciencia con los enfermos; ella duró, estuvimos cuidándola todo ese tiempo y como entonces, le digo, así aprende uno con la familia.

Se puede entonces considerar que para el cuidador primario (por lo general mujeres) es más fácil cuidar porque lo aprendió desde edades tempranas y lo realiza con frecuencia; pero eso no evita que surjan conflictos, desgaste físico y emocional a partir de estar cuidando toda la vida, o casi toda.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Los distintos tipos de motivaciones están ligadas a múltiples elementos que van desde lo individual, pasando por lo familiar y social. En las características sociodemográficas de los cuidadores se identifican elementos que propician el rol de cuidador, es decir, contribuyen a que se dé la motivación. Estos elementos los agrupamos de la siguiente manera:

- La cohabitación sigue siendo un soporte importante para otorgar cuidados a las personas mayores.
- Cuentan con una escolaridad básica.

- Las mujeres cuidadoras por lo general son amas de casa.
- La mayoría no tiene acceso a programas de apoyo social.
- En buena medida, todos están casados, lo cual se explica también porque entre ellos se encuentran cónyuges cuidadores.
- Encontramos un buen número de cuidadores varones (esto es un resultado poco frecuente en la literatura).
- Las ocupaciones laborales están en el rubro del autoempleo, los servicios y como obreros.

Cabe destacar que los cuidadores siguen siendo los miembros de la familia con menor poder social y económico, de tal manera que no es fácil cumplir con este rol sin que haya repercusiones importantes en la vida de los cuidadores. Por lo tanto, se requiere revalorar su condición social para colocar el tema en una agenda pública pendiente en nuestras políticas de vejez.

Otras importantes motivaciones para el cuidado son el afecto, la reciprocidad y gratitud, mismas que responden a una imagen de familia sustentada en la interdependencia y unión. En el imaginario social persiste la norma de que es la familia la que está obligada a prestar ayuda a los ancianos, lo cual excluye de la participación a la red social más amplia como la comunidad y el estado. En la mayoría existe un consenso en que se asume el cuidado de manera voluntaria y con las condiciones existentes, sobre todo en el cuidado a la pareja. Las líneas de parentesco aplican aquí en cuanto a la jerarquía de la sustitución mencionada por Robles (2003), es decir, primero el cónyuge, después los hijos y finalmente otros parientes.

A diferencia de otros estudios, no se identifican expresiones abiertas de enojo o inconformidad por las dificultades que enfrentan, más bien parece que lo asumen con resignación y conformidad, lo cual a fin de cuentas representa un apoyo para los receptores de cuidado, no así para los cuidadores. En esta parte, no equilibrar la responsabilidad del cuidado traerá consecuencias cada vez más fuertes en detrimento de las relaciones familiares y la salud de los cuidadores.

Llama la atención la percepción que los participantes tienen de los apoyos institucionales: desde una visión crítica, ellos colocan algo que deberían vivir como un derecho en lugar de “ayuda”. Identificar como ayuda lo que se les otorga como parte de un derecho promueve el enaltecimiento de figuras políticas que después “les cobran”. Es decir, favorece el clientelismo político e invisibiliza la noción de la corresponsabilidad, equidad, participación colectiva, y esto solo será posible desde una visión de *derechos*: el derecho a cuidar y a ser cuidado, con la participación de la familia, la comunidad y el estado.

En este estudio surgen nuevas preguntas a partir de los hallazgos: si las motivaciones con mayor presencia en el cuidado es el afecto y la reciprocidad, ¿es posible promover estos aspectos desde etapas tempranas en la vida familiar, para que todos los miembros sean parte del cuidado de los viejos? Si los apoyos sociales para el cuidado son escasos o inexistentes, ¿cómo promover en la agenda pública el tema? Si los resultados de múltiples estudios no han sido suficientes para incidir en el tema, ¿será necesario que las familias y los cuidadores alcen la voz desde nuevos espacios políticos y sociales?

Creemos que las motivaciones en el tema de cuidado no son un aspecto exclusivo de los miembros de las familias; entonces, debería ser un aspecto que involucrara a los políticos y funcionarios, pero también a la comunidad. ¿Por qué no estamos motivados para cuidar, si alguna vez necesitaremos también ser cuidados?

REFERENCIAS

- Arriagada, I. (2008). *Familias y políticas públicas. Una historia de desencuentros*, Santiago de Chile: CEPAL-ONU.
- Arroyo, M.C., Ribeiro, M. & Mancinas, S. (2011) *La vejez avanzada y sus cuidados*. Monterrey: Tendencias.
- Arroyo, M.C. & Soto, L.E. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, 2, 337-347.

- Batthyani, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de las representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República.
- Batthyani, K., Berriel, F., Carbajal, M., Genta, N., Pérez, R. & Perrotta, V. (2014). *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Montevideo: Inmayores.
- Botero, B.E. & Pico, M.E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), enero-diciembre, 11-24. Recuperado el 23 de febrero de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
- CEPAL (2002). *Panorama social de América Latina 1999-2000*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (1999). *El envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*. México: Conapo.
- Consejo Nacional de Evaluación (Coneval) (2010). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México*. México: Consejo Nacional de la Política de Desarrollo Social.
- Delicado, V. (2006). Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes. *Praxis Sociológica*, No.10, 200-234.
- Donati, P. (1999). Familias y generaciones. *Desacatos*, No.2. Recuperado el 23 de febrero de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13900202>
- Enríquez, R. (2014). Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cuadernos de Pesquisa*, 44(152), 378-399. Recuperado el 13 de diciembre de 2015, de <http://dx.doi.org/10.1590/198053142873>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) (2012). Resultados Nacionales 2012. *Revista del Instituto Nacional de Salud Pública*.

- Recuperado el 15 de mayo de 2013, de www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf
- Gómez, J. & Curcio, C. (2002). *Valoración integral del anciano sano*. Manizales: Artes Gráficas Tizan.
- Guzmán, J.M., Huenchuán, S. & Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco Conceptual. *Congreso Internacional de Americanistas*, Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003. Recuperado el 23 de noviembre de 2006, de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf
- Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado el 25 de marzo de 2015, de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3861>
- Lara, M. (2009). *Las creencias sobre la reciprocidad de los cuidados al final de la vida: sus efectos moduladores sobre el bienestar de las personas mayores*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca. Recuperado en enero de 2016, de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76281/1/DPEE_LopezMartinL_Creenciassobre laReciprocidad.pdf
- Pérez, V., Varela, R.M., Martínez, B. & Musitu, G. (2012). Familiares cuidadores de mayores. Autopercepción de los cuidados. *Zerbitzuan*, No.52, 87–99. Recuperado el 25 de enero de 2016, de <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.52.05>
- Robles, L. (2003). Una vida cuidando a los demás. Una “carrera” de vida en ancianas cuidadoras. Ponencia presentada en la *Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Adultas Mayores: el rol del Estado, la Familia y la Comunidad*. Recuperado el 18 de enero de 2007, de www.redadultosmayores.com.ar/buscadador/files/CALIDO19.pdf

- Robles, L. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, 11(45), 49–69. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Editorial Universitaria.
- Rogero, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de los cuidadores*. Madrid, Imserso. Recuperado el 3 de enero de 2016, de www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/.../12011tiemposcuidado.pdf
- Rubio, G. & Garfias, F. (2010). *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México* (Serie Políticas Sociales). Santiago de Chile: CEPAL-ONU. Recuperado el 15 de abril de 2012, de www.cepal.org/publicaciones/xml/0/39750/sps161-adultos.pdf
- Secretaría de Salud (2013). *Programa Sectorial de salud 2013–2018*. Recuperado el 3 de noviembre de 2016, de https://hacienda.morelos.gob.mx/images/docu_planeacion/planea_estrategica/programas_sectoriales/o6.-PROGRAMA_SECTORIAL_DE_SALUD

El asilo como una alternativa de envejecer junto con otros: cuidados, emociones, perspectivas e implicancias*

MARÍA MARTHA RAMÍREZ GARCÍA

En la sociedad actual, el aumento de la población envejecida, así como el crecimiento de la esperanza de vida, producen nuevos fenómenos de índole social, cultural y psicológica que requieren ser estudiados.

El ingreso a un asilo o la institucionalización de los ancianos en nuestro contexto actual, se ha convertido en una realidad socialmente significativa y al mismo tiempo escasamente investigada.

La demografía del envejecimiento en México plasma el incremento de la población de 60 años y más, así como el aumento de la esperanza de vida en los próximos años. Personas de la tercera y cuarta edad, ancianos, adultos mayores, personas mayores, “no importa como sean llamados sino cómo se les trate”, destacó uno de los sujetos participantes en este estudio. La necesidad de familiares que cuiden un adulto mayor crece día con día, y como sociedad no somos capaces de hacer

* El presente trabajo es parte de la investigación titulada Calidad de vida en ancianos institucionalizados, que tuvo como objetivo identificar y dar cuenta de los elementos involucrados en el proceso de envejecer a partir de la inserción en instituciones para ancianos. La metodología es de tipo mixta, y para los resultados de este capítulo solo se retomó el enfoque cualitativo. La investigación fue llevada a cabo en 2014 en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), a cargo de Margarita Maldonado Saucedo y María Martha Ramírez García, quienes realizaron el trabajo de campo con estudiantes de la carrera de Psicología que cursaron la asignatura de Proyecto de Formación Profesional (PFP).

frente a este requisito, ya que, según datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam, 2014), la población mayor de 60 años aumenta 2.8% cada año, mientras que el número de familiares para brindar cuidados apenas crece 1.4%. Según estos mismos datos, se espera que la proporción de dependencia en nuestro país será de diez personas de 65 años o más por cada cien personas en edades laborales.

Los adultos mayores de 60 años representan sectores significativos de la población nacional. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi, 2015), este grupo etario representó 7.2% de la población en 2015, en tanto que el Consejo Nacional de Población (Conapo, 2014), con la encuesta Intercensal 2015, señala que para 2050 habrá aproximadamente 150'837,517 mexicanos, mientras que la esperanza de vida será de 79 años. En el área metropolitana de Guadalajara (AMG), los municipios de Guadalajara y Zapopan cuentan con un alto índice de personas mayores: en el primero, hasta 2007 había 6.90%, mientras que en el segundo existían 4.11%; se espera que para 2030, se duplique en 13.89% y casi se triplique la cantidad hasta 10.96%, según datos del Consejo Estatal de Población de Jalisco (Coepo, 2008). En la presente investigación, además de trabajar con estos dos municipios, se incorporó a Tlaquepaque, Tonalá, Tlajomulco y El Salto, que también se proyectan con altos índices en los próximos años. Con base en lo anterior, es posible afirmar que no importa en dónde se encuentre el adulto mayor, ya sea un asilo privado o público, en su casa o de un conocido o familiar, lo significativo es que se le debe tratar con respeto y generar un ambiente adecuado en la búsqueda de su bienestar y calidad de vida.

En México, desde los aportes de Pinto (2008), el término asilo ha sido reconocido como un lugar deprimente en donde se brindan servicios y atenciones limitadas. Las experiencias de los entrevistados con relación al lugar en que se desenvuelven, lo significan como un espacio carente de un trato digno por la falta de atenciones de forma personalizada, ya que la carga de trabajo de los cuidadores formales

se ve rebasada por el número de ancianos en cada lugar; además de las atenciones físicas que tiene que brindar el personal, están limitados para brindar asistencia de tipo emocional.

La decisión de ingresar a un asilo depende, la mayoría de las ocasiones, del apoyo de la familia, ya que, desde el discurso de los adultos mayores, los hijos y nietos, principalmente, además de los familiares cercanos, como los sobrinos y hermanos o conocidos, son quienes brindan atenciones de manera informal. Las múltiples enfermedades y el propio deterioro de la vejez requieren cuidados específicos y prolongados, en donde la familia se ve rebasada debido a sus dinámicas actuales, ya que la mayoría de los miembros están activos laboralmente o sus actividades no les permiten facilitar atenciones a los ancianos. Cuando se ven saturados ante las atenciones que tienen que brindar a su ser querido, es cuando el ingreso a un asilo se vuelve una opción en donde se busca la satisfacción de necesidades físicas, materiales, emocionales y recreativas, entre otras. Se pretende que estas atenciones sean otorgadas de manera formal y no se incluya la participación familiar, comunitaria, del estado y el mercado, y no solo se haga presente la dimensión emocional.

En definitiva, el asilo se convierte en una alternativa de cuidado cuando a la familia no le resulta viable brindar este tipo de prácticas; además, cuando en la dinámica familiar no se logra incluir al adulto mayor, se instalan alternativas para brindar cuidado de forma colectiva. Los problemas de salud de los mayores, de índole económica, el tiempo que se invierte a los cuidados en el contexto familiar, el género del cuidador familiar o la situación de la dinámica de la familia, son elementos que integran el contexto vulnerable para que los ancianos ingresen a una institución, destaca De los Reyes (2007).

Envejecer en un asilo junto con otros es una opción que se vive de forma distinta cuando los adultos mayores deciden pertenecer a la institución, y se experimenta diferente cuando la familia elige esta alternativa en busca del bienestar de sus mayores, que sea capaz de abonar a una mejor calidad de vida.

RESOLUCIÓN METODOLÓGICA

Desde un marco metodológico cualitativo, exploratorio y descriptivo, que incluye los aportes del método hermenéutico y etnográfico (Flick, 2007), y retomando elementos de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002), se hace uso de la metodología cualitativa para interpretar, comprender y describir los procesos sociales implicados en las subjetividades de los mayores en relación con los cuidados recibidos, las emociones, perspectivas e implicancias que tiene envejecer junto con otros dentro de un asilo.

Se exploraron 32 asilos ubicados en seis municipios inmersos en el AMG. Las instituciones participantes en este estudio fueron de índole público y privado, ubicadas en los municipios de Zapopan, Guadalajara, Tlaquepaque, Tonalá, Tlajomulco y El Salto. Participaron 133 adultos mayores, de los que 62.4% fueron mujeres y 37.6% hombres. La prevalencia del género femenino en el lugar se debe a que en las 32 instituciones hay un mayor número, lo cual corresponde a las estadísticas según la preeminente esperanza de vida del género femenino. El rango de edades osciló entre 60 y 105 años, con un promedio de edad de 80 años, y el estrato socioeconómico que prevaleció fue el medio-bajo; por último, el promedio de grado escolar fue el segundo año de secundaria.

Para la recolección de datos se realizó una selección intencionada de los informantes (Flick, 2007), e ingresar a cada uno de los campos se logró por la gestión y vinculación con el encargado de cada asilo; asimismo, se acudió a las instituciones dos días a la semana a partir de las indicaciones y los horarios proporcionados por sus responsables.

Las estrategias de recolección de datos fueron las entrevistas semiestructuradas (audiograbadas) a los asilados, cuidadores formales e informales, con una observación que permitió construir notas de campo y transcripciones. El equipo de trabajo para este fin estuvo conformado por 15 estudiantes de la Licenciatura en Psicología del

ITESO, dos docentes (con experiencia en el tema) y la coordinadora del proyecto.

Las entrevistas se llevaron a cabo en las salas comunes de las instituciones y fueron audiograbadas, con una duración promedio de una hora y media. Como parte del desarrollo, se buscó la descripción subjetiva de los adultos mayores, con la obtención de acontecimientos de sus experiencias, de acuerdo con los significados e interpretaciones (Flick, 2007) de su realidad. La observación participante se registró en notas de campo en las que se describieron aspectos de expresión verbal y no verbal, las relaciones entre cuidadores y asilados.

El análisis de la información lo llevaron a cabo las tres docentes que formaban parte del proyecto; se hizo uso del *software* Atlas.ti, se reconocieron y dio prioridad a las categorías teóricas, y se incluyeron también aquellas surgidas en campo. En relación con la incorporación de algunos elementos de la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002), se desarrollaron categorías en términos de sus propiedades, surgidas del trabajo de campo y la interpretación del análisis de las subjetividades de los participantes; información examinada línea por línea cuyo fin fue sintetizar la información y relacionarla con las categorías conceptuales y las que aparecieron en campo. Las herramientas antes mencionadas permiten conocer los hallazgos, además de dar cuenta de los elementos socioculturales que se configuran al momento de permanecer en un asilo (institución privada o pública), sin dejar de lado los significados que se otorgaron a las emociones, los cuidados e implicancias presentes en el desenvolvimiento de los ancianos en el lugar.

EL ASILO COMO ALTERNATIVA DE ENVEJECER JUNTO CON OTROS

El adulto mayor, en la etapa que se encuentra inmerso, reúne condiciones específicas en relación con otros grupos etarios: es considera-

do sujeto vulnerable por el deterioro irreparable de las capacidades físicas, cognitivas, mentales y, más aún, está inmerso en el incremento de enfermedades frecuentes como demencias, Alzheimer, Parkinson, que en otras fases de la vida se presentan de manera aislada. Esta situación frente al deterioro busca el apoyo familiar o, en todo caso, de instituciones especializadas en el cuidado de los ancianos; sin dejar de mencionar que estas necesitan tener personal capacitado para propiciar un ambiente en que se atiendan de la mejor manera posible, al tiempo de no poder ser atendidos en su contexto familiar.

Dentro de la población entrevistada, 66.2% tuvo hijos. Este hecho en definitiva no asegura el cuidado en la etapa de la vejez, ya que las sobrecargas de responsabilidades en los ambientes familiares hacen que las atenciones se vayan delegando de manera progresiva a terceros, en este caso a instituciones como los asilos. Lalis¹ lo destaca de la siguiente forma:

Yo tuve ocho hijos, todos se casaron y ninguno vive conmigo; cinco se fueron a Estados Unidos, dos viven en Sinaloa y una hija aquí en Guadalajara. Yo vivía dos meses con los que están en México, pero ya después solo me quedé con mi hija de Guadalajara, pero ella trabaja, ya no me puede cuidar y mejor me dejó aquí en este lugar porque ya ni calentar mi comida podía, menos ayudarles en los quehaceres de la casa... Teniendo tantos hijos y aquí vine a parar (Lalis, adulta mayor, 76 años).

Una persona mayor puede representar un ser inactivo, no productivo, que en lugar de aportar se convierte en una carga para la familia y sociedad; es aquí que muchos son llevados o abandonados en un asilo, donde experimentan un cambio radical del hogar, en el que han tenido

1. Los nombres que se colocan a lo largo del documento han sido modificados con la finalidad de preservar el anonimato de los informantes.

toda una trayectoria de vida; este espacio se convierte en un contexto desconocido al que tendrán que adaptarse a nuevos estilos de vida, que van desde contar con horarios para la alimentación, dormir, recreación, para pasar con las personas con quienes deciden y pueden convivir, adaptarse a ruidos, rutinas impuestas, entre otros elementos más.

Envejecer junto con otros es compartir entre iguales características similares propias de la edad en las que se hace necesario un cuidado personalizado a pesar de la diversidad de enfermedades y deterioros propios y presentes en cada uno de los asilos. José comparte su experiencia.

Aquí ya estamos muchos en sillas de ruedas y tenemos casi las mismas enfermedades, nos parecemos porque no nos podemos mover mucho, ya no servimos para nada... Lo que nos queda es esperar a que dios nos recoja... Uno con el tiempo se va convirtiendo en un estorbo (José, adulto mayor, 69 años).

Como menciona Lombardo y Odonne (2013), a nivel social se tiene la idea arraigada de considerar a las enfermedades como la característica principal de la vejez, sin dejar de lado sus limitaciones físicas. Cuando estas ideas son reproducidas de manera negativa y se generalizan los padecimientos de algunos sujetos, pareciera que el proceso de envejecer fuera homogéneo para la población mexicana, sin permitir abrir la posibilidad de llevarlo a cabo de forma saludable en nuestra sociedad.

Se puede reconocer que, como consecuencia de las concepciones sociales negativas acerca de la vejez, los sujetos que envejecen tienden a significar su cuerpo como frágil, enfermo, inservible y débil. A esto da sustento María de Jesús:

Pues véame, mis piernas ya no responden, ya no puedo caminar; así no puedo ayudar en nada... Además, mi espalda ya no me deja estar sentada mucho rato, así para qué les sirvo, pues para nada... para puro estorbarles a todos (María de Jesús, adulta mayor, 82 años).

A través de este discurso se pueden señalar repercusiones tanto en aquellos envejecidos como en los que aún no se consideran viejos, ya que las percepciones pueden ir desde la marginación, no valorarse como los sujetos que son y quienes resaltan lo que fueron, limitando así la capacidad de disfrutar su día a día, sin darse la oportunidad de insertarse en las actividades de índole social implementadas en cada uno de los asilos. La institucionalización de adultos mayores se configura a través de significados relacionados con la vejez, la enfermedad, el deterioro y la muerte. Las emociones y experiencias subjetivas conducen a una reconfiguración de las prácticas de cuidados recibidas en el asilo. A continuación, de manera descriptiva, se mencionan aquellas que se brindan en los escenarios abordados en este trabajo de investigación; asimismo, se aluden las emociones que surgieron en los escenarios partícipes en el estudio.

Los cuidados que se despliegan en distintos niveles son el institucional, comunitario voluntario y familiar.

Hablar de las emociones de los adultos mayores es resultado de las situaciones de cuidado que experimentaron en los distintos escenarios. Los ancianos señalan que merecen vivir en condiciones dignas dentro de un asilo, las cuales tienen que ver con el reconocimiento familiar y social.

Pues, aunque ya no les doy gasto a mis hijas, me deben de venir a ver de vez en cuando, porque a veces pasan meses y yo no sé nada de ellas; ya me acostumbré a que no vienen, pero sí me hace falta que vengan... Cuando vienen, me siento alegre porque se dan cuenta de que estoy viva; pero cuando quiero que vengan, le digo a la encargada y les habla cuando se pueda para que me visiten (Paula, adulta mayor, 69 años).

El trato que se recibe en un asilo juega un papel importante para brindar atenciones. Ancianos enfermos o sanos tienen necesidades de índole física, material, pero sobre todo emocional, las cuales es prioritario

satisfacer; las pérdidas se presentan constantemente, les afectan de manera inmediata y son capaces de desencadenar algún tipo de crisis a nivel emocional o social.

Imagínate, antes yo solo podía hacer mis cosas, y ahora tengo que esperar a que todo me hagan; cuando no me apoyan en lo que necesito, me siento muy triste porque sé que estoy pidiéndoles cosas a cada rato... En las noches ya solo me pongo a llorar porque me doy cuenta que cada vez necesito más cosas que me hagan, ahora ya necesito de los demás (Alberto, adulto mayor, 79 años).

La pérdida más frecuente es el deterioro físico, ya que el desgaste del cuerpo por la edad es un factor irremediable, por lo que deben brindarse servicios de calidad para mejorar la vida de las personas dependientes, por medio de distintas tareas especializadas de cuidado.

Los adultos mayores describen las prácticas de cuidado presentes en esta etapa actual en relación con vivir en un asilo. El cuidado lo vamos a entender como un trabajo, más que como una condición, lo que quiere decir que es necesario verlo como una acción social; su fin es “proporcionar los medios de subsistencia al transformar recursos materiales y simbólicos que vienen a satisfacer (las) necesidades” (Robles, 2007, p.24).

Las diversas prácticas de cuidado se convierten en un concepto subjetivo; en relación con el sujeto y su contexto, es lo que va a considerar como cuidado o no. Se retoma la propuesta de Robles (2007, p.25): “El cuidado está compuesto por acciones e interpretaciones acerca de las necesidades del otro y de cómo deben ser satisfechas, pero también por sentimientos que enlazan acciones y pensamientos”.

En los asilos suelen brindarse atenciones en las áreas médica, emocional, material, ocupacional, física, recreativa y espiritual, pero son pocos los escenarios que cuentan con profesionistas especializados, por lo que se hace necesario trabajar en una visión sociocultural del anciano institucionalizado. De ahí la importancia de unir esfuerzos

para reconfigurar la percepción de los viejos asilados y plantear estrategias para mejorar sus condiciones de salud mental, emocional y social.

Existen grupos de personas que tienen diferentes grados de interacción con los adultos mayores, los cuales tienen que ver con el tiempo que se pasa con ellos, así como una amplia gama de objetivos al interactuar, ya que el acercamiento de las distintas disciplinas y voluntarios sin duda impacta a nivel profesional y personal. Si estos grupos poco a poco van reconstruyendo las actividades que en ocasiones son diseñadas de forma ineficaz, al partir de características que tienen que ver con lo que no pueden ejecutar los mayores, se están olvidando de crear propuestas relacionadas con sus condiciones actuales y reales.

A continuación se da cuenta de la experiencia de cuidado que el adulto mayor percibe de las enfermeras, así como de los grupos religiosos, jóvenes y niños, entre otros participantes que fungen como voluntariados.

Los grupos que los ancianos mencionan como importantes están conformados por diferentes voluntariados que visitan las instituciones, ya que destacan el tiempo que pasan con ellos, cuando les comparten algún tipo de alimento o los asean —ayudar a bañarlos o a limpiar sus cuartos, cortar su cabello, sus uñas, pero sobre todo que los hacen sentir acompañados.

Aunque sea unos minutos, nos sentimos escuchados, queridos y contentos (Rosa, adulta mayor, 73 años).

Cuando se hacen presentes los grupos de jóvenes o niños, miembros de una institución educativa a nivel básico o media superior, su acompañamiento tiene que ver con realizar juegos de mesa como dominó, lotería, cartas, además de repartir dulces o galletas. Aunque algunas de las visitas no les den algún objeto cuya función sea condicionar su participación, el adulto mayor se siente integrado en las actividades y

le gusta interactuar con sus compañeros. Relacionado con lo anterior, se destaca lo siguiente:

Cuando vienen los muchachos de la prepa o no sé de dónde, pero se ven chicos, juegan con nosotros a la lotería y me gusta, porque me ayudan a que llene mi carta, y lo más bonito es cuando gano y ya me dan mi galleta de premio... Eso me hace sentir contenta: jugar cuando puedo y lo que puedo (Dominga, adulta mayor, 83 años).

Los muchachos me dicen cómo jugar, aunque a veces no entiendo, ellos me ayudan... No importa ganar, lo que importa es hacer lo que nos pongan hacer... Así se nos va el tiempo más rápido (Luis, adulto mayor, 76 años).

Otras voluntarias son las cuidadoras religiosas, mujeres que pertenecen a algún grupo religioso o de la sociedad civil, capaces de prestar sus servicios de dos a tres veces por semana con la finalidad de acompañar y brindar atención especial a adultos mayores que no pueden realizar las tareas diarias como comer solos, ir al baño, limpiarlos, pero sobre todo conversar y escucharlos.

Se necesita tener vocación para venir con estas personas; todos vamos a llegar a esa edad y si puedes ayudar hay que hacerlo, porque el que vengas hace la diferencia en su día (religiosa, 56 años).

Los grupos de voluntarios, junto con la administración de la institución, se encargan de organizar las celebraciones los días de reyes, amor y amistad, de la madre y el padre, del adulto mayor, 15 de septiembre, sin olvidar los eventos como las posadas navideñas y el año nuevo. En cada una de las celebraciones, los familiares están invitados (desde luego cuentan con ellos), aunque por lo general no suelen asistir, según informan los encargados de las instituciones públicas.

El adulto mayor, al verse integrado en cada una de las actividades que proponen los voluntariados, se sienten importantes, alegres y contentos al realizar “cosas” que les proponen ejecutar; mientras que se hace presente el coraje, la tristeza e impotencia ante la dificultad de ejecutar actividades específicas, por el propio deterioro del cuerpo y la mente.

Enfermeras, cocineras y afanadores: cuidar les implica diversas actividades

Los asilos visitados cuentan como mínimo con una enfermera remunerada, quien brinda todo tipo de atenciones ante las enfermedades de los asilados. No es posible asegurar que todas las instituciones tengan un médico, ya que los servicios por parte de este especialista no son brindados formalmente en todas sino que se contratan sus servicios por honorarios para determinadas atenciones y seguimiento de algunos adultos mayores. Por parte de las enfermeras, cuidar implica realizar distintas actividades:

[¿Qué actividades realizas o en qué consiste su trabajo en este lugar?]
Tengo muchas cosas que hacerles. Primero los baño, los cambio, se ponen medicamentos, cambio pañales [a los que usan pañal], les ayudó a que coman, los tengo que llevar al baño cada que lo requieran... y cuando están enfermos, estar al tanto... Pero, sobre todo, me gusta platicar con ellos para saber cómo se sienten y cómo están (enfermera cuidadora de planta en un asilo, 52 años).

Además de las actividades mencionadas, se presentan otras como la supervisión de los enfermeros practicantes, llevar a cabo el papeleo o expediente que corresponde a la aplicación o toma de medicamentos y describir por escrito lo que los adultos mayores realizan en su día.

Las afanadoras y cocineras también juegan un papel, ya que además de llevar a cabo sus funciones de limpieza, trasladar cosas y preparar

los alimentos, auxilian a las enfermeras cuando se requiere, ya sea para bañar a los ancianos, cambiarlos y darles de comer. El número de personas en esas áreas depende del presupuesto de las instituciones públicas o privadas, ya que por la falta de recursos económicos una persona tiene varias funciones.

Los lugares estudiados por lo menos cuentan con una persona encargada de la cocina y otra del aseo.

Se supone que yo les preparo sus comidas las tres veces al día, pero cuando me desocupo, me apuro para barrer o trapear los pasillos o los lugares donde van a comer nuestros viejitos (cocinera, trabajadora formal del asilo, 39 años).

Yo solo me dedico a cocinar, porque es muy pesado para hacer otras cosas; con la pura lavadera de trastes y preparar todo, se me va el día... Allá de rareza, cuando alguien trae comida para compartir, ahora sí me queda tiempo para apoyar a las enfermeras en lo que me digan (cocinera, trabajadora formal del asilo, 45 años).

En lo que respecta a la socialización, se reconoce que trabajar en equipo es necesario, sin embargo, en algunas ocasiones no se lleva a cabo por falta de apoyo.

Pues entre los que trabajamos aquí, a veces tratamos de llevarnos bien, pero a veces hay problemas porque cada quien hace lo que le toca, y no todos somos acomedidos para apoyar al compañero en lo que le haga falta hacer (afanadora, 38 años).

Es notoria la falta de capacitación para tratar a los adultos mayores, ya que por lo general los enfermeros, cocineros, afanadores, doctores o encargados no cuentan con la formación para afrontar los deterioros característicos de la edad, lo que resulta en un área de oportunidad. No solo es dejar la responsabilidad de cuidado a los profesionales

y capacitar al personal sino brindar bienestar y protección social a los adultos mayores a través de cuidados de calidad, en donde distintos actores sociales han tenido participación, como lo ha sido el estado, la comunidad, los grupos de empresas que fungen como voluntarios y una parte significativa de estas acciones de cuidado, donde el discurso de los mayores recae sobre las familias cuando se cuenta con ellas.

En los asilos hay numerosos practicantes, sobre todo enfermeros, así como rehabilitadores físicos, médicos, psicólogos, nutriólogos, estilistas, trabajadores sociales. Sus actividades están relacionadas con su formación profesional, que van desde la obtención de información para conocer esta realidad y sus necesidades, hasta la toma de signos vitales. A partir de lo observado, por lo general se limitan a realizar sus actividades sin entablar mayor relación con los asilados.

La experiencia de cuidar personas adultas mayores se configura entre la realidad de la vida cotidiana y la profesional. En las relaciones y distintas interacciones con quienes están inmersos en cada escenario, de acuerdo con Arroyo, Ribeiro y Ferreira (2011), estas prácticas incluyen tanto elementos materiales como inmateriales, con vínculos afectivos y emocionales entre quienes proporcionan y reciben el cuidado. A partir de lo anterior, se describen las emociones implicadas en las distintas acciones de cuidado en una institución desde la subjetividad de las personas mayores.

SATISFACCIÓN EN LAS ATENCIONES RECIBIDAS: EMOCIONES INMERSAS EN RELACIÓN A LAS DIVERSAS PRÁCTICAS DE CUIDADO

El trabajo de cuidado a los adultos mayores tiene que ver con las tareas que este grupo poblacional considera imprescindibles: administración de medicinas, alimentación, higiene y vestimenta, acompañamiento emocional, servicios de salud y compañía, entre otros. Ante estas acciones de cuidado, se despliegan emociones que abonan o afectan las dinámicas dentro de las instituciones analizadas.

Para Pochintesta (2010), las emociones no pueden dejar de lado la consideración y relación con el cuerpo; desde el enfoque de la fenomenología, esta autora destaca que están ligadas a la experiencia de ser y estar en el mundo social. Si tomamos el cuerpo del adulto mayor como la construcción desde lo social y cultural, en donde se va cargando de funciones y roles, podemos entender que, ante el deterioro físico de los asilados y en relación con los cuidados, están inmersas distintas emociones.

En cuanto a los significados y las percepciones que tienen que ver con las tareas de facilitar cuidados al adulto mayor en el entorno familiar, mencionaron que con frecuencia aparecen sentimientos de incompetencia en los familiares que los atendían, por lo que al ingresarlos a la institución se sienten aliviados.

Mi hija dice: “Mamá ahora me siento bastante bien, porque sé que aquí está bien. La tratan bien, eso me hace sentir más tranquila” (Petra, adulta mayor, 68 años).

Uno de mis hijos siempre dice: “Me da mucho alivio saber que todo lo que necesitas aquí te lo dan, porque yo estoy muy tonto, que ni siquiera podía cambiar tu cama, menos hacerte una curación, ni darle tus medicinas, ahora no me siento impotente, porque sé que estás bien atendida en este lugar” (Sofía, adulta mayor, 65 años).

Los cuidadores familiares comentan sentir alivio a partir del ingreso de su pariente a la institución. Desde el discurso de los mayores, puede reconocerse el carácter relacional de los cuidados; por un lado, hay beneficios en las atenciones profesionales que puede recibir el anciano y, por otro, el alivio abona directamente a la situación del cuidador familiar.

Las prácticas de cuidado brindan atención ante el deterioro de ese cuerpo que envejece, y que muchas familias mexicanas ya no son capaces de facilitar. Los adultos mayores, al momento de perder su rol,

a pesar de que ya no se desenvuelven físicamente en estas dinámicas, se sienten alegres cuando se les sigue tomando en cuenta; pero, cuando esto no se lleva a cabo, surgen emociones poco favorables debido a que se sienten desplazados y consideran que no son tomados en cuenta:

Aunque me vengán a ver mis hijos, y cuando me piden mi opinión cuando traen problemas, me gusta sentirme alegre; pero no siempre me toman en cuenta para decidir algo dentro de sus casas o no me toman en cuenta para solucionar algún problema (Sofía, adulta mayor, 69 años).

Para Arroyo y Vázquez (2015), los adultos mayores experimentan emociones negativas como la tristeza cuando su rol en la familia se ve afectado, ya que se sienten ignorados y que sus opiniones no tienen valía. Sus relatos contienen significados emocionales que dan forma y abonan elementos a su identidad. De acuerdo con Arroyo, Ribeiro y Ferreira (2011), la identidad del adulto mayor se ve afectada debido a que socialmente se le percibe con habilidades disminuidas a nivel motor, cognitivo y social, en relación con el sector de la población que no forma parte de este grupo etario. Por ende, ante los deterioros propios de la edad, aparecen significados poco positivos al vivir esta etapa de vida, en donde a nivel individual y social no son valorados debido a que no se consideran capaces o son alejados por la propia familia de actividades en su vida cotidiana.

Lo que ahora ofrece el adulto mayor a sus familiares y personas cercanas no son recursos de tipo material, pero les parece importante brindarles compañía y convivencia; estos elementos los hacen sentirse valorados debido a que ya no pueden proveer otro tipo de apoyo.

Otra de las emociones presentes es la ansiedad, la cual tiene que ver por lo general con los cambios fisiológicos y motrices que van experimentando día con día, ya que el deterioro corporal es inevitable y cada vez requieren a las enfermeras y los voluntarios para que los apoyen a desplazarse de un lado a otro.

Mis piernas ya no me responden, eso me da mucha ansiedad porque todo el tiempo necesito que alguien me ayude a ir al baño. Me apoyo en mi andadera, pero siempre tengo que ir acompañada para que me ayuden a sentarme en el baño (Lalis, adulta mayor, 76 años).

De acuerdo con la propuesta de Pochintesta (2010), la ansiedad tiene que ver con las distintas respuestas físicas y mentales resultado de la interpretación ante alguna amenaza que experimenta el adulto mayor dentro del asilo.

El miedo a la soledad está asociado al temor frente al abandono familiar y social, aparece ante la incertidumbre que experimentan los asilados al no saber por qué sus familiares no los visitan, así como no recibir ninguna llamada; además de que la pérdida de los amigos y compañeros en el asilo les hace sentir miedo.

Mis compañeras de habitación las siento como mi familia; hace un mes ya se nos adelantó una [hace énfasis a la muerte] y me da miedo quedarme sola (Estela, adulta mayor, 74 años).

El miedo al abandono familiar y social está adherido en los adultos mayores asilados, pero también existe en el discurso social, ya que ellos no se encuentran dentro del paradigma actual de la juventud, donde la salud, belleza y productividad dan valía al sujeto actual.

Otro aspecto tiene que ver con la información difundida sobre los asilos en los medios de comunicación, en donde se menciona que se vive el abandono, el maltrato y la despersonalización. Lo describe con mayor claridad el siguiente discurso:

Yo siempre tenía la idea de que al venirme a vivir al asilo, siempre me iban a gritar y maltratar, como se escucha en la televisión o en la radio, o creía que mi familia se iba a olvidar de mí; pero me doy cuenta que no es así: aquí hay personas que se preocupan por uno

y también mis hijas no me han abandonado, aquí siguen viniéndome a ver (Amparo, adulta mayor, 75 años).

Los medios de comunicación construyen realidades de abandono y maltrato de los adultos mayores institucionalizados, y es aquí donde se requiere una reconfiguración de los asilos, que fungen como alternativa de cuidado para estos.

La dimensión social de la emoción, como menciona Enríquez (2014), puede ser rastreada por medio de las distintas situaciones sociales en que los adultos mayores están inmersos, y está relacionada con su experiencia emocional. Sus emociones tienen que ver con el significado que se otorga al recibir acciones de cuidados en las diversas instituciones.

Perspectivas e implicancias de vivir la etapa de la vejez en un asilo

En aquellos adultos mayores que no decidieron ingresar por voluntad propia al asilo, apareció el anhelo de regresar a su hogar debido a su falta de adaptación. Cuando no se satisfacen las demandas o necesidades de compañía, refugio, apoyo, cooperación, los ancianos anhelan regresar al ambiente familiar. Sin embargo, una vez que se dan cuenta de sus expectativas fallidas, se resignan a este nuevo hogar.

Pues es mejor estar aquí adentro... aunque no puedo salir a donde quiero como en mi casa, pero me dan lo que necesito cuando ellos pueden, porque somos muchos. A veces pienso que es mejor estar en mi casa, pero siempre estaba sola y nadie me podía dar lo que yo ocupaba; de pérdida aquí me dan lo que pido aunque se tarden (María, adulta mayor, 68 años).

El anciano siente el abandono progresivo y los cambios de convivencia de los familiares. A pesar de que el asilo cubre sus necesidades básicas

y hay quienes los atienden y se preocupan por ellos, una gran parte cambiaría todo por volver a su hogar. Con ello se evidencia que, desde su perspectiva, el único lugar donde encuentran bienestar es en el ambiente familiar —esto cuando la familia tomó la decisión de ingresarlos.

Por otro lado, quienes decidieron ingresar de manera voluntaria a la institución a pesar de las atenciones recibidas, señalan que convivir con los otros, denominados como iguales, les favorece, al tiempo que comparten historias y experiencias que han acumulado a lo largo de sus vidas.

Las vidas de algunas de las personas que aquí viven se parecen a la mía, me gusta platicar lo que he vivido, pero sobre todo te das cuenta cómo viven cosas iguales o parecidas a las tuyas... Se siente bonito cuando haces amistades en el lugar (José, adulto mayor, 71 años).

La búsqueda de convivencia con adultos mayores de características similares favorece la creación de vínculos afectivos y redes sociales en la institución que logran que un día común se pase de manera más rápida; lo anterior también ayuda a resolver cualquier tipo de situación.

Los adultos mayores esperan recibir todo del entorno en que se encuentran inmersos, pero, cuando estas expectativas no se cumplen, se presentan situaciones de depresión, angustia, marginalidad y soledad.

Uno espera que aquí adentro le den todo lo que uno necesita, pero conforme pasa el tiempo te das cuenta de que no se puede; eso me hace sentir muy ignorado, como si no valiera; lo que necesito me genera mucha angustia, no poder tener las cosas que quiero, y muy solo cuando no hay nadie que brinde el apoyo (Sofía, adulta mayor, 77 años).

Ya sabes, las cosas que se hacen en un día común, y lo único que te queda es participar en lo que se pueda, cuando se pueda, con el fin

de que pase tiempo en actividades que se generen en el lugar (Elvira, adulta mayor, 72 años).

Aunque los ancianos no reciben lo que esperan, o aquello que idealizaron al formar parte del lugar, mencionan que una vez que se adaptan a lo que se ofrece dentro del contexto, refiriéndose a las atenciones que reciben por parte de los cuidadores, así como las visitas de los voluntarios que asisten al lugar, ambos elementos juegan un papel importante, ya que el sentirse acompañados los hace disfrutar del contexto que ahora forma parte de sus días. Es aquí donde se puede colocar el cuidado de tipo formal que oferta el mercado o las instituciones públicas como una opción para las familias, ya que se pueden atender las necesidades de sus personas mayores desde distintas dimensiones, sin que se continúe el paradigma familista del cuidado.

CONCLUSIONES

El envejecimiento es un proceso activo inherente a los seres humanos, que en los últimos años ha ido en aumento de manera significativa, lo cual implica configurar estrategias a escala individual y social que permitan a los adultos mayores vivir de manera plena y con calidad de vida, ya sea dentro o fuera de su ambiente familiar.

El envejecimiento debe considerarse como un proceso que requiere la preparación de la sociedad, destacando que las familias están dejando de ser una alternativa de cuidado para el adulto mayor debido a su carga de responsabilidades y a los cambios en sus dinámicas.

Los resultados de esta investigación han permitido conocer un panorama general de las subjetividades, las experiencias y los significados que los adultos mayores otorgan al estar inmersos en un asilo. Los entrevistados no presentan las mismas características de salud o económicas, ya que en los distintos asilos existe una amplia gama de singularidades: algunos se encuentran en sillas de ruedas, postrados

en cama o con otros grados mayores de dependencia; prevalece la carencia de ingresos económicos, y los recursos que algunos reciben no alcanzan para satisfacer sus necesidades básicas. Así, requieren cuidados en relación con las discapacidades físicas propias de la edad, sin olvidar su dignidad como seres humanos.

Envejecer junto con otros no es otra cosa más que la adaptación a un nuevo lugar, estar en contacto de forma cotidiana con nuevas personas que atenderán sus necesidades físicas (medicamentos, alimentos, arreglo de dormitorio e higiene personal), sociales y psicológicas. Se trata de adherirse a las nuevas reglas que se tienen que cumplir. Sin embargo, cuando no se adaptan de manera favorable, pueden afectar emocionalmente su calidad de vida y desenvolvimiento con los demás, ya que la decisión de permanecer en el lugar es, por lo general, irreversible. Otro de los temas que aparecieron en el análisis fue enfocar todo aquello que sí pueden realizar y disfrutar los sujetos que envejecen, y no solo estar atentos a sus limitaciones.

Las personas que laboran en los asilos, así como las familias de los adultos mayores, no están preparadas muchas veces para hacer frente a los cambios funcionales y emocionales de los ancianos. Es necesario generar programas con la finalidad de que cuenten con herramientas para el afrontamiento de esta situación y sean capaces de propiciar la participación responsable de los cuidadores formales, para otorgar un trato digno y buscar la incorporación dentro de la dinámica familiar y sobre todo en lo social. Es aquí donde puede reconocerse que, para configurar nuevas prácticas de cuidado, es necesario que la responsabilidad no solo recaiga en la familia sino desde lo social, con la participación del estado, la comunidad, las empresas y el mercado; urge instalar nuevas concepciones de las relaciones entre individuos, familias y estado, que tengan como base la responsabilidad y el compromiso social del cuidado hacia las personas mayores, como lo señalan Arraigada y Todaro (2012). Desde esta propuesta, el cuidado significa evaluar, observar y repartir las responsabilidades y el trabajo

entre las familias, el estado y el mercado, de tal forma que sea posible combinar los recursos en la práctica de cuidado hacia este grupo etario.

Las prácticas de cuidados dentro de los asilos se dibujan en tres niveles: institucional, comunitario y familiar:

- En el nivel institucional están los sujetos que laboran de manera formal en los asilos. Se observó la necesidad de fortalecer el vínculo con las comunidades a las que asisten y a sus familias, para abordar las distintas dimensiones del envejecimiento: social, física y emocional. En cuanto al personal del lugar, los voluntarios y las personas de las distintas disciplinas que realizan su servicio social en la institución, sería enriquecedor que incorporaran actividades con un impacto directo e inmediato en los niveles físico, cognitivo, social, cultural y psicológico, entre otros. Es indispensable trabajar de manera conjunta y fomentar el trabajo interdisciplinario, ya que cada disciplina puede abonar elementos que impacten de manera directa la calidad de vida del asilado, y que no solo se asista a cumplir determinadas horas o por la culminación de un trámite para la obtención de un título o la acreditación de una materia.
- A nivel comunitario, las personas que asisten por el gusto de convivir y apoyar a los adultos mayores, dentro de sus limitaciones, es necesario que se fortalezcan los lazos de índole afectivo entre los distintos grupos, ya que los espacios que brindan son de tipo recreativo, intercambio de experiencias y reciprocidad de información.
- El último nivel tiene que ver con la familia. En definitiva, las trayectorias familiares han cambiado, las dinámicas ya no son lineales ni tampoco estables a lo largo del tiempo. Ante estos cambios, urge generar procesos que inciten la concientización hacia los familiares en relación con no abandonar a los mayores dentro de la institución, ya que la familia es un pilar social fundamental capaz de darles soporte emocional. Su participación juega un papel importante en el proceso de adaptación y participación en la institución, debido a que los cuidados informales influyen en los significados que los

mayores adoptan en esta etapa de vida y los nuevos procesos de cuidados implicados en la institucionalización.

Se puede resaltar que la necesidad de cuidados en la vejez no es un tema actual, pero lo que resulta de interés es conocer las dificultades que están surgiendo para proporcionarlos.

Como parte del cuidado colectivo aparece un abanico de prácticas en las instituciones que participaron en este trabajo, pero para los adultos mayores fue relevante el rol que desempeña la obligación filial, ya que la configuran características éticas y morales que llevan a la familia a cumplir con la responsabilidad del cuidado, y cuando estas no se cumplen se instalan otras formas de atención como las prácticas de cuidado de forma colectiva. En esta sociedad que desatiende a los ancianos, es necesario tratar de horizontalizar las relaciones y buscar estrategias que garanticen la colaboración de todos los actores, sin dejar de incluir la voz de los asilados, dependientes e independientes, así como de sus familias. Esto tiene que ver con la configuración de estrategias que permitan afrontar los problemas que surgen a partir de las dificultades ante las prácticas de cuidado y emociones que emanan, cuyo fin sea procurar mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS

- Arriagada, I. & Todaro, R. (2012). *Cadenas globales de cuidados: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. Santiago de Chile: ONU Mujeres.
- Arroyo, C. & Vázquez, L. (2015). Significados del bienestar familiar y social en personas mayores de contextos urbanos y rurales de Durango. En S. Garay, C. Arroyo & J. Bracamontes (Coords.), *Vejez, familia y bienestar. Dimensiones micro y macrosociales del envejecimiento y la vejez* (pp. 19–50). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Arroyo, M., Ribeiro, M. & Ferreira, S. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales. Tendencias*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Consejo Estatal de Población de Jalisco (Coepo) (2008). *Panorama Jalisco*. Guadalajara: Coepo / Secretaría General de Gobierno de Jalisco.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2014). Proyecciones de la población 2010–2050. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos
- De los Reyes, M.C. (2007). Contexto de la decisión de institucionalización. En *Familia y geriátricos. La relatividad del abandono*. Buenos Aires: Espacio.
- Encuesta Intercelsal (2015). Principales resultados. Recuperado el 16 de enero de 2016, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825078966>
- Enríquez, M. (2014). La construcción sociocultural de los nervios: emociones, envejecimiento y pobreza en el área metropolitana de Guadalajara. En V. Montes de Oca (Coord.), *Vejez, salud y sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas* (pp.119–154). México: UNAM.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero) (2006). Introducción a la institución: ¿dónde nos movemos? En *Institucionalización y dependencia*. Colección Estudios, No.12003, 10–14. Recuperado el 10 de mayo de 2015, de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/institucionalizacion.pdf>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) (2014). Preocupa a experto el envejecimiento poblacional. Recuperado el 16 de enero de 2016, de http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Comunicados/_rid/130/791/preocupa-a-expertos-el-envejecimiento-poblacional

- Lombardo, E. & Oddone, J. (2013). Imágenes del cuerpo en la vejez. En L. Gastrón (Coord.), *Dimensiones de la Representación social de la vejez*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata / Eudem.
- Pinto, V. (2008). The hospitality industry and care for the elderly. *Administración y Hospitalidad ESDAI*, No.13, 81-92.
- Pochintesta, P. (2010). Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte. *Antropología de la subjetividad*. Recuperado el 9 de octubre de 2015, de http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/paula_pochintesta.pdf
- Robles, L (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el Barrio de Oblatos*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud-Universidad de Guadalajara.
- Strauss, A. & Corbín, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.

III. Salud y envejecimiento

La inclusión de los adultos mayores en el sistema universitario

ARACELI HERNÁNDEZ VELASCO
EVERARDO CAMACHO GUTIÉRREZ

Envejecer tiene una mejor perspectiva hoy, ya que hay una mayor conciencia acerca de este proceso (Ham Chande, 2003), además de un mayor compromiso profesional multidisciplinario para resolver los problemas y las demandas de la población en esta etapa de la vida. Lo que en un principio era solo un problema demográfico y de bienestar social, ahora se ha convertido en un tema de suma relevancia e interés por instancias que antes no lo consideraban atractivo ni lo incluían en sus programas (Yuni, 1993; Vázquez & Fernández, 1999).

Un ejemplo de lo anterior lo encontramos en las universidades, que apenas hasta hace unos años comenzaron sus primeras investigaciones (Flores, Vega & González, 2011; Cabedo & Cabedo-Mas, 2015) o programas de atención para el adulto mayor, lo que se ha incrementado en la actualidad, por ejemplo, el diplomado para adultos mayores ofrecido en la Universidad Autónoma de Nuevo León¹ y otras experiencias como en la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala (González-Celis, Esquivel & Jiménez, 2005). Existe el Sistema Universitario del Adulto Mayor (SUAM), creado a finales de 2012 por la Universidad de

1. Véase www.uanl.mx/unimayores

Guadalajara,² con el objetivo de integrar, formar y capacitar a esta población, con más de 27 cursos en áreas de salud y desarrollo psicológico, humanidades, cómputo e idiomas, arte y cultura, entre otros; es un modelo académico singular, tanto en la pedagogía como en los contenidos académicos, así como flexible en los horarios. En España se tuvo el Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores (CIUUMM, 2011), cuyo principal interés fue el aprendizaje a lo largo de la vida, el envejecimiento activo y la cooperación internacional en los programas universitarios para mayores. También incluye la educación para instruir a las personas en cómo pueden mejorar la utilización del ocio y el tiempo libre, la participación social y la mejora de la calidad de vida, bajo la consigna de que “si se tienen mejores personas tendremos una mejor sociedad” (p.1176). Se logró, en primera instancia, romper con la barrera de la edad dentro del sistema universitario, al eliminar una edad máxima para poder ingresar, ya que cualquier espacio es educativo. Cuba tiene muchos años de experiencia, por ser uno de los países de mayor envejecimiento y longevidad de América Latina (Marín & Fernández, 2001). El antecedente surge de la educación no formal de los adultos mayores, desarrollada por la gerontología del país, que inició a mediados de la década de los noventa y finalizó en el año 2000 con la creación de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana (CUAM), en colaboración con la Facultad de Psicología, la Asociación de Pedagogos de Cuba y la Central de Trabajadores de Cuba (Orosa, 2006).

Hoy en día, las personas mayores buscan que los programas sean de interés, propios y actuales, además de dar la oportunidad de que ellos mismos sean quienes generen conocimiento, lo impartan y participen con proyectos de investigación (Causapié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011).

2. Véase <http://www.udg.mx/es/etiquetas/sistema-universitario-para-adultos-mayores-suam>

Los avances en el área de salud han conseguido que la esperanza de vida aumente de manera considerable, lo que ha permitido que las personas mayores vivan más. Hoy encontramos abuelos o bisabuelos con más de 80 años, e incluso envejecimientos exitosos o patológicos con 90 o más años de edad. El gobierno ha implementado varios programas de apoyo a nivel salud y económico para las personas de 60 y más, y se han creado diversos centros de atención para el adulto mayor, públicos y privados. Por ejemplo, en Guadalajara, la segunda ciudad de México, en el segmento privado están la Casa del Adulto Mayor, Villa Santa María, Club Villa Plata, Vida en Plenitud, Casa de Descanso Amistad, Centro Vidavi, Calli y Sun Haven, por mencionar solo algunos; y en la dimensión pública, destacan el Centro para el Desarrollo Integral del Adulto Mayor del DIF, el Centro de Día Eduardo Montañó, el Centro Metropolitano del Adulto Mayor y el Instituto Jalisciense del Adulto Mayor.³

Los adultos mayores son ya un objetivo en el mercado económico y no únicamente un gasto. La jubilación se ha alargado también en otros países, ya que ahora se ven más los beneficios que las afecciones de seguir activos dentro de la sociedad (UNESCO, 1997), al mismo tiempo que se reconoce la carga económica de mantener pensionados a una población creciente que tiene años de vida en su porvenir (Márquez, Pelcastre & Salgado, 2006).

De la misma manera, se sabe bien que el envejecimiento físico implica múltiples problemas que afectan a cada quien de manera diferente. Según Catalán y Rangel (1992), la persona que envejece ve disminuida su capacidad para la vida activa debido a tres factores principalmente: la reducción progresiva de potencialidades físicas por el proceso normal de envejecimiento; la acentuación de efectos de enfermedades anteriores; y los procesos biológicos y sociales relacionados con la senectud. En nuestro país, la situación de los adultos mayores tiende

3. Véase <http://info.jalisco.gob.mx/gobierno/programas/10449>

a convertirse en una población demográfica importante cuya magnitud aún no se considera en sus justas dimensiones. Mientras que en el siglo pasado el objetivo principal fue aumentar la longevidad de la población, en el actual la mayor preocupación radica en otorgar calidad de vida para aquellas personas que aún se mantienen con vida después de pasar la barrera de los 60 años de edad. Dicho sea, lo importante del envejecimiento de una población no es alcanzar la mayor edad posible sino llegar con los mayores recursos permitidos: a nivel salud, capacidad, economía, autonomía social, apoyo familiar y comunitario (Prieto-Flores et al, 2008).

La vejez se considera un proceso del hombre y la mujer en que existe un desarrollo individual y multifactorial que los afecta, según los estilos de vida que hayan tenido, sus formas de afrontamiento, el apoyo social-sanitario, así como su contexto personal, familiar y comunitario. Con respecto al estilo de vida, es un constructo que describe la serie de patrones de comportamiento (Maya, 2011), así como “otros factores, sociales, culturales y económicos que inciden en la salud” de los adultos mayores (Grimaldo, 2012, p.75). Como señalan Montes de Oca y Mendocilla (2005), cuando los modos de vida y las prácticas habituales contribuyen a la promoción de la salud integral, hablamos de estilos de vida saludables.

Sin llegar a ser optimistas, se considera importante reconocer las pérdidas, así como las ganancias y la capacidad de cambio, el desarrollo y perfeccionamiento posible en los adultos mayores; reconocer “una confianza en las posibilidades de crecimiento de la persona con independencia de la edad” (Villar & Solé, 2006, p.431). En esta etapa aún queda mucho por vivir, las personas que logran llegar a ella se enfrentan ante varios retos durante el camino; lograr un equilibrio con el mundo social no es nada sencillo, al contrario, es desafiante ante una sociedad que no está preparada para envejecer, pues aún existe una gran cultura de anti envejecimiento y prejuicios. Por fortuna, los cambios de países más desarrollados son alentadores, ya que empieza

a surgir una nueva cultura de la vejez con mejor perspectiva, que contradice y contrarresta lo que se creía.

Si recordamos los escritos de Erikson sobre su teoría del desarrollo (en Quadagno, 2005), las personas mayores de más de 60 años viven un duelo entre integridad y desesperación; el desafío radica en la elección de moverse hacia adelante o retroceder; ya sea que los adultos mayores miren hacia atrás con pocos arrepentimientos y sientan resultados de integridad que valgan la pena, o bien que vivan un poco desesperados, con sentimientos de culpa y autorrechazo. Si bien aún existe mucho camino por recorrer, intereses por compartir, talentos por descubrir y cosas por aprender, necesitan ayuda para lograrlo: recibir apoyo adecuado y ofrecer alternativas para continuar con su proceso de aprendizaje, el cual es interminable.

En este sentido, los espacios universitarios pueden ser una buena opción para acogerlos y dar respuesta a esta demanda. Ya no es suficiente contar con asilos, centros de día comunitarios, casas de retiro etc; la demanda de personas que envejecen bien es cada vez mayor: con más recursos físicos, psicológicos y una buena salud que les permite desplazarse y ser activos de forma independiente. Así, las universidades deben ser un espacio incluyente para ofrecer una oportunidad de crecimiento con dignidad y alternativas de calidad con respaldo científico que, además de contar con una infraestructura adecuada, posea personal capacitado para brindar apoyo y consentir a los adultos mayores de tal manera que les permita vivir con más plenitud (Vázquez & Fernández, 1999; Requejo, 2003; Brigeiro, 2005). En este contexto, se vuelve relevante la noción de bienestar del adulto mayor, el cual puede concebirse como: bienestar subjetivo (vinculado a una tradición hedónica que se traduce como satisfacción vital y felicidad) y bienestar como indicador de la funcionalidad positiva del adulto mayor orientada (que implica crecimiento y puesta en funcionamiento de sus capacidades) (Vivaldi & Barra, 2012). El modelo de bienestar desarrollado por Ryff y Singer (2008) plantea seis dimensiones: 1)

evaluación positiva de uno mismo y autoaceptación, 2) crecimiento personal, 3) propósito en la vida, 4) relaciones positivas con otros, 5) dominio ambiental, y 6) autonomía.

OBJETIVOS

En el presente trabajo se reporta una investigación que evaluó el efecto en el bienestar y estilo de vida de un grupo de adultos mayores que viven en un asilo y participaron en algunos cursos en un contexto universitario en la ciudad de Guadalajara. Se consideraron los principales componentes de la salud: física, mental y la adaptación social, así como los estilos y las conductas de riesgo para lograr un envejecimiento saludable.

El objetivo de la investigación fue evaluar el bienestar de los adultos mayores y el estilo de vida antes y después de su participación en un programa universitario diseñado especialmente para esta población. Si se toman en cuenta sus necesidades físicas, recreativas y de nutrición, intentamos modificar su estilo de vida a través de un programa con actividades dirigidas a estos rubros. La pregunta de investigación fue: ¿cómo se modifica la percepción de bienestar y el estilo de vida de los adultos mayores de una casa de descanso, después de la participación en un programa físico, recreativo y cultural durante 12 semanas?

Este trabajo se justificó en la medida en que los potenciales hallazgos abren la posibilidad de identificar aquellos factores y actividades que mejoren el bienestar de los adultos mayores, así como el estilo de vida de los participantes, más allá de los juegos de ajedrez, damas chinas, memoria y lotería que habitualmente suelen utilizarse como las únicas actividades recreativas en las casas de descanso o asilos donde viven.

El objetivo de la intervención entonces se orientó a promover la mejora en el bienestar de los adultos mayores de una casa de descanso a partir de un programa de activación física y recreación. Se escogieron estos dos grandes bloques de programas con base en la noción de

envejecimiento exitoso (Fernández-Ballesteros, Caprara, Íñiguez & García, 2005; Brigeiro, 2005) acuñado en el segundo Fórum Mundial sobre Envejecimiento, organizado por la ONU, realizado en Madrid en abril de 2002, que identificó el apoyo y las relaciones sociales, así como la activación física, como los dos pilares que sostienen una vejez con éxito.

METODOLOGÍA

El escenario elegido dentro del campus para realizar las actividades fueron las instalaciones en donde se encuentran los equipos y materiales de la universidad para las actividades físicas y culturales, área de cafetería para consumo de refrigerio, gimnasio, salones, áreas verdes, aulas de proyección y materiales didácticos. Se les brindó trasporte escolar del asilo a la universidad, y de la universidad al asilo.

Una de las limitaciones del estudio fue el tamaño del grupo, el cual resultó ser más pequeño de lo programado, resultado de la inasistencia por causas de salud o imprevistos físicos característicos de la edad de los participantes.

El diseño utilizado fue pre-test y pos-test con un grupo control. Asimismo, la muestra de los participantes se compuso por adultos mayores de ambos sexos, sin problemas cardiacos, que pudieran desplazarse sin mayores dificultades por la universidad, con un rango de edad de entre 65 a 80 años (promedio de 78), mitad hombres y mitad mujeres, asignados al azar de la población del asilo.

La población inicial para el grupo experimental fue de diez hombres y diez mujeres, al igual que para el grupo control. Sin embargo, se tuvo una respuesta poco consistente, por lo cual en el grupo experimental quedó la mitad de la muestra inicial, es decir, cinco hombres y cinco mujeres. En el grupo control también hubo modificaciones y solo se consideró a seis personas. Otra limitación que se puede presentar en la aplicación de un programa como este es la subjetividad

de cada uno de los participantes, ya que la veracidad de sus respuestas en la aplicación de los instrumentos no fue del todo satisfactoria, pues había personas que físicamente tenían limitaciones para hacer ejercicio, aunque habían afirmado que su práctica constaba de ejercicio intenso durante 20 minutos, tres veces a la semana; entre el querer y poder, sus expectativas eran mayores que sus posibilidades.

La muestra fue de una población perteneciente a un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, de nivel educativo básico (siete de los participantes habían terminado la primaria), personas que en su gran mayoría vivían solas en el asilo, y únicamente se contó con un matrimonio en el programa; los más habían estado casados y por separación o deceso estaban solos, y dos mujeres nunca habían estado casadas. La mayoría de la población en el asilo estaba alejada de sus familias, con un mínimo y a veces nulo contacto familiar y social. Cuatro estaban pensionados, otros vivían de sus ahorros —que cada día se iban acabando por los gastos en atenciones médicas— y unos pocos que no podían pagar, colaboraban con algunas actividades a manera de intercambio para vivir en la casa de descanso.

El grupo experimental asistió a la universidad formando parte de las actividades del programa, mientras que el grupo control permaneció en la casa de descanso realizando sus actividades cotidianas.

En la primera fase se aplicaron instrumentos como el programa interactivo *Computerized Lifestyle Assessment (CLA)*, diseñado por Harvey Skinner (1994) de la Universidad de Toronto, validado (validez de contenido) para ser utilizado en estudiantes universitarios mexicanos (Celis, 1998), el cual se eligió por las siguientes razones: consta de 175 reactivos interactivos que miden la percepción del participante a través de 18 áreas básicas de su vida, como sistemas de nutrición, hábitos alimenticios, uso de cafeína, actividad física, peso corporal, calidad de sueño, relaciones sociales, interacción familiar, abuso físico y sexual, consumo de tabaco y alcohol, uso de drogas médicas y no médicas, cuidado médico y dental, seguridad en la conducción de vehículos

automotores, actividad sexual, riesgos de trabajo y salud emocional y disponibilidad al cambio; sus vectores están en consonancia con la mayoría de las dimensiones propuestas por los teóricos del estilo de vida revisados (Ryff & Singer, 2008); adicionalmente, cada vector contiene un conjunto de reactivos interactivos, que al ser presentados al ejecutante propician una respuesta que es reforzada con retroinformación inmediata al terminar cada rubro, lo cual eleva las probabilidades de apego y significancia de las respuestas.

En el cálculo realizado para la muestra de los adultos mayores que acudieron a la universidad, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .7798 por el método Alfa de Cronbach, con una probabilidad asociada de $p = .01$. En cuanto a la validez de constructo, se empleó el método factorial, el cual arrojó un coeficiente global de 82% para la muestra blanco. Además, se aplicó la Evaluación del Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A), diseñada por María Martina Casullo de la Universidad de Buenos Aires (2002). La escala tiene una confiabilidad alpha reportada de 0.70 y validez de construcción. Los factores que componen al instrumento son: proyectos, autonomía, vínculos y control / aceptación, en 13 reactivos. Este instrumento evalúa la percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer desde una mirada estrictamente personal o subjetiva.

El procedimiento de la investigación se desarrolló en tres fases. En la primera, se llevó a cabo un pre-test de la CLA de Skinner, previamente validado en Canadá, y la BIEPS-A (Casullo, 2002), en donde se evaluaron los cuatro componentes antes mencionados.

En la segunda fase se realizó el programa de intervención, por lo que los adultos mayores fueron llevados al campus durante doce semanas.

El programa de actividades en la universidad fue el siguiente:

9:00-10:00 Taller de educación física (a cargo del equipo de Promoción Deportiva).

TABLA 7.1 LAS 16 VARIABLES QUE EVALÚA LA CLA

	Variables		Variables
A	Nutrición	I	Uso del tabaco
B	Hábitos alimenticios	J	Uso de alcohol
C	Uso de cafeína	K	Uso de medicamentos
D	Actividad física	L	Cuidado médico y dental
E	Peso	M	Seguridad vehicular
F	Sueño	N	Actividad sexual
G	Relaciones sociales	Ñ	Trabajo y tiempo libre
H	Interacciones familiares	O	Salud emocional

10:00–11:00 Refrigerio y convivencia social.

11:00–12:30 Actividades recreativas y culturales (cine club o baile).

12:30–13:00 Discusión grupal sobre la proyección. Cierre del día.

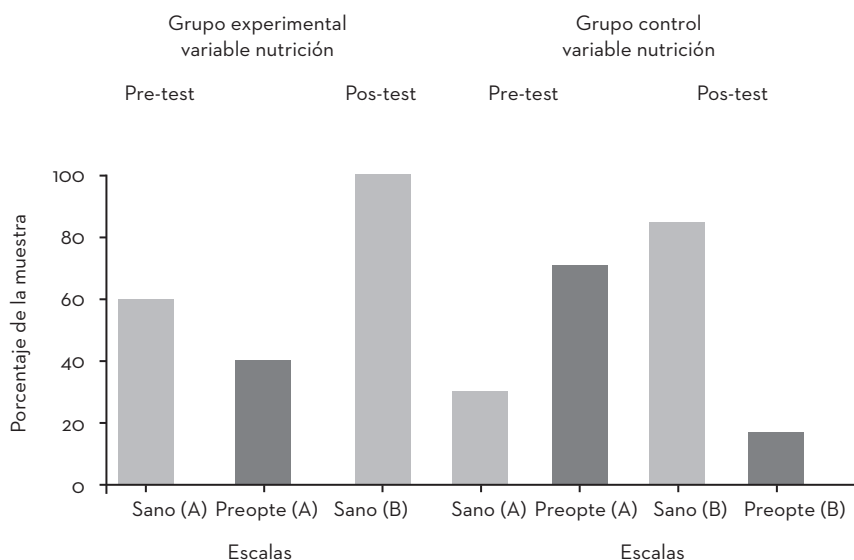
En la tercera fase se aplicó el post-test de la CLA y la BIEPS-A.

RESULTADOS

A continuación se presenta un análisis descriptivo de la prueba CLA (tabla 7.1), que incluye 16 variables dependientes. El puntaje final es un promedio ponderado de estas. Están agrupadas en tres escalas distintas según la puntuación obtenida: estilo de vida sano, con un puntaje absoluto de 1 a 1.999, estilo de vida preocupante, de 2 a 2.999, y estilo de vida de riesgo, de 3 a 3.999.

Las figuras 7.1 y 7.2 ilustran los porcentajes de los grupos que tuvieron cambios de escala en algunas de las variables evaluadas, de una fase pre a una post, de manera que se pueden comparar los porcentajes obtenidos del grupo experimental y el de control antes y después de la participación del programa.

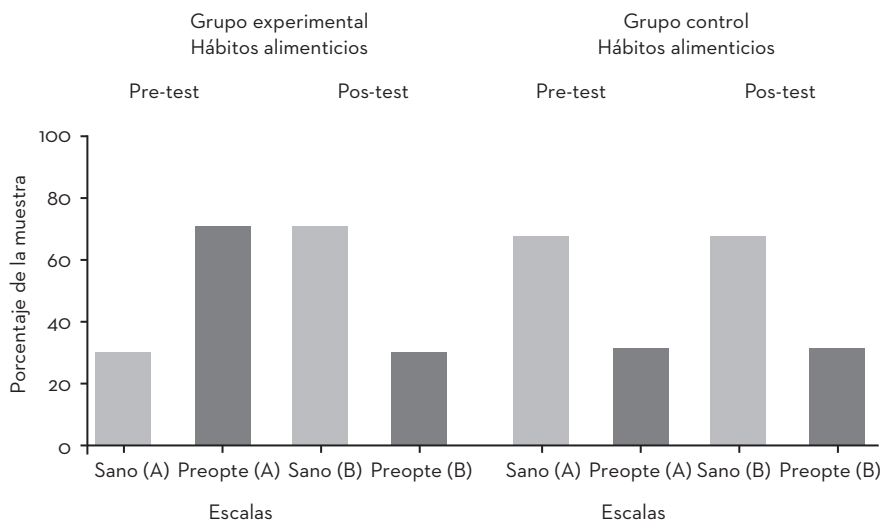
FIGURA 7.1 VALORES PROMEDIO DE LA VARIABLE NUTRICIÓN EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



Nutrición

En el panel izquierdo de la figura 7.1, en el pos-test del grupo experimental, 40% de los participantes que se encontraban con un estilo de vida preocupante (gris oscuro) en el pre-test cambiaron a un estilo de vida sano, en tanto el otro 60% se mantuvo en el estilo de vida sano (gris claro), lo que ubica al 100% de la muestra en este último. El grupo control también presentó cambios en la variable nutrición, ya que en el pre-test 33.3% se ubicaba en la escala de estilo de vida sano (gris claro) y 66.7% en la escala de estilo de vida preocupante (gris oscuro). El grupo control mostró cambios en sus porcentajes en el pos-test, ya que 83.3% se encuentra en la escala de vida sano (gris claro) y 16.7% permaneció en el estilo de vida preocupante (gris oscuro).

FIGURA 7.2 VALORES PORCENTUALES DE LA VARIABLE HÁBITOS ALIMENTICIOS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



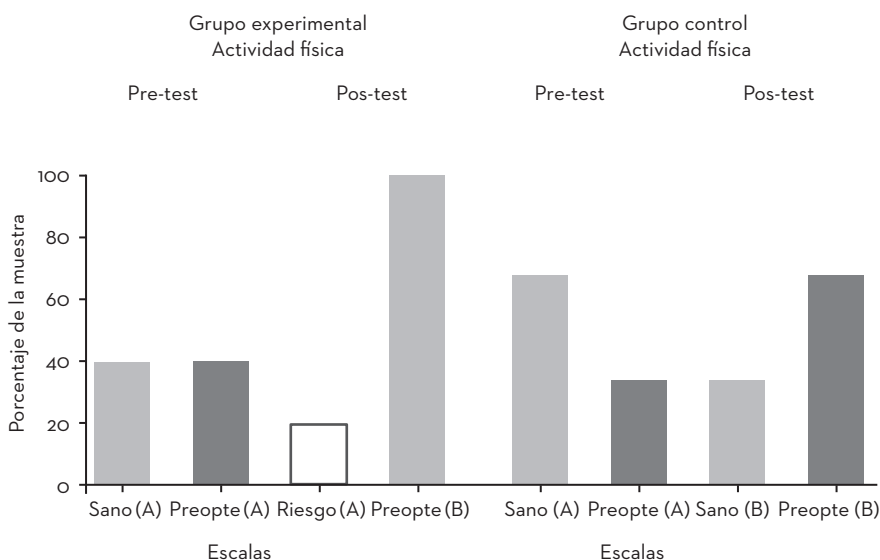
Hábitos alimenticios

Como puede apreciarse en la figura 7.2, en el grupo experimental cambió sus hábitos alimenticios 40% después de su participación en el programa, mientras que en el grupo de control no hubo cambios. En el pre-test, 30% se encontraban en la escala gris clara, lo que los colocaba en el estilo de vida sano, y 70% en la escala gris oscura, que pertenece al estilo de vida preocupante. En el pos-test, el porcentaje se modificó: 70% en el estilo de vida sano y 30% en el estilo de vida preocupante.

Actividad física

En la figura 7.3 se ilustra cómo el grupo experimental obtuvo en el pre-test un porcentaje de 40% en la escala estilo de vida sano (gris claro),

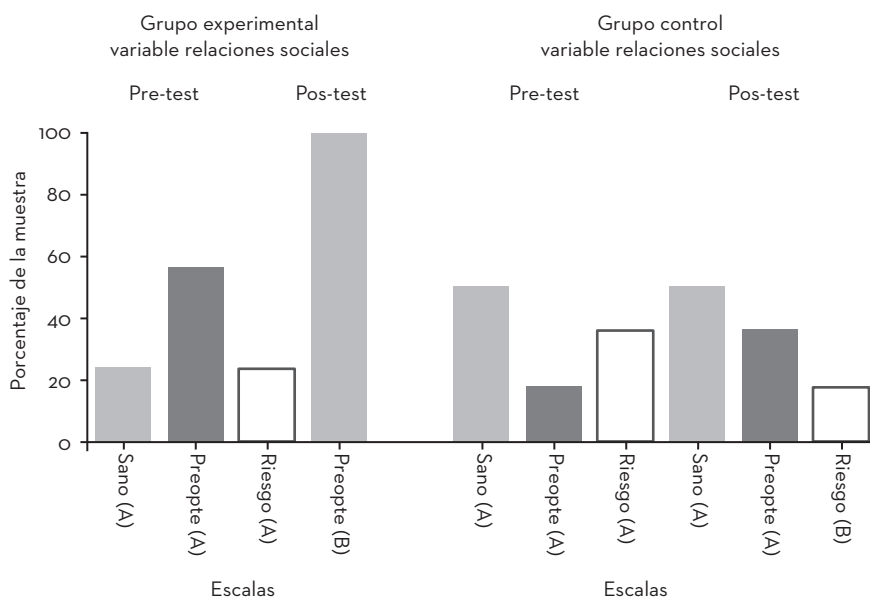
FIGURA 7.3 VALORES PORCENTUALES DE LA VARIABLE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



40% en la de vida preocupante (gris oscuro) y 20% en la de vida de riesgo (sin color). En el pos-test modificó todos sus porcentajes de manera positiva, ya que 100% de los participantes se encuentran en el estilo de vida sano (gris claro). El grupo control presentó en el pre-test un porcentaje de 66.7% en la escala estilo de vida sano (gris claro) y 33.3% en la escala estilo de vida preocupante (gris oscuro).

En el panel derecho del grupo de control, en el pos-test los porcentajes se modifican de la siguiente manera: solo 33.3% permaneció en el estilo de vida sano (gris claro) y, el otro 33.3% de la muestra que se encontraba en un estilo de vida sano, cambió a un estilo de vida preocupante, dejando con el porcentaje mayor de la muestra, 66.7%, en un estilo de vida preocupante (gris oscuro).

FIGURA 7.4 VALORES PORCENTUALES DE LA VARIABLE RELACIONES SOCIALES EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



Relaciones sociales

En el pre-test, como se muestra en la figura 7.4, el grupo experimental tuvo los siguientes porcentajes: 22.2% con estilo de vida sano (gris claro), 55.6% con estilo de vida preocupante (gris oscuro) y 22.2% con estilo de vida de riesgo (sin color). El grupo control tuvo 50% de la muestra en la escala gris claro, 16.7% en la gris oscuro y 33.3% en la sin color. En el pos-test, los cambios del grupo experimental fueron positivos, ya que 100% de se ubicó en la escala estilo de vida sano, es decir, cambió de escala 77.8% que se encontraban entre la escala gris oscura y la sin color. Ello en contraste con el grupo control, que permaneció 50% en estilo de vida sano, 33.3% en estilo de vida preocupante y 16.7% en estilo de vida de riesgo.

Posteriormente, de las 20 escalas como variables arrojadas por el CLA (16 enlistadas en la tabla 7.1) con las escalas del BIEPS (cuatro escalas), se realizó un análisis de correlación producto-momento de Pearson a todos los sujetos del grupo experimental y de control en la prueba post, y se encontró lo siguiente:

Correlaciones positivas

- Hábitos alimenticios y control ($r = .480$, $p = .005$): a mayor control de tus actos y decisiones, tus hábitos alimenticios se modifican de manera favorecedora para tu salud. Si no tienes control de ti mismo y las situaciones que se te presentan día a día, los hábitos alimenticios de estas personas se verán afectados también.
- Control y bienestar psicológico ($r = .793$, $p = .000$): mientras tengas control de tus decretos y tu vida en general, tu bienestar psicológico será superior; o los puntajes bajos en control corresponden con niveles bajos en el bienestar psicológico.
- Control y aceptación ($r = .513$, $p = .003$): sugiere que a mayor aceptación de sí mismo y de la vida pasada, tendrán alto control de sus actos y decisiones; o, a niveles bajos de control, la autoaceptación obtendrá niveles bajos también.
- Bienestar psicológico y cuidado médico dental ($r = .642$, $p = .007$): este se ve afectado positivamente si los cuidados médicos y dentales son buenos; o bien, si el bienestar psicológico de estas personas baja, el cuidado médico también lo hace.
- Bienestar psicológico y vínculos ($r = .434$, $p = .013$): mientras más vínculos psicosociales o relaciones sociales tengan las personas, el bienestar psicológico es modificado de manera positiva; dicho de otra manera, si A disminuye, B también lo hace.
- Bienestar psicológico y proyecto ($r = .650$, $p = .000$): si en tu vida tienes proyectos a corto, mediano o largo plazo, implica una mejora en tu bienestar psicológico; en cambio, si careces de proyectos y

valores que hagan significativa tu vida diaria, el bienestar psicológico se verá disminuido también.

- Bienestar psicológico y aceptación ($r=.744$ $p=.000$): la aceptación de sí mismo y de los errores y aciertos que cometes en tu vida diaria o pasada influye de igual manera en tu bienestar psicológico; lo que puede leerse como: a menor aceptación, menor bienestar psicológico.
- Proyecto y aceptación ($r=.578$ $p=.001$): si eres una persona que considera que la vida tiene significado y cuentas con proyectos para tu vida, te sentirás bien contigo mismo y podrás aceptar los múltiples aspectos de ti; en cambio, si los niveles de A disminuyen, los de B son bajos.
- Vínculos y cuidado médico y dental ($r=.576$ $p=.020$): las personas que cuentan con mayores vínculos sociales, modifican la manera de cuidar su aspecto personal y dental; o podríamos decir que, a menores vínculos sociales, menor es el cuidado médico y dental de las personas.
- Salud emocional, trabajo y diversión ($r=.678$ $p=.000$): el estado emocional de las personas se ve modificado positivamente si existe un equilibrio entre trabajo y diversión. Si te encuentras en desequilibrio en alguna de estas variables, la otra variable también estará en desequilibrio.

Las agrupaciones de los factores o sub-escalas solo pueden funcionar como predictoras del bienestar psicológico, siguiendo con el análisis de correlación positiva, la cual nos dice: si A aumenta, B lo hace; o si A disminuye, B también. Esto podría sugerir ejes principales de trabajo con adultos mayores, cultivando niveles altos en algunas de estas variables afectarán de igual o mayor proporción a otra variable, obteniendo como resultado un mejoramiento en la calidad de vida.

CORRELACIONES NEGATIVAS

Las correlaciones negativas se pueden analizar en dos sentidos: a mayor A, menor B; o bien, a menor A, mayor B. Se encontraron las siguientes:

- Bienestar psicológico y relaciones sociales ($r = -.397$, $p = .027$): lo que sugiere que, entre mayor bienestar psicológico, menos relaciones sociales tienes. Hay que tomar en cuenta que al relacionarse con personas tienes la probabilidad de rozar o chocar con sus ideas o pensamientos (cada cabeza es un mundo), y su bienestar psicológico puede ser modificado si se relaciona con mayor número de personas, ya que las probabilidades de tener un conflicto son mayores.
- Control y relaciones sociales ($r = -.436$, $p = .014$): los puntajes altos en control provocan puntajes bajos en relaciones sociales. A mayor sensación de control y de autocompetencia para manipular contextos y adecuarlos a mis necesidades e intereses, menor es la probabilidad de contar con relaciones sociales, dada la autosuficiencia individual.
- Vínculos y actividad sexual ($r = -.443$, $p = .014$): las personas que tienen la capacidad de empatía y afectividad con muchas personas tienen menor probabilidad de actividad sexual, que implica el vínculo particularizado con una persona, que las que no tienen esa capacidad.
- Proyecto de trabajo y diversión ($r = -.495$, $p = .005$): si la vida carece de sentido y significado, tendrán más necesidad de buscar actividades de entretenimiento y viceversa. Hay que considerar que son personas de edad avanzada que creen que ya no necesitan establecerse metas ni proyectos porque están cada vez más cerca de culminarla, lo que les vuelve más dependientes para buscar actividades de diversión.
- Proyecto y salud emocional ($r = -.491$, $p = .004$): a mayor salud emocional, disfrutan lo que hacen y viven con mayor tranquilidad y placer, lo cual disminuye la necesidad de establecerse metas y pro-

yectos en la vida en una perspectiva de futuro. Ya vivieron y ello les permite recapitularlo.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en esta investigación sugieren que los adultos mayores que participaron en el curso universitario obtuvieron beneficios y cambios positivos al realizar las actividades constantemente, con una planeación y bajo un objetivo específico, que de alguna manera promovieron su bienestar.

En lo particular, se pueden atribuir al programa los cambios del grupo experimental en la variable actividad física, que incorporaron a más adultos a desarrollarla como hábito cotidiano (tres veces a la semana), lo que posibilitó que aprendieran a disfrutarla mediante un proceso gradual de acondicionamiento. Asimismo, también pueden atribuirse al mismo los cambios del grupo experimental en la variable relaciones sociales, porque al participar las personas tuvieron la oportunidad de establecer estas y cultivar amistades dentro del grupo, así como con personas del contexto universitario, en especial jóvenes que colaboraron en las diferentes actividades programadas. El solo hecho de salir del asilo, que es un ambiente rutinario y con poca variedad de personas, significó una gran motivación para los participantes. En contraparte, al no ser parte de un programa, las oportunidades de conocer gente nueva se limitan al asilo, lo que presenta al grupo control con poca actividad social.

En consonancia con las dimensiones de bienestar propuestas por Ryff y Singer (2008), el programa universitario promueve la dimensión del crecimiento personal, en tanto los participantes pudieron constatar los logros graduales fruto del acondicionamiento físico, el baile o el cine club —y las participaciones que tuvieron al comentar las películas—. Por otra parte, se apoya también la dimensión de autoaceptación, en el sentido de reconocer los límites de lo que podían hacer o no

(por ejemplo, un participante estaba en silla de ruedas y hacía los ejercicios con los brazos y el tronco); la dimensión de propósito, en tanto hay un objetivo común (completar el curso universitario de 12 semanas); las relaciones sociales se incrementaron de forma evidente, como lo reportan los datos, lo mismo que la autonomía, en tanto no depender del personal del asilo y tener espacios de actividades con opciones variadas, como el periodo de refrigerio de una hora para que los adultos mayores pudieran interactuar con quien quisieran. Probablemente, la dimensión que menos se afectó fue la del dominio del ambiente, en tanto no se les preguntó (más allá de qué películas querían ver y discutir o qué tipo de música bailar) respecto a la estructura del curso y las actividades.

Aunque las correlaciones no fueron cercanas a 1, siguen siendo significativas dado el tamaño de la muestra; habría que ampliarlo con el fin de confirmar la consistencia y generalización de estas correlaciones; rechazando la hipótesis nula donde el grupo $A=B$ después de la aplicación del proyecto; comprobando que A no es igual a B en algunas de las variables después de la participación en el programa.

Después de analizar los resultados, se puede concluir que el Programa de Adultos Mayores logró cambios de escala en el grupo experimental en algunas variables como hábitos alimenticios, nutrición, actividad física, relaciones sociales, uso de alcohol y sueño. Al considerar que son conductas y hábitos adoptados desde muchos años atrás, es significativo que un programa de solo 12 semanas produzca cambios positivos en la vida de estas personas, lo que nos hace pensar que si existieran programas permanentes y durables como este, los adultos mayores tendrían alternativas de calidad para mejorar su vida de forma integral.

Con respecto al grupo control, podría mencionarse que cuando las personas tienen dificultades en manejar los asuntos de la vida diaria, se creen incapaces de modificar su ambiente y no tienen mucho control de sus actos, tienden a obtener malos hábitos alimenticios; no cuidan lo

que comen en su horario o entre comidas, no les interesa llevar un balance adecuado con las proteínas, vitaminas, carbohidratos y nutrientes necesarios, su bienestar psicológico también se ve afectado, al igual que la aceptación de sí mismo, por lo que les gustaría ser diferentes y se sienten desilusionados respecto a su vida pasada.

En cambio, las personas que tienen una sensación de control y autocompetencia son capaces de manipular contextos y adecuarlos a su propia realidad, cuentan con un régimen alimenticio y se preocupan por una alimentación sana, se sienten bien acerca de su pasado y pueden aceptar los múltiples aspectos de sí mismos, incluyendo malos y buenos, además de poseer un bienestar psicológico que les permite vivir con mejor calidad. Los datos sugieren formas de intervención específica en los adultos mayores (como darles elementos de decisión en el asilo respecto a qué comer) de la manera en que lo plantea Fernández-Ballesteros, Caprara, Íñiguez y García (2005).

Con base en los análisis de correlación, los datos nos sugieren que el bienestar psicológico de la muestra depende de manera directa de la prosperidad de las variables antes mencionadas, sin olvidar que, si una de ellas disminuye, el bienestar de las personas también lo hará. Encontramos también correlación positiva entre vínculos y cuidado médico dental, ya que las personas que tienen un mayor número de vínculos sociales suelen atender más su dentadura y salud en general, en contraste con aquellas con pocas relaciones sociales, que son aislados, incomunicados y no pueden hacer compromisos con los demás, quienes desatienden y abandonan su cuidado médico dental. La salud emocional se correlaciona con trabajo y diversión. Los individuos que llevan en equilibrio las actividades laborales y la diversión poseen mayores probabilidades de gozar con salud emocional. Si tu vida no lleva un equilibrio entre estas dos actividades, la salud emocional se verá afectada de la misma forma con el desequilibrio que se lleve.

Sin embargo, el bienestar y la calidad humana no dependen únicamente de la salud, aunque es un factor importante en los adultos mayores, mas no el único; es la suma de una serie de variables que se

relacionan entre sí de forma compleja, sugiriendo trabajar con todas las variables de manera constante.

Las correlaciones negativas sugieren que las personas con un menor número de relaciones sociales, vínculos, proyectos y control de sus actos, tienen altas probabilidades de tener dificultades en la salud emocional y su bienestar psicológico. Hay que tomar en cuenta que los seres humanos somos sociales por naturaleza y, al convivir con otros, estamos en riesgo de vivenciar, experimentar y sentir conflictos o dificultades.

El bienestar psicológico se entiende cuando una persona experimenta satisfacción con su vida en general. Por ejemplo, la pertenencia a un grupo social es un factor determinante, ya que produce sentimientos positivos como sentido de pertenencia e identidad, confianza, seguridad y autoestima. Además, la interacción entre los miembros brinda la oportunidad de convivir y llegar a conocer más al otro, sus pensamientos, valores y creencias, lo que amplía el campo de conocimientos y vínculos; se dan cuenta de que existen muchas personas que comparten cambios físicos y hormonales, y la empatía es distinta a la que se establece en el ámbito familiar, ya que con los miembros del grupo tienen mayor afinidad. Se establecen relaciones sociales que sirven como redes de apoyo por si se necesita ayuda; se mantiene el cuerpo y la mente activa; se deja de ser una persona pasiva que se cree incapaz de realizar muchas cosas, e inclusive puede seguir aprendiendo y retomar aquello que dejó truncado por construir, educar y hacerse cargo de una familia o cuidar a los hijos. Lo anterior permite cambiar pensamientos muchas veces no gratos o positivos para la salud, acerca de enfermedades, preocupaciones y problemas.

Así, tanto las relaciones sociales como el desarrollo de las habilidades son elementos básicos para lograr la satisfacción personal para tener bienestar y salud. No existe mejor época para retomar metas personales que la tercera edad, pues es cuando se tiene el tiempo suficiente.

Contar con espacios en donde el adulto mayor pueda desenvolverse con la ayuda de personal capacitado en un aula con alumnos de su edad y con jóvenes alrededor alentándolos a continuar, cambiaría el concepto del envejecimiento y del adulto mayor que se queda en casa porque ya no tiene nada más que hacer.

En programas universitarios, el adulto mayor tiene la oportunidad de reintegrarse a la sociedad y recuperar su papel de importancia en la cadena generacional, pues tanto él, como el joven, el niño o el adulto que comparte su tiempo, rompen esquemas y barreras que permitirán a nuevas generaciones reintegrar valores que hemos perdido, tales como pensar que el adulto mayor es demasiado viejo como para aprender o enseñar.

La salud en los adultos mayores se entiende en términos generales como un estado de bienestar físico, psicológico y social (Belloch, 1994). Al trabajar estos factores, se pudo dar cuenta cómo su percepción de salud se ve modificada al mantenerlos en equilibrio. Asimismo, se pudo probar lo que menciona Kalish (1996) en relación con la salud física y salud mental: “[...] una salud física pobre conduce a la soledad, a la pérdida de actuar y realizar actividades diarias y normales, a la incapacidad y depresión. Una salud mental pobre, aumenta la confusión, reduce la actividad y muy probablemente disminuye la resistencia a los problemas físicos” (p.48). Considerando los resultados obtenidos en la investigación, se propone fundar espacios permanentes y durables de calidad dentro de una Universidad para los Adultos Mayores, donde se les brinde la oportunidad de ingresar a talleres o diplomados cortos, además de pláticas en las que se trabajen factores como aceptación, proyecto, control y vínculos psicosociales. Una universidad que ofrezca la posibilidad de seguir activos física y mentalmente, que les permita mantener contactos y relaciones sociales con la finalidad de promover una mejor calidad de vida; que dediquen su tiempo libre a seguir formándose como personas, de tal manera que se sientan involucrados socialmente y no solo para cuidar nietos o quedarse en casa deteriorándose día a día.

En conclusión, se está consolidando una nueva pedagogía entre el envejecimiento y la educación para promover el rol activo de los adultos mayores, en beneficio de ellos mismos y de la sociedad en general.

REFERENCIAS

- Atención de centros de atención para adultos mayores. Info Jalisco. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://info.jalisco.gob.mx/gobierno/programas/10449> consultado el 14 de noviembre del 2016.
- Belloch, F.A. (1994). Aspectos psicológicos del envejecimiento. En E. Anzola & M.F. Morales (Eds.), *La atención del anciano: un desafío para los años noventa* (pp. 122-129). Washington, DC: OPS.
- Brigeiro, M. (2005). “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”. Problemas y retos para la promoción de la salud. *Invest Educ Enferm*, 23(1), 102-109.
- Cabedo, S. & Cabedo-Mas, A. (2015). La educación a lo largo de la vida y la universidad. *Sinéctica. Revista Electrónica de Educación*, No.45. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de http://www.sinectica.iteso.mx/articulo/?id=45_la_educacion_a_lo_largo_de_la_vida_y_la_universidad
- Casullo, M. (2002). *Evaluación de bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Catalán, A. & Rangel, L. (1992) La mujer anciana. En *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. México: Dirección General de Salud Materno-Infantil SSA.
- Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M., & Mateo, A. (2011). Envejecimiento activo. *Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad / Imsero.
- Celis, R. (1998). Validación del Computerized Life Assessment. No publicado.

- IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores (CIUUMM) (2011). Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/19338>
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Íñiguez, J.Y. & García, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con vitalidad”. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 40(2), 92-103.
- Flores, M.E., Vega, M.G. & González, G. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara.
- González-Celis Rangel, A.L., Esquivel Hernández, R.I. & Jiménez Feres, J. (2005). Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida. Una experiencia intergeneracional. Avances de un proyecto. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 27(1), 95-109.
- Grimaldo, M.P. (2012). Estilos de vida saludable en estudiantes de posgrado de ciencias de la salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87.
- Ham Chande, R. (2003). Enfoques y perspectivas sobre el envejecimiento en México (pp. 81-96). En N. Salgado de Snyder & R. Wong (Eds), *Envejeciendo en la pobreza*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Kalish, R.A. (1996). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Márquez, M., Pelcastre, B. & Salgado de Snyder, N. (2006). Recursos económicos y habiencia en la vejez en contextos de pobreza urbana (pp. 71-84). En N. Salgado de Snyder y Rebeca Wong (Eds), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Maya, L. (2001). Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida>

- Marín Domínguez, C.M., Fernández Suárez, J.C., González Galván, E. & Alfonso Fraga, J.C. (2001). *El envejecimiento en Cuba*, año 2001 [publicación en disquete]. Cuba, CEPDE, 1.
- Montes de Oca, J. & Mendocilla, A. (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*. Lima: Ministerio de Educación.
- ONU (2002). Fórum Mundial sobre Envejecimiento. Madrid, 5 al 9 de abril de 2002.
- Orosa, T. (2006). Cátedra Universitaria del Adulto Mayor. La experiencia cubana [University Chair of Older Adults: The Cuban experience]. *Revista Decisio*, 15, 24-28.
- Prieto-Flores, M., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardies-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. & Rojo-Abuin, J. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 301-313.
- Quadagno, J. (2005). One nation uninsured. *Why the US has no National Health Insurance* (pp. 48-76). Nueva York: Oxford UP.
- Requejo Osorio, A. (2003). *Educación permanente y educación de adultos: intervención socioeducativa en la edad adulta*. Barcelona: Ariel.
- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Skinner, H. (1994). *Computerized lifestyle assessment*. Toronto: Multi-health Systems Inc.
- Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) (s.f.). Universidad para los mayores. Diplomado. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de www.uanl.mx/unimayores.
- UNESCO (1997). La educación de adultos y personas de edad. Síntesis de la 5a. *Conferencia Internacional de la Educación de las personas adultas*. Hamburgo: Druckerei Seeman.

- Universidad de Guadalajara (s.f.). Sistema Universitario del Adulto Mayor. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://www.udg.mx/es/etiquetas/sistema-universitario-para-adultos-mayores-suam>.
- Vázquez, M. & Fernández, C. (1999). Aprendizaje universitario y personas mayores: el aula de la experiencia de la Universidad de Sevilla. *Escuela Abierta*, 3, 33-54.
- Villar, F. & Solé, C. (2006). Intervención psicoeducativa con personas mayores. En *Psicología de la vejez* (pp. 423-450). Alianza Editorial.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Yuni, J.A. (1993). La educación de las personas mayores como experiencia de integración social. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 3, 101-112.

Análisis comparativo del estado de ansiedad, somatización y procesos cognoscitivos en adultos mayores institucionalizados y en centro de día

BERSABEE AGUIRRE GUTIÉRREZ
ANIA ITZEL BAUTISTA MONGE
MARTHA YARENI PULIDO MURILLO

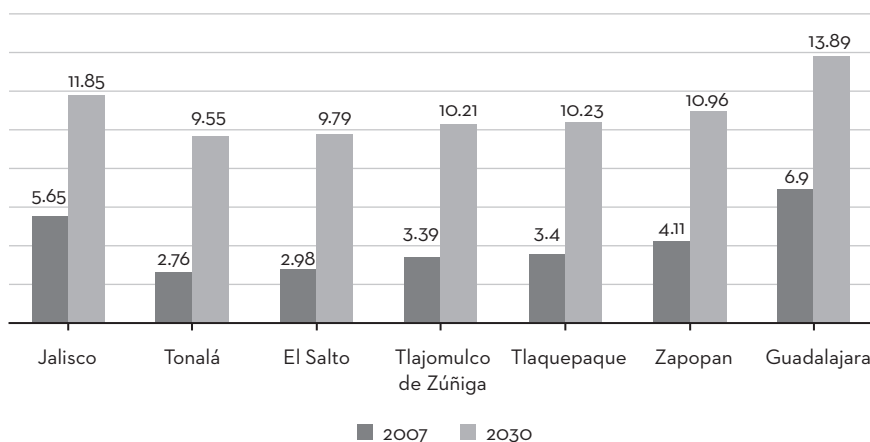
México se encuentra en un momento de transición y alteración demográfica, movimiento que deja en evidencia a un país que envejece junto con su población; cambio que se está dando por igual en el resto del mundo. Por ello, hablar de vejez es fundamental a nivel mundial, pero sobre todo a nivel nacional.

Es necesario conocer a mayor profundidad el panorama al que nos enfrentamos, las condiciones de los adultos mayores actuales para divisar y prevenir las posibles demandas, dificultades y necesidades de dicha población a futuro.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), el envejecimiento del país es relativamente reciente, ya que la inversión de la pirámide poblacional comenzó en el año 2000, y se espera que el porcentaje de personas pertenecientes a la tercera edad crezca de manera exponencial en los siguientes años.

Se prevé que para 2020, México tendrá el noveno lugar entre los países con mayor número de adultos mayores (Aguilar & Pando, 2002, en Instituto Nacional de la Mujer, s.f.). En el estado de Jalisco, los

FIGURA 8.1 PORCENTAJE DE POBLACIÓN DEL GRUPO DE EDAD DE 65 AÑOS Y MÁS POR MUNICIPIO, 2007-2030



Fuente: Coepo, en Instituto Nacional de la Mujer, 2008. Análisis sociodemográfico para la ZMG.

datos obtenidos por el Consejo Estatal de Población Jalisco (Coepo, 2008, en Instituto Nacional de la Mujer, s.f.) señalan que en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG) los niveles de envejecimiento se duplicarán y en algunos casos se triplicarán para 2030, tal como se muestra en la figura 8.1.

Se considera relevante enfocar la atención en una postura que trate de explicar algunos de los múltiples aspectos que conforman la vejez, debido a que esta es una etapa compleja del desarrollo, asociada con una serie de cambios y pérdidas tanto físicos, cognoscitivos y sociales. Un ejemplo de ello es la constante dificultad al realizar las actividades del diario vivir en esta etapa, como se menciona en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2012 (Enasem, 2012), en donde la mujer es según las estadísticas la más afectada (Inegi, 2013).

Tratar de entender de manera aislada los cambios en la vejez lo complejiza aún más, pues cada uno de sus elementos se ve atravesado

por otros; el abordaje no se puede centrar solo en la dificultad en las actividades diarias, como se ha mencionado, ya que las necesidades y problemáticas son afectadas por el factor emocional, que genera un fuerte impacto en el pensamiento y la percepción de sensaciones de cada adulto mayor; por ello, se piensa que las soluciones deben buscar la visión global pero sin dejar de ser concretas, precisas y sobre todo centradas en un trato humano.

Para lograr un abordaje circular se consideró usar el enfoque sistémico, ya que el envejecimiento podría asemejarse a una esfera que en su rotación impacta de manera positiva y negativa lo físico, psicológico y social de la vida del adulto mayor (Campos & Huertas, 2011). Para estos fines, se aplicó un análisis comparativo entre adultos mayores institucionalizados y adultos mayores asistentes al Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cemam), según las variables siguientes: redes de apoyo, estado de ansiedad, somatización y su estado cognoscitivo.

Cada una de las variables anteriores intervienen en el estado de salud del adulto mayor, pues, como lo menciona Mendoza (2003), el envejecimiento es un “proceso biológico, psicológico y social [...] determinado por factores genéticos, ambientales y socioculturales [...] dentro de un marco individual y multifactorial”. Por lo que consideramos relevante enfatizar que existen diferencias entre un adulto mayor institucionalizado y otro que no lo está. Estas distinciones son importantes debido a que enmarcan subjetividades que modifican la interacción y experiencia misma del proceso de vejes, las cuales podrían estar relacionadas con la pérdida del sentido de pertenencia, libertad de decisión, erosión de redes de apoyo, limitantes en las actividades de la vida diaria, entre otros factores que se vinculan con el proceso de institucionalización, mismo que produce en ellos una sensación de abandono, desánimo, tristeza e incluso desamparo. Tal como mencionan Machado, Bazán e Izaguirre (2014), estas características son determinadas por factores extrínsecos que se relacionan con la dinámica que el sujeto mantiene con su entorno, es decir, su “ambiente” mismo que modifica su bienestar físico, llevándolo a un “deterioro funcio-

nal”. De tal manera que el presente capítulo busca dar a conocer las diferencias y similitudes entre los adultos mayores residentes en un asilo y aquellos que asisten a un centro de día. El análisis comparativo se desarrolla de acuerdo con sus redes de apoyo, estado de ansiedad, somatización y estado cognoscitivo, con lo que se buscan generar un panorama sobre la situación del adulto mayor en la ZMG.

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es, además, un proceso subjetivo que posibilita que cada adulto mayor tenga la particularidad de vivir su vejez de forma patológica o “saludable y activa” (Colegio Oficial de Psicólogos, en Rodríguez, Valderrama & Molina, 2010). De tal manera que la vejez exitosa será aquella en la que el adulto mayor pueda tener autonomía, redes de apoyo que lo acompañen en los procesos de pérdida y enfermedad y contar con el sustento para cubrir sus necesidades primarias como las emocionales y económicas.

Desde el enfoque sistémico, “la familia es una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí” (Estrada, 2005, p.26), las cuales influyen en la asignación de roles, expectativas, creencias y esperanzas que cada uno de los miembros dirige hacia el adulto mayor. En ello radican las discrepancias y el mantenimiento de las múltiples necesidades que se desarrollan a raíz de un rol determinado, de manera independiente de que haya sido asignado por un grupo familiar, social o institucional (Beteson, 1993).

El grupo relacional en el que está inmerso el adulto mayor pasará por diversos niveles de jerarquización y pautas interaccionales, las cuales son establecidas a partir de las experiencias vividas por cada sujeto (Beteson, 1993). Estas divisiones y diferencias parecen estar más marcadas en el adulto mayor debido a que pareciera que su ciclo vital genera un cambio de roles abrupto. De manera simplista, diríamos que

la vejez genera un cambio instantáneo que despoja en muchas ocasiones al adulto mayor para de todo lo que creyó ser.

Desde este modelo, el marco del sistema se ve delimitado por los factores relacionales, preestablecidos por la familia o la institución; en el primero, el adulto mayor parece ser desplazado de su jerarquía por las actividades que cada día realiza su familia; mientras que en el segundo, parece ser despojado de su libertad de acción y decisión al limitarlo a ser uno más en las estadísticas. Así, las intermediaciones se complejizan por el desgaste emocional, las necesidades de movilidad y la escasez de recursos. Por lo tanto, a este proceso se le puede considerar circular debido a su causa y efecto (Beteson, 1993), en donde las paradojas son diversas, pues por un lado el sistema familiar o institucional podría estar verbalizando (lenguaje digital) el cuidado y la preocupación por el adulto mayor, y a la vez, por medio del lenguaje analógico, el adulto mayor podría estar percibiendo la carencia, el cansancio y desgaste que a nivel de cuidador su familia o institución presenta, lo que le genera un conflicto emocional.

La selectividad de pensamiento es importante, más no puede ser considerada como totalidad; situación que sí aplica para la capacidad de compensación, pues esta influye en la interpretación y explicación que cada sujeto da sobre su experiencia, en donde la premisa posibilita tanto una postura positiva como negativa. De tal manera que, si el anciano logra revivir la experiencia desde lo positivo, la capacidad de afrontamiento será mayor; por ende, será una clara manifestación de su disposición resiliente, misma que influirá en su tipo de vejez (Dulce & Ruiz, 2007, en Montes de Oca-Zavala, 2010, p.161).

REDES DE APOYO

La red social del adulto mayor está conformada por todas y cada una de las personas que este considera trascendentes o importantes en su vida; su labor es brindar ayuda física, emocional, económica, etc.

(Abello & Madariaga, 2008, en Campos & Huertas, 2011). Sin embargo, la principal red de apoyo es la familia, de la que obtiene bienestar, cuidado y calidad de vida durante los cambios a los que se enfrenta; esta es un derecho básico para las personas que cursan por esta etapa de vida (Campos & Huertas, 2011), pues brindan un respaldo ante las posibles crisis que la vejez conlleva.

Otro grupo de apoyo es el que está conformado por personas que comparten una misma situación de vida, cuyas principales funciones son fortalecer el Yo, partiendo de la escucha, el diálogo y la vista; ofrecen apoyo y comprensión emocional ante situaciones tan complejas como el duelo, las enfermedades y los cambios en la transición de cada etapa de la vida (Hernández, Hernández & Rodríguez, 2010). Estos vínculos son elementos primordiales en el envejecimiento exitoso (Triado & Villar, 2006, en Hernández, Hernández & Rodríguez, 2010).

La evolución de una vejez saludable está en relación con las herramientas que se tienen para afrontar esta nueva identidad, la cual se cuestiona por los cambios en la autonomía y salud, y se logra cimentar gracias a las redes de apoyo y la cobertura de necesidades básicas emocionales y económicas (Pérez, Oropeza, López & Colunga, 2014). Estas vivencias, pensamientos y padecimientos son creados e interpretados a partir de la percepción de cada sujeto, lo que nos permite entender que el síntoma es una interpretación con origen y localización, de tal manera que no necesariamente es visible o evidente (Beteson, 1993).

SOMATIZACIÓN

A nivel estadístico, se ha comprobado que los pacientes recurrentes con manifestación continua de ansiedad, depresión o problemas hipocondríacos son clasificados como patología sin causa orgánica manifiesta (García Campayo, Lobo, Pérez Echeverría & Campos, 1998, en García, 2013; Kirmayer & Robbins, 1991, en García, 2013). Situación que mantiene una prevalencia en constante movimiento, llegando a presentarse aproximadamente en “10.5% en depresión y un 0.38% de

ansiedad en la población” (García Campayo & Sanz, 2000, en García, 2013; Kirmayer, Groleau, Looper & Dao, 2004, en García, 2013, p.256) institucionalizada.

En el adulto mayor, las emociones, el afecto y los sentimientos son un determinante de salud o deterioro, como ya se mencionó, en donde la permanencia en una posición u otra podría depender de los niveles de ansiedad que manifieste. Las estadísticas revelan que los adultos mayores institucionalizados presentan una prevalencia 5% mayor en los niveles de ansiedad; dichas manifestaciones pueden ser desde dolores estomacales hasta continuas cefaleas. Si bien la edad es un factor de diferenciación psicológica, no explica la varianza en distintas edades (Fernández-Ballesteros, Reig & Zamarrón, 2009); la represión de emociones podría terminar por generar manifestaciones somáticas relacionadas con el desplazamiento, la soledad, el aislamiento, la tristeza, el dolor físico, así como “la cólera, la depresión, la angustia, el deseo, manifiestos por signos externos evidentes, pero también por modificaciones fisiológicas internas” (Tordjman, 2002, p.15). Otro factor que interviene en el aumento de los niveles de ansiedad es el decremento en las funciones cognoscitivas, que va desde pequeños y recurrentes olvidos hasta prolongados procesos de desorientación y alteración de la percepción, los cuales llegan a desestabilizar y generar miedo en el adulto mayor. Cabe mencionar que existen distintos tipos y niveles de ansiedad, entre ellos “la ansiedad fóbica, presente ante situaciones bien definidas o frente a objetos específicos que no son en sí mismos peligrosos pero que el anciano los ve como tal [...] una de sus características es la conducta de evitación” (American Psychiatric Association: DSM-IV, 1995, en Pérez, 2009, p.2). Puede desencadenarse debido a una alucinación o un recuerdo que, a pesar de ser parte del pasado, se vive como presente, o la despersonalización, así como la posible falta de atención y cuidado.

En términos psicológicos, la somatización es similar a un escudo psíquico que transforma el dolor emocional en manifestación física (Gabbard, 2004, en Muñoz, 2009, p.55). Este mecanismo es una ayuda

para el adulto mayor en situación de abandono, ya sea real o figurada. Algunas de sus manifestaciones son: dolor de cabeza, problemas relacionados con el aparato digestivo, tensión muscular, entre otras (Muñoz, 2009). En este caso, el síntoma no es un reflejo de la personalidad sino de las emociones reprimidas, resultado de la nula adaptación ante esta etapa de vida (Tordjman, 2002).

Un nivel de estrés y ansiedad excesivos podrían causar en el adulto mayor un colapso nervioso, debido a la sobrecarga que el psiquismo podría estar recibiendo; si es recurrente o se mantiene de manera prolongada, se hablaría de una situación de alto impacto. Ante esto, el psiquismo podría buscar una válvula de escape como lo es la enfermedad somática, es decir, a nivel fisiológico probablemente el cuerpo se encuentre bien conservado e incluso sin evidencia de deterioro; sin embargo, ante la constante de un dolor emocional imposible de manejar o entender, la respuesta del sujeto posiblemente terminará por llevarlo a su propia persona, aun cuando implique un deterioro, lo cual quizá sería la mejor salida; en este caso la enfermedad expresada a través del cuerpo.

Toda enfermedad presenta pérdidas y ganancias. En el caso del adulto mayor que tiende a somatizar, la ganancia primaria posiblemente sería desviar la atención de un dolor emocional que es difícil de manejar a uno corporal; pasando así a la ganancia secundaria, que en muchos casos podría presentarse como atención de hijos y familiares. En este caso, “los síntomas y signos derivados de la idea del paciente acerca de la enfermedad serían llamados ‘ideogénicos’” (Hurwitz, 1989, en Gaedicke & González, 2010, p.2). Algunas de estas manifestaciones pudieran ser dolor prolongado que se propaga por todo el cuerpo “fibromialgia y fatiga crónica, [...] desorganización de la información sensorial, del estado emocional, de la vida instintiva y de los ritmos biológicos” (Valdés, 2000b, p.45).

Tordjman indica que “es probable que las personas que padecen disturbios psicosomáticos ya lleven impresos sus disturbios desde antes de la era del lenguaje” (2002, p.20), debido a que en la antigüedad

las inconformidades y los pensamientos repetitivos podían llegar a ser el desencadenante principal de la patología, misma que busca generar un escape ante la presión que el sujeto podría estar viviendo. Así se activa la manifestación somática, por lo que se denomina “unidad de ruptura” (Tordjman, 2002, p.24), presentando incluso manifestaciones fóbicas que podrían llegar a ser de los siguientes tipos: específico (temor a objetos o situaciones específicas), social (sensación de desconfianza y falta de capacidad relacional), agorafobia (sensación de estar atrapado), ante lo cual el adulto se vive incapaz de defenderse, cuidarse o protegerse a sí mismo y a quienes le rodean (Pérez, 2009).

Algunas de estas manifestaciones son causadas por el deterioro natural en el proceso de envejecimiento: el dolor muscular o esquelético podría llegar a ser normal, sobre todo si el anciano no llevó una vida sana durante su juventud; los cambios del estado de ánimo también forman parte de este ciclo, pues la irritabilidad podría ser causada por la frustración, falta de independencia, etc. En ello radica la complejidad del diagnóstico de las enfermedades presentes en esta edad.

COGNICIÓN

Durante el envejecimiento a nivel orgánico, el funcionamiento cognoscitivo puede verse también afectado, sin embargo, la alteración del mismo tiene múltiples formas de presentarse y diferentes tiempos de evolución. Las alteraciones más recurrentes se dan en la memoria, en específico en la orientación intra e interestespacial (Ávila, Vázquez & Gutiérrez, 2007). Por otro lado, hay manifestaciones de diversas patologías que tienen como causa una alteración en la oxigenación cerebral, lo que altera su funcionamiento (Cruz, González, Hernández, Ocana & Olvera, 2010). A su vez, el nivel de ansiedad puede tener repercusiones a nivel psicológico, lo cual puede desencadenar conductas agresivas o regresivas.

El envejecimiento cerebral normal se observa como una disminución de la funcionalidad, así como en la velocidad de procesamiento

pero sin que exista una alteración grave en la vida diaria (Vallejo & Rodríguez, 2010). Sin embargo, se puede llegar a observar dificultad en el recuerdo y aprendizaje de nueva información, así como cierta limitante en la atención tanto sostenida como alternante (Nolan, 1992, en Vallejo & Rodríguez, 2010). Cabe mencionar que esto se presenta con menor recurrencia cuando el deterioro es leve, pues gracias a que el nivel de demencia es bajo, la evaluación se logra de manera más eficaz en donde los sesgos informativos y patológicos no intervienen de manera tan directa como lo hacen cuando el deterioro ya es considerado grave o crónico.

Hay que enfatizar que a pesar de que el adulto mayor sufre alteraciones cognoscitivas, no todas pueden ser clasificadas como demencia puesto que la cuarta parte de los ancianos sufre un deterioro cognoscitivo leve (DCL) (Bermejo, Vega, Olazarán, Fernández & Gabriel, 1998, en Vallejo & Rodríguez, 2010). Otro proceso a tomar en cuenta al hablar de deterioro cognoscitivo es el “síndrome de delirium, manifestación clínica más frecuente del deterioro cognoscitivo [...] y, por definición, tiene un origen ‘orgánico’, se debe a una enfermedad, en general sistémica, que secundariamente afecta al funcionamiento cerebral, aunque no siempre se encuentra su causa precisa” (Lobo, Saz & Roy, s.f., p.102). Durante el delirium pueden existir dificultades cognoscitivas que se deben a las alteraciones de conciencia y el alentamiento mental (Lobo, Saz & Roy, s.f.).

Al deteriorarse las funciones ejecutivas, podemos observar adultos que presentan dificultades para tomar decisiones, que expresan directamente y sin filtros su pensar; estas dependen de los lóbulos frontales y corresponden a una serie de funciones complejas relacionadas con la toma de decisiones adecuadas para cada situación (OMS, 2001, en Buller, 2010, p.68). Stuss y Levine (2002, en Buller, 2010) señalan que las funciones ejecutivas se encuentran diferenciadas de acuerdo con el área del lóbulo frontal: razón por la cual podrían clasificarse en asociadas al lenguaje (pre-frontal dorso-lateral), emociones y autorregulación (corteza órbito-frontal y fronto-ventral).

Una herramienta clara para medir e identificar si existe deterioro cognoscitivo en el sujeto es la evaluación tanto clínica como neuropsicológica (Vallejo & Rodríguez, 2010). Sin embargo, en el caso del adulto mayor, esta suele verse alterada por la gran diversidad de patologías que conlleva la edad. Cuando se presenta un estado de alteración que no es grave, pero se encuentra por debajo de la normalidad, se le conoce como DCL, como ya se mencionó (Vallejo y Rodríguez, 2010).

De tal manera que las diferencias entre adultos mayores institucionalizados y los que no lo están radica en que los primeros son más propensos a presentar demencia y depresión grave (González, 2001, en Carrillo, Valdés, Domínguez & Marín, 2010), situación que potencializa su deterioro. Es importante estudiar estos fenómenos debido a que las características de su desarrollo y manifestaciones dependen de la cultura y las dinámicas relacionales y el cuidado de salud de cada región, por lo que no es posible hablar de un diagnóstico 100% similar a otro, porque en este caso estamos trabajando y hablando de subjetividades.

El objetivo de esta investigación es realizar un análisis de corte transversal entre los adultos mayores institucionalizados y los asistentes a un centro de día en las áreas de somatización (ansiedad, ansiedad fóbica y malestar sintomático), estado de salud, redes de apoyo y niveles de cognición, todos ubicados dentro de la ZMG.

CONTEXTO

Se visitaron 15 asilos ubicados en los municipios Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, Tlajomulco y Santa Anita, de nivel socioeconómico diverso, agrupados de la siguiente forma:

- Nivel socioeconómico bajo: compuesto por los asilos públicos y que tienen un ingreso que no depende de sus residentes, ya que reciben donativos económicos y en especie. Las instalaciones de este tipo de asilo presentan características similares: cuartos y

baños compartidos de dimensiones medianas; cabe mencionar que, en el caso de los mixtos, las áreas de dormir están separadas según el género. El comedor suele contar con mobiliario de metal y madera, su estado está semideteriorado y el menú de comida está limitado a poca diversidad. Se observa daño en la pintura de los muros y muebles, cuentan con poco personal y se practican pocas actividades de estimulación.

- Nivel socioeconómico medio: aquí se encuentran los asilos que, aunque cobran una “renta mensual”, su costo varía entre cinco mil a diez mil pesos; la mayoría de la población entrevistada pertenece a este tipo. Estos establecimientos cuentan con cuartos tanto individuales como compartidos (por tres o cuatro personas), en los que se les permite tener objetos personales de manera limitada (fotografías, recuerdos, etc.), baños generales, escaso personal de enfermería y en algunos casos un médico, una o dos cocineras, menú generalizado, aunque las personas tienen la oportunidad de comprar alimentos extras, áreas comunes con televisión, poca planeación para actividades grupales; suelen ser adaptaciones de casas antiguas, por lo que tienen patio general, muebles de madera con acabados rústicos, sillones tipo sala y sillas de madera.

- Nivel socioeconómico alto: la minoría reside en este tipo de asilos. Su precio es elevado, ya que cuentan con ciertas amenidades extras, como habitaciones privadas con televisión, radio, teléfono celular o fijo y objetos o muebles personales, así como baño privado. Organizan actividades como yoga, danza, meditación, manualidades, juegos de mesa y cursos o talleres de superación. Los alimentos son adecuados para la población, debido a que tienen dietas específicas para enfermedad, sustanciosas, de buena calidad y balanceadas, además de recibir colaciones. En cuanto al personal, cuentan con médicos, enfermeras, fisioterapeutas, nutriólogos y personal capacitado para la estimulación y relajación de los adultos mayores.

El segundo escenario fue el Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cemam), ubicado en la colonia Santa Margarita, en Zapopan, el cual pertenece al sistema DIF Jalisco, al que acuden pobladores de distintas partes de la ZMG. Cuenta con diversas actividades y clases, personal médico, docente y administrativo, así como con instalaciones nuevas.

La muestra estuvo conformada por 151 adultos mayores, de los cuales 75 pertenecían al Cemam y 76 a asilos, con un promedio de edad de 75.67 años; 82.7% de los participantes fueron mujeres, y en ambos casos el promedio de escolaridad fue primaria terminada; sin embargo, 14% no sabía leer.

Los criterios de inclusión fueron: ser personas de más de 60 años, pertenecientes al Cemam y / o a un asilo por más de cinco días. En cuanto al estado de salud, que no presentarán deterioro cognoscitivo grave como demencia, infarto cerebrovascular reciente, o enfermedades de impedimento. La participación fue totalmente voluntaria.

La aplicación de las pruebas se llevó a cabo por etapas, siendo la primera durante ocho meses en asilos y la segunda con duración de un mes en el Cemam. Los instrumentos aplicados fueron en su mayoría de escala Likert, siendo los siguientes:

Escala de apoyo social. Escala en formato múltiple compuesto por 18 variables que hacen referencia a distintas formas de relación social, cuya respuesta era “sí o no recibe ayuda”; en caso de ser afirmativo, se cuenta con un área de respuesta múltiple, señalando el tipo de apoyo (económico, información, emocional y de ayuda) y, por último, una escala tipo likert con números del 0 al 4, siendo cero nada efectiva la ayuda y cuatro extremadamente efectiva.

Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (versión reducida). Compuesta por 36 reactivos que hacen referencia a niveles de somatización, ansiedad, ansiedad fóbica y malestar sintomático; el formato de respuesta es en escala Likert, para saber la frecuencia en que se presenta el síntoma, siendo 0= nada y 4= mucho.

Escala para medir los problemas de salud. El formato de la prueba está conformada por 21 reactivos cuya respuesta se basa en si se ha sufrido la enfermedad cuestionada; en caso de ser afirmativo, se pregunta su presencia en el último año y si recibió atención médica. *Montreal Cognitive Assessment (Moca) para videntes e invidentes, versión en español, versión mexicana 7.3 versión alterna.* Test que se basa en 30 puntos, a través de 11 pruebas que evalúan distintas capacidades cognoscitivas como son capacidad visoespacial, denominación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación.

Test de Pfeiffer. A través de nueve preguntas, evalúa orientación temporoespacial, memoria y atención.

Programa SPSS. A través de él se realizó el análisis de la información para obtener los estadísticos T de Student (t), en donde se tomó en cuenta el nivel de significancia ($p < .05$), la media ($\bar{x}$) y Ji cuadrada (χ^2).

RESULTADOS

En cuanto a lo obtenido a través del inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (versión reducida), los resultados se muestran en la tabla 8.1.

Lo anterior nos permite observar cómo los niveles de somatización son más elevados en la población perteneciente a asilos; sin embargo, el nivel no es significativamente diferente entre ambos grupos poblacionales. Al mismo tiempo, la variable de malestar sintomático no posee niveles de significancia relevantes.

En cuanto a los niveles de ansiedad, podemos apreciar que en la población que habita en asilos es mayor que la población asistente al Cemam ($t = -2.1$; $p < .05$). Esto se debe a lo que ellos reportan: poca toma de decisiones sobre sus vidas, así como algunas problemáticas de movilidad.

TABLA 8.1 RESULTADOS INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R DE L. DEROGATIS (VERSIÓN REDUCIDA)

	Grupo	n	$\bar{x}$	s	t	p<.05
Niveles de somatización	Cenam	75	11.01	8.47	-.5	ns
	Asilos	76	12.07	14.23		
Niveles de ansiedad	Cenam	75	6.53	6.58	-2.1	.05
	Asilos	76	9.88	11.73		
Niveles de ansiedad fóbica	Cenam	75	1.65	2.82	-2.2	.05
	Asilos	76	3.68	7.44		
Niveles de malestar sintomático	Cenam	75	6.54	3.81	-.4	ns
	Asilos	76	6.94	7.06		

En la categoría de ansiedad fóbica, sí existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los niveles reportados por las personas encuestadas, ya que la media del grupo perteneciente a asilos es de $\bar{x}=3.68$ y en el Cemam de $\bar{x}=1.65$ ($t=-2.2$; $p<.05$). Ambos resultados, ansiedad y ansiedad fóbica, se ven comprobados al decir que el nivel de significancia existente en estos rubros es mayor al observado en las otras dos variables, es decir, somatización y malestar sintomático.

En cuanto a los niveles cognoscitivos, los resultados obtenidos se muestran en la tabla 8.2. Estos nos permiten ver que el puntaje obtenido en el Cemam, en promedio, hace referencia a un deterioro cognoscitivo leve en la prueba de Moca videntes y test Pfeiffer; mientras que en asilos en la misma prueba el puntaje reportado por la media poblacional hace mención a un deterioro cognoscitivo moderado.

Dichas diferencias en los resultados se comprueban por lo reportado en el nivel de significancia, el cual no es relevante en el caso de la

TABLA 8.2 ESTADO COGNOSCITIVO, TEST DE PFEIFFER Y MONTREAL COGNITIVE ASSEMENT

	Centro de día y asilos	n	$\bar{x}$	s	t	p<.05
Test Pfeiffer	Cenam	75	7.06	1.55	4.8	.000
	Asilos	76	5.55	2.19		
Puntaje Moca videntes	Cenam	71	20.76	4.83	6.6	.000
	Asilos	67	14.66	5.95		
Puntaje Moca invidentes	Cenam	4	14.25	2.06	-2.2	.05
	Asilos	7	10.85	3.67		

versión Moca para invidentes; esto debido a que la muestra a la cual se aplicó no fue porcentualmente significativa, debido a que solo se aplicó a tres sujetos. Sin embargo, en cuanto a la versión Moca para videntes y test Pfeiffer, el nivel de significancia bilateral es muy alto, ya que en ambos casos es igual a 0 ($t=4.8$; 6.6 ; $p<.05$).

En lo que respecta a la escala de apoyo social, los resultados se condensan en la tabla 8.3. Ahí se puede observar que en ambos casos la fuente principal de apoyo percibida es la de los hijos, ya que en el caso de los asistentes al Cemam fue reportado por 89.3%, mientras que en los residentes de un asilo el porcentaje alcanza 57.3%; los hijos son seguidos por los nietos, lo que concuerda con lo que culturalmente se asocia como responsabilidad de cuidado a las personas de la tercera edad.

El porcentaje de la gente asistente al Cemam que reporta contar con apoyo proveniente de su esposo es de 26.7%, a diferencia de lo reportado por las personas asiladas, quienes cuentan con un apoyo de 8% de sus cónyuges. Esto concuerda con el estado civil reportado, ya que solo 17.8% de los entrevistados eran casados y 0.06% vivían en

TABLA 8.3 COMPARATIVA PERCEPCIÓN DE AYUDA RECIBIDA

Variable	Cenam		Asilos ZMG	
	Sí	No	Sí	No
	%	%	%	%
Esposo	26.7	73.3	8	92
Hijos	89.3	10.7	57.3	42.7
Nietos	78.7	21.3	45.3	54.7
Hermanos	52	48	33.3	66.7
Nuera	57.3	42.7	22.7	77.3
Yerno	52	48	20	80
Primo	17.3	82.7	12	88
Sobrino	34.7	65.3	38.7	61.3
Cuñado	20	80	5.4	94.6
Vecino	70.7	29.3	21.3	78.7
Compadre	37.3	62.7	6.8	93.2
Amigo	64	36	37.3	62.7
Sacerdote	45.3	54.7	18.7	81.3
Médico	40	60	38.7	61.3
Voluntario	2.7	97.3	21.3	78.7
Maestro	33.3	66.7	4	9
Animador	2.7	97.3	13.5	86.5
Otro	1.5	98.5	10.9	89.1

unión libre. El resto de la población reportó en 54.9% ser viudos, 5.2% divorciados, 15.2% solteros y 1.3% separados.

En la tabla 8.4 se resumen los tipos de apoyo que perciben los adultos mayores, provenientes de cada una de las fuentes anteriores: \$= económico, I= información, E= emocional, S= favores, V₂= dos de los apoyos anteriores, V₃= tres tipos de apoyo diferentes, V₄= cuatro tipos de apoyo diferentes.

TABLA 8.4 COMPARATIVO DE TIPOS DE APOYO

Variable	Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cenam)							Asilos ZMG						
	Tipo de apoyo							Tipo de apoyo						
	\$	I	E	S	V2	V3	V4		I	E	S	V2	V3	V4
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Esposo	10.5	5.3	10.5	0	31.6	10.5	31.6	33.3	0	16.7	0	16.7	0	33.3
Hijos	0	0	13.4	0	37.3	22.4	26.9	7	0	4.7	0	44.2	23.3	20.9
Nietos	0	0	45.8	1.7	28.8	23.7	0	0	0	54.5	3	30.3	23.7	0
Hermanos	0	7.9	31.6	5.3	26.3	21.1	7.9	4.2	0	16.7	0	41.7	16.7	20.8
Nuera	2.3	18.6	25.6	4.7	20.9	27.9	0	0	5.9	47.1	5.9	29.4	5.9	5.9
Yerno	0	12.8	30.8	2.6	30.8	15.4	7.7	0	6.7	46.7	0	33.3	13.3	0
Primo	0	7.7	30.8	0	38.5	23.1	0	12.5	0	25	0	12.5	37.5	12.5
Sobrino	0	16	28	8	20	28	0	0	0	25	0	32.1	32.1	10.7
Cuñado	0	20	13.3	6.7	13.3	40	6.7	0	25	0	0	75	0	0
Vecino	0	33.3	35.3	3.9	13.7	9.8	3.9	0	0	40	6.7	46.7	6.7	0
Compadre	0	10.7	21.4	7.1	35.7	25	0	0	0	20	20	40	20	0
Amigo	0	6.2	39.6	4.2	20.8	25	4.2	0	0	21	0	32.1	25	21.4
Sacerdote	0	36.4	36.4	0	21.2	6.1	0	6.7	13.3	60	13.3	0	6.7	0
Médico	0	69	6.9	6.9	17.2	0	0	3.4	27.6	6.9	10.3	34.5	17.2	0
Voluntario	0	50	50	0	0	0	0	6.7	0	20	20	40	13.3	0
Maestro	8	60	0	4	24	4	0	0	10	33.3	33.3	33.3	0	0
Animador	0	0	0	50	0	50	0	0	10	0	20	40	30	0
Otro	0	0	0	0	100	0	0	0	0	33.3	16.7	50	0	0

Para los asistentes al Cemam, los nietos son la principal fuente de apoyo emocional, seguido por los amigos, mientras que el cónyuge y los hijos son las personas percibidas como mayor fuente de apoyo diverso.

En cuanto a las personas que radican en un asilo, consideran que reciben mayor apoyo emocional, determinando que son los hijos y antiguos vecinos quienes fungen como fuente de apoyo múltiple. Por

TABLA 8.5 COMPARATIVO DE GRADOS DE EFECTIVIDAD

Variable	Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cenam)					Asilos ZMG				
	Efectividad					Efectividad				
	Nada	Muy poco	Moderado	Muy	Extremadamente	Nada	Muy poco	Moderado	Muy	Extremadamente
Esposo	5	0	5	30	60	0	0	33.3	66.7	0
Hijos	0	1.5	10.4	17.9	70.1	0	2.3	20.9	74.4	2.3
Nietos	0	6.8	5.1	20.3	67.8	6.1	9.1	24.2	54.5	6.1
Hermanos	7.7	7.7	12.8	25.6	46.2	8.3	12.5	37.5	41.7	0
Nuera	9.3	4.7	16.3	27.9	41.9	11.8	11.8	35.3	41.2	0
Yerno	5.1	2.6	17.9	17.9	56.4	13.3	6.7	26.7	53.3	0
Primo	0	0	30.8	46.2	23.1	0	0	50	50	0
Sobrino	0	3.8	19.2	34.6	42.3	0	21.4	39.3	35.7	3.6
Cuñado	0	6.7	20	40	33.3	0	0	25	75	0
Vecino	0	3.8	17.3	28.3	50	6.7	13.3	53.3	26.7	0
Compadre	0	0	3.6	57.1	39.3	0	20	40	40	0
Amigo	0	0	4.2	31.2	64.6	3.8	3.8	42.3	50	0
Sacerdote	0	5.9	8.8	20.6	64.7	0	0	26.7	66.7	6.7
Médico	0	0	6.5	35.5	58.1	0	7.1	46.6	42.9	3.6
Voluntario	0	0	100	0	0	6.2	18.8	31.2	43.8	0
Maestro	0	0	4	4	92	0	33.3	33.3	33.3	0
Animador	0	0	0	50	50	0	10	70	10	10
Otro	0	0	0	0	100	0	0	16.7	66.7	16.7

último, la efectividad percibida de dicho apoyo se presenta calificada en rangos de: nada, muy poco, moderado, muy bueno y extremadamente bueno.

Las personas asistentes al Cemam reportan que la efectividad de apoyo percibido oscila entre muy efectivo y extremadamente efectivo, mientras que en las personas que habitan en asilos, oscila entre moderadamente efectivo y muy efectivo.

De acuerdo con lo anterior y de manera general, podemos señalar que las personas que habitan en un asilo perciben su red de apoyo como más limitada que aquellas que asisten al Cemam, ya que la misma es extensa y no se reduce a la familia nuclear.

Como ya se mencionó, es importante destacar que en ambos escenarios los hijos son la fuente principal de apoyo, al mismo tiempo su efectividad oscila entre muy efectiva y extremadamente efectiva. Por último, se percibe a los hijos como una fuente de más de dos tipos de apoyo en la mayoría de los casos.

La tabla 8.6 muestra el historial médico reportado por los entrevistados, el cual se encuentra organizado de la siguiente manera: las personas que reportaban haber presentado una enfermedad se toman como el 100% de la categoría, y a partir de este porcentaje se subdividen aquellas personas que presentaron la enfermedad en el último año y quienes recibieron atención médica.

Con base en la tabla 8.6 se puede concluir que la población que reporta mayor presencia de enfermedades es la perteneciente a los asilos; en cuanto a la atención médica recibida en caso de enfermedad, ambas poblaciones refieren haber acogido la misma en más de 50% de los casos.

En el Cemam, las enfermedades con mayor prevalencia fueron asociadas con: estómago, presentes en 100% de los casos; ojos y oídos con 64%; articulaciones con 33.3%; y hernias con 30.7%.

En los asilos de la ZMG, las enfermedades con mayor prevalencia fueron: estómago, presente en 100% de los casos; ojos y oídos en 52%; enfermedades asociadas con los dientes en 45.3%; articulaciones con 38.7 %; por otra parte, hipertensión y nervios presentan cada una 37.3%.

A partir de lo anterior, podemos concluir que la enfermedad con mayor prevalencia en ambas poblaciones es la relacionada con problemas estomacales, como úlceras, gastritis y colitis, ya que en ambos casos se reportó en algún momento de la vida en toda la población entrevistada; quienes más la padecieron en el último año fue la población de los asilos.

TABLA 8.6 ENFERMEDADES PADECIDAS

Enfermedad	Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cenam)					Asilos ZMG				
	Presentan enfermedad	En el año		Recibe atención		Presentan enfermedad	En el año		Recibe atención	
		Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
Articulación	33.3	92	8	75	25	38.7	82.8	17.2	55.2	35.8
Pulmones	20	73.3	26.7	92.9	7.1	29.3	69.6	28.9	82.6	17.4
Ojos, oídos	64	85.4	14.6	73.9	26.1	52	89.7	10.3	63.2	36.8
Hipertensión	8	100	0	83.3	16.7	37.3	100	0	85.3	14.7
Nervios	6.7	100	0	20	80	37.3	88.9	11.1	55.6	44.4
Diabetes	2.7	100	0	100	0	17.6	100	0	100	0
Corazón	1.3	0	100	100	0	14.7	61.5	38.5	84.6	14.3
Riñones	100	33.3	66.7	66.7	33.3	10.7	75	25	75	25
Hígado	14.9	0	100	100	0	6.8	50	50	66.7	33.3
Estomago	22.7	80	20	88.6	11.4	100	96.7	3.3	80	20
Vesícula biliar	14.9	27.3	72.2	88.9	11.1	20	40	60	86.7	13.3
Osteoporosis	22.7	94.1	5.9	82.4	17.4	22.7	84.2	15.8	82.4	17.6
Epilepsia	1.3	100	0	100	0	4	100	0	100	0
Hepatitis	2.7	0	100	100	0	8	33.3	66.7	83.3	16.7
Piel	13.3	80	20	44.4	55.6	13.3	87.5	12.5	75	25
Cáncer	5.3	0	100	100	0	8	33.3	66.7	86.7	14.3
Embolia	6.7	0	100	100	0	10.7	57.1	42.9	100	0
Dientes	32	66.7	33.3	70.8	29.2	45.3	79.4	75.8	75.8	24.2
Próstata	5.3	75	25	75	25	2.7	100	100	100	0
Hernias	30.7	34.8	65.2	66.7	33.3	13.3	83.3	70	70	30
Otro	5.5	60	40	77.8	22.2	1.4	100	87.5	87.5	12.5

CONCLUSIÓN

Las redes de apoyo están estrechamente relacionadas con el bienestar físico y cognoscitivo, en cualquier entorno que viva el adulto mayor (ya sea que asista a un centro de día o esté asilado), ya que, ante lo ya reportado, las personas que asisten al Cemam presentan un estado general más óptimo que quienes habitan en un asilo. Por lo tanto, una tarea fundamental sería promover la creación y el fortalecimiento de estas redes, pues de esta manera se estarían promoviendo mayores niveles de bienestar; este se encuentra directamente vinculado con la emocionalidad de la persona, además de enfatizar que su factor de intervención en cuanto a la disminución de enfermedades es alto.

Es importante resaltar que la diferencia entre ambos tipos de población radica en la vitalidad percibida en los asistentes al centro de día, y el desgaste emocional y relacional en los asilos. Estos factores son notables en la actitud en los adultos mayores. Se puede considerar que los sujetos asilados tienden a sufrir mayores niveles de ansiedad, quizá por la falta de libertad en cuanto a la toma de decisiones, la falta de movilidad y flexibilidad en los horarios y actividades establecidos por cada institución, así como por la ausencia de sentido de pertenencia en algunos. Otro factor que puede estar influyendo en este proceso es la percepción de abandono, el cual pudiera estar involucrado en los procesos de somatización de esta población, pues a nivel inconsciente podría compensar la posible soledad y angustia que viven.

En lo referente a niveles cognoscitivos, consideramos que la disminución de la orientación intra e interestructural puede estar asociada con el desuso, ya que para la mayoría de la población asilada no cambia el espacio ni el tiempo, pues todo está previamente establecido, incluso da la sensación de que no se les incita a ser conscientes del tiempo y espacio en que viven. Esta desconexión podría estar funcionando en ellos como una recompensa psíquica, en donde la negación sería el escape que les impediría reconocer la duración de su estancia en el asilo, así como la imposibilidad de salir de este.

A partir de los análisis y la observación, podemos concluir que las instituciones no cuentan con las herramientas necesarias para cubrir las necesidades del adulto mayor, con un déficit importante sobre todo en las áreas de estimulación y establecimiento de relaciones interpersonales, bajo el argumento de la carencia de personal especializado y de programas adaptados o creados especialmente para la población con deterioro cognoscitivo leve, medio y avanzado, como es el caso de muchos de los adultos mayores que viven en los asilos de México. Estas situaciones marcan grandes diferencias entre ambas poblaciones, debido a que en una se promueve la actividad, independencia, generatividad y conocimiento de sí mismo, mientras que en el caso de los sujetos asilados es lo contrario.

Las instituciones gubernamentales empiezan a preocuparse por generar programas que favorezcan un envejecimiento activo-saludable; sin embargo, los recursos asignados aún son limitados, por lo que su alcance poblacional gira en torno a la misma limitante.

El verdadero reto es comprometernos con una población que día a día va en aumento y que tarde o temprano nos sobrepasará a nivel familiar y social. De acuerdo con Buller (2010), consideramos que es crucial realizar evaluaciones continuas y adecuadas de esta población, pues solo a partir de ahí se podrán generar programas que verdaderamente estimulen, prevengan y promuevan el bienestar cognoscitivo, psicológico y emocional del adulto mayor institucionalizado o que asista a los diversos centros de día. Sobre todo, si somos conscientes de que día a día cada uno de nosotros tenemos mayores posibilidades de llegar a la ancianidad.

Es crucial generar programas de sensibilización que vinculen todas las esferas poblacionales en relación con los procesos de vejez. Se sugiere que estos modelos se focalicen en el fortalecimiento de vínculos, el reconocimiento y la promoción de la experiencia, el reconocimiento y expresión emocional y la creación o reconfiguración del sentido de vida, entre otros. A partir de la reconfiguración colectiva

del concepto y proceso de envejecimiento, se podrá comenzar a vivir una vejez activa, positiva y por ende menos patológica.

REFERENCIAS

- Ávila, M., Vázquez, E. & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Ciencias Holguín*, 8(4), 1-11.
- Beteson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Buller, I. (2010). Evaluación neuropsicológica efectiva de la función ejecutiva. Propuesta de compilación de pruebas neuropsicológicas para la evaluación del funcionamiento ejecutivo. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 4(1), 63-86.
- Campos, A. & Huertas de González, C. (2011). Hacia la comprensión integral de los procesos de vejez y envejecimiento desde las diferentes perspectivas. *Tend. Ret.*, No.16, 111-123.
- Carrillo, M., Valdés, N., Domínguez, M. & Marín, S. (2010). Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *Universalud*, 6(12), septiembre, 4-10.
- Cruz, O., González, P., Hernández, Y., Ocaña, M. & Olvera, E. (2010). Atención Farmacéutica en el paciente geriátrico (pp. 23-28). *Primer Congreso Nacional de Gerontología. Vejez, interdisciplina y calidad de vida*. Páchuca de Soto, Hidalgo. Recuperado de https://www.academia.edu/3744360/ATENCI%C3%93N_FARMAC%C3%89UTICA_EN_EL_PACIENTE_GERI%C3%81TRICO
- Instituto Nacional de la Mujer (s.f.). *La perspectiva de las mujeres sobre los programas sociales “70 y Más” y “Vive Grande”*. Propuestas de fortalecimiento. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/JAL_MA6_dx_2012.pdf
- Estrada, L. (2005). *El ciclo vital de la familia* (pp. 11-29). México: Grijalbo.

- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A. & Zamarrón, M. (2009). Evaluación en psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Coord.), *Psicología de la vejez* (pp. 37-59). Madrid: Pirámide.
- Gaedicke, A. & González, J. (2010). Somatización y trastorno conversivo: clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Rev. Memoria*, 6, 1-14
- García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270.
- Hernández, Z., Hernández, O. & Rodríguez, E. (2010). El grupo de ayuda como alternativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 47-55.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (Inegi) (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Aguascalientes: Inegi, pp. 1-20.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (Inegi) (1990). XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Conapo. *Proyecciones de la Población de México*, 2010-2050.
- Lobo, A. Saz, P. & Roy, J.F. (s.f.). *Deterioro cognoscitivo en el anciano*. Recuperado de <http://www.fcs.uner.edu.ar/libros/archivos/ebooks/Envejecimiento/Envejecimiento,HTA%20yDeterioroCognitivo/o4CAPITU.pdf>, pp. 99-123.
- Machado, R., Bazán, M. & Izaguirre, M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *Rev. MEDISAN*, 18(2). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/sano3214.htm
- Mendoza, V. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En *Envejecimiento en la pobreza; género, salud y calidad de vida* (pp. 58-80). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Montes de Oca-Zavala, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 62, 160-181.
- Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas. *Rev. Med. Colima*, 17(1), 55-63.
- Pérez, L., Oropeza, R., López, J. & Colunga, C. (2014). Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer. *Rev. Iberoamericana de Ciencias*, 1(2), 3-10.
- Pérez, R. (2009). Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico. *Geroinfo*, 4(1), 1-22. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fobia_adultos_mayores.pdf
- Rodríguez, A., Valderrama, L. & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, No.25, enero-junio, 246-258.
- Tordjman, G. (2002). *Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas*. Barcelona: Gedisa, pp. 15-108.
- Valdés, M. (2000a). Estado de ansiedad. En *Psicobiología de los síntomas psicosomáticos* (pp. 90-93). Barcelona: Masson.
- Valdés, M. (2000b). La somatización. En *Psicobiología de los síntomas psicosomáticos* (pp. 40-50). Barcelona: Masson.
- Vallejo, J.M. & Rodríguez, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognoscitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157.

Acerca de los autores

Bersabee Aguirre Gutiérrez es licenciada en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO); cursó el diplomado en Hipnosis en el Instituto Milton H. Erikson, y cuenta con especialidad en Psicoanálisis por la Asociación Mexicana de Salud Psíquica de Guadalajara (AMSP); es tallerista en el Centro Metropolitano del Adulto Mayor (coautora taller Abrazando mi pasado, construyendo mi presente). Asimismo, ha colaborado en la investigación Un acercamiento transdisciplinar al fenómeno suicida en adultos jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara: alternativas para su prevención y tratamiento y la construcción de un modelo de atención para la prevención del suicidio en Jalisco. Labora en MetacognitiV, realizando evaluación diagnóstica, análisis estructural de casos, estimulando cognitivamente a niños con dificultades de aprendizaje y adultos mayores.

María Concepción Arroyo Rueda es doctora en Filosofía con orientación en trabajo social y políticas comparadas de bienestar social; realizó su tesis doctoral con el tema de cuidados en la vejez. Es profesora investigadora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango; conferencista de distintos temas relacionados con los cuidados, género, familia y envejecimiento. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores. Ha participado en los siguientes proyectos: Costo de los cuidados a población vulnerable e implicaciones para las cuidadoras (Inmujeres-Conacyt, 2015) y Redes sociales de apoyo y envejecimiento en México (Conacyt, ciencia básica, 2015-2017). Es autora de los artículos Percepción de las personas mayores sobre la

atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de Durango y Envejecimiento y cuidados y política social. Continuidades y cambios en Argentina y México. Ha publicado los libros *La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividades y significados sociales* y *Vejez, familia y bienestar. Dimensiones micro y macrosociales del envejecimiento y la vejez*.

Ania Itzel Bautista Monge es licenciada en Psicología egresada del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Trabajó en MetacognitiV en la realización de entrevistas, el acompañamiento a padres e hijos, la estimulación cognitiva y regularización escolar a niños con dificultades de aprendizaje. Cursó un diplomado en Hipnosis Ericksoniana y cuenta con especialidad en Ludoterapia Autocreadora. Asistente del 5to Congreso Internacional de Neuropsicología Clínica Hospitalaria, participando en el taller de Rehabilitación neurocognitiva sensorial (música) para la memorización de la palabra y frase en la enfermedad de Alzheimer. Participante en la tesis *Análisis comparativo entre adultos mayores institucionalizados y los asistentes a un Centro de Día*, la cual versa sobre los estados de ansiedad, somatización y el proceso cognitivo. Elaboró la tesina titulada: *La atención psicológica y las prácticas del cuidado como recursos que promueven el bienestar psicológico del anciano institucionalizado y no institucionalizado*. Ha sido colaboradora en la aplicación de pruebas psicométricas para la tesis de maestría *Alzheimer familiar*.

Matilde Bretado García es maestra en Terapia Familiar por la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED), en donde se desempeña como docente. Desde 1994, ha sido supervisora de trabajo social en el área médica en el Hospital de Salud Mental de los Servicios de Salud del Estado de Durango. Participó en la investigación *Redes de apoyo, dinámica familiar y envejecimiento 2013*, así como en la *II Jornada Regional de Investigación en Salud Durango 2015 Zona Norte*, con el trabajo de investigación *Reciprocidad inter*

y entre generaciones y cuidados en la vejez. Motivaciones, sentidos y significados desde los cuidadores, en la categoría de investigación en salud pública, con el que obtuvo el segundo lugar en el XIII Concurso Regional de Trabajos de Investigación. Es coautora del artículo Reciprocidad inter y entre generaciones y cuidados en la vejez. Motivaciones, sentidos y significados desde los cuidadores, publicado en *Políticas Sociales Sectoriales*, revista electrónica.

Everardo Camacho Gutiérrez es investigador del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I, y doctor en Ciencias del Comportamiento opción Análisis de la Conducta por la Universidad de Guadalajara, donde también desarrolló sus estudios de maestría. Tiene también estudios de Maestría en Psicología General Experimental, opción Psicología de la Salud por la UNAM en convenio con el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Sus líneas de investigación son el estrés y la salud y el comportamiento social. Trabajó como investigador en el Centro de Estudios e Investigación en Comportamiento por la Universidad de Guadalajara. Es profesor titular de tiempo completo del Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO. Tiene una especialidad en Gerontología por la Universidad del Norte de Texas en Denton. Fue impulsor del primer diplomado para Adultos Mayores en el ITESO, que Aracely Hernández Velasco coordinó por más de 10 años.

Rocío Enríquez Rosas es doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente (CIESAS). Es profesora investigadora del Departamento de Estudios Socioculturales del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI-Conacyt). Sus líneas de investigación son: vejez, envejecimiento, cuidados y bienestar social; la construcción sociocultural de las emociones y procesos de inclusión y exclusión social, pobreza y política social,

sobre las que ha coordinado varios proyectos de investigación y libros. Actualmente coordina el proyecto de investigación financiado por el ITESO: Subjetividades, emociones, procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: estudios de caso en México, España y Uruguay. Es coordinadora, junto con Magdalena Villarreal, del libro *Los retos de la política pública ante el envejecimiento en México* y autora del libro *El crisol de la pobreza: mujeres, subjetividades, emociones y redes sociales*.

Livia Flores Garnelo es licenciada en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y maestra en Terapia Familiar Sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa); además, tiene un diplomado en Terapia Breve por el ITESO. Desde 2015 a la fecha, ha laborado como psicóloga clínica en comunidades terapéuticas enfocadas a problemas de adicción con adultos y adultos mayores. Es tallerista en el grupo de adultos mayores en la comunidad de Lomas de Tabachines del Voluntariado Estamos Contigo, y de forma paralela se dedica a la práctica clínica de forma privada. Ha participado en trabajo de campo, realizando entrevistas en el proyecto de investigación Salud, Bienestar y Envejecimiento de la Universidad de Guadalajara.

Araceli Hernández Velasco es licenciada en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y cuenta con una maestría en Consejería de la Rehabilitación para Grupos Minoritarios y una especialidad en Gerontología por la Universidad del Norte de Texas; también tiene un master en Psicología de la Actividad Física y el Deporte por la Universidad Autónoma de Madrid, que, para obtener el grado, realizó el diseño de un programa de entrenamiento psicológico en iniciación a la actividad física para adultos mayores. Su experiencia académica con estos últimos ha sido como docente en el ITESO, trabajando con los alumnos de Psicología en Proyectos de

Formación Profesional, en donde se realizan prácticas profesionales en distintos asilos de la zona metropolitana.

Margarita Maldonado Saucedo es doctora en Ciencias del Desarrollo Humano por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa). Tiene una especialidad en Gerontología por la Universidad del Norte de Texas, y ha sido docente desde 1989 a la fecha en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Su línea de investigación actual es la calidad de vida en el adulto mayor en situación de pobreza. Ha participado con diferentes investigadores en proyectos nacionales sobre temas de envejecimiento, a la vez que ha publicado en revistas nacionales e internacionales y participado en diversos congresos nacionales e internacionales sobre envejecimiento. Colabora en la ONG Voluntariado Estamos Contigo, como tallerista de un grupo de adultos mayores y capacitadora de animadoras que coordinan grupos de ellos en zonas de pobreza de la ZMG. Actualmente colabora en el proyecto de investigación financiado por el ITESO Subjetividades, emociones y procesos de colectivización del cuidado en la vejez: un estudio comparado: México, España y Uruguay.

Alejandro Mendo Gutiérrez es doctor en Ciudad, Territorio y Sustentabilidad (Universidad de Guadalajara, 2011). Profesor investigador de tiempo completo en el Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Desde 1994, ha participado en proyectos de investigación acerca de la calidad de vida que proporcionan la vivienda, los entornos colectivos vecinales y el espacio público urbano. Ha publicado varios textos sobre la gestión social del hábitat y el derecho a la ciudad. Actualmente colabora para el proyecto de investigación Subjetividades, emociones, procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: estudios de caso en México, España y Uruguay, iniciativa financiada por el ITESO.

Martha Yareni Pulido Murillo es licenciada en Psicología, egresada del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Actualmente cursa la Maestría en Neuropsicología en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, residente en el Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”. Participante en el IX Congreso Internacional Cerebro y Mente, con el cartel Efecto de la edad, género y escolaridad en el desempeño de tareas incluidas en el protocolo neuropsicológico CERAD-2 (autores: Zuno-Reyes, Santana, Pulido-Murillo & Matute). Fue presentadora del taller Abrazando tu pasado, construyendo tu presente en el III Congreso Ciudadano del Adulto Mayor en septiembre de 2016, y coautora del mismo, impartido en el Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cemam) en enero-mayo de 2016.

María Martha Ramírez García es licenciada en Psicología y maestra en Comunicación de la Ciencia y la Cultura por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Ha participado como asistente de investigación, y tesista de maestría en una investigación internacional con el ITESO, CIESAS y la Universidad de París I, así como en un proyecto de investigación con el Instituto Jalisciense de las Mujeres, el CIESAS y el ITESO; además de haber realizado proyectos de investigación para el Instituto Jalisciense del Adulto Mayor (IJAM). Es miembro de la Sociedad de Gerontogeriatría del Estado de Jalisco, y ha realizado varias publicaciones recientes en capítulos de libros en las líneas de envejecimiento, vejez, cuidado-autocuidado y emociones sociales. Recientemente es profesora de asignatura en la Licenciatura de Psicología en el ITESO, y forma parte del equipo de trabajo del proyecto Subjetividades, emociones, procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: estudios de caso en México, España y Uruguay, a cargo de Rocío Enríquez Rosas.

Elba Karina Vázquez Garnica es doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Trabaja como profesora de tiempo fijo en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Su experiencia en investigación corresponde principalmente a estudios desde metodologías cualitativas en temas relacionados con adultos mayores en situación de vulnerabilidad y cuidado. Actualmente colabora en el proyecto de investigación Subjetividades, emociones, procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: estudios de caso en México, España y Uruguay. Algunos títulos de materiales publicados en coautoría en 2014 sobre el tema son: *Emociones de ancianos beneficiarios de programas sociales en metrópoli de Guadalajara*, *Hacia una caracterización de los adultos mayores en situación de pobreza en la zona metropolitana de Guadalajara*, y *Subjetividades, prácticas y relaciones en el cuidado. El caso de las personas mayores en situación de pobreza en la ZMG*.



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

Bersabee Aguirre Gutiérrez / María Concepción Arroyo Rueda
Ania Itzel Bautista Monge / Matilde Bretado García
Everardo Camacho Gutiérrez / Rocío Enríquez Rosas
Livia Flores Garnelo / Araceli Hernández Velasco
Margarita Maldonado Saucedo / Alejandro Mendo Gutiérrez
Martha Yareni Pulido Murillo / María Martha Ramírez García
Elba Karina Vázquez Garnica

El mundo camina hacia el envejecimiento. Cada vez son más los países en los que su población de ancianos se incrementa de manera significativa. En México, este fenómeno se presenta como un proceso acelerado ante el que ninguna instancia parece estar preparada para su atención.

Este volumen muestra algunos de los hallazgos en el tema a partir de ejercicios de investigación y vinculación con población adulta mayor, que pretenden hacer visibles el proceso del envejecimiento en las grandes ciudades y en sectores en pobreza; los desafíos que implica el cuidado de las personas en vejez y la problemática de la salud en esta etapa de la vida.

Con el propósito de exponer su complejidad, se cuestionó a los adultos mayores acerca de cuál es su propia concepción de la vejez, cómo son las relaciones familiares y sus redes de apoyo y cómo se vive en su entorno urbano.

El libro también se concentra en caracterizar el envejecimiento a partir de sus aspectos sociodemográficos y mediante debates desde la óptica de distintas disciplinas, así como en mostrar sus realidades en la salud y la relevancia de generar hábitos saludables para una vejez activa.

El dilema de los estados de bienestar se presentará en el corto plazo como una crisis en la provisión de los cuidados; en estas páginas el lector podrá profundizar en algunos aspectos del envejecimiento que pueden ser la base de la promoción de la calidad de vida en los adultos mayores de este país.

