

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

**DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS
DE BIENESTAR SOCIAL**



**DEPENDENCIA Y CUIDADOS EN LA VEJEZ AVANZADA DE HOMBRES Y MUJERES EN LA CIUDAD DE
DURANGO. UN ANÁLISIS DE LA SUBJETIVIDAD Y LA FORMACIÓN DE IDENTIDADES**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN
TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL**

PRESENTA

MARÍA CONCEPCIÓN ARROYO RUEDA

SAN. NICOLÁS DE LOS GARZA, N. L. NOVIEMBRE DE 2009

CARTA DE APROBACION

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Dedicatorias:

A mi madre, por su enseñanza de valor y coraje para enfrentarse a la adversidad de la vejez. A mi padre, por transmitirme el impulso de buscar un futuro mejor. A los dos, en donde sea que estén, este logro es para honrarlos.

Especialmente a mis hermanas Oliva, Elisa y Rosario, por estar cerca de mí, por su apoyo en los momentos importantes de mi vida. A mi sobrina Karla, por su colaboración en la transcripción de muchas entrevistas. A todos los demás que no menciono, pero que forman parte de “mi familia”, los quiero mucho.

Agradecimientos:

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a las universidades públicas de Nuevo León y de Durango, por apoyar los programas de posgrado con el fin de que los profesionistas adquieran la calidad y excelencia académica que se requiere para enfrentar los problemas actuales que aquejan a nuestra sociedad. De manera especial, agradezco al Dr. Rubén Calderón Luján, Rector de la Universidad Juárez del Estado de Durango, por colocar a la Universidad Juárez del Estado de Durango entre las mejores del país y por impulsar mi proyecto académico en todo momento.

A mi comité de tesis, encabezado por el Dr. Manuel Ribeiro Ferreira, profesor-investigador de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), por su flexibilidad y apertura a mis inquietudes investigativas; su experiencia y trayectoria como investigador, es un ejemplo a seguir. A mis lectoras: Dra. Martha Leticia Cabello Garza y Dra. Sandra E. Mancinas Espinoza, profesoras-investigadoras de la Facultad de Trabajo Social de la UANL; al Dr. Javier Álvarez Bermúdez, profesor-investigador de la Facultad de Psicología de la UANL y a la Dra. Verónica Montes de Oca Zavala, profesora-investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, a todos gracias por su apoyo, sus valiosas aportaciones están plasmadas a lo largo de todo el documento de tesis. Mi agradecimiento también al Dr. Jesús Rivera Navarro, profesor-investigador de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca, España, quien inicialmente formó parte de mi comité. Su confianza en mi trabajo me hizo seguir adelante.

A los maestros del posgrado por la enseñanza en el aula, pero también por ofrecer otros espacios en donde fue posible adquirir experiencias y aprendizajes complementarios.

A mis compañeros de generación, especialmente con aquellos que logré un estrecho vínculo de camaradería, de compartir saberes y experiencias: Paty, Brenda, Jorge y Javier, espero seguir contando con ustedes. A mis amigos de la anterior generación, quienes habiendo dejado atrás su ciclo escolar, compartieron y apoyaron mi proceso. También compartimos momentos agradables y divertidos. A Luisa, a “las Sandras” y a “las Anas”, gracias...

A Lupita Salas, amiga y acompañante a lo largo de muchos años de un sinnúmero de procesos de crecimiento personal y profesional, gracias por las aportaciones y comentarios a mi trabajo, pero más que nada, gracias por estar siempre presente.

RESUMEN

El interés por explorar las múltiples dimensiones del fenómeno del envejecimiento y la vejez es algo que comparten muchos investigadores y académicos. El propósito de realizar la presente investigación fue explorar la experiencia de hombres y mujeres en edad avanzada en condiciones de dependencia y necesidad de cuidados en la ciudad de Durango, México. El conocer cómo viven los adultos mayores el dilema de la dependencia en la vejez, aportó a esta investigación, hallazgos importantes acerca de la enfermedad, la imagen de sí mismos y las necesidades sociales que tienen los ancianos.

Al mismo tiempo, explorar la experiencia de los cuidadores, aquellas mujeres y hombres que en un determinado momento entran en acción al iniciarse el proceso de deterioro en sus familiares mayores, hizo posible observar el fenómeno en un todo integrado. Identificar en los cuidadores, sus motivaciones para cuidar, sus necesidades y recursos para enfrentar las dificultades que el cuidado conlleva, fue también una tarea investigativa de este estudio.

La principal estrategia de aproximación al tema de estudio fue a través de la entrevista profunda y la observación. Las narrativas de los sujetos entrevistados permitieron, por un lado, conocer la dimensión subjetiva de la dependencia en la vejez, y por otro, identificar las representaciones y las creencias sociales que moldean dicha subjetividad. Es decir, lo global presente en lo local, lo macro en lo micro.

De esta forma, la identidad de los hombres y mujeres en edad avanzada se construye y reconstruye a partir de elementos materiales, familiares y personales, los cuales se interrelacionan entre sí para configurar identidades deterioradas, imágenes negativas de sí mismos a partir de carencias económicas, falta de apoyo familiar e institucional. En el análisis de la subjetividad individual y la subjetividad social están presentes elementos comunes, ciertos patrones que caracterizan la experiencia de la vejez avanzada: los ancianos se sienten devaluados, “inútiles”, personas con “poco valor social” tanto para la familia como para la sociedad.

Una dimensión importante fue explorar las emociones que genera la experiencia del deterioro. La respuesta emocional converge con los estereotipos individuales y sociales acerca de la vejez dependiente. No obstante, también surgieron emociones positivas que nacen en la experiencia dependencia-cuidado, como son la gratitud, la compasión y la esperanza.

Las familias por su parte, responden a la responsabilidad del cuidado a su capacidad, de acuerdo a sus recursos económicos, instrumentales y afectivos. Múltiples situaciones al interior de la familia determinan la forma de apoyar. En este estudio, los principales dilemas de los participantes son por un lado, las cuestiones de tipo económico y por otro, los conflictos de relación pasados y presentes, no sólo entre familia y adulto mayor, sino familia y cuidador, lo que da como resultado que las tareas de atención a la enfermedad y el cuidado a los ancianos no sean del todo satisfactorias.

Es precisamente en las tareas de cuidado y atención a la enfermedad, donde al igual que otros estudios, se aprecia otro conflicto importante como es la inequidad de género. La cultura sigue permeando los pensamientos y las conductas; de tal forma que el cuidado femenino sigue siendo aceptado, asumido y reconocido. Las mujeres cuidadoras desempeñan su rol de manera ambivalente y contradictoria, pareciera que desean permanecer y huir al mismo tiempo. La sociedad y la familia en particular visualizan al cuidado masculino como “menos adecuado”; esto contribuye a que los varones se involucren poco en la responsabilidad de los ancianos. Todo ello cuestiona las identidades de género.

Las reflexiones del trabajo se orientan a identificar a los ancianos y cuidadores, como sujetos inmersos en una trama de relaciones, en la que la experiencia no es posible vivirla por separado, sino estrechamente vinculadas entre sí. Si bien, existen aspectos individuales, únicos, éstos tienen su explicación en la relación con el otro. Los significados no surgen en un vacío social; las narraciones de los entrevistados, nos dan cuenta de ello.

Las políticas sociales de apoyo al cuidado en la vejez, se deben replantear en base a las necesidades derivadas no sólo de los aspectos objetivos presentes en el discurso cotidiano de los participantes, como es la provisión de servicios adecuados de salud y de apoyo económico, aspectos fundamentales para mejorar su calidad de vida, sino también mejorar la calidad de vida desde la dimensión subjetiva. Es decir, cuestionarse y replantear las creencias y las imágenes negativas acerca de la vejez, la dependencia y el cuidado implica un gran desafío para todos y cada uno de los actores que participan en este fenómeno social. Pero sólo así será posible construir nuevos escenarios de política pública de atención a la vejez.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Resumen	iv
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Contextualización	1
<i>1.1.1. Tensiones relacionadas con la cuarta edad</i>	3
<u>1.1.1.1. Productividad vs. improductividad</u>	3
<u>1.1.1.2. Salud vs enfermedad</u>	4
<u>1.1.1.3. Imagen positiva vs imagen negativa</u>	5
1.2. Los estudios empíricos sobre la dependencia y el cuidado en la vejez	7
<i>1.2.1. Estudios sobre el envejecimiento y la dependencia</i>	8
<i>1.2.2. Estudios sobre la vejez y la enfermedad</i>	12
<i>1.2.3. Estudios sobre el cuidado y los cuidadores</i>	13
1.3. Situación actual de la dependencia en la vejez	16
<i>1.3.1. El contexto demográfico del envejecimiento</i>	16
<i>1.3.2. La situación de salud en los mayores</i>	19
<i>1.3.3. El deterioro en la cuarta edad</i>	21
1.4. Las políticas sociales de apoyo a la vejez: antecedentes y contexto actual	23
<i>1.4.1. El Estado benefactor como origen de las políticas sociales para la vejez</i>	23
<i>1.4.2. El contexto internacional</i>	24
<i>1.4.3. El contexto latinoamericano</i>	26
<i>1.4.4. La realidad nacional</i>	26
<i>1.4.5. El contexto local</i>	27

1.4.6. <i>Reflexión sobre las políticas de vejez</i>	30
1.5. Planteamiento del problema	31
1.6. Objetivos	37
1.7. Justificación	37
1.7.1. <i>Implicación del estudio para las políticas sociales</i>	39
2. MARCO TEÓRICO	41
2.1. Aspectos generales sobre la vejez y la dependencia	42
2.2. Antecedentes y principales líneas teóricas sobre el envejecimiento	43
2.3. La perspectiva de género y su relación con el envejecimiento	47
2.4. Perspectivas teóricas	50
2.4.1. <i>La Teoría de las Representaciones Sociales</i>	50
2.4.1.1. <u>La objetivación: lo social en la representación</u>	51
2.4.1.2. <u>El anclaje: la representación en lo social</u>	51
2.4.1.3. <u>Los campos de investigación</u>	52
2.4.1.4. <u>Aproximaciones procesuales y aproximaciones estructurales en las Representaciones Sociales</u>	53
2.4.1.5. <u>La subjetividad y la emoción en las Representación Sociales</u>	54
2.4.1.6. <u>Las emociones en el centro del debate</u>	55
2.4.1.7. <u>La construcción social de las emociones</u>	57
2.4.2. <i>El Construccionismo Social</i>	58
2.4.2.1. <u>La importancia del lenguaje para el construccionismo y la Teoría de las Representaciones Sociales</u>	60
2.4.2.2. <u>Importancia de la narrativa</u>	61
2.4.2.3. <u>La construcción de la identidad narrativa</u>	62

2.4.3. <i>El Construccionismo Social y la Teoría de las Representaciones Sociales: sus puntos de encuentro</i>	64
2.5. La cuarta edad: algunas precisiones conceptuales	69
2.5.1. <i>Las definiciones de la dependencia</i>	69
2.5.2. <i>El significado de la enfermedad</i>	71
2.5.3. <i>Las marcas del deterioro en la vejez</i>	72
2.5.4. <i>Identidades deterioradas</i>	73
2.6. Resiliencia en la vejez	74
2.7. El cuidado en la vejez: la dimensión individual y social	75
2.7.1. <i>Principales explicaciones acerca del cuidado</i>	76
<u>2.7.1.1. El cuidado desde la perspectiva de género: la postura feminista</u>	77
<u>2.7.1.2. El cuidado desde la perspectiva de los derechos humanos</u>	79
3. MARCO METODOLÓGICO	83
3.1. Perspectiva metodológica	83
3.1.1. <i>El método interpretativo-narrativo</i>	84
3.2. La muestra y las características de los sujetos	87
3.2.1. <i>El actor principal: el adulto mayor</i>	88
3.2.2. <i>La procedencia de los adultos mayores</i>	90
3.2.3. <i>Los cuidadores</i>	91
3.3. El trabajo de campo: sus etapas y vicisitudes	91
3.3.1. <i>La negociación institucional</i>	92
3.3.2. <i>Las técnicas para la recolección de datos</i>	94
3.3.3. <i>Los escenarios de investigación: los hogares de ancianos y cuidadores</i>	97

3.3.4. Aspectos éticos	99
3.4. El análisis y la interpretación de los datos	100
3.5. Los aspectos de validez y credibilidad	103
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	107
4.1 La vejez avanzada: la dimensión social y la percepción subjetiva	107
4.1.1. Actores y escenarios en que surge la cuarta edad:	107
4.1.2. La red de apoyo ante la enfermedad	111
4.1.3. La imagen de familia en los ancianos	114
4.1.3.1. Percepción del apoyo familiar	115
4.1.3.2. <u>“Ya no hay respeto”: una realidad incómoda para los ancianos</u>	118
4.1.4. La amenaza del aislamiento social	120
4.2. La construcción de la identidad en la cuarta edad	121
4.2.1. El discurso del déficit y la representación del cuerpo en la vejez avanzada	122
4.2.2. El sentimiento de “carga”	124
4.3. De cuidado y cuidadores: tensiones y ambivalencias	131
4.3.1. La percepción del cuidado en los adultos mayores	131
4.3.2. El escenario del cuidado: la perspectiva femenina	134
4.3.3. La tarea de cuidar: un acto de amor que genera tensión	140
4.3.3.1. <u>La satisfacción del deber cumplido</u>	140
4.3.4. El cuidado como una “carga”: las implicaciones psicosociales	142
4.3.5. “A toda ley una mujer”	144
4.3.6. La excepción de la regla: los cuidadores varones	147
4.3.7. La dimensión emocional del cuidado en la vejez	151

<u>4.3.7.1. Emoción: Ansiedad – miedo</u>	152
<u>4.3.7.2. Emoción: Culpa</u>	153
<u>4.3.7.3. Emoción: Vergüenza</u>	153
<u>4.3.7.4. Emoción: Esperanza:</u>	154
<u>4.3.7.5. Emoción: Desesperanza</u>	156
<u>4.3.7.6. Emoción: tristeza y depresión:</u>	156
<u>4.3.7.7. Emoción: Gratitud</u>	157
<u>4.3.7.8. Emoción: Compasión</u>	158
4.4. De las necesidades y las “soluciones”	160
<i>4.4.1. El tema “incómodo” de las necesidades</i>	161
<u>4.4.1.1. Las necesidades de los adultos mayores</u>	161
<u>4.4.1.2. Las necesidades sentidas por las cuidadoras</u>	162
<i>4.4.2. Estrategias de “sobrevivencia” de los participantes</i>	164
<u>4.4.2.1. Estrategias utilizadas por los ancianos</u>	164
<u>4.4.2.2. Estrategias utilizadas por las cuidadoras</u>	164
<i>4.4.3. El futuro: ¿cómo se construye?</i>	166
5. CONCLUSIONES	169
5.1. Reflexiones sobre los actores y los escenarios de la dependencia y el cuidado.	170
<i>5.1.1. El contexto familiar y las condiciones materiales de vida</i>	170
<i>5.1.2. La interacción subjetiva y social de la dependencia</i>	173
<i>5.1.3. La dimensión del cuidado: tensiones y ambivalencias</i>	175
5.2. Las coincidencias y las divergencias con otros estudios	177
5.3. El estudio y las necesarias implicaciones para la políticas social	178

5.4. Relación teoría-método-datos-investigador	183
5.5. Áreas de oportunidad para futuras investigaciones	184
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
ANEXOS	I
Anexo 1. Cuestionario para el adulto mayor	Ii
Anexo 2. Cuestionario para el familiar (cuidador principal)	Vii
Anexo 3. Guía de entrevista para el adulto mayor	X
Anexo 4. Guía de entrevista para los cuidadores	Xii

ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1. Indicadores del proceso de envejecimiento demográfico para América Latina y el Caribe, 2000, 2025 y 2050	17
Tabla 2. Síntesis de tendencias en discapacidad severa* entre la población de 65 años y más, de países de la OCDE, índice del promedio anual de crecimiento (índices estandarizados de edad por debajo de los indicados).	22
Tabla 3. Características socio-demográficas de los ancianos participantes	89
Tabla 4. Datos socio-demográficos de los cuidadores	92
Tabla 5. Premisas teóricas que explican las categorías y dimensiones del tema de estudio	95
Tabla 6. Tipología de las enfermedades, comorbilidad y limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria	109
Tabla 7. Recursos disponibles para la atención de la enfermedad	110
Tabla 8. Relación estado civil y tipo de familia de los participantes	115
Tabla 9. Añoranza por el trabajo	127
Tabla 10. Las cuidadoras y sus características sociodemográficas	136
Tabla 11. Actividades cotidianas de las cuidadoras	140

Tabla 12. Varones cuidadores y sus características sociodemográficas	148
Tabla 13. Tipo de cuidado realizado por los varones y apoyo recibido	149
Tabla 14. Necesidades percibidas por los ancianos	162
Tabla 15. Necesidades percibidas por las cuidadoras	163
Tabla 16. Estrategias de afrontamiento de los ancianos	164
Tabla 17. Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras	165

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Construcción del objeto de estudio a partir de la teoría	69
Figura 2. Principales explicaciones del cuidado	77
Figura 3. Dimensión individual y social de los discursos de la cuarta edad	86
Figura 4. Fase inicial del trabajo de campo: Negociación institucional	93
Figura 5. Marco metodológico	97
Figura 6. Representación social de las familias con ventajas y desventajas para la atención de los ancianos	114
Figura 7. Los ancianos y su representación social de la familia	120
Figura 8. Imagen de la vejez: Narrativas cognitivas y emocionales	135
Figura 9. Caracterización de las cuidadoras	137
Figura 10. El proceso de anclaje de las emociones en la triada: anciano/cuidado/cuidador	166

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Proyección demográfica de México a 2050	18
Gráfico 2. Distribución de causas de defunciones en mayores de 60 años de edad	20

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Contextualización

El presente estudio aborda como aspecto central el tema del envejecimiento y la vejez. Introduce aspectos relativos a la vejez avanzada como son las situaciones de deterioro, dependencia y discapacidad a causa de las enfermedades crónicas y discapacitantes. También se toca el tema del cuidado y las cuidadoras, en función de la relación dialéctica que se establece entre vejez, enfermedad y cuidados.

En las últimas décadas el envejecimiento se ha convertido en un tema de interés para muchas disciplinas que abordan la cuestión social. El conocimiento que han generado diversos estudios sobre el tema no se circunscriben a un paradigma único, por lo que no hay un significado preciso de la vejez, sino que existe una multiplicidad heterogénea de aportes teóricos que nos orientan sobre su significado, pero que a veces pueden resultar confusos (Aranibar, 2001), dadas sus posturas a veces contradictorias.

Aunque diversos análisis muestran a la vejez asociada a ideas de respeto, sabiduría y experiencia; igualmente existen abundantes estudios que dan cuenta de imágenes relacionadas con el deterioro, la “inutilidad”, la decrepitud, o bien, como carga o ruptura social; dichas imágenes, tienden a una construcción social de la vejez como dependencia, desigualdad o vulnerabilidad (Aranibar, 2001). Si bien sabemos que hay muchos ancianos que logran llegar a esa etapa con una diversidad de recursos, como son: una buena pensión o ingreso suficiente para cubrir sus necesidades básicas, con adecuadas redes de apoyo familiar y social y con una buena salud, también es cierto que las estadísticas nos dejan ver que este grupo es minoritario, pues una gran proporción de población anciana se encuentra en condiciones de vulnerabilidad social. (CEPALC, 2002; CONAPO, 1999; Guzmán y Huenchuan, 2005; Montes de Oca, 2007).

Esta visión social de lo viejo como “ineficiente, poco atractivo o carga social”, acompañada de la gradual destitución de la gente que conforma la fuerza de trabajo, se configuró a principios del siglo XX (Hareven, 1995), y predomina en la mayoría de las sociedades industrializadas en donde los ancianos ocupan, de manera general, una posición social y económica inferior a

otros grupos de la sociedad (Aranibar, 2001, 2004). Este tipo de sociedades, se caracterizan por la búsqueda de satisfactores de las necesidades y deseos humanos, en donde los individuos están inmersos en la producción y reproducción de bienes materiales, así como en el desarrollo de nuevos conocimientos y capacidades que permitan acrecentar y agilizar el consumo de dichos bienes.

Dar respuesta a las exigencias del consumo y de una tecnología globalizada que privilegia la productividad, la salud, la competencia, la rapidez y la eficiencia; vivir en una sociedad donde se enaltece la juventud, la fuerza y la actividad, provoca inevitablemente una visión devaluada de lo que es viejo, débil e incompetente. Este es el paradigma vigente que favorece el apego a lo que socialmente es más valorado y promueve un desapego a lo que es devaluado y estigmatizado.

Es en el contexto de una economía capitalista donde las personas mayores fueron progresivamente desacreditadas y se podía hacer una reinterpretación de la vejez. Se devaluaba a los ancianos porque su disminuida fuerza física significaba un trabajo menos rentable para el capitalismo, sobre todo, cuando se iniciaba el proceso de jubilación o retiro laboral. La jubilación puede ser vista desde dos ángulos: por un lado, se constituyó en el principal mecanismo de mercado que aseguraba una constante oferta de trabajo joven y fresco en el mercado (Wang, 2001:297), esto puede considerarse como un logro social; por otro lado, tuvo repercusiones para ciertos grupos de “viejos” que aún cuentan con la fuerza suficiente para continuar en el mercado laboral y que necesitan seguir contando con un mayor ingreso. En este tejido de contradicciones, la tercera edad empezó a entenderse como un problema social y se convirtió en un objeto de discusión de diversos grupos sociales (Conrad, 1992, en Wang, 2001).

Como fenómeno social, la tercera edad también ha sido problematizada, principalmente desde el aspecto demográfico, en donde la modificación de la pirámide de edad hacia las personas mayores es motivo de preocupación, pues trae diversas repercusiones en aspectos básicos de interés social. A lo anterior, hay que agregar el fenómeno de la cuarta edad¹; es decir, los denominados “viejos entre los viejos”, aquellos que tienen una pérdida importante en la autonomía y, por ende, en la calidad de vida, además de importantes requerimientos de apoyo familiar (Solís, 1999). El grupo que constituye la cuarta edad es nuestro objeto de estudio².

¹ Solís (1999), Andersen (1992), García, Rabadán y Sánchez (2006), Ham (2003) y Neugarten, (1996), consideran que la cuarta edad inicia a partir de los 75 años, mientras que Bazo (1990) la considera a partir de los 80 años. Robles (2005), sin embargo, la ubica a partir de los 85 años. Por otro lado, Neugarten (1996) hace alusión a que la realidad de los mayores, ubicados en la cuarta edad, está caracterizada por la aparición de deterioros físicos, mentales, y la disminución de redes de apoyo social, por lo que los ancianos de este grupo tienen mayor necesidad de protección y de cuidados especiales. En el caso del presente estudio, los términos cuarta edad, dependencia, deterioro, discapacidad, serán utilizados como sinónimos para designar a aquellos ancianos sujetos de investigación que tienen limitaciones o impedimentos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (aquellas relacionadas con el cuidado personal y con el funcionamiento físico que se ejecutan de forma cotidiana y cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno.

² En este trabajo, la edad de los adultos mayores participantes es de 70 años en adelante. De manera indistinta en el trabajo se les denominará: adultos mayores, ancianos, viejos. De la misma forma la experiencia de la cuarta edad, se denominará también dependencia, deterioro, discapacidad funcional, pues son las situaciones que la caracterizan.

Asimismo, la relevancia del estudio de la vejez también surge del temor de ser objeto de estigmas y estereotipos negativos que se desprenden de la construcción social de la vejez como deterioro, fragilidad y pobreza; esto es, nos pone de frente a una posición vulnerable (Montes de Oca, 1999). Así, distintas formas de construir la vejez, dan origen a diversas preocupaciones según los contextos en que surgen; por ejemplo, en Europa, los programas sociales dirigidos a la tercera edad (que comenzaron en la década de los 70), no tenían como objeto la seguridad económica de éstos (porque ya estaba asegurada por las políticas de protección social), sino mantener su inserción en el entorno de vida habitual y prevenir su pérdida de autonomía. La principal preocupación de las sociedades europeas es proveer un entorno familiar e institucional adecuado, que permita el modo de vivir la vejez en situaciones de dependencia física y deterioro funcional.

En países como el nuestro, el aumento de personas mayores es más preocupante, porque se desarrolla con mayor rapidez de lo que ocurrió históricamente en los países desarrollados (Guzmán, 2002:11). Esto conlleva repercusiones a nivel político y social surgidas de la alta incidencia de pobreza, de la aguda inequidad social, baja cobertura de seguridad social, falta de calidad de atención en los servicios de salud, además de una tendencia al deterioro de las estructuras familiares de los adultos mayores (Guzmán, 2002). Otro tipo de repercusiones son las relacionadas con la devaluación y estigmatización de los ancianos, sobre todo de aquellos que han entrado a la cuarta edad, representada por condiciones de alto nivel de discapacidad³ y deterioro funcional (Solís, 1999). El impacto que conlleva esta condición de los adultos mayores tiene múltiples variantes, como la disminución de la calidad de vida, la mala percepción de sí mismo y de su salud, y la tensión que se genera en la familia a partir de la necesidad de cuidado.

1.1.1. Tensiones relacionadas con la cuarta edad

1.1.1.1. Productividad vs. improductividad

Uno de los aspectos que más temor e incertidumbre genera en todo ser humano es la posibilidad de dejar de ser productivo, sobre todo en el caso de los hombres, quienes culturalmente han tenido el rol de proveedores; el dejar de proveer o disminuir su capacidad de aportación económica al hogar (ya sea porque no pueden trabajar o porque el monto de su pensión no alcanza), implica perder parte del poder que se adquiere con el ingreso y trastocar un rol que ha desempeñado por mucho tiempo. Como dice Pratt (1976, en Wang, 2001), la exclusión, a menudo involuntaria del mercado laboral, produce en los mayores un sentimiento de marginalidad.

En el caso de las mujeres mayores, que en su mayoría no estuvieron insertadas en el mercado laboral, son ancianas que se dedicaron al hogar, a la crianza de hijos, al cuidado de enfermos;

³ Dentro de la experiencia de la salud, el concepto de discapacidad propuesto por la Organización Mundial de la Salud hace referencia a “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.” Es entonces, la objetivación de los efectos de la deficiencia, el proceso por el cual una limitación funcional se manifiesta como una realidad en la vida diaria, con lo cual el problema se hace objetivo al interferir las actividades corporales.

algunas quizá realizaron alguna actividad generadora de ingreso, pero no contemplado como “actividad productiva”. Estas ancianas, quienes durante toda su vida realizaron actividades para “otros”, al verse limitadas en su función de “servir” a la familia, son afectadas de igual forma (Maier, 2001). Para ellas, dejar de ser activas, dejar de servir, significa perder una parte importante de su identidad.

De esta manera, más allá de la capacidad productiva, está la capacidad de seguir activo. En la etapa de vejez, se acepta con menor dificultad el dejar de aportar lo que antes se aportaba; pero, aceptar la posibilidad de dejar de realizar las actividades de la vida diaria, es algo que se asume con una buena dosis de dolor y sufrimiento, ya que para muchos ancianos implica convertirse en una persona inútil, en una “carga” (Gutiérrez y García, 2005). Lo anterior, es particularmente relevante en el contexto de una sociedad utilitarista y de consumo, en donde ser productivo significa progreso, aspirar a tener una “vida digna”, a satisfacer necesidades básicas y otras que pueden resultar más superficiales, pero que son valoradas como importantes.

Igualmente la idea de “ser útil” es muy valorada en nuestra sociedad, ya que además de implicar ser independiente o autosuficiente, también se relaciona con la posibilidad de hacer algo por y para los otros. Por ello, cuando ya no se puede cumplir con este requerimiento social, como es el caso de la población de la cuarta edad (tema de este trabajo), surge una serie de dificultades de índole diversa que hacen de este fenómeno un problema social. En este sentido, y de acuerdo a la teoría de la desvinculación⁴, los hombres y las mujeres mayores que presentan algún tipo de discapacidad física, tendrían que aceptar un inevitable retiro gradual que los obligue a una cierta segregación social de la gente vieja, para dar paso a “sangre nueva”, que entre de lleno en una participación activa en un mundo donde se privilegia el ser activo, independiente y autosuficiente (Powell, 2001). Esta postura, si la aceptamos tal cual, nos lleva a dejar de valorar cualquier expresión o manifestación de las potencialidades inherentes a todo ser humano.

1.1.1.2. Salud vs enfermedad

Generalmente, la discapacidad física y el deterioro en los ancianos se originan a consecuencia de una enfermedad, generalmente crónica. La enfermedad, además de ser una circunstancia individual, es un fenómeno social. Para muchos autores, la representación social más importante en la condición de enfermo, alude a la idea de dejar de trabajar. En palabras de Castro (2000:72) “el significado básico de la enfermedad en la sociedad contemporánea al nivel de las representaciones sociales, está estrechamente ligado con la productividad y competitividad económicas”.

En el caso de las personas mayores, la enfermedad parece ser algo inevitable y temido, pero esperado. En este proceso de enfermedad en la vejez, existe también la posibilidad de llegar a un estado de dependencia. Los ancianos de alguna manera esperan que se presente la enfermedad, pero no esperan la dependencia; se resisten a ella, ya que implica ubicarse en el

⁴ Esta y otras teorías se explican más ampliamente en el marco teórico.

nivel más bajo de funcionalidad; implica descender en la jerarquía social que valora a los individuos independientes y autónomos (Robles, 2006:52).

Para las personas mayores con dependencia, posiblemente no sea tan relevante que la enfermedad les impida ser económicamente productivos o tener una actividad formal. No obstante, para ellos es básico tener la posibilidad de estar activos, “servir para algo”, es decir, sentirse útiles (Vázquez, 2003:237). Por otra parte, la visión de la enfermedad en los ancianos de la cuarta edad significa que ya no hay “marcha atrás”, la esperanza de recuperarse o de sanar es muy escasa y las posibilidades de mayor deterioro y de muerte se viven como fuertes amenazas que afectan la salud emocional, pues se vuelven inseguros, temerosos y ansiosos ante una experiencia que no saben cómo enfrentar.

La enfermedad crónica que genera discapacidad y dependencia se visualiza como destructiva, aniquilante, invasiva. Representa, según Toombs (en Castro, 2000:111), “una forma diferente de “estar en el mundo”, una forma de existencia caracterizada por una permanente pérdida del sentido de integridad con que los individuos normalmente se experimentan a sí mismos, una disminución en el campo de las certidumbres con que los individuos normalmente viven”; de este modo, surgen las imágenes devaluadas y estereotipadas de una vejez negativa.

1.1.1.3. Imagen positiva vs imagen negativa

Al surgir el deterioro, la discapacidad y la dependencia como resultado de una enfermedad, la pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo, de ser autónomo, trae aparejada la necesidad de cuidado, y con ello la percepción de ser un “estorbo”, una “carga”, y “dar molestias” a quienes les rodean. Para los ancianos, estar en un estado de dependencia implica perder la capacidad de decidir; y por tanto, dejar que otros decidan por ellos; como dice Mc Donald (2001): “La vejez es un mundo nuevo de conflictos extraños y temores secretos; el temor de quedarse solo, el temor de ser una carga para los seres queridos, el temor de volverse minusválido incapaz de cuidarse, el temor de perder la fuerza de la mano, el temor de que otros impongan su voluntad”. Otros autores, agregan que la discapacidad que surge a partir del envejecimiento y la enfermedad, compromete lo que podría llamarse la gobernabilidad de sí mismo (Ells 2001; y Tremain, 2002, citado en Robles, 2006).

Lo anterior se relaciona con el hecho de que predomina “una presunción biológica de la vejez (basada en la dependencia), con las exigencias de la modernización económica (el retiro ante la inexorabilidad del cambio técnico) y estereotipos culturales dominantes (la ideología de los viejos como carga social y económica y desvinculados de la realidad social)” (Rodríguez, 1997, en Aranibar, 2004). Para Aranibar, dicha asunción ha sido reforzada por las teorías de mayor influencia en las sociedades occidentales, y ha dado pie a un modelo reduccionista que genera ciertos estereotipos sociales (son una carga, sin empleo, inactivos, pasivos), que inevitablemente producirán una visión dominante de que la población mayor, enferma y dependiente, es aquella que genera un alto costo social a otros grupos etarios, a las instituciones y a la sociedad.

Los planteamientos citados reflejan una imagen de la vejez que produce discriminación y margina a los ancianos de participar en la vida social y de tener relaciones de equidad con otros grupos sociales. Por ejemplo, según la Encuesta Nacional de Discriminación, el 90% de la población en México considera que sí existe discriminación a los ancianos (SEDESOL, 2005). Entre sus principales hallazgos relacionados con los adultos mayores se reporta que el 40.5% de la población considera a éstos como la población más desprotegida y el 35.6% cree que la vejez ocasiona sufrimiento a los ancianos. Asimismo, la edad es considerada por un 27% de la población como el principal obstáculo de las personas mayores para relacionarse con los demás.

Los datos reflejan una visión reduccionista de la vejez. Los ancianos en general y principalmente los que sufren dependencia, son aquellos sujetos que bajo estándares sociales normales, carecen de la capacidad de cuidarse a sí mismos; es decir, su posición social no es equitativa con las de otras personas que no están en esa condición, por lo que se ubican en una situación de desigualdad al dejar de cumplir en buena medida con sus roles sociales y también dejan de ser recíprocos de los beneficios de los que gozan (Waerness, 1996, en Robles, 2007). Esta pérdida de roles y de reciprocidad cuidados y apoyo en la familia, ponen en riesgo su posición en la dinámica de las relaciones familiares.

Cabe señalar que las transformaciones estructurales de las familias (sociales, económicas, culturales) y los cambios en su composición y dinámica, confluyen de manera importante al momento de entrar en las transiciones del ciclo vital. Las “coyunturas vitales” (Anderson, 2004:203) como son la llegada a la vejez en situación de discapacidad y deterioro funcional, y el surgimiento inevitable de las tareas de cuidado, producen diversas crisis en las familias, que generalmente permanecen invisibles a los programas de apoyo a la población mayor. Dicha invisibilidad se relaciona con una actitud social que establece una posición distante, ajena a la experiencia de envejecer.

Lo anterior toma sentido, cuando identificamos actitudes discriminativas hacia los adultos mayores. Ejemplo de ello son algunos resultados de la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación, la cual identifica que casi el 90% de las personas mayores en México se sienten objeto de discriminación y un 40% se sienten rechazados por la sociedad (SEDESOL, 2005). Datos de interés del citado estudio es que las personas mayores ubican los hospitales públicos como espacios en los que se sienten discriminados, y en las familias, un 21%, opina que no se les permite participar en las conversaciones familiares. Es decir, los dos lugares más importantes en donde los ancianos vulnerables esperan encontrar mayor seguridad y confianza, surge también el riesgo de la discriminación.

Pero lo más relevante es que la percepción de discriminación no surge solamente en los adultos mayores, sino en otros grupos de edad. La misma encuesta reporta que un 27% de la población en general piensa que el principal problema de los adultos mayores es el relacionarse con los demás. De igual forma se cree que este grupo etáreo es el más desprotegido socialmente. Entonces, el discurso de la discriminación a los mayores surge de

una percepción compartida socialmente que integra condiciones reales y objetivas como la pobreza y aspectos emanados del imaginario social.

Los planteamientos hasta aquí presentados nos aproximan a una situación social que tiene diversos matices sociales e individuales y que a la vez nos llevan a preguntarnos: ¿cómo podemos entender el fenómeno de la cuarta edad?; ¿cómo ve la sociedad a los ancianos con deterioro e discapacidad y cómo éstos se ven a sí mismos?; ¿por qué, como sociedad, le tememos tanto a la vejez?; ¿qué tipo de tensiones familiares surgen al tener un miembro que entra en situación de dependencia?

En este contexto se inserta el presente estudio, un contexto en el que predominan las imágenes devaluadas y temidas de la dependencia, discursos ambivalentes y contradictorios que representan incertidumbre y amenaza, al mismo tiempo que oportunidades de intercambio y reciprocidad. La dependencia en la cuarta edad es un desafío no sólo para hombres y mujeres dependientes, sino para las cuidadoras y cuidadores, para la propia familia y también para el Estado, pues se considera que ninguno de los actores sociales mencionados está preparado para enfrentar la situación. Los principales estudios sobre estas temáticas se presentan a continuación.

1.2. Los estudios empíricos sobre la dependencia y el cuidado en la vejez

Nuestro principal interés en este trabajo fue explorar las características y los significados de la dependencia física y necesidad de cuidados en los ancianos. En este sentido, la necesaria revisión de trabajos sobre dependencia y cuidados en la vejez, y su relación con dimensiones sociales, políticas, culturales, económicas, de salud y familiares, fue una tarea ardua, pero a la vez enriquecedora pues contribuyó a definir y delimitar los objetivos, el enfoque teórico y la metodología a desarrollar en esta investigación.

En el presente apartado, se intenta dar un panorama de los estudios más importantes en el contexto internacional, latinoamericano y mexicano sobre el envejecimiento, la dependencia y el cuidado. Se incluyen investigaciones con metodologías tanto cuantitativas como cualitativas. Se hace énfasis en los trabajos cualitativos, dado que es el enfoque adoptado por la presente investigación.

En gran medida, la investigación del tema que nos ocupa, dio inicio alrededor de los años 50, en Europa. Durante las dos últimas décadas del siglo XX, en América Latina y en México concretamente. Es en estos periodos cuando investigadores y académicos ponen en la mesa del debate las necesidades detectadas y, por ende, la propuesta de acciones preventivas al respecto, así como las repercusiones del fenómeno en los ámbitos familiar y doméstico.

Predominantemente, los estudios que han destacado son lo que tienen enfoques demográficos, médicos y en menor medida psicológicos o psicosociales; mientras que la cantidad de trabajos con perspectivas antropológicas, sociológicas o de representaciones sociales, ha sido muy limitada. Asimismo, se identifica en la mayoría de las investigaciones, que éstas se realizan

desde una visión unilateral; es decir, hay una gran ausencia de trabajos que integren una perspectiva multidisciplinaria

En muchos de los estudios de corte demográfico, se aprecia la inclusión de variables que muestran los factores de riesgo y los deterioros en la salud de los adultos mayores. En algunos trabajos de este tipo incluyen también las características de las familias y los hogares de los ancianos dependientes. Una fuerte tendencia en estas investigaciones es que aportan información sobre los costes económicos y sociales que la dependencia trae para el Estado; de ahí su magnitud e importancia. Cabe destacar que en este tipo de estudios existe una carencia importante de información sobre el microcontexto de los participantes. Una importante aportación a partir de explorar lo micro sería identificar los costes económicos y sociales para las familias y su relación con variables estructurales.

Otros trabajos relacionados con el fenómeno de la dependencia en la vejez, son los que indagan el impacto que la tarea del cuidado tiene en los cuidadores (generalmente mujeres), sobre todo, las repercusiones en su salud física y mental. Muchas de estas investigaciones se han llevado a cabo desde abordajes cuantitativos y, en menor medida, se han utilizado metodologías cualitativas.

En el afán de ir de lo general a lo particular, en primera instancia se mencionan aquellos estudios que se orientan a mostrar la magnitud y trascendencia del fenómeno del envejecimiento a nivel demográfico, así como el impacto que genera la dependencia en los servicios de salud y en las familias, la prestación de atención médica y el otorgamiento de cuidados. Posteriormente, se da cuenta de otros trabajos que consideran el fenómeno desde un análisis microsocioal. En este sentido, se examinan las características del fenómeno desde la dimensión subjetiva de los ancianos, sus cuidadores y sus familias.

1.2.1 Estudios sobre el envejecimiento y la dependencia

Las investigaciones que muestran el impacto económico y social de la dependencia en la vejez inician en algunos países europeos, asiáticos y posteriormente en Latinoamérica. El propósito principal de estos trabajos es tener una visión más precisa de la situación de la dependencia en etapas actuales y poder visualizar las tendencias futuras a partir de datos censales estimados. De manera general, los resultados muestran las tendencias que tiene la población para adquirir enfermedades incapacitantes y, paralelamente, las limitaciones en infraestructura, servicios y programas. La intención de estos trabajos es instar al Estado a que tome previsiones en la reformulación de políticas sociales de salud, de seguridad social y de apoyo a las familias que tienen a cargo ancianos con diferentes niveles de dependencia.

Un ejemplo de lo anterior, es un estudio de la Organización para el Desarrollo Económico (OCDE, 2005; 2007) sobre la prevalencia de la discapacidad en las personas mayores de 65 años, realizado en varios países europeos y norteamericanos. Mientras que países como Dinamarca, Finlandia, Italia, los Países Bajos y Estados Unidos de América, los hallazgos indican una disminución en la presencia de discapacidad, en Australia y Canadá, la frecuencia

se mantenía estable entre los últimos cinco a diez años. Por su parte, Bélgica, Japón y Suiza, tenían un aumento en la prevalencia de este fenómeno.

Otros trabajos muestran proyecciones estimadas acerca de la situación futura de la población dependiente, enfatizando la multiplicidad de variables que inciden en la demanda de bienes y servicios de atención a la dependencia (Jenson y Jacobzone, 1999; Kim y Kim, 2004; Pérez, 2000). Sus resultados subrayan que el contexto determina las formas y características de la demanda de los servicios de atención a la dependencia. Datos similares se encuentran en trabajos realizados por Moragas, Allué y G.I.E., (2003), el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO, 2006) y Casado y López (2001), de la Fundación La Caixa, quien determina la situación de la dependencia en España desde las tres principales fuentes de provisión de cuidados: el sector público, el sector privado y la familia. Hace además importantes predicciones sobre los futuros costes de la dependencia.

Breuil-Genier (1999), en un estudio realizado en Francia (uno de los países con mayor avance en políticas sociales para la atención de la dependencia), muestra las características del cuidado y los niveles de dependencia de los mayores, conjuntamente con los costes que representa para las familias y para el Estado. Por su parte, Bazo (2002), en su estudio comparado en tres países europeos, agrega que existe la tendencia a pensar que en el futuro, la responsabilidad y asistencia de las personas ancianas deberá recaer de manera principal en el Estado.

Otros estudios que están de acuerdo con los anteriores planteamientos son los de Rowland (1982) y O'Shea (2003); en ellos se enfatiza la importancia de conocer más ampliamente los recursos públicos y que éstos estén accesibles (en cuanto a cercanía) a los domicilios de los ancianos; o bien, ampliar la atención domiciliaria. Una diferencia notable respecto de los estudios latinoamericanos es que en la gran mayoría de los países europeos se asume que el Estado es corresponsable en el cuidado a los ancianos. En cambio, la realidad latinoamericana refleja que los diferentes grupos sociales piensan que la responsabilidad actual y futura del cuidado de los ancianos le corresponde a la familia (Aguirre, 2008; Chant, 2007; Huenchuan, 2009; Huenchuan y Paredes, 2006).

Las investigaciones citadas anteriormente son estudios básicamente descriptivos, que dan a conocer la situación precisa del número de personas con problemas de discapacidad, sus características sociodemográficas, los recursos existentes y las carencias del Estado para la atención de las discapacidades en la vejez. Dichos estudios ofrecen un referente importante para ver la magnitud del fenómeno, sin embargo, no presentan un análisis de las condiciones particulares de los actores sociales, su dinámica de relaciones y la presencia o no de recursos de apoyo social. Lo anterior nos motiva para la búsqueda de otro tipo de información y para la realización de análisis diferentes de esta realidad social.

En América Latina, se han realizado estudios con orientación demográfica y datos de salud. Organismos como la CEPALC, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), e Instituciones de Educación Superior, a veces trabajan de manera coordinada con los gobiernos

de los países de la región. La información que vierten estas investigaciones es diversa; los resultados ponen énfasis en los aspectos de la protección social, en los factores asociados con la dependencia que repercuten en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y de las características de los hogares de los ancianos. De igual forma, integran la variable de género en muchas de las situaciones investigadas, lo que permite tener un panorama más amplio respecto a los valores e ideologías predominantes y sobre la problemática diferenciada por sexo.

Entre los estudios latinoamericanos más importantes, se encuentra la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 1999), un estudio multicéntrico que se realiza en varios países latinoamericanos. La encuesta aborda diversas situaciones relacionadas con el fenómeno del envejecimiento y aporta información sobre la población mayor; importantes investigadores han realizado estudios con datos que se desprenden de dicha encuesta.

Los temas más relevantes a partir de información generada por SABE, son los relacionados con la vejez avanzada. Éstos dan cuenta de la vulnerabilidad y fragilidad de los ancianos con dependencia y las dificultades para la realización de actividades básicas de la vida diaria, de las características de las familias y el apoyo que ofrecen a los mayores, del futuro del cuidado y de la relación con la variable de género. Aguirre (2008), Montes de Oca (2004), Saad (2003), Solís (1999) y Wong y Palloni (2005), muestran datos que relacionan un mayor índice de mujeres solteras o viudas con dificultades en las actividades básicas de la vida diaria.

La encuesta mencionada también ha puesto el foco de atención en investigar sobre las múltiples causas de la dependencia, sus características y repercusiones en la salud integral de los ancianos. Resultados interesantes de un estudio realizado en ciudades⁵ de siete países de la región, reportan que la gran heterogeneidad en cuanto a las dificultades para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pueden originarse en diferencias en la escolaridad media de las personas mayores, en los factores culturales o en el diferente nivel de desarrollo de las infraestructuras que facilitan la movilidad de este grupo de población (OPS 2006). Otros datos relevantes del estudio citado se refieren a una asociación directa entre la presencia de discapacidad en la vejez y variables como el padecimiento de enfermedades crónicas, la depresión, el hecho de tener mayor edad y de ser mujer.

Resultados similares se encuentran en una investigación realizada por (Gómez, 2004) en población rural de Costa Rica, quien investiga los factores asociados a la discapacidad en la vejez, utilizando también las encuestas transversales del programa SABE 1999 y 2000. Otros factores que se relacionan significativamente con la discapacidad son: el deterioro cognitivo, la baja escolaridad y la mala percepción de su situación socioeconómica.

Información relacionada con las limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria, la encontramos en un estudio desarrollado en tres ciudades del cono sur (Buenos Aires,

⁵ Las ciudades fueron: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; La Habana, Cuba; México, D.F; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile y Sao Paulo, Brasil, a través de la participación en el estudio SABE.

Santiago y Montevideo). Los resultados destacan el mayor riesgo de discapacidad conforme avanza la edad y en mayor proporción en las mujeres. Los datos, por una parte reflejan importantes desigualdades sociales y económicas que se traducen en desigualdades en la salud de las personas mayores y también señalan necesidades no cubiertas que merecen atención (Zunzunegui, Pinzón, Béland, Pantelides, Albala y Prats, 2002).

Aunque menos detallados que los estudios europeos, las investigaciones que predominan en Latinoamérica muestran ciertas asociaciones entre variables de salud y sociodemográficas, pero poco hablan de los recursos institucionales para atender las distintas problemáticas, de los apoyos de las redes sociales y de los significados que la discapacidad y dependencia tiene para los ancianos y sus familias. De esta forma, la aplicación de encuestas en distintas poblaciones permite tener una gran radiografía del fenómeno, pero la desventaja cuando se trata de estudios transversales, es que sólo se conoce “un corte” de la realidad, que no permite conocer a profundidad los contextos particulares ni la evolución del objeto de estudio.

En ese sentido, resultan más relevantes las investigaciones longitudinales, pues posibilita en gran medida observar el comportamiento del fenómeno de acuerdo a los cambios situacionales en el tiempo. La experiencia de enfermedad y dependencia en los ancianos tiene cambios cualitativos importantes de acuerdo a diferentes situaciones como la atención médica recibida, el apoyo familiar, los recursos materiales y emocionales con que cuentan los hombres y mujeres mayores.

Como ejemplo de estudios longitudinales está la realizada por (Otero, Zunzunegui, Rodríguez, Aguilar y Lázaro, 2004) en población española, quienes al mismo tiempo analizan la cobertura y el coste futuro de los mayores con problemas de discapacidad, además de los modelos de cuidado institucionales. Identifican en sus resultados que la discapacidad aparece a edades más tardías en las mismas cohortes, lo que permite suponer que se dará una mayor esperanza de vida más libre de discapacidad. Ello dependerá seguramente de las mejores condiciones de atención de salud que se implementan con ese objetivo.

En México, datos de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), aportan a este tenor, información relevante sobre las condiciones de salud de la población mayor y las limitaciones en la funcionalidad física, pues identifica las limitaciones para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (Wong, Espinoza y Palloni, 2005). Estudios longitudinales derivados de la misma encuesta dan a conocer resultados específicos acerca de los factores asociados con la dependencia funcional de los adultos mayores y de padecimientos específicos asociados con la dependencia funcional, como lo es la depresión (Ávila, Melano, Payette y Amieva, 2007; Dorantes, Ávila, Mejía y Robledo, 2007).

Los aspectos relacionados con el apoyo familiar e institucional que reciben los ancianos con deterioro e discapacidad funcional, están reportados en trabajos de Montes de Oca, quien destaca cómo influye la variable de género en este tipo de problemáticas (Montes de Oca, 2004; Montes de Oca y Hebrero, 2006). Cabe mencionar que muchos de los datos incluidos en estudios sobre dependencia en la vejez, provienen de los resultados del censo del 2000, ya que

fue en ese año en los que INEGI incluyó preguntas relacionadas con las características de la dependencia de la población en general.

Hasta aquí hemos citado estudios que incluyen variables relacionadas con las condiciones de salud, con las características sociodemográficas y con la dependencia de los ancianos, así como con los servicios disponibles para ellos. Son trabajos en los que generalmente se utilizan grandes muestras de población y ofrecen una panorámica global acerca de la problemática. Sus resultados son particularmente importantes para la reformulación de políticas y programas orientados a mejorar la atención de la salud, tanto a nivel preventivo como curativo. De forma paralela, hacen énfasis en la necesidad de tomar en cuenta las necesidades de los mayores y de las familias ante la experiencia del cuidado.

1.2.2. Estudios sobre la vejez y la enfermedad

Aunque son escasos los estudios cualitativos sobre el tema de la cuarta edad, se lograron rescatar algunos trabajos que destacan el significado subjetivo de la experiencia de los sujetos; dicho de otro modo, el sentido que le otorgan a la enfermedad crónica, al cuidado y a la relación que surge entre ancianos y cuidadores. Asimismo, la importancia de identificar las influencias ideológicas y culturales que están presentes en los participantes, hace que este tipo de investigación aporte hallazgos interesantes. En estos trabajos se privilegian algunas técnicas como las entrevistas abiertas o en profundidad, el análisis cualitativo de las narrativas, los grupos focales o de discusión, entre otros.

Los trabajos que exploran la experiencia de la enfermedad (aunque no precisamente aquella que genera dependencia en ancianos) nos sirven de referente para rescatar elementos teóricos y metodológicos útiles para nuestro trabajo. Un ejemplo lo tenemos en el estudio sobre narrativas del cáncer, en el cual Mathieson y Henderikus (1995) intentan conocer cómo se constituye la experiencia a través de las narrativas de vida. Al realizar un estudio comprensivo de los pacientes a través de relatos autobiográficos, intentan ofrecer un vocabulario alternativo al que tradicionalmente se conoce, a partir de la investigación: sentimientos disfuncionales de arrebato, identidad renegociada y trabajo biográfico.

Investigaciones similares son los de Campos, Torres y Afganis (2002); Herzlich (1996, en Álvarez, 2002); Kopito y Greenberg (1995); y Toombs (1993, citado en Castro 2000). En los dos últimos se utiliza el método fenomenológico y la teoría de las representaciones sociales, para analizar la experiencia de la enfermedad. Un aporte relevante de Herzlich es que considera que la inactividad es el criterio esencial de la definición de enfermedad, de la que se desprenden implicaciones como la separación violenta del papel habitual; el apartamiento de las relaciones cotidianas con los suyos y la soledad que ello conlleva y que margina. Herzlich identifica una lógica diferente en la que las personas, de acuerdo con sus propias informaciones, percepciones y creencias, entienden cómo son afectadas por la enfermedad y cómo actúan ante ello.

Entre los estudios realizados en torno a la comprensión de la dependencia en los adultos mayores, está el de Aberg (ya mencionado anteriormente), en el que se identifican las propias opiniones de los mayores, relacionadas con lo que ellos juzgan como importante para lograr una satisfacción de vida en una etapa de discapacidad física (Aberg y otros, 2005). Realizan entrevistas abiertas que fueron grabadas y transcritas posteriormente; conjuntamente, se utilizó un formato donde registran datos socio demográficos, además de escalas para medir el funcionamiento motor. El estudio realizado por Barrio, Barreiro, Pascau, Gutiérrez, Lorda, Molina y Gilarranz (2006), es interesante porque utilizan grupos de discusión con participantes que tienen un grado de dependencia leve. El estudio utilizó el enfoque fenomenológico para interpretar la perspectiva de los mayores sobre la dependencia.

Algunos trabajos sobre la imagen de la vejez son los que emplean la perspectiva de representaciones sociales. Por ejemplo, Fernández y Reyes (1996;), Gastrón, Vujosevich, Andrés, y Odone (2003); y Pinazo y Bueno (2004), encuentran que las diversas imágenes sociales tienen efectos claramente discriminatorios, dados los contenidos prejuiciosos implícitos en ellas, y en tanto constructos colectivos, se elaboran según la pertenencia a un género por parte de los entrevistados.

En los estudios arriba citados, se identifica que la forma de presentar el análisis de la información, está enfocada en mostrar las respuestas literales de los participantes y con ello, llegar a conclusiones que emanan de esos discursos. En su mayoría, adolecen de un respaldo teórico más amplio. En este sentido, se considera necesario vincular la información surgida de los datos con aportes teóricos sólidos, tratando de ir más allá de lo expresado por los entrevistados. Así lo señalan Castro (2000) y Charmaz (2002), quienes proponen que el investigador tendrá que reflejar en su trabajo cómo se formula su propia historia, no necesariamente reproducir la historia de los participantes.

1.2.3. Estudios acerca del cuidado y los cuidadores

Resultan de interés para este trabajo, los estudios que se centran en rescatar los aspectos de tipo psicosocial y la subjetividad de los adultos mayores y cuidadores acerca de la experiencia y el impacto del cuidado en ambos actores sociales. Los estudios revisados incorporan metodologías tanto cuantitativas como cualitativas. En muchos de los trabajos cuantitativos, se utilizan escalas estandarizadas y cuestionarios que reflejan principalmente las repercusiones del cuidado, en la familia y en la salud del cuidador (Aramburu, Izquierdo y Romo, 2001); y muestran el deterioro en la calidad de vida del adulto mayor y los factores de salud relacionados con la dependencia (Fernández, 1997).

No obstante la fiabilidad y validez de los instrumentos estandarizados, las respuestas que ofrecen acerca del fenómeno de estudio, se plantean en un nivel de exploración y determinación de factores de riesgo para el anciano, la familia y el cuidador o en otros casos algunas relaciones entre las variables más importantes. La situación con las escalas, es que no permiten una visión comprehensiva del objeto de estudio, no nos explican el por qué y el cómo se produce la situación investigada.

Por su parte, Delicado (2006), indaga el *entorno familiar* de pacientes inmovilizados en su domicilio, e identifica las consecuencias del cuidado y las motivaciones que tienen las mujeres cuidadoras para realizarlo. Algado, Basterra y Garrigós (1997) presentan resultados acerca de los motivos de los cuidadores que eligen ancianos con enfermedad de Alzheimer. Sobre las motivaciones para elegir a la cuidadora. En otra línea de trabajo similar, Bazo (2002), se enfatizan los tipos de intercambio que se dan entre las familias cuidadoras y los ancianos que requieren de cuidado. En sus resultados, muestra que los intercambios entre ellos son de tipo instrumental y afectivo, y son habituales, aunque con ciertas diferencias. Uno de sus hallazgos es que el apoyo emocional es el recurso más importante en el proceso de dar y recibir. Otros estudios sobre intercambios y reciprocidad con resultados similares a los de Bazo, son los realizados por Montes de Oca (1996) y Wong y Figueroa (1995, en Montes de Oca, 1998).

Algunos estudios subjetivos de los cuidadores analizan, entre otras cosas, el estrés o “carga” del cuidador. Aberg, Sidenvall, Hepworth, O’Reilly y Lithell (2005), en un estudio cualitativo, destacan que el deseo de evitar ser una “carga” en los adultos mayores incapacitados se relaciona con la creencia de que la actividad y la independencia son esenciales para la satisfacción de vida en la vejez. Los trabajos de corte cuantitativo, utilizan generalmente cuestionarios o escalas validadas que miden los efectos adversos en la salud física y mental y en la disminución de actividades sociales del cuidador, como consecuencia de su ocupación con los ancianos que tienen enfermedades crónicas o incapacitantes.

Hallazgos importantes de algunos de esos estudios, revelan que los cuidadores de los adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de depresión, ansiedad, disfunción familiar y “síndrome de cuidador”; aunado a las formas de enfrentamiento ante la experiencia del cuidado, los eventos estresantes, las percepciones y las repercusiones en la salud del cuidador, especialmente de ancianos con demencia (Deví y Ruiz, 2002; Rivera, 2001).

Otras investigaciones realizadas por Montorio y Losada (2004) y Montorio, Fernández, López y Sánchez (1998), identifican la importancia del contexto inmediato, como influyente para que el anciano presente determinadas actitudes ante la dependencia. Estos estudios, si bien describen ampliamente los aspectos particulares del fenómeno, mostrando en buena medida los aspectos subjetivos de quienes participan en la experiencia de vejez y dependencia, no llegan a plantear argumentos teóricos que permitan integrar los aspectos del contexto social amplio con los del micro; es decir, la subjetividad en el adulto mayor y en la familia, para una mejor comprensión de los resultados.

Otros trabajos cualitativos que requieren mención especial son los realizados en México por Robles (2005) y Orozco (en Robles y otros, 2006), en donde el cuidado se percibe como una necesidad social pero, al mismo tiempo como un estigma; por lo tanto, constituye una señal de desvalorización, dado que el estereotipo de la disminución de la capacidad física está presente en la mayoría de los ancianos entrevistados. Robles (2001), en un trabajo etnográfico sobre cuidadoras, plantea que hay una serie de características tanto personales como familiares que hacen posible la designación de la cuidadora “ideal”.

Otros temas indagados por Robles (s/f), están relacionados con las trayectorias del cuidado femenino, poniendo en la mesa del debate las dificultades de las familias para cumplir con la “obligación filial” del cuidado. De las principales contribuciones de Robles en sus investigaciones sobre el cuidado, es que identifica a éste como una función social benéfica para el anciano; y también una forma de devaluar la vejez, porque los ancianos lo valoran como indeseable. Robles agrega que el cuidado constituye una necesidad social y un estigma que, al mismo tiempo constituye una señal de desvalorización.

A modo de síntesis, podríamos decir que de los estudios que ponen el foco de atención en determinar la prevalencia de la discapacidad y/o niveles de dependencia en la población mayor (tal es el caso de las investigaciones realizadas por la OCDE, IMSERSO, Fundación La Caixa), incorporan información de una serie de variables sociodemográficas y de los recursos disponibles en cada país. Los datos encontrados muestran comparativamente entre los diferentes países, el comportamiento del fenómeno, las tendencias y los puntos débiles en los que las políticas tanto de salud como de los sistemas de retiro deben prever.

Las encuestas latinoamericanas por su parte, integran variables similares para obtener un panorama tanto de la situación socioeconómica, como de la salud y específicamente de la discapacidad en los adultos mayores. Una diferencia importante entre los estudios europeos y los latinoamericanos, es que los primeros le dan relevancia a la problemática del cuidado de las personas dependientes. La indagación sobre este aspecto incluye a los cuidadores formales; en ese sentido, son abundantes las investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas que abordan el tema del cuidado y sus repercusiones en los cuidadores. En los estudios latinos, este fenómeno se ha investigado en menor proporción.

Asimismo, dentro de los trabajos que miden los efectos de la dependencia en la salud física y mental de ancianos y cuidadores, se puede distinguir que bajo un enfoque cuantitativo se identifican situaciones de causa-efecto, como son la descripción de factores de riesgo y las repercusiones en los participantes. Por otro lado, los estudios cualitativos abordan los aspectos subjetivos de los actores; el problema de investigación se centra en la comprensión de los significados de las experiencias y las explicaciones que los sujetos le dan a sus vivencias.

Una debilidad encontrada en los estudios mencionados, es como ya se dijo anteriormente, que la mayoría son estudios transversales. Hace falta realizar más trabajos de tipo longitudinal que recuperen las experiencias de la vejez en el curso de vida, que rescaten el pasado y el presente de los actores sociales.

De la revisión efectuada, es posible tener una extensa visión acerca del tema de la dependencia en la vejez y a la vez identificar las principales líneas de interés investigativo. Los trabajos cuantitativos dan cuenta de importantes aspectos sobre la situación actual y futura de la vejez, especialmente de los “más viejos”; pero, como argumenta Montes de Oca (1999): “la relevancia social no puede depender únicamente de criterios cuantitativos; son necesarias las aproximaciones cualitativas que permitan tener una visión diferente de la vejez”. La intención de este estudio cualitativo es precisamente incorporar las diferentes visiones y significados de

la vejez dependiente y realizar un intento por recuperar el pasado y el futuro de la experiencia vivida.

1.3. Situación actual de la dependencia en la vejez

En este apartado, se pretende proporcionar la información relacionada con el tema de este trabajo, de tal forma que permita crear un marco referencial sobre las variables más importantes que inciden en el surgimiento de lo que hemos llamado hasta aquí “la cuarta edad”. Con base en ello, se hará mención sobre el cambio demográfico y su impacto en la pirámide poblacional, en la que destaca el paulatino incremento de la población de adultos mayores. Se trata de dar un panorama global, regional y nacional de estas dimensiones del envejecimiento.

Simultáneamente, se da cuenta de otras variables relacionadas, como es la situación de salud de los adultos mayores y el inicio a estados de deterioro y discapacidad; sobre todo, para una comprensión de la trayectoria de la funcionalidad hacia el deterioro a causa de las principales enfermedades que aquejan en la vejez; con esta información, obtener una fotografía de estos contextos de la vejez. Asimismo, se presenta información acerca de las políticas implementadas para la atención de la dependencia en los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. Finalmente, se incluye un panorama general sobre el contexto de aplicación del estudio que contiene la información más relevante relacionada con la población mayor.

1.3.1. El contexto demográfico del envejecimiento

El envejecimiento de la población, según Pérez (2000:17), “es sólo una de las múltiples facetas de un cambio revolucionario y mucho más amplio de las dinámicas demográficas humanas”, y se le conoce como transición demográfica. Este aumento en los grupos de tercera edad, está determinado por el comportamiento de la fecundidad, mortalidad y migración. En palabras de Montes de Oca (1994), lo anterior se traduce en “un previo incremento en la fecundidad, seguido de una baja en la mortalidad infantil, después una baja en la mortalidad por enfermedades degenerativas, un incremento en la esperanza de vida⁶, un aumento en la razón de dependencia (la proporción de menores de 15 y mayores de 65 sobre toda la población entre 15 y 64 años), y un proceso migratorio rural-urbano, producto de la industrialización que concentró, en un primer momento, a grandes contingentes de población joven económicamente activa en centros urbanos e industriales”. Sin embargo, el auténtico motor del cambio demográfico, según Pérez (2000) es el éxito en la lucha contra la muerte.

El aumento considerable de la población envejecida inició como tal a finales del siglo XIX en Europa, y desde mediados del siglo XX en México y América Latina. Estimaciones de

⁶ La esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores más importantes que demuestra las condiciones de salud en las que vive la población. Entre 1930 y el año 2000 este indicador pasó de 34 a 75 años; con una ganancia de 40 años para los hombres y de 43 años para las mujeres (Muñoz, García y Durán, 2004). En la actualidad, se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad alcance los 80 años (INEGI, 2005).

Naciones Unidas (Pérez, 2000), advierten que el crecimiento relativo de personas de edad muy avanzada, según las distintas regiones, hace más complejo el fenómeno del envejecimiento; éste se manifiesta en cada país y en cada continente de distinta manera, según la dinámica poblacional que los caracteriza y en muchos casos independientemente de las condiciones socioeconómicas (Montes de Oca, 1994).

En las sociedades europeas, el incremento de la población mayor ha sido más intenso. Para el 2005, la proporción era de uno por cada siete (OCDE, 2007). En los países más envejecidos ahora (Italia y Japón), la proporción es de uno a cinco. Otro ejemplo significativo lo tenemos en España, en donde entre 1960 y 1998 la cifra de adultos mayores de 65 años se duplicó, pasó de un 8% a un 16% (IMSERSO, 2006).

En lo que respecta a nuestro continente, estudios realizados en América Latina nos indican que las personas de 60 años o más son casi un 7.5% de la población; por consiguiente, uno de cada 13 latinoamericanos es adulto mayor y se estima que para el año 2020 dicho grupo será de un 12% (CELADE, s/f). Datos mostrados en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento realizada en Santiago de Chile en 2003, revelaron el incremento sostenido del número absoluto de personas de 60 años y más que se espera para las próximas décadas. Un aspecto de especial importancia es que la población mayor crece rápidamente (tasa de 3.5%), en comparación con otros grupos más jóvenes, de tal forma que la velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor, que el de la población total en distintos períodos (2000-2025 y 2025-2050 respectivamente, como se muestra en la tabla 1).

En un acercamiento a los hogares de los adultos mayores, Guzmán y Huenchuan (2005), realizaron un estudio en 19 países latinoamericanos, encontraron que un alto porcentaje de personas mayores vive con hijos (como ocurre en México); siendo poco significativo el número de personas mayores que viven solas (el porcentaje oscila entre un 8% y un 20%). De este modo, a diferencia de los países desarrollados, la familia latinoamericana ha absorbido de manera primaria el impacto del envejecimiento poblacional al extenderse en su composición, agrupando varias generaciones en el hogar (Saad, 2003).

Tabla 1. Indicadores del proceso de envejecimiento demográfico para América Latina y el Caribe, 2000, 2025 y 2050

Indicadores	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (en miles)	41 284,7	98 234,8	184 070,7
Porcentaje de personas de 60 años y más	8,0	14,1	23,4
Tasa de crecimiento anual (2000-2025 y 2025-2050)	3,5	2,5	...
Porcentaje de personas de 75 años y más	1,9	3,5	7,9
Edad mediana de la población	24,6	32,5	39,4
Índice de envejecimiento	25,2	60,7	128,2

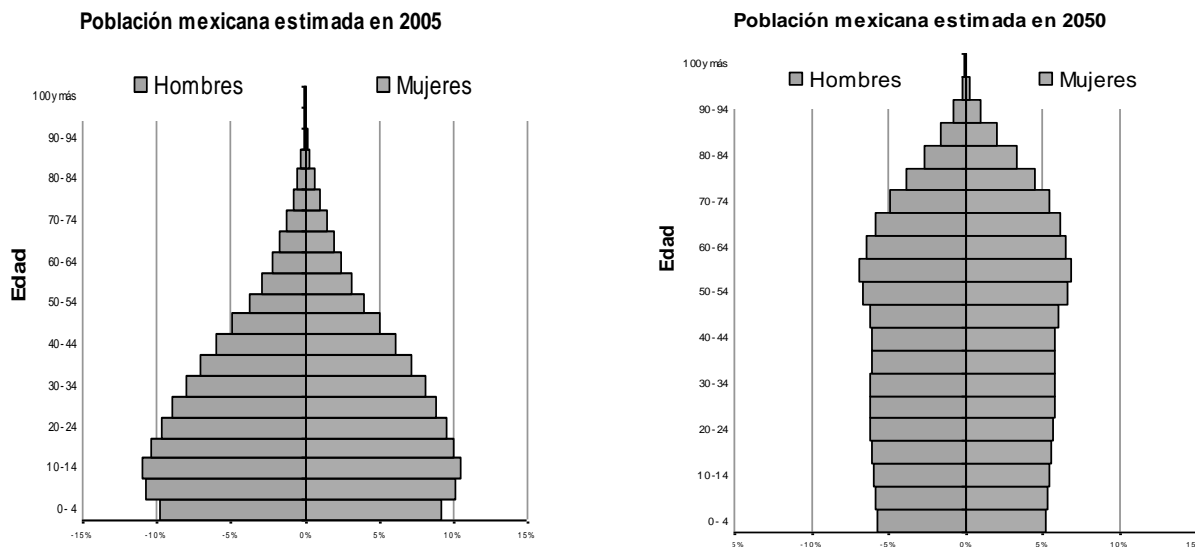
Fuente: División de Población de la CEPALC-CELADE. Proyecciones demográficas, 2003. Población de 60 años/Población menor de 15 años.

En el contexto nacional, en el año 2000, México contaba con 6.8 millones de personas de 60 años y más; y para 2005, aumentó a 7.6%, con una esperanza de vida de 74.6 años. Otro dato relevante es que hacia el año 2034, nuestro país tendrá la misma cantidad de niños que de ancianos, proporción que aumentará a 166 viejos por cada 100 menores de 15 años para el año 2050 (INEGI, 2001).

El Consejo Nacional de Población y Vivienda (CONAPO, 1999), estimó que antes de dos décadas, el grupo de personas de 64 años y más pasará de 5.1% a 9.1% de la población; así, en el 2030 aumentará a 22.2 millones, y hacia mediados de siglo este grupo poblacional se incrementará a 36.2 millones, con una esperanza de vida de 89 años (véase gráfico 1, elaborado por Montes de Oca, 2007). Y aunque México está considerado como un país de crecimiento moderado entre los países de Latinoamérica, no es motivo suficiente para restarle importancia, debido a que las condiciones de salud y seguridad social carecen de una cobertura universal, siendo estos dos aspectos los que adquieren mayor relevancia en la vejez, junto con la situación de pobreza.

El gráfico muestra el inevitable aumento de la población mayor en un futuro cercano, por lo que la construcción de políticas públicas, de legislaciones adecuadas y de marcos normativos es una cuestión importante en el contexto actual.

Gráfico 1. Proyección demográfica de México a 2050



Fuente: Montes de Oca, 2007

1.3.2. La situación de salud en los mayores

El proceso de envejecimiento expone a las personas a crecientes riesgos de enfermedad y discapacidad. Dado que los trastornos de la edad avanzada tienden a ser de tipo crónico y progresivo, surge una creciente demanda de servicios de salud; los cuales, en caso de no contar con seguridad social, incrementan o complejizan los trastornos ya existentes. Incluso el tratamiento médico suele estar fuera del alcance allí donde se supone que es gratuito (Help Age International, 2002). En Europa Oriental, por ejemplo, se ha demostrado que la incapacidad de afrontar los altos costos de salud que generan los ancianos, se refleja en un rápido deterioro del estado de salud de los mayores (Albala, Lebrão, León, Ham, Hennis y Palloni, 2005, 2007).

Por otro lado, la relación entre las transiciones demográfica y epidemiológica, muestra un desplazamiento de las causas de morbilidad y muerte, al existir una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes frente a las enfermedades transmisibles, y un aumento de las lesiones que afectan principalmente a las personas de mayor edad (Aparicio, 2002; Frenk, 1990, en CONAPO, 1999). Por lo que, según Frenk, más que la mortalidad, la morbilidad y las consecuencias no letales de la enfermedad deberán ser los elementos centrales en el estudio del envejecimiento.

En muchos casos, entre los adultos mayores es inevitable la presencia de varios padecimientos, así como la combinación de enfermedades crónicas con las de tipo agudo y los accidentes (INEGI, 2005). De igual manera, en las condiciones de salud diferenciadas por grupos de edad, el patrón de causas de mortalidad muestra cambios conforme aumenta la edad⁷ y según el género⁸. Además, como consecuencia de la co-morbilidad y del carácter incurable de la mayoría de los padecimientos crónicos en la vejez, surge una serie de pérdidas funcionales que limitan y deterioran la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores.

En México, las enfermedades más frecuentes en las edades avanzadas son la hipertensión, la artritis y la diabetes (ENASEM, 2001; ENASEM, 2003; ENSA, 2000, en Gomes, 2006). La hipertensión arterial asume el primer lugar, afectando a 31% de los hombres y 50% de las mujeres, seguida por las enfermedades reumáticas, que afectan al 24.2% de los hombres y 28% de las mujeres. Finalmente está la diabetes, en 14.6% de los hombres y 17.8% de las mujeres. Estas cifras muestran uno de los aspectos relacionados con lo que algunos autores

⁷ Las enfermedades del corazón, por ejemplo, adquieren mayor peso relativo en las generaciones más envejecidas. Lo mismo sucede con las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. En sentido inverso, los porcentajes de defunciones por *diabetes mellitus*, tumores malignos, enfermedades del hígado y por accidentes son cada vez menos (INEGI, 2005).

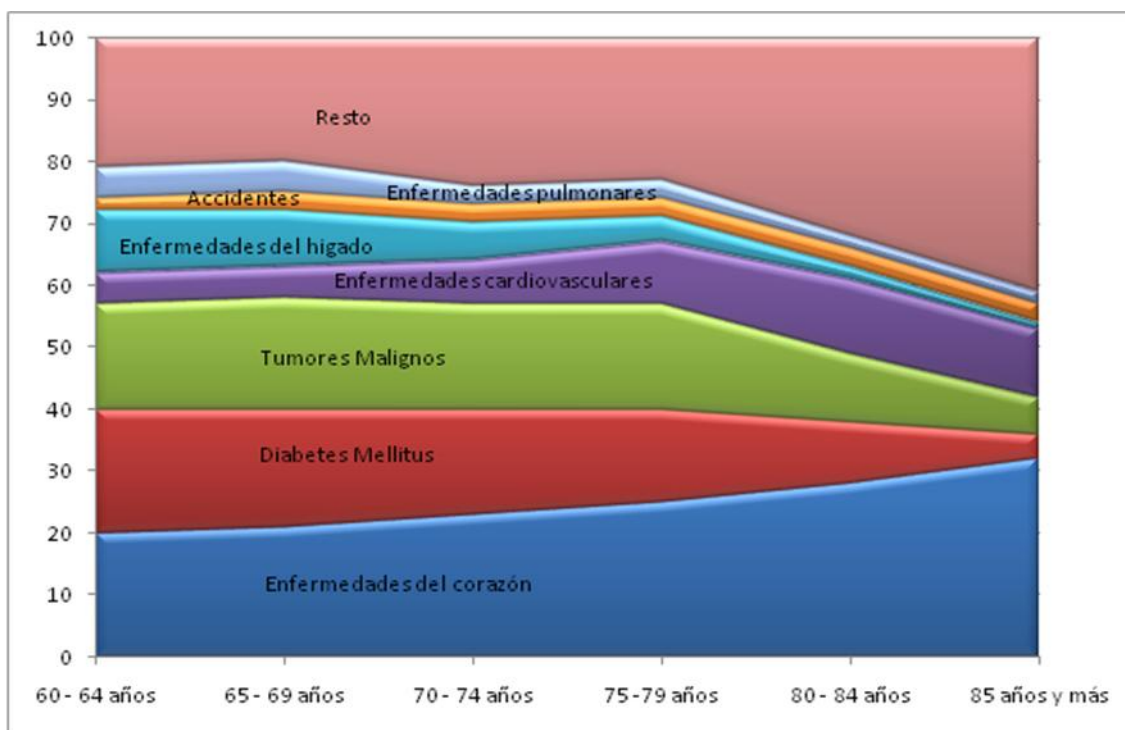
⁸ En cuanto a problemas crónicos de salud, la encuesta SABE ha puesto de relieve en el caso de México, D.F., la aparición de determinadas enfermedades como hipertensión, trastornos cardiovasculares, artritis y diabetes que, en este orden, prevalecen entre los adultos mayores. No obstante, existen importantes diferencias por sexo: las mujeres sufren más artritis que los varones y existe un notable contraste entre países. También se observan prevalencias más altas en mujeres, en padecimientos como diabetes y enfermedad renal; aunque en el caso de hipertensión arterial, si bien hay más casos diagnosticados entre mujeres, éstas llevan un mejor control, por lo que la mayor prevalencia es en los varones (ENSA, 2000; Albala, Ham-Chande, Hennis, León, Lebrão, Peláez, Pratts, Palloni, 2005; Wong, Espinoza y Palloni, 2005).

llaman la *feminización de la vejez*; pues, aunque la expectativa de vida es mayor en las mujeres, la presencia de enfermedades se incrementa en ellas. El gráfico 2 muestra las principales enfermedades que padecen el grupo de 60 años y más, dichas enfermedades son las que se detectaron hasta el año 2002 y que causaron defunciones en la población mayor.

En la actualidad, el patrón de causas de muerte se caracteriza por una interacción entre las enfermedades infecciosas y las crónico-degenerativas, es la llamada “polarización epidemiológica” (SINAIS, 2006, en Montes de Oca, 2007). Además, sin diferenciar el sexo en el que ocurren determinadas enfermedades, debe considerarse que en el caso de México esta acumulación colectiva de deterioros de salud, asociados a la vejez, no observará un patrón que se conozca de antemano o que sea semejante al experimentado por naciones de transiciones demográfica y epidemiológica avanzadas, sino que tendrá manifestaciones y características propias de los procesos socioeconómicos, culturales, demográficos y de salud de la sociedad mexicana.

Gráfico 2. Distribución de causas de defunciones en mayores de 60 años de edad

Distribución porcentual de las defunciones de 60 años y más por las principales causas de muerte según grupos de edad 2000-2002



Fuente: INEGI Estadísticas vitales, 2000 Bases de datos
 Estadísticas vitales, 2001 Bases de datos
 Estadísticas vitales, 2002 Bases de datos

Datos más recientes sobre la morbilidad en la población mayor, se encuentran en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición⁹ (ENSANUT, 2006). La encuesta identificó que la prevalencia de diabetes (19.2%) e hipertensión arterial (más del 50% en hombre y casi el 60% en mujeres) son problemas de salud relevantes en la población entre 60 y 69 años. Al comparar los datos de esta encuesta, con los reportados por la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Nacional de Nutrición de años anteriores se aprecia un incremento de estas enfermedades en la población mayor.

1.3.3. El deterioro en la cuarta edad

La cuarta edad o vejez avanzada se presenta cuando las condiciones de salud de los mayores son más frágiles; inciden en esta etapa múltiples factores físicos, psicológicos o contextuales (Pérez y Yanguas, 1998). La discapacidad, el deterioro, la falta de autonomía y de funcionalidad, hacen de este fenómeno algo que difícilmente es reducible a una única configuración y que va a tener condiciones diferentes según las características del contexto en que se presente.

En los países desarrollados, el porcentaje de la población mayor de 65 años con problemas de dependencia grave se sitúa entre un 10% y un 20%, esta cifra se multiplica por tres o cuatro veces en los mayores de 80 años (Pérez y Yanguas, 1998); por ejemplo, en Estados Unidos de América, se calcula que alrededor de 3 a 6 % de las personas de 65 a 74 años de edad que viven en ese país presentan dificultades para realizar al menos una actividad, y que ese porcentaje es de 10% a 20 % en personas de 75 años y más (OPS, 2006).

En los países que integran el grupo de la OCDE (2006), el grupo de las personas mayores de 80 años, crece más rápidamente (véase tabla 2 de la siguiente página). Aunado a lo anterior, este grupo es el que tiene las más severas discapacidades y requiere de cuidados de larga duración. Cifras interesantes revelan la magnitud del crecimiento de este grupo poblacional; por ejemplo, en 1960, menos de 0.5% tenía 85 años y más; para 2005, la población mencionada se triplicó. Lo anterior muestra que el crecimiento en el número de este segmento de ancianos “más viejos”, hará que la demanda de cuidados de larga duración, crezca de manera constante en todos estos países en el futuro.

Para Latinoamérica, datos de la encuesta de Salud y Bienestar para el Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe, realizada en siete ciudades (Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; Sao Paulo, Brasil; Santiago de Chile, Chile; La Habana, Cuba; México, D.F. y Montevideo, Uruguay), revelaron que la dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) aumentaba con la edad en todos los países; era mayor en las mujeres que en los hombres, y estaba asociada con una menor escolaridad, un índice de masa corporal menor a 20 y el padecimiento de un mayor número de enfermedades (OPS, 2006). En

⁹ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, se llevó a cabo en el ámbito nacional y regional, con población urbana y rural para identificar en población de diferentes grupos de edad aspectos relacionados con salud, nutrición, enfermedades crónicas, factores sociales y estilos de vida; así como el acceso y utilización de los servicios de salud y la percepción de la calidad de los mismos.

el citado estudio (la ciudad de México en tercer lugar, de las siete ciudades) se encontró que las variables que mostraron una asociación directa con dificultades para realizar ABVD fueron: padecer de un mayor número de enfermedades no transmisibles, de enfermedades cardiovasculares o de artrosis, así como tener mayor edad, ser mujer, evaluar la propia salud como mala, tener deterioro cognoscitivo y padecer de depresión (Menéndez y otros, 2005, citado en OPS, 2006).

Tabla 2. Síntesis de tendencias en discapacidad severa* entre la población de 65 años y más, de países de la OCDE, índice del promedio anual de crecimiento (índices estandarizados de edad por debajo de los indicados).

País	Período que cubre	Población en los hogares		
		Todos	Hombres	Mujeres
Australia	1998-2003			
Bélgica**	1997-2004			
Canadá**	1996-2003	-0.5%	-1.5%	+0.3%
Dinamarca	1987-2005			
Finlandia	1980-2000			
Francia	1991-1999	+0.3%	-0.4%	+0.8%
Italia	1992-2003	-1.3%	-3.5%	-0.2%
Japón	2004-2005			
Países escandinavos**	1998-2003	-1.1%	+0.9%	-1.8%
Suecia***	1980-2004			
Reino Unido**	1995-2002	-2.2%	-2.8%	-1.7%
Estados Unidos	1992-2004			

Notas:

*La definición de “discapacidad severa” varía de un país a otro en las encuestas.

**El índice anual de crecimiento se refiere a los índices de edad estandarizados, excepto para Bélgica, Canadá, Francia, Países Escandinavos y Reino Unido.

***En Suecia, los datos se relacionan sólo con la población entre 65 a 84 años.

Fuente: OECD, 2007.

En México, una de cada 10 personas de 60 años o más tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades cotidianas. Adicionalmente, se da por hecho que casi la tercera parte de la población mayor de 85 años, tiene estas limitaciones (INEGI, 2005). Por otro lado, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1999), muestra claramente que la frecuencia de la discapacidad se incrementa particularmente encima de los 80 años y mayormente en el sexo femenino. Hasta 25% de las octogenarias se encuentran confinadas en su domicilio y 3% no puede salir siquiera de la cama sin ayuda. Asimismo, con base en datos de ENASEM, Montes de Oca (2007), refiere que el 15% de las personas de 60 años y más experimentan limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y 13% en las actividades instrumentales de la vida diaria; de esta población, la mayor proporción corresponde a las mujeres (26 versus 16), y el 53% de los de 80 años y más tiene estas limitaciones.

Con base en lo anterior, quienes tienen la condición de dependencia representan un grupo de riesgo, pues no basta con que haya una condición de mayor esperanza de vida, es necesario

que exista también una mejor calidad de vida; dado que diferentes condiciones sociales como son la pobreza, la ausencia de programas y políticas dirigidas a la atención de la dependencia, la presencia de co-morbilidad, el debilitamiento o disminución de las redes de apoyo social, repercuten en dos aspectos fundamentales: uno, la vulnerabilidad física, psicológica o social del anciano dependiente; y dos, el cuidado, generalmente otorgado por la familia (Bazo, 2002; Guzmán y Huenchuan, 2005; Huenchuan, 2004; Montes de Oca, 2004; Pinazo y Bueno, 2005; Sluzky, 1998).

Lo anterior tiene serias repercusiones económicas y de salud que es necesario reflexionar, pues México (al igual que otros países en vías de desarrollo), no está preparado para hacerle frente al fenómeno de la vejez con dependencia; ya que a pesar del aumento en la esperanza de vida, no hay una mejoría importante en las condiciones generales de vida de muchos adultos mayores (Gutiérrez y García, 2005). La política social que se instituyó legalmente en el 2002 a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ha tenido importantes logros, no obstante, hay vacíos que no se han logrado cubrir como es lograr una mayor participación de los adultos mayores como promotores de cambios a partir de su propia experiencia y dentro de una agenda política que los incluya (INAPAM, 2002).

Gran parte de los huecos que presenta la política de vejez se deben, por una parte, a la propia visión con la que se diseñan; es decir, influye la ideología existente sobre la vejez, y por otra, a la debilidad del llamado Estado benefactor; situaciones ambas, que abordaremos en el siguiente apartado.

1.4. Las políticas sociales de apoyo a la vejez: antecedentes y contexto actual

Toda política social es considerada como una respuesta programática de un gobierno a cualquiera de las necesidades percibidas en la sociedad, o por lo menos a un sector considerable de ella. De manera más concreta, la política se opera cuando la acción gubernamental enfoca directamente la protección diferenciada y específica a los sectores y grupos más necesitados y vulnerables de la sociedad: ancianos, niños, desempleados, enfermos, etc. En el caso de los ancianos, la política social se focaliza con aquellos que viven en condiciones de pobreza, enfermedad y falta de protección social. Enseguida se plantea un panorama acerca de los componentes indispensables de las políticas de vejez, su origen y mecanismos de acción (Casas y otros, 1998).

1.4.1. El Estado benefactor como origen de las políticas sociales para la vejez

Las políticas sociales como conjunto de acciones orientadas a resolver necesidades sociales de grupos vulnerables, tienen su origen dentro del llamado Estado benefactor o Estado de bienestar, después de la segunda guerra mundial, creado como una solución política a las contradicciones sociales (Offe, 1990); es decir, el Estado benefactor se compromete a garantizar a toda la población una completa situación de “bienestar”, lo cual implica ir más allá de la mera supervivencia (Bauman, 2008; Offe, 1990). De tal forma, dice Bauman, que el

Estado benefactor, a través de las instituciones dependientes de éste, tiene la responsabilidad de poner en práctica este principio.

Toda política social surge dentro de la intervención del Estado con respecto a un problema que ha causado interés público (agenda pública), y que se ha logrado instalar como tema en la agenda de gobierno, debiendo contemplar atributos como la institucionalidad, las medidas programáticas y la normatividad (Huenchuan, 2001). Por su parte, Vizcaíno (2000:26) plantea que el término política social se refiere a la intervención del Estado, en forma instrumental y normativa, con intencionalidad compensatoria y/o redistributiva, que ordena medios para lograr aspectos concretos de Bienestar Social.

Dentro del modelo de Bienestar de la post-guerra, en la Europa de los años 50', surgen las políticas sociales de apoyo a la población anciana a quienes se les otorgaban servicios de salud y asistencia social en forma similar a la ayuda destinada a personas marginadas socialmente como los sordo-mudos, ciegos, discapacitados mentales o con impedimentos permanentes (Tanner y Harris, 2008). Al mismo tiempo cobra relevancia las pensiones de retiro otorgadas por la política de seguridad social dirigida a las personas que habían cubierto su periodo de productividad laboral.

El término "política de vejez" surge en Francia en los años sesenta. La misión de quienes se responsabilizarían de esta política era "establecer líneas directrices para una política de la ancianidad en los próximos veinte años" (Passanante, 1983:38). Dicha política buscaba evitar a toda costa la segregación de los ancianos. Una propuesta más reciente sobre políticas de vejez propuesta por Huenchuan (1999) se refiere a "aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento de la población y de los individuos y que cuentan entre sus atributos generales con una institucionalidad, medidas programáticas y normatividad".

1.4.2 El contexto internacional

Los países europeos fueron los primeros en implementar acciones de apoyo a adultos mayores en condiciones de desprotección social, posteriormente Canadá y Estados Unidos siguieron estrategias similares. En el continente europeo, las acciones de apoyo a la población mayor surgen a finales del siglo XIX y se fortalecen a mitad del siglo XX, sobre todo en Alemania y los países nórdicos, cuando el llamado Estado de Bienestar alcanza su máxima consolidación. Por ejemplo, en Inglaterra, en 1971, la Health Services and Public Health Act reconoce las necesidades específicas de la gente mayor y promovió el bienestar de los mayores. Se buscaba mayor consideración según el tipo de atención que requiriera la gente enferma (institucional y privada). Sin embargo, es hasta la década de los años 90 que logran un papel más destacado en la promulgación de las políticas de Estado (IMSERSO, 2006).

En el contexto europeo, la atención a las personas en situación de dependencia adquiere un lugar especial. La importancia que se le da al problema de la dependencia promueve programas y servicios por parte del Estado para ofrecerles mejores condiciones de vida. Estas

políticas dirigidas a la población mayor dependiente en Europa, según datos de IMSERSO (2006), tienen distintas vertientes, como son:

- a) Sistemas de protección universal: los apoyos de tipo social y sanitario se otorgan de manera universal y gratuita como parte de derechos sociales. Los servicios son financiados a través de los impuestos ciudadanos y los usuarios contribuyen de acuerdo a su nivel de ingreso. En este tipo de protección se encuentran las poblaciones de los países nórdicos y de Holanda.
- b) Sistema de protección a través de la seguridad social: dentro de este modelo, la protección a la dependencia se encuadra dentro del marco protector de la seguridad social y se financia a través de estas fuentes. Los países que incorporan este tipo de sistemas proteccionistas son Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia.
- c) Sistema asistencial: surge como sistema público, de cobertura limitada, financiado mediante impuestos, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos, pero con carácter limitado. Pertenecen a este sistema los países del sur de Europa, donde los cuidados giran sobre el eje familiar teniendo el estado una escasa participación.

De igual forma, la seguridad social en varios países europeos, también contempla la posibilidad de otorgar apoyo monetario a las familias que cuidan a los ancianos con limitaciones en su funcionamiento psicosocial; o bien, proporcionan ayuda domiciliaria a través de servicios comunitarios (Casado y López, 2001). En ciertas situaciones, cuando el apoyo monetario no es suficiente, los ancianos aportan una cantidad adicional para comprar servicios de cuidado (denominado co-pago). De manera específica, cabe destacar la promulgación de la Ley de la Dependencia en España, creada en 2006 bajo los principios de universalidad, alta calidad y sostenibilidad, la cual beneficia a la población general que está en situación de dependencia, y favorece especialmente a las personas mayores.

Los servicios que otorgan son, entre otros: ayuda domiciliaria, atención a las necesidades del hogar, cuidados personales, prestación económica para cuidadores y centro de día para mayores. El financiamiento de estos servicios es a partir del presupuesto de las administraciones generales y locales, aparte de contar con la participación monetaria de los usuarios de acuerdo a su capacidad económica. Es importante destacar que la ley establece que si la persona no dispone de recursos, la atención se otorga de igual manera (IMSERSO, 2006).

En los años ochenta, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) promueve de manera universal y con mayor fuerza, las políticas de apoyo a la población mayor. El principal propósito de estas iniciativas fue iniciar con un plan internacional de acciones orientadas a lograr la seguridad económica y social de las personas de edad, así como brindarles oportunidades para su contribución al desarrollo nacional de sus países (Passanante, 1983).

A la iniciativa de la ONU, se suman una gran cantidad de países, quienes establecen compromisos para garantizar en el corto, mediano y largo plazo un mayor bienestar y calidad de vida a la población de edad avanzada. Lo anterior se encuadra dentro del marco de los derechos, y cada país va estableciéndolos a partir de distintas legislaciones y decretos.

La reflexión que surge a partir de la información, es que la promulgación de políticas sociales, los programas y servicios a los que tienen acceso las personas mayores, están relacionados con el contexto económico, político y social en donde éstas surgen. Es indudable que el envejecer en un país desarrollado o en vías de desarrollo determina en mucho el bienestar y la calidad de vida de la población mayor. A continuación se mencionan las características más importantes de las políticas de vejez en diferentes contextos.

1.4.3. El contexto latinoamericano

A partir de los acuerdos internacionales para la protección de la población mayor, distintos países de América Latina también han promulgado leyes que establecen los derechos de las personas mayores, basadas en una normativa internacional existente y en un marco jurídico-constitucional. Los países latinoamericanos han ido construyendo paulatinamente una serie de programas y servicios que dan respuesta a algunas necesidades del adulto mayor; no obstante, al no tener una cobertura universal, los programas de apoyos no tienen el impacto esperado (Huenchuan, 2009).

Algunos ejemplos de lo mencionado anteriormente, es que los ingresos por jubilaciones y pensiones en la mayoría de los países latinoamericanos provee escasos beneficios a esta población, ubicando a muchos de ellos en condición de vulnerabilidad (Aranibar, 2001). Esto sin contar la enorme cantidad de adultos mayores que carecen de esta protección social, lo que hace aún más crítica su condición social, pero sobre todo la de las mujeres.

Por otra parte, y relacionado con nuestro interés en esta investigación, Guzmán y Huenchuan (2005), analizan la situación específica de la legislación en algunos países latinoamericanos. Los resultados de su estudio muestran, que en 19 de 21 ciudades de la región, se establecen derechos específicos de las personas mayores; pero sólo en 13 países se hace alusión al derecho al cuidado; a pesar de ello, no se menciona explícitamente este derecho por parte del Estado, por lo que es posible deducir que es la familia la que cumple con la responsabilidad del cuidado de los mayores.

Cabe destacar que, desde el punto de vista de Huenchuan (2009:206), los países latinoamericanos requieren evaluar la eficacia de sus legislaciones, las políticas y los programas que se implementan a favor de los adultos mayores a fin de mejorar la gestión pública en este sentido.

1.4.4. La realidad nacional

En México, los planes para el Desarrollo Social promulgados desde la cúpula de las políticas nacionales plantean objetivos que contemplan la protección de las personas mayores. Uno de ellos es “abatir el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables a través de la asistencia social”, cuya estrategia propone:

(...) atender desde el ámbito del desarrollo social, las necesidades de los adultos mayores mediante la integración social y la equiparación de oportunidades y promover la asistencia social a los adultos mayores en condiciones de pobreza o vulnerabilidad, dando prioridad a los de 70 y más que habitan en comunidades rurales” (Plan Nacional de Desarrollo, 2017-2012).

Por otro lado, dentro de los principios rectores de la Ley de los Derechos de las Personas Mayores, cuya instancia operativa corresponde al Instituto Nacional de la Personas Mayores (INAPAM), tiene entre sus objetivos garantizar a este grupo poblacional los derechos: a) de integridad, dignidad y preferencia; b) de la certeza jurídica; c) de la salud, la alimentación y apoyo familiar; d) de educación; e) de trabajo; f) de asistencia social; g) de la participación y h) de la denuncia popular (INAPAM, 2002).

En relación a la protección de los adultos mayores vulnerables como son aquellos con dependencia necesidad de cuidados, se aprecia que a pesar de la existencia de legislación para la protección de los adultos mayores, hay un espacio jurídico incompleto, inespecífico y poco definido cuando se hace mención de instituciones que se responsabilicen de otorgar cuidado a los adultos mayores discapacitados. Mención aparte merecen las instituciones privadas y las de beneficencia pública, que acogen a ancianos con algún grado de invalidez o de dependencia física; en el primer caso, sólo una pequeña minoría (aquellos que con recursos propios o de sus familias pueden pagar este servicio) puede acceder a ellas. En caso de las instituciones públicas, se trata de ancianos en situación de abandono o con grandes dificultades en su red de apoyo familiar.

En ambos casos, se considera que un menor número de adultos mayores es el que recurre al apoyo institucional, pues de manera general, la gran mayoría vive en compañía de su familia. De este modo, se puede apreciar que sigue siendo la familia la que tradicionalmente desempeña la tarea de cuidar a los ancianos, como parte de las relaciones de afecto y solidaridad que se dan al interior de este grupo primario (Wong, en Montes de Oca, 2004).

Por otro lado, diferentes análisis identifican que a pesar de los avances en los programas de protección social, distintos diagnósticos revelan que el sistema de protección social con el que contamos, está aún distante de la meta de universalidad que distingue a un Estado benefactor sólido; ello se refleja en que la contribución del Estado es insuficiente para cubrir los mínimos de subsistencia requeridos para acceder a una vida plena, productiva y segura (Ordoñez, 2003)

1.4.5. El contexto local

Dado que este estudio se realizó en la ciudad de Durango, es pertinente iniciar este apartado con algunos datos generales sobre el estado, para posteriormente agregar información relativa al tema de los adultos mayores: cuántos son, qué tipo de enfermedades padecen, dónde se atienden y a qué tipo de programas sociales tienen acceso; para contar con esta información, se describe brevemente la situación reportada en estos rubros:

En el año 2005 la población total del estado era de 1, 509,117 habitantes; en el Municipio de Durango había en ese año 526,659 habitantes, lo que representa un 34.89% del total de la población estatal (INEGI, 2005). En cuanto a la población de 60 años y más, tenemos que en el año 2000 en Durango, la población mayor de 60 años no sobrepasaba los 108,290 individuos. Según datos de la Secretaría de Salud, para el año 2020 se estima que serán 182,400 (un 68% de incremento) y en el 2050 serán 292,200 (SSA-Durango, 2008). Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), reportan que la población de 65 y más representa el 8.2% del total en el estado.

Asimismo, dentro del contexto demográfico se identifica un aspecto de interés para la población mayor: Durango es uno de los estados con mayor índice de emigración hacia los Estados Unidos de América, y aunque hay una importante recepción de remesas informales¹⁰ por parte de los migrantes (Montes de Oca, 2005), existe la posibilidad de que en el futuro estas ayudas disminuyan¹¹ y afecten a la población envejecida con una pobre red de apoyo social.

En el tema de salud, reportes de la ENSANUT (2006), indican que en el estado de Durango la prevalencia de diabetes en personas de 60 años y más, es de un 18% (por encima de la media nacional); en cuanto al problema de hipertensión arterial, existe una prevalencia de 41% en el mismo grupo de edad, encontrándose también por encima de la media nacional. Un problema de salud que empieza a tomar importancia en esta población es la colesterolemia (presencia de colesterol en la sangre), con una prevalencia del 11.9%. Otro dato que requiere atención es que una cuarta parte de los adultos mayores están afectados por anemia, impactando este tipo de desnutrición a la población femenina.

Por su parte, la Secretaría de Salud reporta que las principales causas de muerte en la población mayor de 60 años son similares a los resultados nacionales: *diabetes mellitus*, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades hipertensivas; todas ellas, son enfermedades que deterioran la calidad de vida y la funcionalidad de los adultos mayores (SSA-Durango, 2008). Los reportes de esta dependencia informan que la morbilidad más común en este grupo de población es, en orden de importancia: infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias, infecciones intestinales, úlceras, gastritis y duodenitis e hipertensión arterial.

En cuanto a las discapacidades, las estadísticas nacionales muestran que la discapacidad por motivo de la edad, alcanzan niveles importantes a partir de los 70 años, limitando a los ancianos en la realización autónoma de las actividades de la vida diaria (Gutiérrez, 2004; Lozano, 1999, 1996; INEGI, 2005). En nuestro estado, la información sobre discapacidad en

¹⁰ Después de Zacatecas y Michoacán, Durango es el tercer estado con mayor porcentaje de hogares que reciben remesas de Estados Unidos de América (estimaciones de Montes de Oca, a partir del XII Censo General de Población y Vivienda 2000).

¹¹ En muchas ocasiones, las remesas enviadas a los ancianos pueden reducirse debido a que los descendientes migrantes forman su propia familia en Estados Unidos de América, o bien a causa de nuevos patrones de consumo o cambio constante de empleo. Bustamante (2004; citado en Montes de Oca y Hebrero, 2005), plantea que entre más tiempo permanezcan fuera del hogar, hay menor envío de remesas.

la población de 60 años y más la reporta la ENSANUT (2006), encontrando que de este grupo de edad, el 1.6% corresponde a los varones, mientras que las mujeres mayores sufren discapacidad sólo el 0.6%, situación que difiere de lo reportado a nivel nacional.

Por lo que respecta a los servicios de salud, la atención a los adultos mayores se proporciona principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para la población derechohabiente; mientras que para la población sin seguridad social, las diferentes unidades de la Secretaría de Salud son las responsables de prestar el servicio. En todas las unidades del sector salud, existe la política de ofrecer una *atención preferencial* de tipo preventiva y curativa, pues los adultos mayores son considerados como un grupo vulnerable al que se orientan acciones derivadas del Programa de Atención al Envejecimiento, contenido en el Plan Nacional de Salud y en el Plan Nacional de Desarrollo (SSA, 2007-2012; PND, 2007-2012).

Cabe destacar que únicamente el ISSSTE cuenta con un módulo específico de atención a su población mayor derechohabiente, atendido por un médico con formación gerontológica y una geriatra, también cuenta con personal médico y paramédico que ha sido capacitado en esta área. El inconveniente es que la atención especializada sólo se otorga en las clínicas de la ciudad capital, dejando desprotegida de este servicio a la población rural.

En otra línea de acción, se encuentra el Programa de Atención al Adulto Mayor del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que depende del gobierno estatal, con una entidad municipal y el Instituto de Protección al Adulto Mayor, dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). En sus programas, ambas entidades promueven acciones que buscan mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores. Estas instituciones, al igual que otras de tipo gubernamental y no gubernamental, realizan acciones de manera colaborativa a través del Comité Estatal de Envejecimiento, coordinado por el Programa Estatal de Envejecimiento de la Secretaría de Salud. De manera general, se realizan acciones preventivas y de atención médica de primer nivel; los casos que requieren de mayor atención, son derivados a las unidades de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud.

De especial importancia resulta la reciente creación de la llamada “Ciudad del Anciano”, un centro de atención en donde se conjugaron esfuerzos de los gobiernos estatal y federal. Tiene como objetivo albergar a adultos mayores que viven solos o con su familia, pero que ésta no les puede ofrecer un cuidado adecuado. Se les ofrece una atención integral (médica, psicológica, recreativa y física) a partir de una cuota que depende de los ingresos económicos propios de los ancianos o de los familiares responsables. Dentro de los servicios que se ofrecen, está el de asistir a ancianos en situación de discapacidad y deterioro funcional; si bien cuenta con un área especial para estos últimos, aún no funciona del todo, debido a la falta de personal capacitado.

1.4.6. Reflexión sobre las políticas de vejez

La concepción tradicional de la vejez ha llevado a relacionar esta etapa de vida con una condición de pobreza o estado de salud deficitario, lo cual no siempre es así (Ribeiro, 2004). No obstante, si analizamos el contexto de los países en desarrollo como el nuestro, la proporción de servicios existentes para la población mayor, tanto de seguridad social y atención médica, vemos que en gran medida resultan insuficientes. De hecho, el principal desafío para las políticas de vejez lo constituye la situación de pobreza y la atención de la salud, pues en este último rubro, hay un número escaso de instituciones públicas que carecen de recursos suficientes y por ende de baja calidad. Además hay una reducida cantidad de espacios privados que cuentan con mejor atención, pero destinados a atender a una pequeña élite de ancianos con una adecuada solvencia económica (Ribeiro, 2004).

Las políticas de vejez, tienen otro grave problema: no tienen cobertura universal, así que hay una proporción de la población que queda fuera del beneficio de los programas, debido como ya lo adelantamos, a los reducidos presupuestos con que cuentan las instituciones destinadas a desarrollar las acciones para tal fin. En este sentido, pareciera que las políticas de vejez, dado los antecedentes de las condiciones en que surgen, son políticas “pobres” para una población “pobre” (en todos los sentidos), que están excluidos de los beneficios de “otras políticas”, como la de seguridad social, de salud o de vivienda.

Así, de manera general, la concepción de vejez como “problema” social es la que guía en gran medida la formulación de la política, pues se percibe que la población mayor está generando una “crisis” al sistema económico afectando a la población joven, quien tiene que aportar sus impuestos para sostener los costos de la seguridad social para el grupo de viejos, además de acaparar los servicios y recursos de las instituciones de salud, dadas su condiciones de enfermedad y deterioro. Estes (2001:101), menciona que se ha vinculado el símbolo de crisis a la percepción de la vejez como problema, a la imagen de los viejos como personas con carencias económicas físicas y sociales, lo que ha generado consecuentemente una crisis de ayuda social e incremento de desigualdad.

Por otro lado, para Bauman (2008), el Estado benefactor al garantizar como un derecho el acceder a una vida decente y digna para todos, contempla la idea de que ese derecho se otorga independientemente de ser productivo, económicamente activo y/o potencialmente competente (esto lleva implícito el concepto de democracia); no obstante, esta premisa puso en contradicción los intereses del sistema capitalista. Dado que, siendo el Estado benefactor el instrumento ideal para resolver problemas políticos, pronto se convirtió en un aspecto problemático en sí mismo y se perdió la confianza en su expansión futura (Offe, 1990).

Como plantea Ribeiro (2004:212), “en un contexto de globalización económica y un paulatino retiro (o fracaso) del Estado Benefactor, la sociedad en general tiene gran preocupación por los costos sociales y económicos del envejecimiento de la población; además ante los estragos de la economía causados por el neoliberalismo, los gobiernos participan cada vez con menor financiamiento para mejorar la calidad de vida de los mayores (como es el caso de las

pensiones), dejando en manos de la sociedad civil y de la familia, gran parte de la responsabilidad de apoyar las necesidades de los mayores.

De manera específica, en el caso de los cuidados de la dependencia, que generalmente son cuidados de largo plazo, es una necesidad “invisible” a las políticas de vejez, pues este grupo (de la cuarta edad) está aún más lejos de acceder a la protección del Estado. Las políticas de vejez no contemplan a los viejos que han perdido su autonomía dentro de sus acciones prioritarias y por consiguiente, tampoco incluyen a quienes se hacen responsables de su cuidado. A cambio de eso, los mensajes y discursos oficiales y de la sociedad en general enaltecen los “valores familiares” que enfatizan la solidaridad familiar y el cuidado a los miembros desvalidos, responsabilidades que generalmente recaen en las mujeres de la familia.

Es indiscutible que el peso de la cultura y la forma tradicional de concebir a la familia, permite que al menos en la realidad latinoamericana, ésta asuma de manera prioritaria el cuidado de los ancianos vulnerables. No obstante, al igual que no podemos pensar a los adultos mayores como un grupo homogéneo, tampoco lo podemos hacer con la familia. Y aunque en México, distintos estudios muestran que el apoyo familiar aumenta en cuanto surge una mayor dependencia de los ancianos, también es cierto que tiende a aumentar la proporción de familias que por su reducido número de integrantes, por conflictos económicos, de movilidad social o en sus relaciones interpersonales suele dejar de participar en las tareas de cuidado.

En este sentido, la falta de una política social de la familia, que atienda las necesidades que sus miembros enfrentan ante el cuidado de los mayores, deja al descubierto en ambos: ancianos y familiares, la satisfacción de necesidades emocionales. En la cuarta edad, en la que al deterioro físico se agrega el aislamiento social, la familia juega un papel que no puede ser transferido a ninguna institución, pues uno de los principales problemas de los ancianos dependientes, es el profundo sentimiento de soledad y la sensación de ser inútiles (Ribeiro, 2004).

Así, las “crisis” o problemáticas que enfrentan las políticas de vejez son un reflejo de las crisis individuales, familiares y del entorno social inmediato que vive y experimenta la dependencia y el cuidado. A continuación abordaremos la problematización de este fenómeno social que cada vez cobra mayor presencia.

1.5. Planteamiento del problema

La situación de los ancianos con problemas de discapacidad y deterioro funcional no es algo nuevo; sin embargo, a partir de que surge un mayor interés en el envejecimiento como un fenómeno social, la etapa de la cuarta edad se ha visualizado como un problema que integra múltiples variables: 1) hay una proporción cada vez mayor de población envejecida en todos los países; 2) existe una prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes; 3) los lazos familiares disminuyen; es decir, las familias tienen cada vez menos hijos, las distancias en las ciudades son cada vez más insalvables, la ocupación de sus integrantes se multiplica, las personas se concentran en una serie de actividades que dificultan y limitan el cuidado de los

ancianos; y 4) los ancianos llegan a la denominada cuarta edad con cada vez mayores niveles de dependencia física y económica (Orozco, 2005, citada en Sánchez, 2005), sobre todo aquellos que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad.

A nivel macro, el insuficiente gasto destinado a la atención de la salud y la escasa cobertura de los programas de seguridad social, salud, y vivienda¹², entre otros, repercute directamente en la calidad de vida y el bienestar de la población mayor en general y con problemas de discapacidad y deterioro funcional en particular, especialmente en los países en vías de desarrollo. Datos de la ENASEM, muestran que un porcentaje importante de adultos mayores que tiene limitaciones para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, carece de seguridad social y en menor proporción, pero no por eso de menor importancia, no cuentan con apoyo familiar en sus domicilios (Montes de Oca, y Hebrero, 2007). En otro sentido, las principales instituciones de seguridad social en México¹³ asumen que los costos de la atención para este grupo poblacional, son los que absorben los mayores recursos; de hecho, se considera que los ancianos con gran necesidad de cuidados médicos representan una “carga” considerable para los sistemas de salud (Gutiérrez y García, 2005).

Esto adquiere matices cada vez más dramáticos cuanto más aumenta el grupo de ancianos que está excluido de los beneficios de la política social; y como resultado, adquieren una situación de vulnerabilidad en cuanto a su condición económica y de salud, principalmente (INEGI, 2005); pero también, porque el apoyo familiar no siempre es suficiente y de calidad (Montes de Oca, 1999, 2006), lo cual hace que sean doblemente vulnerables.

Los apoyos sociales, tanto formales como informales¹⁴, cobran especial relevancia dado que el incremento en la esperanza de vida, sugiere el riesgo de que también aumenten las enfermedades crónico-degenerativas y, por consiguiente, el aumento en el gasto para la salud y el incremento en el tiempo y dedicación de la familia para sobrellevar las diversas dificultades que conlleva el enfrentar la enfermedad crónica del adulto mayor. Este tipo de enfermedades van incapacitando progresivamente a la población mayor, creando una serie de dificultades que pueden acarrear costos crecientes de naturaleza emocional, material, física y económica (Montes de Oca, 2000), sobre todo cuando no están presentes los beneficios de la seguridad social ni de un suficiente apoyo familiar.

¹² La cobertura de las instituciones de seguridad social es insuficiente, sobre todo ante las evidencias de una baja proporción de derechohabientes y el bajo ingreso por pensiones (INEGI, 2005; Wong, Espinoza y Palloni, 2005). En el caso de la vivienda, la mayoría de los adultos mayores (79.3% de la población total) son propietarios de ésta; sin embargo, se observa una mayor precariedad en los materiales de construcción, sobre todo en las viviendas que son hogares unipersonales (INEGI, 2005). En el año 2003, México tenía un gasto relativo en salud del 6.2% del PIB. Nuestro país ocupó el séptimo lugar en este rubro, entre varios países latinoamericanos con similares características de desarrollo (Gutiérrez y García, 2005).

¹³ Representadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

¹⁴ Los apoyos formales provienen de los programas institucionales de gobierno y también de los no gubernamentales. En tanto los apoyos informales, son aquellos tipos de ayuda material y no material otorgada por corresidentes y no corresidentes (Montes de Oca, 2001).

Respecto a la presencia de la familia, Montes de Oca (2000) plantea que no por el hecho de ser coresidentes, se garantiza el apoyo a los ancianos, debido a que muchas veces la situación económica familiar, la actividad laboral, las responsabilidades de la familia de procreación y la escasa información sobre las necesidades de los ancianos, obstaculiza o impide la ayuda esperada.

De este modo, en el ámbito familiar, el ingreso de los mayores a la cuarta edad está produciendo cambios profundos en la organización de la vida cotidiana y en la dinámica de las relaciones familiares (Camdessus, 1995). Las personas tienen que adaptarse a los nuevos ritmos de la vida, a las cambiantes percepciones del ciclo vital, a las nuevas normas y expectativas sociales relacionadas con la edad; a fenómenos sociales emergentes, como son la proliferación de familias multigeneracionales, y al surgimiento de nuevos arreglos residenciales y domésticos (Montes de Oca y Hebrero, 2006).

Hombres y mujeres mayores y sus familias, inician la experiencia de la cuarta edad de muy diversas formas, con efectos positivos y negativos, con esperanza o incertidumbre, y con protección o vulnerabilidad. Aunque en muchas familias existen los lazos de solidaridad, los sentimientos de afecto y cariño; la reciprocidad y el apoyo surgen como respuesta a las dificultades ya mencionadas, surgen crisis inevitables cuando alguien entra en situación de deterioro. Existe el riesgo de una “reducción” o deterioro de la protección al adulto mayor cuando no existe apoyo institucional; debido al debilitamiento de las relaciones intergeneracionales; se acentúan los conflictos inherentes a la vida familiar y a la falta de solidaridad.

Sobra decir que en los adultos mayores dependientes existe una gran necesidad de apoyo económico, instrumental y de cuidado, por lo que, cuando estas necesidades rebasan los recursos disponibles en la familia (la mayoría de las veces, la responsabilidad de apoyo recae en pocos o uno solo de los miembros), se genera un ambiente de tensión en las relaciones entre el propio anciano y su grupo familiar; surge lo que Montes de Oca denomina un “evento crucial” ligado a los ciclos familiares avanzados (Ludi, 2005; Montes de Oca, 2001; Montes de Oca y Hebrero, 2006). Basándose en la literatura gerontológica, Montes de Oca y Hebrero, hablan de diferentes momentos decisivos, transiciones o “puntos de quiebre” que afrontan los ancianos y sus familias. Un punto de quiebre está ligado al surgimiento de la enfermedad crónica propia de las etapas avanzadas y a sus consecuentes efectos en las condiciones de vida del adulto mayor y de su familia. No obstante, los efectos suelen ser diferentes según la percepción del padecimiento, la cual, además, está en función del tipo de enfermedad que la origina y la duración de la misma (Montes de Oca y Hebrero, 2006).

Por ejemplo, en casos muy graves, el estar confinado en una cama, en una habitación, o no salir de la vivienda, puede conducir al aislamiento social, pues ya no es posible realizar muchas de las actividades cotidianas que favorecen la socialización. En estos casos las familias pueden recurrir a sus propios recursos para enfrentar la dificultad; se respaldan en experiencias previas de situaciones similares, en la familia ampliada, o en otras redes de apoyo indispensables, como son los sistemas de salud o de seguridad social ya mencionadas

anteriormente (Montes de Oca, 1999 y 2001a). A pesar de lo anterior, surge el riesgo de que ante la inminente necesidad de cuidado; la familia se perciba frágil e insegura, por lo que pueden presentarse casos de abandono y alejamiento familiar¹⁵ (Algado, Basterra y Garrigós, 1997; De los Reyes, 2007; Ludi, 2005; Montes de Oca, 2004; Robles, 2005).

Ahora bien, la decisión de acoger o apoyar al anciano incapacitado en la familia depende, como ya se ha mencionado, de muchos factores materiales, afectivos, económicos, culturales, de la historia familiar y de la composición de los hogares. Este último aspecto, toma relevancia cuando se hacen presentes las transformaciones y cambios sociales, económicos y políticos que han afectado la estructura y dinámica de los hogares; aunque ha habido pocos cambios en los arreglos residenciales de las familias¹⁶ (predomina el tipo de familia nuclear) con un miembro mayor de 60 años (Menéndez y otros, 2005, citados en OPS, 2006), las posibilidades de un aumento significativo de la población más envejecida, de las enfermedades crónicas y por consiguiente de la discapacidad y el deterioro, puede disminuir o debilitar los apoyos familiares. Lo planteado hasta este momento hizo surgir un primer cuestionamiento: *¿Cómo es el contexto familiar de los ancianos y ancianas con dependencia física y cómo responde la familia ante sus necesidades?*

En la actualidad, las soluciones que se adoptan para enfrentar el problema, no son buenas ni malas, sino sólo aquellas que las familias pueden tolerar y aceptar después de hacer una evaluación de los recursos y las limitaciones (Camdessus, 1995). La familia entera y de manera especial, los cuidadores del adulto mayor, enfrentan tensiones o crisis que son inherentes al deterioro que se presenta como efecto de las enfermedades crónicas discapacitantes. Según Camdessus (1995), existen dos formas de vivir dichas crisis: una, de forma progresiva que puede durar varios años, lo cual permite tanto a los ancianos como a las familias, cierta forma de adaptación, pero también mayor agotamiento; la otra, es aquella que se presenta de manera súbita y que muchas veces no dura tanto tiempo debido al fallecimiento del adulto mayor; esta situación, sacude fuertemente a la familia generando conflictos difíciles de resolver, por lo que otra pregunta pertinente fue: *¿Qué dilemas enfrentan adultos mayores y sus familias¹⁷ cuando surge la necesidad del cuidado?*

Uno de los principales conflictos en el asunto del cuidado surge al tomar la decisión de en quién recae dicha responsabilidad, acción que es desempeñada mayoritariamente por mujeres; pues si bien no se puede negar que cada vez hay más hombres que apoyan en la tarea de cuidar a los mayores, una amplia evidencia empírica nos demuestra que en mayor proporción, las mujeres son tradicionalmente las encargadas del cuidado. Hoy en día este hecho (el cuidado) propio del ámbito doméstico, se entrecruza con lo público y lo social; por tanto, las nuevas

¹⁵ Según Montes de Oca (2007), la ENASEM muestra datos de casi un 12% de personas ancianas con limitaciones funcionales viviendo solas.

¹⁶ Pérez y Brener (2006), argumentan que en los países latinoamericanos hay similitudes en los arreglos residenciales, aunque éstos pueden variar según el tipo de instrucción y sexo de los adultos mayores (datos generados a partir de la encuesta SABE, con preguntas sobre cambios de arreglos residenciales de cinco años atrás al momento de la encuesta).

¹⁷ Cuando hablamos de familia en este trabajo, nos referimos a la imagen de la familia que tienen tanto el adulto mayor como su cuidador principal, dado que sólo se tuvo acceso a la información que ellos proporcionaron.

formas de organización familiar y las propias dinámicas de las familias limitan y hacen compleja esta tarea, tanto en áreas rurales como urbanas. Ello se explica si consideramos que nuestra sociedad promueve (al menos en el discurso) la equidad de género y la participación de la mujer en actividades profesionales y laborales, pero contradictoriamente las sigue remitiendo al rol de cuidadoras (Robles, 2005).

De tal forma que, el cuidado de los adultos mayores como responsabilidad básicamente femenina, sigue teniendo efectos negativos y percibiéndose como un problema de las mujeres y no como una prestación de cuidados familiares compartida, que permita a éstas, conciliar su vida en lo laboral, familiar, personal y social (Díaz, 2006). Cuidar a un adulto mayor con discapacidad y deterioro, provoca una situación de estrés en los cuidadores, con importantes repercusiones en el bienestar físico (cansancio, fatiga), en el psicológico (depresión, ira, hostilidad) y en el social (disminución del tiempo de recreación y descanso, aislamiento).

Otro aspecto relevante en la relación género-envejecimiento en la cuarta edad, es que debido a una mayor longevidad y prevalencia de enfermedades discapacitantes en las mujeres ancianas, son éstas quienes están más propensas a necesitar del cuidado de otros (Montes de Oca, 1999). No obstante, el ejercicio del rol tradicional de cuidadoras las hace, en muchos casos, continuar desempeñando tareas de cuidado en una edad avanzada, ya sea cuidando de sus propios cónyuges o en ocasiones de hijos adultos varones, quienes por distintas circunstancias permanecen en el hogar. Esta función se hace más difícil cuando ellas mismas, por su edad y su estado de salud deberían estar recibiendo cuidados (Robles, 2003). Nuevas preguntas emergieron de los planteamientos anteriores: *¿Cuáles son las representaciones de género en la tarea de cuidado?; ¿Cuáles son las dificultades más importantes de las cuidadoras y cómo las resuelven?*

Hasta aquí, hemos planteado cómo es que los factores externos, los apoyos institucionales y familiares, influyen en la forma de vivir la vejez avanzada; adicionalmente, es importante identificar la problemática que se presenta en el adulto mayor; determinar cómo afecta la subjetividad de ancianos y ancianas cuanto se experimentan como seres dependientes, sin ser capaces de realizar por sí mismos las actividades básicas de la vida diaria, sin realizar acciones para su autocuidado, y que inevitablemente requiere ser cuidado por otros.

La dependencia que caracteriza a la cuarta edad, afecta la condición psico-afectiva y social de quienes la padecen, ser anciano y enfermo crónico es ser doblemente dependiente (Robles, 2005). Y si bien podemos encontrar ancianos que vivan esta experiencia con una actitud positiva, ambas situaciones (estar enfermo y ser dependiente), implican una disminución de las potencialidades y de la funcionalidad orgánica, “pero especialmente la pérdida del estatus social propio de un ser productivo y autónomo, lo cual significa convertirse en un sujeto socialmente incompleto” (Minkler y Cole 1991: 42, citado en Robles, 2001). Todo ello trae riesgos relacionados con el funcionamiento social, al disminuir el contacto con el mundo circundante, ya que comienzan a experimentar pérdidas que pueden conducir a una situación de crisis: de identidad, de autonomía personal o de pertenencia cultural (García, Rabadán y

Sánchez, 2006). Del planteamiento anterior irrumpió un nuevo cuestionamiento: *¿Cómo es la experiencia subjetiva ante la dependencia y de qué forma responden los participantes?*

A nivel afectivo, se produce también una variedad de sentimientos que pueden oscilar entre la tristeza, la depresión, el enojo, la frustración o el temor ante los cambios producidos, tanto en su cuerpo, en sus capacidades, como en la percepción del apoyo y cuidado de los que le rodean, sabemos que los ancianos que presentan una imagen de deterioro, se convierten en un grupo socialmente estigmatizado en muchos discursos cotidianos¹⁸, a los que se les etiqueta como personas “ociosas”, “improductivas”, como “carga familiar”, etcétera (Andrews, 2005; Robles y otros, 2006). Desde esta óptica, se podría cuestionar: *¿cuáles emociones surgen a consecuencia de transitar por la cuarta edad?*

Ahora bien, como muchos eventos vitales, la cuarta edad tiene otra cara de la moneda. Se le considera también una experiencia en donde los hijos tienen la oportunidad de manifestar el cariño y la reciprocidad recibidos de los padres durante la infancia (García, Rabadán y Sánchez, 2006); o bien, en donde ambos, adulto mayor y familia experimentan formas de intercambio y reciprocidad a partir de las cuales dependen uno del otro en diferentes aspectos (sobre todo el económico y el emocional). Montes de Oca y Gomes plantean en sus estudios que muchos ancianos, aún en condición de enfermedad, siguen participando económicamente y siendo útiles de alguna forma al funcionamiento del hogar (Montes de Oca, 1996 y 1998; Gomes y Montes de Oca, 2004).

Como vemos, las diversas formas en que los adultos mayores y sus familias experimentan la cuarta edad, pueden ser contradictorias y paradójicas según sean los valores, creencias y discursos que prevalecen en el grupo social (Andrew, 2005). Muchos de los discursos acerca de la vejez, responden a una ideología dominante que por mucho tiempo ha sido discriminatoria, ubicando a muchos ancianos en una situación de devaluación y vulnerabilidad (Montes de Oca, 1996). Las contradicciones reflejarán imágenes, acordes con otro tipo de valores e ideologías, como son el de la reciprocidad, la obligación moral, la veneración y el respeto a los ancianos.

La cuarta edad, caracterizada por la enfermedad, la dependencia y la necesidad de cuidados, se ha constituido en un asunto de fundamental importancia en la agenda política de muchos gobiernos, dadas las repercusiones a nivel individual, familiar y social que esto conlleva. Pues si se considera que, de manera general la vejez se asocia con la pérdida de capacidades físicas y mentales, con la disminución o deterioro de roles familiares y sociales, con el retiro laboral y con la afectación de las condiciones de salud; la vejez con dependencia se asocia con pasividad, improductividad, pérdida de estatus y devaluación social (Robles, 2005 y 2006). Las condiciones señaladas, nos llevan a reflexionar que la vejez avanzada, como fenómeno poblacional y como proceso individual, conlleva profundas implicaciones que lo convierten en

¹⁸ De acuerdo con Goffman (1963), existen tres tipos de estigmas: 1) las abominaciones del cuerpo –las distintas deformidades físicas–; 2) los defectos de carácter del individuo, que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad; y 3) estigmas tribales de la raza, la nación y la religión. Los ancianos dependientes serían susceptibles a los dos primeros tipos de estigma.

un fenómeno heterogéneo y multidimensional, además de representar un desafío para las sociedades actuales y futuras. De esta forma, la pregunta central que se planteó la investigación fue: *¿Cuáles son los significados de la dependencia y el cuidado en la vejez avanzada y como se construyen las identidades de los participantes desde lo subjetivo y lo social?*

1.6. Objetivos

General:

- Explorar las características de la vejez avanzada, la dependencia y el cuidado, en hombres y mujeres mayores, así como en sus cuidadores, en la ciudad de Durango; describiendo en las narrativas: sus necesidades, sus recursos y los elementos subjetivos y sociales que construyen sus identidades.

Particulares:

- Caracterizar a los hombres y mujeres mayores en relación a sus condiciones materiales, familiares y de salud.
- Explorar en ancianos y ancianas, la experiencia subjetiva de la enfermedad y su relación con sus condiciones de vida familiar y sus recursos de apoyo social.
- Explorar en los ancianos y ancianas la percepción de la familia, del cuidado y del cuidador.
- Identificar las necesidades materiales, de salud y emocionales de los ancianos y cuidadores y sus formas de enfrentamiento.
- Describir las acciones de cuidado y sus repercusiones en los cuidadores.
- Identificar las diferencias de género en la tarea de cuidado a los ancianos.
- Explorar las dificultades y conflictos que la tarea de cuidado genera al interior de los hogares de los participantes.
- Describir en hombres y mujeres mayores y sus cuidadores, las emociones provocadas por la enfermedad, la dependencia y el cuidado, dentro del contexto social en el que surgen.
- Describir los aspectos positivos y los recursos que desarrollan los ancianos y sus cuidadores para enfrentar la experiencia de la cuarta edad.

1.7. Justificación

La dependencia y el cuidado en la vejez, en el contexto en el que nos hemos situado, se ha convertido en un fenómeno de gran relevancia, dado que afecta la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Surge como consecuencia de las enfermedades crónicas, accidentes o como efecto propio del envejecimiento, y se traduce en dificultades o imposibilidad para realizar ciertas tareas cotidianas (actividades básicas de la vida diaria), por lo que se requiere de ayuda para realizarlas (Moragas, 1999; Adroher, 2000).

La discapacidad, el deterioro y la falta de autonomía son las situaciones más temidas por todo ser humano, pues se le asocia con discapacidad, invalidez y pérdida de roles sociales, haciendo que la persona mayor se torne frágil y vulnerable, afectando la confianza en sí mismo, su

bienestar y su calidad de vida (Gutiérrez y García, 2005; Montes de Oca, 1999). En estos dos últimos aspectos influye también la auto-percepción de salud que tenga el propio adulto mayor, pues hay una percepción negativa mayor cuando existen problemas de dependencia y se tiene que recurrir al uso de equipo o de aparatos especiales para la realización de actividades básicas¹⁹; pero además, también se presenta esta característica en mayor proporción en las mujeres y conforme la edad es más avanzada (Muñoz, García y Durán, 2004). Esto nos remite nuevamente a considerar la importancia del género en el análisis de la dependencia en la vejez.

Las principales repercusiones en los adultos mayores que se convierten en sujetos dependientes, son en el cuerpo físico, pero también afecta la esfera psíquica y la social. El impacto puede tener diferencias significativas según el tipo y grado de discapacidad (Dimond, 1984, en Martínez, 2002), pero también según el género y la clase social. Los aspectos socioculturales que rodean al fenómeno de la dependencia en la vejez toman gran relevancia en el sentido de la exclusión de la que muchas veces son objeto.

La dependencia en los adultos mayores fue reconocido como problema por organismos internacionales en la década de los ochenta, en primera instancia dentro de programas de atención a la discapacidad iniciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Consejo de Europa entre otros (ONU, 1999). Como se hizo alusión en el apartado introductorio de este trabajo, la orientación principal de los estudios realizados, principalmente en Europa, ha sido la de medir el impacto del fenómeno, hacer estimaciones y prevenir a los gobiernos de los países a tomar medidas oportunas ampliando y mejorando la infraestructura y servicios de salud, así como la cobertura de las pensiones.

En América Latina también se han realizado algunas encuestas que muestran un panorama poco optimista; esto se debe a que las proyecciones que hacen estos estudios, apuntan a que el problema tiende a aumentar. Por otro lado, en la literatura revisada, aún y cuando se ha generado mayor cantidad de estudios cualitativos, aún la investigación con este enfoque es escasa. Por lo tanto, explorar las dificultades al interior de los hogares y el conocer los aspectos subjetivos de las personas que viven esta condición social es el elemento principal que justifica este trabajo.

En México, Montes de Oca y Hebrero (2006) integran datos de las condiciones sociales que afectan a los adultos mayores²⁰, como el que un 53% de personas mayores de 80 años ya presenta un tipo de limitación que le impide realizar las actividades básicas y mantener su

¹⁹ El funcionamiento físico y la percepción de la salud son, entre otros, indicadores de la calidad de vida. De acuerdo a un estudio del IMSS realizado con adultos mayores, la auto-percepción de mala salud es mayor cuando hay dependencia y se requiere de usar apoyos como pañales, andadera, silla de ruedas y bastón, entre otros (Muñoz, García y Durán, 2004).

²⁰ Los datos reportados por Montes de Oca y Hebrero en este apartado, son tomados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México del 2001.

autonomía. Además, reflexionan acerca de que si la tendencia es el aumento en la esperanza de vida, el tener mayor longevidad, no garantiza que la persona viva en mejores condiciones.

Otro elemento que revela la magnitud del problema es la gran cantidad de adultos mayores que no disponen de seguridad social, y sus redes de apoyo cada vez se debilitan más a causa de la muerte de sus contemporáneos, entre otros factores. En el caso de las personas mayores con limitaciones, el 24 % se encuentra sin derechohabiencia, y un 12 % se identifica sin apoyo familiar (Montes de Oca y Hebrero, 2006). Un riesgo más que surge de las nuevas configuraciones familiares y tipos de convivencia familiar, es el que la presencia de hogares unipersonales en los que resida un adulto mayor tienda a aumentar. Las autoras citadas reportan que en la actualidad existe un 11.9 % de adultos mayores con algún tipo de limitación que vive solo.

Toda esta panorámica nos hace reflexionar, primero: en las dificultades de diversa índole a la que se enfrentan los ancianos que sufren algún tipo de deterioro y, por otra parte, en las dificultades de las familias en general, y de los cuidadores, especialmente de las mujeres cuidadoras para enfrentar la responsabilidad del cuidado. Los hallazgos en las distintas investigaciones sobre este tema, describen una serie de repercusiones tanto a nivel individual, familiar y social que conlleva el cuidado en la vejez.

No obstante, la presente investigación explora aspectos que los trabajos mencionados no identifican, como es la relación inseparable del sentido y el significado de la experiencia, la discapacidad y el deterioro funcional, en el contexto en que se produce. Dicho de otra manera, se intenta comprender, de qué manera los procesos subjetivos de los adultos mayores de la cuarta edad, se asocian con las imágenes o representaciones sociales producidas en el contexto y encontrar de qué manera se relacionan.

Se trata, en palabras de González (2007), entender la compleja relación entre lo social y lo individual. Por ello, es importante entender el cómo y el por qué de las emociones en el contexto de la interacción en el proceso de envejecer. Interacción que encuentra significado en el microcontexto del hogar y las relaciones familiares, en donde la expresión de emociones es inevitable. Para esta investigación, el vincular la parte emocional a la parte social del objeto de estudio, hizo posible aportar una perspectiva diferente de la vejez, la enfermedad, la dependencia y el cuidado.

1.7.1. Implicaciones del estudio para las políticas sociales

La dinámica del envejecimiento poblacional y el proceso individual de envejecer, como ya se ha reiterado, ha traído distintos retos y desafíos para los gobiernos de los países y para la sociedad en general. Uno de los desafíos más importantes lo constituye la condición de dependencia y la necesidad de cuidado que requieren los ancianos, debido a las múltiples repercusiones de tipo individual, familiar y social que este hecho conlleva.

La dependencia en la vejez, trae aparejada situaciones de enfermedad, generalmente enfermedad crónica incapacitante, falta de autonomía, deterioro físico y a veces también mental o emocional. Situaciones que tienden a agravarse a medida que avanza la edad y la enfermedad. Además, la inminente necesidad de soporte familiar para otorgar cuidados a los ancianos, es, en gran medida, fuente de conflicto entre sus miembros.

Los planteamientos expuestos, han sido considerados en los acuerdos internacionales para proteger los derechos de las personas mayores. En muchos países desarrollados se han implementado una serie de acciones encaminadas a atender estas necesidades de la dependencia y el cuidado en las personas mayores. Sin embargo, aún quedan muchas cosas por hacer, sobre todo en el contexto latinoamericano y mexicano.

En este sentido, surgen importantes implicaciones para las políticas sociales, como son:

- Las condiciones socioeconómicas y la presencia o ausencia de apoyo institucional de los adultos mayores en situación de dependencia requieren ser atendidas por la política de seguridad social, de salud y de asistencia social.
- Las repercusiones en la salud física y mental de las cuidadoras y cuidadores que se desprenden de la tarea de cuidar a los ancianos apuntan a revisar las políticas dirigidas a la equidad de género y de los derechos de la familia.
- Los conflictos en la dinámica familiar de los ancianos, son un aspecto poco visible en los actuales programas orientados a fortalecer los valores familiares.

El presente estudio adquiere importancia porque aborda aspectos problemáticos de la vejez que no han sido resueltos del todo por el Estado, la sociedad y la familia. Pretende incidir en la reflexión, replanteamiento y reformulación de las políticas de vejez en México y en Durango.

2. MARCO TEÓRICO

La aplicación de la teoría en las investigaciones cualitativas no es un asunto frecuente ni obligado. Pero cuando se decide integrar alguna, ésta debe “iluminar” la comprensión del objeto de estudio. El interés en este trabajo, tal como se ha venido planteando a lo largo del documento, se centra en los aspectos subjetivos de la experiencia de vida de los adultos mayores que cursan la vejez avanzada, así como las principales dimensiones que subyacen a este fenómeno, es decir, la enfermedad, la dependencia y el cuidado. Sin embargo, la pretensión también es entender la relación entre los aspectos subjetivos y la dinámica social, es decir, el contexto más amplio en el que surge el fenómeno social de la dependencia en la vejez.

De este modo, elementos de la teoría de las representaciones sociales, y del constructivismo²¹-construccionismo social, como teorías principales permitieron entender la relación micro-macro de la realidad de la vejez dependiente. La teoría de las representaciones sociales (TRS)²² explora modalidades de pensamiento específico, aspectos cognitivos de las experiencias, saberes y creencias de los individuos refiriéndolas siempre al contexto social donde emergen. La TRS aporta elementos valiosos para entender las representaciones de la dependencia, el deterioro y el cuidado.

A su vez, el construccionismo social permite identificar cómo se construye la vejez dependiente y el cuidado a los ancianos dentro del marco del lenguaje y las relaciones, es decir, en un contexto relacional. Los discursos-narrativas de los participantes sólo pueden ser entendidos en contexto de relaciones sociales que se identifican en un nivel local, micro, pero indiscutiblemente ligado a la cultura. Se integra también el género y la narrativa como teorías

²¹ Algunos constructivistas, entre ellos Goncalves, Mahoney y Neimeyer, al igual que otros orientados al constructivismo radical, incorporan visiones de construcciones tanto individuales como sociales en una interacción dialéctica y a partir del lenguaje para interpretar distintas realidades problemáticas de los individuos en un determinado contexto. En esta posición encontramos una gran semejanza con la postura de los construccionistas sociales como Gergen, Armon-Jones y Anderson.

²² En la literatura sobre la teoría de las representaciones sociales es común encontrar esta abreviatura, por lo que en este estudio también se utilizará a fin de hacer más fluida la lectura.

sustantivas pues las vivencias adquieren matices diferentes desde lo masculino y lo femenino. Estos matices se identifican con claridad sólo a partir del análisis de narrativas creadas en una trayectoria de vida de los actores participantes y que además dan cuenta de su identidad.

Se inicia este apartado con una descripción de aspectos generales acerca del tema de estudio y una revisión sobre las principales teorías del envejecimiento, aquellas que han predominado y aún son importantes en diversos contextos. Posteriormente se integran los marcos explicativos de las teorías de representaciones sociales, construccionismo social, perspectiva de género y de la narrativa, sus puntos de convergencia y complementariedad, y finalmente se incorporan los referentes conceptuales que son la base del presente trabajo.

2.1 Aspectos generales sobre la vejez y la dependencia

El término envejecimiento hace referencia tanto al proceso individual como al poblacional, lo cual implica dos conceptos distintos, pero relacionados entre sí. A nivel individual, el envejecimiento es considerado como un proceso bio-psico-social que corresponde a alcanzar una edad avanzada en donde éste no se define por parámetros cronológicos, sino por el riesgo en la disminución de la salud y por presencia de deterioro físico, mental y/o social. A nivel poblacional, el envejecimiento es el incremento de la población envejecida, es decir, aquella que sobrepasa los 65 años, aunque este dato puede considerarse relativo, puesto que para algunos estudiosos el inicio de la vejez se da a partir de los 60 años.

La frontera entre la edad madura y la vejez es una cuestión de definición social. En algunos países el criterio demográfico incluye en los denominados adultos mayores a todas aquellas personas de 65 años o más, independientemente de su actividad laboral o de su estado de salud (Khel y Fernández, 2001). Sin embargo, en contextos como el nuestro, la edad establecida para ubicar a los mayores en los programas y políticas sociales de esta población es a partir de los 60 años, y sólo se consideran los 65 años para efectos del derecho a la jubilación

Lo individual como proceso y lo poblacional/demográfico entre otros aspectos, hacen que la vejez se constituya en un objeto de investigación multidimensional, el cual no puede ser estudiado desde un paradigma único y explicado mediante una sola lente teórica. Diferentes áreas del conocimiento y diversas disciplinas como la biología, la psicología, la medicina, la demografía, entre otras, han hecho un esfuerzo por explicar, entender y comprender dicho objeto de estudio. No obstante, la búsqueda del conocimiento sobre la vejez y el envejecimiento, éste se ha orientado principalmente a resolver “los problemas” de dicha etapa de vida, más que a su comprensión (Aranibar, 2001); de tal forma que se sabe más de lo empírico que de lo teórico (Bury, 1996, en Aranibar, 2001).

Un avance importante en la comprensión de la vejez y el envejecimiento ha consistido en superar las perspectivas sustentadas en los determinismos biológicos, reconociéndosele a ésta su carácter de construcción social y cultural, que le da distintos sentidos a la experiencia de envejecer (Ludi, 2005). El contexto y la cultura son determinantes, pues si bien la visión de que los ancianos constituyen el patrimonio cultural de la comunidad aún permanece, existen

sociedades evolucionadas, en donde los cambios suceden vertiginosamente. Los avances acelerados, las transformaciones en las tradiciones, las costumbres, la tecnología de la información y la comunicación, han quedado fuera del alcance de muchos adultos mayores. En ese sentido se ha trastocado la relación entre lo viejo y lo nuevo, entre lo “funcional y lo disfuncional”, entre lo “tradicional y lo moderno”.

Metafóricamente hablando, lo “viejo/inútil, lo disfuncional/inadaptado, lo tradicional/incapaz” y además dependiente constituyen etiquetas de acuerdo con Aranibar, (2001:8), son imágenes de la vejez que representan estereotipos negativos. Así vejez y dependencia conforman una díada a la que Simone de Beauvoir (1970) insiste se considere como un proceso biológico pero también como una construcción socio-cultural.

Sin embargo una forma diferenciada de percibir la vejez es aquella en la que se hace una distinción entre los viejos “funcionales” y aquellos que sufren deterioro en sus capacidades básicas. Estos últimos, son identificados como la “verdadera cara de la vejez”, lo que los ubica en una posición devaluada y estigmatizada. Este grupo, denominado de la “cuarta edad”, vive situaciones ambivalentes y contradictorias que dan lugar a realidades diversas que generan tensión. La discapacidad, el deterioro y la dependencia como fuente de tensión y conflicto requieren inevitablemente acciones de cuidado, aspecto que no siempre es fácil de otorgar por los miembros de la familia. Ambos actores, ancianos y cuidadores forman parte de una experiencia que produce múltiples ideas, emociones y acciones que dan cuenta de aspectos subjetivos y sociales de esta experiencia de vida.

2.2. Antecedentes y principales líneas teóricas del envejecimiento

En una perspectiva histórica, distintas culturas como la griega y la romana realzaban la dignidad y sabiduría de la ancianidad, acentuándose de manera importante el respeto a los viejos. Por ejemplo Platón, en la *República*, adopta una actitud de respeto a la edad avanzada y destaca el valor de la experiencia en el envejecimiento (Lehr, 2003:21). Otras explicaciones que hablan de lo que hoy se compararía con el llamado el “envejecimiento exitoso” se relaciona con posturas de filósofos clásicos como Cicerón o Séneca (Morro, 2000:17); su argumento era que “quienes han llevado una vida virtuosa y buena tendrán muchas menos dificultades en la vejez; además de revelar que aún en la vejez es posible encontrar placeres y beneficios”.

Sin embargo, quienes estudiaron la vejez de aquellos tiempos también se ubicaban en posturas contradictorias; una postura opuesta, la encontramos en Aristóteles, quien presenta una imagen negativa de la vejez, argumentando que en esta etapa la gente se vuelve “quisquillosa” y la conceptualiza como una enfermedad natural (Lehr, 2003:22). Por su parte Norberto Bobbio, en la última etapa de su vida hace una fuerte crítica a las posturas optimistas ya mencionadas. Bobbio, plantea que además de una apología de la vejez, las obras citadas, minimizan el drama de la enfermedad y la muerte (Bobbio, 1996). En dichos textos se hace alusión también al prestigio de los ancianos, quienes en esa etapa “recogen los frutos de ese prestigio”. Dichos planteamientos, según él no tienen el mismo peso en la actualidad.

En la historia de la filosofía se encuentran muchos ejemplos en los que la vejez no se contempla únicamente como una etapa difícil, sino como un periodo de la vida que también incluye aspectos agradables. Según Lehr (2003:28), hay una influencia recíproca entre la imagen social de la vejez y la posición del anciano en la sociedad, siendo las posiciones filosóficas una importante contribución para determinar la imagen social de la edad avanzada.

Además de las posturas filosóficas opuestas, también han surgido reflexiones teóricas que han hecho importantes aportaciones para su comprensión y que han dado pie a interesantes debates de los cuales han surgido diferentes reflexiones y nuevas contradicciones. No obstante, prevalecen las posiciones que mantienen una imagen negativa de la vejez, tal como lo veremos en las siguientes posturas teóricas sobre el envejecimiento.

De manera general, se ha planteado un importante principio ordenador que distingue dos grandes dimensiones que hacen presentes la parte material y conceptual de la vejez como un fenómeno social: la edad y la estructura o sistema social que no son excluyentes sino complementarias. Pérez, plantea: “por un lado, la edad es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez” (Pérez, 1997, en Aranibar, 2001:11).

Dentro de las perspectivas que destacan el criterio de la edad, se encuentra la *teoría de la modernización*, la cual postula que el aumento de la población anciana sobre otros grupos de edad; el cambio en el tipo de conocimiento dominante, la sustitución del modelo de familia nuclear sobre el modelo de familia extensa y la creciente urbanización, dan por resultado una imagen socialmente devaluada de la vejez. Cabe mencionar que las críticas a esta teoría se orientan principalmente a que no toma en cuenta las diversas realidades culturales, homogeneizando de esta forma a los ancianos (Aranibar, 2001:21).

Esta autora plantea que a partir de la teoría de la modernidad, surge una nueva perspectiva: la de *generaciones o cohortes*, que contempla dos ideas básicas:

La primera argumenta que personas nacidas en distintos momentos del tiempo viven y experimentan acontecimientos diferentes (por efectos de la historia o cambio social); la segunda, explica que las vivencias se estructuran en función del tiempo, de tal forma que un mismo acontecimiento, experimentado en diversas edades, traerá también diversos efectos.

De esta última idea se desprende el aporte más importante que da sentido al concepto de generación: “distintos individuos, que en un mismo momento del tiempo están expuestos a los mismos hechos históricos y sociales, los experimentan de formas diferentes en función de la edad” (Pérez, 1997:37, en Aranibar, 2001:22).

En las sociedades modernas, el enfoque generacional revela una relación de eventual tensión entre generaciones, que actualmente tiende a resolverse favoreciendo a los más jóvenes en

detrimiento de las generaciones más viejas, quienes ocupan las últimas posiciones del estatus social. No obstante, dado que el proceso de envejecimiento no es estático, sería interesante establecer distinciones entre las cohortes de manera longitudinal y a medida que evoluciona la sociedad, dada la relación de interdependencia entre envejecimiento y estructura social (Aranibar, 2001).

Un tercer enfoque que también utiliza el criterio de la edad y que se relaciona con la perspectiva anterior, es el del *ciclo de vida*. Su principal premisa es que la situación y la posición social que se vive en la vejez, se establecen por los acontecimientos, decisiones y conductas de los viejos en etapas anteriores del ciclo de vida. De este modo, la comprensión de la situación actual de los ancianos recurriendo al análisis de las etapas previas de su vida y la idea de la interacción de los ciclos (fundamentalmente a través de las relaciones familiares), son los principales aportes del enfoque del ciclo de vida (Aranibar, 2001).

Hasta aquí, de una manera sintética se han planteado las perspectivas centradas en el criterio de la edad. A continuación se presenta una visión opuesta, aquella que considera al sistema o estructura social como el fundamento para el estudio de la vejez. Su importancia es significativa dado que toma en cuenta de manera relevante el factor cultural, el entorno social, la condición física de los individuos y la discusión acerca de su adaptación (Aranibar, 2001).

A mediados de los años 60 Rose (1965, en Kehl y Fernández, 2001), propone la *teoría de la subcultura*. Según Rose, las subculturas tienden a formarse cuando los miembros de cualquier grupo social que se enfrenta a problemas similares interactúan entre sí significativamente, más de lo que lo hacen con otras personas, tratando de hallar respuestas comunes a esos problemas. Desde esta perspectiva, las sociedades empujan a las personas que sobrepasan cierta edad a constituir una minoría, y surge el riesgo de que se confunda subcultura con marginalidad (Aranibar, 2001). Lo anterior nos hablaría del surgimiento de distintos tipos de estigma que sería necesario revisar con más detalle.

Otro enfoque basado en la estructura social es la *teoría del etiquetado*, la cual sostiene que el grupo de viejos responde más a una identidad impuesta por la sociedad que a un proceso de autoidentificación. La “etiqueta” va relacionada de manera general con conceptos como decrepitud, dependencia, enfermedad (Aranibar, 2001). Desde esta teoría la vejez frecuentemente aparece como una situación “desviada” en una sociedad que celebra la juventud y aún no se ha acostumbrado a la llamada revolución demográfica (Laslet, 1989, en Arber y Ginn, 1996).

Por otro lado, Kehl y Fernández (2001) argumentan que una de las etiquetas adscritas con frecuencia a las personas mayores es la de “seres dependientes”. Portar esa etiqueta es llevar el símbolo de una “desviación” según esta teoría; misma que para Aranibar (2001), resulta interesante en tanto sitúa al envejecimiento en el terreno de las valoraciones sociales y la interacción social; no obstante, una limitante de este enfoque es que no consigue explicar el fenómeno de la vejez por completo. En esta misma línea y bajo el dominio de paradigmas

funcionalistas y conductistas surgen algunas aproximaciones teóricas que propiciaron fuertes discusiones acerca de dos controversias: el tema del envejecimiento y la adaptación social.

En este marco, Cumming y Henry, (1997, en Aranibar, 2001:16) proponen su *teoría de la desvinculación*, cuya principal tesis es que “la vejez conlleva inevitablemente a la disminución de la interacción entre el individuo y la sociedad constituyéndose en un hecho “funcional” para ambas partes”. Esta teoría propone que “el envejecimiento consiste en un inevitable desentendimiento mutuo o “desvinculación” por cuya causa disminuye la interacción entre quienes envejecen y el resto de los integrantes del sistema social al que se pertenece”. Reconoce en la pérdida de roles, la fuente principal de inadaptación de los ancianos al sistema. De este modo, la desvinculación tendría tres consecuencias fundamentales:

Se observan, en primer lugar, cambios en el número de personas con las que el individuo se relaciona habitualmente, así como también, cambios en el número de interacciones dentro de este núcleo más restringido (...) En segundo lugar, cambios cualitativos en el estilo de las pautas de interacción entre el individuo y los demás componentes del sistema social.... En tercer lugar, cambios en la personalidad del individuo que son causa y resultado a la vez de la disminución de las relaciones con los demás y del aumento de la preocupación por uno mismo (Rodríguez, s/f; en Kehl y Fernández, 2001).

Como contraparte de la *teoría de la desvinculación*, surge la *teoría de la actividad*. Esta teoría, aunque se encuentra dentro del mismo paradigma funcionalista, adquiere una perspectiva diferente al explicar el proceso de envejecimiento. Havighurst (1963, citado en Kehl y Fernández, 2001), uno de sus principales defensores, sostenía que para llegar a un envejecimiento sin traumas, es necesario seguir manteniendo patrones de actividad y valores típicos de la edad madura; es decir: conservando la actividad y los valores de la fase anterior del ciclo de vida, o reemplazándolos por otros nuevos, cuando resulta imposible conservar aquéllos, manteniendo así la satisfacción de vivir. Esto implica de algún modo negar la llegada de la vejez.

Son innegables los aportes de estos enfoques para el entendimiento y la comprensión de la vejez, muchos de los cuales son importantes no tanto por sus planteamientos, sino por la discusión y el debate que generaron otro tipo de argumentaciones científicas. En tanto, las críticas a estas posturas teóricas surgen debido a que tratan de homogeneizar al grupo de adultos mayores dándole un carácter universal y atemporal, dejando de lado variables sociales, culturales y personales que influyen en el proceso de envejecimiento.

Un último enfoque teórico que busca al igual que los anteriores, situar los problemas de la dependencia y el envejecimiento en relación con la estructura social y no con el individuo, es el enfoque de la *Economía Política*, también llamado *Teoría de la Dependencia Estructurada* o *Gerontología Crítica*, la cual tuvo su origen en la década de 1970, a partir del impacto de la crisis del petróleo. Con dicha crisis se puso en cuestionamiento el papel del Estado de bienestar en Europa. La aproximación teórica de esta perspectiva fue aplicada a la gerontología social por algunos sociólogos que interpretan la vejez como una construcción social en términos de su dimensión tanto material como ideológica (Fennell, 1988; Guillemard, 1981; Phillipson, 1982; Walker, 1981; en Kehl y Fernández, 2001).

El énfasis ha sido puesto sobre las políticas estatales, en tanto que éstas representan intereses de clase social y los paliativos están impregnados de una carga ideológica para disimular la triste situación de los ancianos; en la forma de una fraccionada e incoherente política social, que tiene más tonos de caridad pública que de derechos laborales (Hidalgo, 2001). Al centrarse en la construcción social de la vejez a través de la exclusión del trabajo asalariado, este enfoque enfatiza la naturaleza relativa del fenómeno de la tercera edad.

El *enfoque de la economía política* tiene como uno de sus conceptos centrales la idea de dependencia estructural, según la cual el acceso restringido a una amplia variedad de recursos sociales, en especial ingresos, contribuye al desarrollo de un estatus dependiente, que se refleja en el gran porcentaje de ancianos que viven en situación de pobreza (Towsend, 1981; Walker, 1980; Walker y Phillipson, 1986; en Kehl y Fernández, 2001). Un aspecto nodal de esta teoría lo encontramos en los aportes de Rodríguez (1995; en Aranibar, 2001), quien entiende la vejez más como una construcción social que como fenómeno psicobiológico y, de este modo, puntualiza que son los condicionantes sociales, económicos y políticos los que determinan y conforman las condiciones de vida y las imágenes sociales de las personas mayores.

En virtud de los planteamientos anteriores, los representantes de la *Teoría de la Dependencia Estructurada*, analizan críticamente varios aspectos centrales inherentes al fenómeno de la vejez, como son por un lado, la importancia de tomar en cuenta factores sociales estructurales diferenciadores, y condiciones individuales como son los efectos de generación o cohorte; por otra parte, destaca el carácter ambivalente de la jubilación, pues aunque está constituido como un derecho, es también una imposición que despoja de una parte importante de los roles sociales que configuran la propia identidad. Desde la perspectiva de género se integra la diferenciación estructural profunda que implica la condición sexual de las personas durante el ciclo de vida y durante la vejez (Arber y Ginn, 1996; en Aranibar, 2001).

De esta forma, la perspectiva de género surge como una importante visión diferenciadora que permea los comportamientos de hombres y mujeres mayores. Dichos comportamientos han sido adquiridos a través de la socialización, por medio de la cual un sujeto humano integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa (dentro de estas instancias se encuentra la familia, la religión, los medios masivos de comunicación, entre otras).

2.3. La perspectiva de género y su relación con el envejecimiento.

La perspectiva de género ha contribuido al desarrollo de nuevas epistemologías para el conocimiento y comprensión de fenómenos humanos y sociales complejos (Bonan y Guzmán, 2007). Más allá de su contenido descriptivo, el concepto de género, según Barbieri (citado en López y Ordóñez, 2006:42), fue elaborado para dar cuenta de distintas formas de relación entre hombres y mujeres entendidos como sujetos sociales y no como seres biológicos. Como categoría conceptual, según esta autora “con el género se intenta develar el origen de la

discriminación y los privilegios para evitar la reproducción de las relaciones jerárquicas entre los hombres y mujeres”. Esta circunstancia no escapa a la población envejecida.

La edad y el género son dimensiones del mundo social, por lo tanto son inseparables (Arber y Ginn, 1996); hombres y mujeres no envejecen de igual forma, pues “los cuerpos difieren fisiológicamente de muchas maneras, pero son completamente transformados por prácticas culturales enmarcadas en categorías sobresalientes de una sociedad” (Lorber, 1994:38). Así, el rol y el status social con que se llega a la vejez son cambiantes según las condiciones físicas, económicas y sociales propias de cada sujeto. Ancianos y ancianas siguen cursos vitales diferentes, que se traducen en variaciones en el bienestar económico, en la salud y en los recursos familiares existentes (Arber y Ginn, 1996). Estas variaciones, muchas veces producen desigualdades de género en los hombres y mujeres mayores.

Por ejemplo, en el ámbito social, la mayoría de los hombres llegan a la vejez en procesos de jubilación o de retiro; la mujer generalmente envejece en casa al cuidado de los hijos o de los nietos, sin una remuneración o liquidación económica que le permita tener un poco de autonomía. Estas realidades se experimentan a partir de un antecedente de desigualdad que resulta de las limitadas oportunidades de las mujeres para emplearse y obtener una adecuada remuneración, como consecuencia de los escasos logros educacionales²³. Esto provoca desventajas económicas y sociales que se traducen en inequidades respecto de los hombres en la situación de ingresos por remuneraciones al trabajo y por transferencias del sistema de seguridad social, es decir, reciben pensiones más bajas (Huenchuan, 2004). Ello conlleva a un cierto tipo de dependencia económica que se puede entrelazar y complejizar en situaciones de dependencia física o mental.

Datos que complementan lo anterior los encontramos en las encuestas nacionales, las cuales reflejan que 57 de cada 100 hombres mayores de 60 años realizan algún tipo de actividad económica y menos de 20 de cada 100 mujeres hace lo mismo (INEGI, 2005). Asimismo, los ingresos de la mayoría de los hombres mayores estaban en el año 2000, por debajo de los dos salarios mínimos, y en la población femenina más del 80% recibía menos de un salario mínimo (Ham, 2005). Esta situación es aún peor en el medio rural, sobre todo si tomamos en cuenta que las dos principales ocupaciones de la población mayor son el trabajo agropecuario (44.1%) en los hombres y la de vendedoras o dependientes (26.3%) en las mujeres.

Como vemos, las desventajas de las mujeres en el plano escolar y laboral pueden ser condicionantes de situaciones de desprotección y desamparo en la vejez y más aún en contextos de dependencia. Sin embargo, según diversos estudios hay una situación digna de tomarse en cuenta: las mujeres cuentan con mejores redes de relación social y de apoyo informal que los ancianos varones dado que éstos, en su papel de proveedores, no tuvieron la oportunidad de reafirmar relaciones afectivas tanto con la esposa como con los hijos (García y otros, 2006; Montes de Oca, 2004). Además se les visualiza como poco adaptables a las

²³ Según datos del INEGI, en nuestro país, tres de cada diez personas mayores de 60 años no saben leer ni escribir, condición que es casi 50% más alta para las mujeres (INEGI, 2005).

condiciones y organización de sus familias. Ser padre y asumirse como tal, en la mayoría de nuestros ancianos está relacionado con estereotipos de autoridad y poder, de exigencia y energía como tareas propias de la crianza (Tena, 2006).

Entre las implicaciones que tienen las categorías de género y vejez en el envejecimiento biológico, están los procesos fisiológicos que dan lugar a cambios y deterioros en el funcionamiento del organismo de hombres y mujeres mayores, produciendo muchas veces evidentes diferencias de género en el proceso de envejecer. Ejemplo de ello, lo encontramos en datos reportados en diferentes estudios, en los que las mujeres ancianas tienen una salud menos favorable en contraste con los hombres de su misma generación pues padecen en mayor medida más enfermedades crónicas e incapacitantes como la osteoporosis y el cáncer (Arber y Ginn, 1993; en Montes de Oca, 1999; ENASEM, 2001; en Montes de Oca, 2007). En relación a la mortalidad, ésta ocurre más temprano en los hombres y padecen enfermedades más de tipo agudo que crónico. De este modo, dadas las diferencias de género respecto a las enfermedades y a la desigualdad numérica entre hombres y mujeres en la ancianidad, la provisión y la recepción de cuidados también están marcadas por el género (Arber y Ginn, 1996).

La forma de enfrentar la dependencia tendrá diferencias según se trate de un hombre o de una mujer. Estas diferencias surgen de situaciones de desigualdad entre los ancianos según su género, como son: la situación económica, la condición de salud y los recursos de apoyo familiar y social con que cuentan. Según Arber y Ginn (1996), estas desigualdades se dan también a partir de la relación entre dos sistemas: el patriarcal y el capitalista. En el caso de las mujeres ancianas, ser dependientes las limita en sus condiciones económicas y de sobrevivencia²⁴; en el caso de los hombres, la dependencia genera en mayor importancia la pérdida de redes de apoyo social, dado que éstas se fincan principalmente en las relaciones laborales de los varones.

Los planteamientos anteriores, dan pie para sostener que la explicación de género se vinculan a otras explicaciones teóricas a través de los discursos de lo masculino y lo femenino, pues lo que se habla de ser hombre y ser mujer en la vejez se relaciona con la forma en que se construye la identidad, con la socialización primaria y secundaria de todo ser humano y con las distintas representaciones que predominan en un determinado orden social. Las expectativas sociales que se demandan a hombres y mujeres se crean y se mantienen en el discurso, en las relaciones, en la cotidianidad.

Como se observa a través de estas líneas, hemos mostrado las principales teorías del envejecimiento y la relación de esta etapa con la cuestión de género. En dicha argumentación, destacan aspectos negativos de este proceso y que se vinculan con la vejez caracterizada por el deterioro, la discapacidad y la dependencia de hombres y mujeres en edad avanzada, como es la teoría del etiquetado y la teoría de la desvinculación principalmente. Estos aportes no son

²⁴ Se considera que las mujeres mayores de las actuales generaciones debido a su escasa o nula participación en actividades asalariadas no alcanzaron por sí mismas a contar con derecho a pensión y seguridad social.

una desventaja para los estudios recientes, al contrario, como dice Aranibar (2001), representan un reto para tratar de explicar, desde otras “miradas” el proceso de envejecer. Estas otras “miradas”, son los presupuestos teóricos que adoptamos para este trabajo.

2.4. Perspectivas teóricas

En los estudios cualitativos, la incorporación de la teoría ha adquirido gran importancia en las últimas décadas. Bajo el paradigma cualitativo, de acuerdo a González (2007:7), el criterio legitimador de la investigación, no está sólo en los resultados a nivel empírico, sino en el nivel de la legitimidad del conocimiento. Es decir, la legitimación de lo singular como fuente de conocimiento implica considerar la investigación como fuente de producción teórica, comprendiendo lo teórico como la construcción permanente de modelos de inteligibilidad que le den consistencia a un campo o un problema en la construcción de conocimiento (González, 2007:8), en este caso el campo de la vejez, la dependencia y el cuidado.

En este estudio, la cuestión teórica, se caracteriza por una producción intelectual sistemática que permite organizar de diferentes formas el material empírico, integrando las ideas del investigador como parte esencial del conocimiento en construcción (González, 2007:8). El valor de lo singular está estrechamente vinculado con una nueva comprensión de lo teórico. El reconocimiento de lo singular adquiere un fundamento radicalmente diferente: “la información única que el caso singular nos reporta no tiene otra vía de legitimidad que no sea su pertinencia y su aporte al sistema teórico que se está produciendo en la investigación (González, 2007:8).

En este apartado, se da cuenta de los modelos de inteligibilidad que hicieron posible analizar y comprender la realidad subjetiva y social del fenómeno de la dependencia y el cuidado en la vejez avanzada, surgiendo, en el proceso constructivo interpretativo, nuevos marcos de explicación del objeto de estudio que amplían el horizonte de conocimiento y abren nuevas y diferentes formas de explicación. Se inicia con la teoría de las representaciones sociales, posteriormente se aborda el construccionismo social y la narrativa. Integrados a estas teorías se describen elementos teóricos de las emociones y referentes conceptuales de la vejez, la dependencia y el cuidado.

2.4.1. La Teoría de las Representaciones Sociales

La teoría de las representaciones sociales surge en Europa, concretamente en Francia, como una nueva corriente de la psicología social, como una alternativa al conductismo y a la psicología cognitiva, corrientes predominantes en los años sesenta (Álvarez, 2002). Serge Moscovici, iniciador de esta corriente, encontró que en la conformación de las representaciones intervienen criterios sociales, postura que retoman posteriormente muchos de sus seguidores como Denise Jodelet, Jean Claude Abric y Willen Doise (Álvarez, 2002; Banchs, 2000).

Respecto a sus orígenes teóricos, Moscovici (1979), Farr (1983; 1988) y Herzlich (1975; en Mora, 2002), mencionan que son tres las influencias básicas de la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS): la Etnopsicología de Wundt; el Interaccionismo Simbólico de Mead; y el concepto de Representaciones Colectivas de Durkheim. Según Moscovici (en Álvarez, 2002) para entender las representaciones sociales (RS) son importantes los aspectos filosóficos, antropológicos, históricos, sociológicos y psicológico-sociales de las culturas, por todo lo que las representaciones conllevan, además, por sus vinculaciones y consecuencias en la actividad cotidiana de las personas.

Para Moscovici, las RS también son tipos de creencias paradigmáticas, organizaciones de creencias, organizaciones de conocimiento así como de lenguaje; y las encontramos en distintos tipos de estructuras del conocimiento. Dos conceptos clave en la TRS son: objetivación y anclaje, los cuales adquirieron relevancia en la interpretación y análisis de los hallazgos pues ellos permiten a los actores concretar las informaciones de la vejez, la dependencia y el cuidado, seleccionar los elementos de mayor significación para los sujetos, comprender cómo se asigna sentido y valor a las experiencias y cómo interpretan esas realidades (Osnaya, 2003).

2.4.1.1. La objetivación: lo social en la representación

En el proceso de objetivación, la intervención de lo social se traduce en el *agenciamiento* y la *forma* de los conocimientos relativos al objeto de una representación, articulándose con una característica del pensamiento social, la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra. De esta manera, la objetivación puede definirse como una operación formadora de imagen y estructurante. La objetivación lleva a hacer real un esquema conceptual, a duplicar una imagen con una contrapartida material.

El resultado, en primer lugar, tiene una instancia cognoscitiva: la provisión de índices y significantes que una persona recibe, emite y toma en el ciclo de las infracomunicaciones, puede ser superabundante. Moscovici (1986), concluye con su análisis de la objetivación, apuntando hacia la realización del objeto de representación en sus nexos con los valores, la ideología y los parámetros de la realidad social.

La actividad discriminativa y estructurante que se va creando por medio de la objetivación, se explica precisamente por sus tintes normativos: la representación social adquiere una armazón de valores. Para concluir con la objetivación de una representación social, conviene recordar que todas las definiciones intentan explicar el paso de un conocimiento científico al dominio público, y que el segundo proceso de formación de una representación social – el anclaje – se articula al primero en forma natural y dinámica (Mora, 2002).

2.4.1.2. El anclaje: la representación en lo social

Con el anclaje la representación social se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella (Mora, 2002). Este segundo proceso se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le son

conferidos. Al menos así son los dos aspectos que han atraído con mayor frecuencia la atención, debido a la función social de la representación que llevan aparejada (Moscovici, 1986).

A través del proceso de anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del cual puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de preferencia en las relaciones sociales existentes (Moscovici, 1979, en Mora, 2002). Al insertarse el esquema objetivado dentro de una red de significaciones, la representación social adquiere una funcionalidad reguladora de la interacción grupal, una relación global con los demás conocimientos del universo simbólico popular (Mora, 2002).

Más complejo de lo que pudiera parecer, el proceso de anclaje, situado en una relación dialéctica con la objetivación, articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad, así como función de orientación de conductas y de relaciones sociales. De manera sintética, Moscovici (1979, en Mora, 2002), aclara ambos procesos argumentando que la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y que el anclaje la delimita en el del hacer. Así como la objetivación presenta cómo los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales y también cómo se expresan.

2.4.1.3. Los campos de investigación

Los trabajos empíricos sobre representaciones sociales se estructuran en tres grandes campos de investigación: la ciencia popularizada, la imaginación cultural y las condiciones sociales y acontecimientos (Wagner y Elejabarrieta, en Morales, 1994; Wagner, 2005):

- a) En el primer campo de investigación, se plantea que las representaciones sociales de la ciencia, tienen funciones declarativas, instrumentales y explicativas. En la función declarativa se describe, se da significado al fenómeno social por el que la ciencia popularizada aparece relevante, y el aspecto explicativo proporciona una comprensión cotidiana de sus razones subyacentes. Como ejemplo de este campo de investigación es la forma en que la gente interpreta los conocimientos científicos de tal o cual enfermedad y la traducen a conocimientos cotidianos, de tal manera que el conocimiento original ya no es el mismo.
- b) Los temas abordados dentro del segundo campo de investigación: las condiciones sociales y acontecimientos, han sido: percepción de la estructura social y desigualdad, conflictos intergrupales, vida comunitaria y esfera pública, movimientos de protesta, el debate del aborto y el movimiento de las mujeres entre otros (Wagner, 2005). Este tipo de investigación, según Wagner, permite identificar el enfrentamiento colectivo con conflictos sociales, hacen relevante las representaciones grupales y la formación de la identidad con mayor claridad que los análisis de la ciencia popularizada.
- c) El tercer campo de investigación: la imaginación cultural, está referido a objetos con larga historia, como son los roles sexuales, las relaciones materno-filiales, el cuerpo humano, o las anomalías de la existencia humana, la enfermedad, la locura y la discapacidad (Wagner

y Elejabarrieta, en Morales, 1994). Según esta perspectiva, las RS de objetos culturales son ante todo conocimiento declarativo que hace inteligible el mundo a los miembros de grupos sociales y culturales. Nuestro estudio, se ubica en este campo de conocimiento, pero no de una forma pura, ya que se señalan las declaraciones (discursos-narrativas) acerca de un fenómeno histórico como es la vejez, pero también se identifican algunos aspectos de la estructura social que determinan las condiciones en que surge la esta experiencia.

En este sentido, identificar las representaciones sociales de un fenómeno social tiene diferentes matices, por lo que la forma de aproximación y de interpretación puede ser distinta. Banchs (2000), hace un planteamiento importante para distinguir dos formas de aproximación de este enfoque teórico, puesto que desde su punto de vista, las RS deben ser analizadas en relación con los procesos de la dinámica social y de la dinámica psíquica. Esto es: por un lado es importante el funcionamiento cognitivo así como el del aparato psíquico, del otro, el funcionamiento del sistema social, de los grupos y de la interacción entre individuos, en sí cómo estos elementos influyen en la estructura y la génesis de las RS, contribuyendo ambos procesos a su conformación.

2.4.1.4. Aproximaciones procesuales y aproximaciones estructurales en las RS

De este modo, el estudio de procesos sociales de constitución de representaciones, es mucho menos frecuente y evidentemente más complejo. Moscovici (en Banchs, 2000), por su parte, insiste en que no tiene que haber una separación entre procesos y contenidos del pensamiento social, pues ello equivaldría a pensar los procesos como invariantes y generales, mientras que los contenidos estarían culturalmente determinados. El contenido, según Banchs, se enfoca sobre lo permanente (investigación históricamente orientada), o sobre lo diverso; y el proceso puede restringirse a los aspectos sociocognitivos del procesamiento de la información o a la funcionalidad de las RS en la creación y mantenimiento de las prácticas sociales.

Así, el proceso es comprendido no ya como un mecanismo cognitivo, sino más bien como una modalidad de pensamiento, distinguiéndose entonces entre pensamiento consiguiente -es decir procesual- y pensamiento constituido -es decir, producto o contenido que se organiza alrededor de una estructura-. De lo anterior, Banchs (2000:34), destaca lo siguiente: “aunque es deseable el estudio simultáneo de contenidos y procesos representacionales, son muy pocos los casos en que se logra un enfoque que integre a ambos”.

Si bien en las formulaciones teóricas al hablar de procesos se toma en cuenta la doble vertiente social e individual, procesos de construcción social y mental; muy pocos estudios se centran en los procesos de construcción social. Cuando se enfocan los contenidos de las representaciones, se hace contrastando contenidos y procesos en términos de que los primeros son productos, vale decir, constituidos, estables y los segundos son dinámicos, vale decir constituyentes, cambiantes.

Ahora bien, cuando hablamos de procesos y contenidos, interesa conocer las maneras de abordar estos estudios. Los enfoques procesual y estructural son modos de apropiación de la teoría (Banchs, 2000). Desde la postura de Banchs, un enfoque procesual de las RS asumiría

ciertas características del interaccionismo simbólico procesual. Este enfoque se orienta hacia una postura socio-construccionista, originada a partir de los postulados interaccionistas y muy influenciada por la literatura Foucaultiana, sobre todo en términos de análisis del discurso (Banchs, 2000). De este modo, la aproximación procesual es la que permitirá abordar nuestro objeto de estudio.

En relación con los planteamientos anteriores, las creencias, las imágenes predominantes de la vejez, el deterioro, así como los supuestos culturales que subyacen en la obligación del cuidado por parte de la familia fueron aspectos muy importantes de nuestra investigación, identificados a partir de la representación social. No obstante, una dimensión emocional del fenómeno estudiado, apunta hacia el ámbito de la subjetividad. Es decir, no todo está inscrito en lo social. A continuación se desarrollan algunos planteamientos que conforman una intersección donde se entrelazan lo subjetivo y lo social. En esta intersección se conforman las identidades de ancianos y ancianas, de cuidadoras y cuidadores. Paso a paso describiremos el debate que algunos teóricos de las RS han hecho sobre la dimensión emocional, ésta constituye el gozne (metafóricamente hablando) que posibilita la inclusión de la teoría del construccionismo social.

2.4.1.5. La subjetividad y la emoción en la RS

En el contexto del debate generado sobre la dicotomía objetividad-subjetividad de los fenómenos sociales, es conveniente hacer algunas precisiones sobre lo que a nuestra forma de entender es una relación dialéctica: lo objetivo de lo social, del contexto, de la cultura está presente en la mente del individuo y conforma la subjetividad, de tal manera que no se puede hablar de elementos aislados. Lo que implica reflexionar detenidamente. Para González (2007), la subjetividad se identifica tanto en el individuo como en lo social, puesto que el contexto social está conformado por individuos ubicados en diferentes espacios sociales.

Según este autor, los espacios sociales generan formas de subjetivación que se concretan en las diferentes actividades compartidas por los sujetos, y que se convierten después, con sentidos subjetivos²⁵ diferenciados, un componente de la subjetividad individual de quienes comparten esos espacios. Por su parte para Ramírez y Anzaldúa (2005), la subjetividad se construye en la relación con el Otro (orden simbólico, legado de la cultura); y en este sentido entonces, se podría hablar de intersubjetividad.

Los autores mencionados asumen que la subjetividad no es producto exclusivo del sujeto, más bien *el sujeto mismo es constituido por un proceso siempre abierto de subjetivación*. Vargas (2005, en Ramírez y Anzaldúa, 2005), plantea que, de manera general, la subjetividad es concebida como lo interior del sujeto, diferente del afuera (a lo que se considera objetivo), por lo que no hay que pensar en la subjetividad del sujeto, sino en el sujeto de la subjetividad (la cultura se recrea en sí misma en cada sujeto, y cada sujeto da cuenta de ella).

²⁵ El sentido subjetivo “es la unidad inseparable de los procesos simbólicos y las emociones en un mismo sistema, en el cual la presencia de uno de esos elementos evoca al otro”. En el sentido subjetivo aparecen conjuntamente la emocionalidad y el discurso, se acompañan. Es una compleja unidad, dentro de la que circulan diversos tipos de emociones que se asocian de múltiples formas con diversos procesos simbólicos.

Esta última línea de pensamiento, se complementa con lo que dice González (2007), al distinguir la subjetividad individual de la subjetividad social, no obstante, no se les debe concebir aisladas, pues la subjetividad está constituida tanto en el sujeto individual como en los diferentes espacios sociales en que este vive. La subjetividad entonces “es el conjunto de procesos que constituyen al sujeto (siempre en construcción) y por lo tanto abierto al cambio en su devenir” (Ramírez y Anzaldúa, 2005), siendo muy diversos: las representaciones, las fantasías, el inconsciente y sus vicisitudes, las identificaciones, las transferencias, entre otros, que de alguna manera conforma la realidad psíquica y emocional de un sujeto que está inserto en un orden cultural de gran complejidad.

Nosotros agregaríamos a esta gama de elementos, lo emocional, que desde lo psicológico también forma parte de la realidad de los sujetos, por lo que la emoción es igualmente un proceso subjetivo que se asocia de múltiples formas con los procesos simbólicos (González, 2007). Las emociones se han estudiado principalmente en el plano fisiológico y cognitivo (Paéz y Echebarría, 1989), no obstante, han surgido nuevas corrientes que le han dado importancia a su relación con los aspectos de la cultura. Tanto la teoría de las representaciones sociales como el socioconstruccionismo han mostrado interés en el tema, por lo que en el siguiente apartado se describen algunas reflexiones al respecto.

2.4.1.6. Las emociones en el centro del debate

Las críticas y el debate en torno a la TRS, han oscilado en dos polos opuestos. Por un lado, se cuestiona su inclinación hacia una postura mentalista, cognitivista, y por el otro, que al ocuparse de los discursos grupales, culturales, explorados generalmente en los relativos a los medios masivos de comunicación, ha dejado de lado la subjetividad y sus aspectos fundamentales como las motivaciones, necesidades, emociones, afectos, impulsos inconscientes o contenidos reprimidos (González, 1991, en Banchs, 1996).

En un claro ejemplo acerca de la dificultad para conjuntar y enlazar el aspecto subjetivo y social, se destacan los planteamientos de Paéz, Echebarría y Villarreal (1989), quienes argumentan que las emociones son un emergente de las relaciones sociales objetivas, reflejando analógicamente la relación entre individuo y medio social, se oponen de alguna manera a que la emoción no es una construcción social, pues según ellos no se genera consensualmente por una negociación reflexiva, y no se limita al uso del conocimiento lingüístico por un actor racional. En este contexto, no se valora la importancia del lenguaje, aspecto que, como se plantea más adelante, es el factor que vincula lo individual y lo social.

Por su parte Banchs (1996), agrega que, si bien algunos precursores importantes de la TRS, integraron en sus marcos explicativos elementos afectivos, mentales y sociales (Jodelet, 1989; Di Giacomo, 1989; Spink, 1994, en Banchs, 1996), no ofrecen explicaciones teóricas amplias acerca de cómo vincular los procesos subjetivos y emocionales a la identificación de la representación. Incluso, hace una crítica al texto de Echebarría y Paéz: “Emociones y Perspectivas Psicosociales”, ya que los trabajos que se presentan en dicha obra, “sólo se vinculan tangencialmente, de tal forma que lo que se plantea es que el problema se ha centrado

en estudiar cómo los individuos procesan la información sobre la afectividad o cómo la afectividad influye en los procesos cognitivos” (Banchs, 1996:115).

Sin embargo, Banchs, considera que algunos estudios empíricos como los de Lane, Holzkamp y Friedaman (en Banchs, 1996), tienen una mayor aproximación al papel que juegan las emociones junto con el lenguaje y el pensamiento en la constitución del psiquismo humano, y su trascendencia en la construcción de representaciones. Se considera entonces que las emociones poseen una doble función hacia el interior de una representación: una de regulación, esto es, seleccionar y orientar las conductas de respuesta ante los objetos, y otra motivacional, que vendría a ser la connotación afectiva respecto al objeto (Echebarría, 1991, en Álvarez, 2002).

Por tanto, las emociones quedan insertas en una de las funciones de las actitudes como una forma de evaluación y activación emocional común que un grupo elabora de un objeto, y que influye y orienta los comportamientos respecto a éste (Páez, 1987, en Álvarez, 2002). No obstante, Banchs (1996), considera que dada la complejidad de este proceso, no podemos asignar a la emocionalidad un carácter únicamente mediacional, estático, prefijado. Emociones, afectos, sentimientos, son interdependientes y están relacionados con otros procesos tales como la ideología, mitos, valores, normas culturales y grupales.

Según Banchs (1996), la emocionalidad matiza y es matizada por las representaciones del mundo que poseemos, por el proceso mismo de selección de lo que consideramos un objeto, así como por el proceso de construcción de la representación. Es necesario abordar el tema sin cognitivar las emociones. De hecho, al plantearse los vínculos entre emociones y representaciones, “se corre el riesgo de retrotraernos al tradicional esquema de las actitudes: su contenido evaluativo, cognitivo y su potencial conativo. Para la autora, lo afectivo no puede reducirse únicamente al carácter evaluativo de los pensamientos y acciones. Lo emocional involucra ciertamente lo evaluativo pero va mucho más allá de este aspecto. Tampoco debemos reducir lo emocional a lo cognitivo como se hace cuando se considera que la emocionalidad se expresa a través de evaluaciones escalares (Banchs, 1996).

Asimismo, dado que las representaciones se construyen en el proceso de interacción social, Galano (en Banchs, 1996:117), plantea: “aceptamos que las emociones y afectos que se movilizan en los grupos establecen y refuerzan los núcleos de significado de acciones creencias y relaciones”, pues éstas ejercen entonces un rol preponderante en la selección de informaciones y en el posicionamiento favorable o desfavorable tanto frente a aquello que se considera un objeto de representación como en la construcción de ese objeto a través de un *discurso* que le confiere realidad objetiva (objetivación) y lo ancla en una red de *significados* (anclaje) (Banchs, 1996). De acuerdo con Banchs (1996), la dificultad para captar el papel de las emociones estriba en que queremos evitar un enfoque lineal o causal, pues no pretendemos establecer un antecedente y un consecuente.

Las emociones, representaciones y acciones son un todo que se da conjuntamente sin poderlos separar, ni entre ellos mismos ni de las circunstancias del contexto social específico (grupal),

del contexto social global (societal), ni del contexto histórico particular (trasfondo cultural) en el cual se producen. La propuesta “es tratar de visualizarlas más que como una línea causa-efecto o que como un círculo en el cual causa y efecto pueden invertirse, como una espiral cruzada, como un conjunto borroso a la manera que propone la teoría del caos” (Banchs, 1996:123). En esta unidad inseparable de los procesos simbólicos y las emociones en un mismo sistema discursivo, en donde uno no coexiste sin el otro, se construyen los sentidos subjetivos (González, 2007), los significados de la vejez, el deterioro y el cuidado. Es decir, retomando a González, en el discurso emocional, convergen la subjetividad individual y la subjetividad social, pues “cada una de las formas de la subjetividad social expresa la síntesis, a nivel simbólico y de sentido subjetivo, del conjunto de aspectos objetivos, macro y micro que se articulan en el funcionamiento social.

Además, en virtud de que la relación entre la subjetividad social y la subjetividad individual da pie a la *identidad*, nos interesa descubrir cómo las identidades de los participantes se integran en los espacios y relaciones sociales en los que surge el fenómeno estudiado. A través de la expresión de sus pensamientos, de sus emociones y de sus acciones, comprenderemos el significado de su experiencia. Una teoría que nos permite comprender los fenómenos sociales a partir de las relaciones y vincular lo individual con lo social es el construccionismo.

Con lo anterior, vemos cómo la TRS a través de los distintos expositores, plantean aspectos epistemológicos y ontológicos que a nuestro parecer tienen un punto en común con el enfoque construccionista, pues como dice Banchs (1994; en Rodríguez, 2003), ambas teorías comparten algunos presupuestos tales como el rechazo a la racionalidad positivista, el giro hermenéutico, la dimensión construida de los hechos sociales, la naturaleza relacional y la circularidad de los fenómenos entre otros. A continuación, se describen los aportes del construccionismo social al estudio de las emociones.

2.4.1.7. La construcción social de las emociones

Para el construccionismo, las emociones son vistas como acontecimientos o expresiones que surgen dentro de pautas relacionales y vocabularios que varían espectacularmente de una cultura a otra o de un periodo histórico a otro (Gergen, 1996). Dentro de este enfoque, las emociones son descritas como “patrones de experiencia y expresión determinados socioculturalmente los cuales son adquiridos y subsecuentemente mostrados, en situaciones sociales específicas” (Patient, Lawrence y Maitlis, 2003:1017).

Las emociones, sentimientos o afectos, se caracterizan por creencias, juicios y deseos, cuyos contenidos no son naturales, sino determinados por sistemas de creencias y significados sociales vinculados a contextos particulares (Armon Jones, 1986; Hochschild, 2008; Lazarus, 2000b). Las aportaciones de Hochschild en este tema son muy importantes, puesto que conceptualiza la emoción como una conciencia de cooperación corporal con una idea, un pensamiento o una actitud, y a la etiqueta adosada a esa conciencia. Y por “sentimiento” alude a una emoción “más suave”. De tal forma que en este trabajo haremos alusión a los dos términos según se considera si es más intensa o suave la emoción de que se trate.

Para Gergen (1996), las emociones no sólo tienen influencia en la vida social, sino que son la base de la vida social misma. Las emociones tienen un significado personal, pero no es posible desprenderlas de un significado cultural más amplio en donde se lleva a cabo una evaluación moral de la emoción²⁶. En este sentido, las emociones adquieren un *significado relacional*, y varía de un contexto cultural a otro (Gergen, 1996; Lazarus, 2000), pues el significado personal de lo que está sucediendo depende de la manera en que actúa la otra persona en la interacción. Para Lazarus: “nuestros objetivos y creencias sobre nosotros mismos y el mundo, y las acciones de la otra persona con la que estamos relacionándonos, se combina para producir el significado personal que produce la emoción” (Lazarus, 2000:189). Para comprender la reacción emocional a una situación desafiante debemos conocer su *entorno*, lo que adopta la forma de una historia de la relación y las situaciones cambiantes de personalidad relevantes que modelan las reacciones emocionales de las personas que desempeñan algún rol en la misma.

En el caso de la vejez y el cuidado, ambos actores (anciano y cuidador) se insertan en una relación que produce un ambiente emocional difícil y estresante. La experiencia individual, personal de cada uno de los participantes está inmersa en un vaivén emocional que oscila de la tristeza a la esperanza y del enojo a la gratitud. Es decir, la contradicción no solamente está presente en los discursos sociales de la vejez, sino también en el mundo subjetivo y emocional de ancianos y cuidadores; de ahí su importancia en este trabajo. De acuerdo a cómo ambos valoren las experiencias que viven, modelarán las emociones que surgen en cada encuentro relacional. Así, el “mundo de la vida” de los ancianos y cuidadores, surge en un contexto subjetivo, emocional, pero también social, de *relaciones*, en donde se crean y recrean realidades objetivas y significados personales.

Ambas, realidades, objetiva y subjetiva se encuentran en el lenguaje-discurso, configurando identidades particulares de la vejez. Estos aspectos son estudiados ampliamente por el construccionismo social, ya que dicha teoría, explica los procesos por los cuales la gente expresa o da cuenta del mundo en que vive (Anderson, 1999). En esta investigación, fueron relevantes las explicaciones surgidas de los actores sociales acerca de experiencia, de sus necesidades y expectativas. Los discursos narrados fueron pieza clave para entender sus procesos de vida. De esta manera, iniciamos con la descripción de los fundamentos del construccionismo social y posteriormente iremos incorporando otros elementos del mismo que convergen con la TRS, lo cual da cuenta de la importancia de recurrir a ambas perspectivas.

2.4.2. *El Construccionismo Social*

El construccionismo social se remonta al trabajo de los sociólogos Berger y Luckman, quienes en su clásica obra *La construcción social de la realidad* sugieren una relación entre perspectivas individuales y procesos sociales, la naturaleza social del conocimiento, y por tanto una multiplicidad de interpretaciones posibles (Anderson, 1999). Por su parte, Gergen

²⁶ Gergen (1996) formula que si las emociones fueran simple acontecimientos biológicos tejidos por las hormonal o la excitación neural, las personas no fueran “sancionadas socialmente” por ser “iracundas, “celosas” o envidiosas” o “elegidas” por sus expresiones de tristeza o amor.

(1996:78) plantea que el grado en que el dar cuenta del mundo o del yo pueden sostenerse independientemente de la validez objetiva de las manifestaciones, dependen más bien de las vicisitudes del proceso social.

En el enfoque construccionista, la realidad se establece como consecuencia de un proceso dialéctico entre relaciones sociales, hábitos tipificados y estructuras sociales, por un lado, e interpretaciones simbólicas, internalización de roles y formación de identidades individuales, por otro; el sentido y carácter de esta realidad es comprendido y explicado por medio del conocimiento (Berger y Luckman, 2005). Por lo que en este trabajo se valoran especialmente los “conocimientos sociales” de la vejez, la dependencia y el cuidado que circulan en el contexto y su relación con los significados subjetivos que los individuos les asignan en un tejido de relaciones.

Para Gergen²⁷, el construccionismo social “es un conjunto de conversaciones que se desarrollan en todas partes del mundo y participan todas ellas, en un proceso que tiende a generar significados, comprensiones, conocimientos y valores colectivos” (Gergen, 2006:34). El grado en el cual una forma de comprensión prevalece o es sostenida a través del tiempo depende de las vicisitudes de los procesos sociales (Gergen, 1985; en Laso, Ponce y Jubes, 2000).

Pearce (1994; en González, 1997), asume que el construccionismo se sustenta en aspectos esenciales como:

- a) La sustancia del mundo social son las conversaciones, que se definen como diseño de actividades conjuntas.
- b) La identidad se configura en torno a sistemas de relaciones que se superponen a la existencia individual.
- c) Las actividades sociales se estructuran según reglas de obligatoriedad acerca de lo que debemos o no debemos hacer. Desde esta posición el sujeto no es epistémico, sino social.
- d) El mundo social no es una realidad ontológica en la que estamos “depositados” sino la trama actual de nuestro sistema de acciones, vivimos en un mundo que permanentemente construimos.

De esta forma, continúa Gergen, el conocimiento sobre uno mismo, incluso la propia narrativa, es una construcción colectiva, un producto del intercambio social, pues la relación es el *locus* del conocimiento. Es decir, las ideas, las verdades, el propio ser, son producto de las relaciones humanas, de una comunidad de personas y relaciones. Los significados del lenguaje, aquellos que atribuimos a las cosas, a los acontecimientos, a la gente y a nosotros mismos, resultan del lenguaje que usamos: del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente (Anderson, 1999).

Drewer, Winslade y Monk (2000), postulan que la teoría construccionista permite a los investigadores analizar los discursos, tomando en cuenta lo significativo de la cultura y del

²⁷ Kenneth Gergen es uno de los teóricos más destacados dentro del construccionismo social.

contexto en el funcionamiento individual de las personas. Desde esta perspectiva, este estudio enfatiza la importancia que adquiere el lenguaje a través de las narrativas y cómo éstas se constituyen en elemento clave tanto para la TRS como para el construccionismo, aunque adquiere un mayor desarrollo en este último enfoque.

2.4.2.1. La importancia del lenguaje para el construccionismo y la TRS

La TRS interpreta que las personas, con base en su propia lógica *sui generis* o de sentido común, organizan a su manera la información del medio, a través de las herramientas sociales que existen en el mismo, para entenderlo y relacionarse con él, y así tener un grado de dominio personal sobre éste (Moscovici, 1976, en Álvarez, 2002). De este modo, las situaciones que le suceden, las experiencias que tiene en el mundo de la vida, son interpretadas a través de los discursos circulantes, es a través de éstos que se les atribuye significado en un contexto que puede ser subjetivo, intersubjetivo y transubjetivo (Rodríguez, 2007).

Tanto el enfoque de RS como el construccionista, le da especial atención al papel del lenguaje en la conformación de la realidad, de las ideas, de las verdades, del propio ser. Además, para los construccionistas, los significados que les atribuimos a las cosas, los acontecimientos, la gente, y nosotros mismos, son el resultado del lenguaje que usamos. A través del lenguaje (digital y analógico/verbal y no verbal) se interpreta, explica y sostiene lo que creemos y suponemos real (Anderson, 1999), pues el lenguaje no representa la realidad, el lenguaje construye la realidad (Ramírez y Anzaldúa, 2005).

En este sentido, y en concordancia con la perspectiva de Wagner (2005) y de Gergen (2005), teóricos de las RS y del construccionismo social respectivamente, proponen que el individuo está inmerso en un universo discursivo en el que el sí mismo (self) de las personas está profundamente penetrado por los vocabularios de nuestro tiempo y lugar. A través de este estudio, el lenguaje de los participantes (compuesto por distintos discursos y vocabularios), es entendido como un orden simbólico ubicado y cambiante que estructura nuestra relación como personas a la “realidad” y a nosotros mismos (Neymeyer, 2000).

El concepto de RS remite a la intersección entre lenguaje y conciencia, siendo entendido en el ámbito de lo social, como objetivación de los significados sociales, históricos, en los comportamientos de los individuos que componen la sociedad, así como en las acciones de las instituciones sociales, y en el ámbito de lo individual, como síntesis entre los significados sociales y los sentidos personales objetivados en la conciencia y en las actividades de los individuos o grupos sociales (Banchs, 2000).

Para los construccionistas, el significado de un intercambio lingüístico siempre se agita sobre una combinación de contrastes situacionales, contextuales y actitudinales. Para estos teóricos, el lenguaje no está separado de la acción y los significados dependen plenamente del contexto en que se usan las palabras y los símbolos (Efran y Fauber, 1998, en Neimeyer y Mahoney, 1998).

Wittgenstein (en Drewer, Winslade y Monk, 2000), sugiere que el lenguaje puede sólo tener significado en su uso y contextos sociales. La contribución crucial de Wittgenstein se centró en la naturaleza constructiva del lenguaje: en la forma en que se inserta dentro de la existencia de una conversación. Los construccionistas retoman esa postura y se enfocan en el uso creativo y representativo del lenguaje para definir la experiencia y el mundo, y más aún, en cómo el lenguaje moldea lo que la gente vive personalmente y cómo influye en la configuración de sus vidas (Drewer, Winslade y Monk, 2000).

Por medio del lenguaje se le otorga significado a las experiencias, se les interpreta y se les comprende dentro de un marco social de relaciones, de aquí que un principio del construccionismo es: “la significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación” (Gergen, 1996:76). Esta premisa es central para el tema que nos ocupa dado que la experiencia del deterioro en la vejez se vive en un contexto de relaciones: con el cuidador, con la familia y con los profesionales de salud entre otros.

Desde la postura construccionista, las palabras adquieren significado sólo en el contexto de relaciones socialmente vigentes: “lo que sabemos: conocimientos, sentimientos, emociones, pensamientos y percepciones, lo sabemos a través del lenguaje y lo comunicamos por medio del lenguaje”²⁸ (Madison, 1988:98, en Anderson, 1999). Para esta investigación adquirieron importancia los relatos, las narrativas de los participantes, por cuanto que ellas son espejo y reflejo de las distintas formas de interpretar la vejez.

2.4.2.2. Importancia de la narrativa

El enfoque narrativo se interesa por la forma en que se producen diferentes interpretaciones, en qué circunstancias se producen y qué consecuencias tienen para los individuos esas interpretaciones (Drewer, Winslade y Monk, 2000). Desde el construccionismo, el pensamiento narrativo está centrado en las emociones, los relatos, las experiencias cotidianas y en las intenciones, en donde la narrativa resulta crucial en el desarrollo del sentido del self y de un mundo constante que hace alusión a tempranos procesos de secuencialización analógica de experiencias.

Algunos constructivistas, cuya postura es coincidente con la perspectiva construccionista mencionan que este proceso de ordenamiento de la experiencia para mantener la propia coherencia no cesaría nunca en la vida del sujeto (Reda, 1996; Guidano, 1991; 1994; 1995; Siegel, 1996; en Díaz, 2007).

Mientras para muchos constructivistas tradicionales las explicaciones narrativas cognitivas tienen soporte en los procesos de memoria, los teóricos interesados en la construcción social de las narrativas tienden a destacar la inspiración desde la teoría literaria contemporánea (Neymeyer, 2000). Para Bruner, (1998), la narrativa es un sistema de ordenamiento intuitivo,

²⁸ Agrega Madison: “no quiero decir con esto que no ocurran hechos *reales*, o que se pueda persuadir a la gente de cualquier cosa. Los chicos se caen de los triciclos, las drogas afectan a la gente, las personas pierden sus empleos y las parejas se divorcian. Los hechos ocurren, pero los significados que les atribuimos se construyen en el lenguaje” (Madison, 1988; en Anderson, 1999)

imaginativo, que brinda descripciones metafóricas e interpretativas. Es de tipo analógico y pertenece al ámbito del sentido común. Lo fundamental de la narrativa es la importancia que tiene en el sentido del funcionamiento del lenguaje y cómo a través de éste se comprenden, la construcción de la identidad y los significados de la experiencia vivida.

Para los construccionistas, las narrativas son formas de representar la realidad personal, pero también son modos de constituir la realidad social. Las narrativas de vida están sistemáticamente “enredadas” dentro de la fábrica de la cultura: en el lenguaje, en comunidades interpretativas, en un campo sociohistóricamente delimitado de géneros, guiones, argumentos (Mahoney, 2000). Anderson, plantea que la narrativa es una forma de discurso, una manera de organizar, explicar y dar sentido (dar estructura y coherencia) a las circunstancias y sucesos de la vida de los individuos (Anderson, 1999). En la experiencia de la vejez, se generan múltiples discursos, que como libros, texto y pre texto de dichas historias se pueden hacer diversas interpretaciones, y en base a ellas, los mismos autores hilan, tejen y entretejen sus relaciones. Esas voces humanas en su conjunto son como música, cuya sinfonía crea y recrea identidades.

Es así como desde la perspectiva de la narrativa y la teoría construccionista las experiencias e intenciones de los ancianos y cuidadores le dan sentido a sus identidades. Sus múltiples vivencias generan una diversidad de discursos, los cuales interpretan y reinterpretan a través del tiempo. Cada momento es diferente para ellos, es decir, la comprensión y significación que le otorgan a la dependencia y al cuidado surge como nueva cada vez que se habla de ello.

2.4.2.3. La construcción de la identidad narrativa

Según la perspectiva construccionista, los distintos tipos de conocimientos pueden identificarse como versiones consensuadas de la realidad, producto de interacción y negociación interpersonal, en donde el significado no se produce únicamente como resultado de la mente, ya que sólo sería posible en el contexto del discurso que lo sustenta (Gergen, 1985). De este modo, se entiende que en múltiples contextos encontraremos múltiples significados y podríamos introducir el concepto de Moscovici de “polifasia cognitiva” que se refiere a la heterogeneidad de significados acerca de un mismo fenómeno (Castorina, 2003).

Por otro lado, muchos de los planteamientos de Gergen (2006), se consideran relevantes para entender cómo las problemáticas individuales, y su significado son referidas externamente al dominio inmediato de su funcionamiento individual, explicado como el resultado de una dinámica compleja (muchas veces dolorosa) entre la narrativa que define al individuo y el discurso más general en que se desenvuelve.

De esta forma, se puede entender que el *self* (sí mismo) surge en la construcción de un diálogo entre el individuo y los otros, incluidas las instituciones sociales. Al concepto de sí mismo, Gergen (1985), lo denomina “self relacional” para destacar que el sí mismo, va más allá de los límites de la corporalidad. En concordancia con el planteamiento de Gergen, identificamos la postura de Neymeyer (2000:216), la cual adquiere relevancia en nuestro trabajo:

...el *sí mismo* está situado no tanto psicológicamente ni socialmente, sino dialógicamente, además, sostiene que el autor de los relatos que se dicen de sí mismos, se dicen siempre en función de ambos: el *self*, (sí mismo) y el otro, en donde cada expresión es siempre una respuesta, en mayor o menor grado, a expresiones previas de otros.

Para Guidano (en Balbi, 2004), el significado personal se construye sobre una identidad narrativa. Dicho autor, considera que el uso del lenguaje narrativo posibilita en los humanos la distinción de la variada información proveniente de la propia experiencia inmediata (emociones, imágenes, sensaciones, motricidad) y su organización en una dimensión autorreferencial (que hace alusión a sí mismo), unitaria y continua que experimentamos como un yo propio.

No obstante, esta atribución a la identidad, se queda mayoritariamente en el plano individual, deja de lado la importancia que tiene “el otro” en la conformación de nuestro sí mismo; es decir, se asume la importancia del lenguaje narrativo, negándole peso a que el contenido de las narraciones de los “otros” influyen y en muchos casos determinan las nuestras. Situación diferente la presentada por Neimeyer (2000), quien proviene de una posición constructivista, pero, a nuestro entender, ha trascendido a una visión reduccionista de la formación de la identidad narrativa, ubicándose en una posición más cercana al construccionismo social. En nuestra investigación, la postura de Neimeyer es considerada relevante en la comprensión del sí mismo de los participantes.

Para Neimeyer (2000), la integración total de la personalidad, de la identidad individual es un objetivo utópico, pues la red de relaciones en las que estamos inmersos es por sí misma complicada, incluso contradictoria. De este modo, el *self* está repartido de manera heterogénea a través de una variedad de reconocidos discursos que emergen desde una interacción de varias redes de relaciones, patrones familiares, categorías lingüísticas y objetos significativos.

En otro sentido, en esta posición constructivista²⁹ se asume que cada persona opera en un marco de significado diferente y único, en el que desempeñan papeles a través de la participación en un consenso social, a través de las conversaciones con la gente. Para esta perspectiva, la persona cuenta, pero el significado de sus acciones sólo se puede entender mediante la referencia a la red social (Efran y Fauber, 1998, en Neimeyer y Mahoney, 1998). Similar planteamiento hace Joy (1993, en Anderson, 1999:282), “podemos decir que la vida de una persona es una combinación de muchas líneas narrativas diferentes”.

Lo que se afirma en los discursos comunitarios-sociales tiene efectos reales para aquellos que viven “dentro de ellos”. En este sentido, las narraciones de la vejez, la dependencia y el cuidado, orientan acciones sociales dirigidas a los sujetos en esta experiencia, de hecho, se

²⁹ Como se mencionó al inicio de este capítulo, algunos constructivistas, entre ellos Goncalves, Mahoney y Neimeyer, al igual que otros orientados al constructivismo radical, incorporan visiones de construcciones tanto individuales como sociales en una interacción dialéctica y a partir del lenguaje para interpretar distintas realidades problemáticas de los individuos en un determinado contexto. En esta posición encontramos una gran semejanza con la postura de los construccionistas sociales como Wittgenstein, Gergen y Anderson. En esta integración del constructivismo radical y el construccionismo es en la que sustentamos nuestra postura.

constituyen en acciones sociales propiamente. Cuando insistimos en que los discursos dominantes sobre la vejez reflejan una imagen negativa de los viejos, las acciones que se derivan de tales discursos tienden a la discriminación, a la exclusión y al aislamiento de este grupo social.

Por lo tanto, es necesario ubicar en qué *contexto* surgen las narrativas de la vejez; ¿dónde, cuándo, quiénes y qué se dice de la vejez, de la dependencia y del cuidado? Es decir, ¿cuáles son los argumentos que otorgan significado? ¿Cuáles son las características psicosociales de los narradores? ¿Cuál es la intencionalidad de esos argumentos? ¿Cómo se producen y se reproducen? Los temas de las narraciones, muchas veces parten de propósitos ocultos (inconscientes) del mundo de la persona que organizan de manera central los discursos autobiográficos. Las aproximaciones a la identidad narrada, a los discursos de la experiencia vital de los participantes son elementos fundamentales con los que se construye, deconstruye y reconstruye el fenómeno a investigar; no obstante, es necesario explicarlo (al sujeto-objeto) desde determinados presupuestos acordes con el objetivo y preguntas de investigación.

2.4.3. El Construccionismo Social y la Teoría de las Representaciones Sociales: sus puntos de encuentro

Hasta el momento, se han considerado los principales elementos de la TRS, del construccionismo social y la narrativa. A continuación se intenta argumentar el por qué la TRS tiene una relación importante con el enfoque construccionista, a partir de las reflexiones de los teóricos de las RS. Por ejemplo, Rodríguez (2006:59), retoma planteamientos de dos de los principales defensores de las RS: Marková y Banchs, quienes argumentan que la epistemología que orienta esta teoría es dialógica y que comparte presupuestos epistemológicos y ontológicos con el construccionismo social, tales como el rechazo de la racionalidad positivista, el giro hermenéutico, la dimensión construida de los hechos sociales, la naturaleza social del conocimiento científico, el reconocimiento de la naturaleza simbólica e histórica de la realidad social, la importancia del concepto y fenómeno de la reflexividad, la naturaleza relacional de los fenómenos sociales, entre otros.

Además, para Valencia y Elejabarrieta (2007; en Rodríguez, 2007:90), la TRS “se puede considerar un marco psicosocial de conceptos e ideas para el estudio de los fenómenos psicosociales de las sociedades modernas”. Estos autores, en un esfuerzo por dejar de lado las posturas reduccionistas de un individualismo o colectivismo metodológico, aluden a las aportaciones de Mead y Berger y Luckman, donde el primero plantea que: “la conducta de un individuo sólo puede ser entendida en términos de la conducta de todo el grupo social del cual es miembro”; y los segundos afirman que “la sociedad es un producto humano y el hombre es un producto social”. Con ello se asume la necesidad del objeto de explicación social como resultado de interacciones a distintos niveles de análisis y con ello superar la dicotomía individualista-colectivista (Valencia y Elejabarrieta, en Rodríguez, 2007).

Así, “hablar de subjetividad remite a una asunción de las personas no como individuos aislados, sino como actores sociales activos y caracterizados por su inscripción social que

remite a dos aspectos de la vida cotidiana que se desenvuelve siempre en un contexto social” (Rodríguez, 2007:206). De esta manera, en el momento en que comprendemos el discurso de la subjetividad, la construcción del sí mismo del individuo, podemos entender cómo ello influye en la construcción del mundo de relaciones, pues la subjetividad se sitúa siempre en el contexto con el otro (Berger y Luckman, 2005; Neymeyer, 2000).

Una de las afinidades de la TRS con la postura construccionista, la podemos identificar en lo que dicen Elejabarrieta y Valencia retomando a Moscovici (en Rodríguez, 2007:111); de acuerdo con estos autores, las RS “se enmarcan en un contexto constructivista, en donde se parte de la relación yo-objeto, relación entre la cognición “social” y un objeto de conocimiento social. Según Moscovici, la respuesta incluye el que el conocimiento social es co-construido por el conocedor (yo) y el otro (la otra persona, grupo, sociedad, cultura)³⁰. La TRS integra de este modo, una explicación psicológica y social, pues le da importancia a los aspectos cognitivos, que no pueden ser negados, y a los aspectos de construcción social de lo real, así como a su génesis y funciones sociales (Valencia y Elejabarrieta, 2007; en Rodríguez, 2007).

El concepto de identidad social en la TRS, se enmarca como una categoría que tiene sus bases en representaciones polémicas de los problemas sociales, se inserta asimismo, en un proceso en el que los objetos y los acontecimientos sociales son combinados, interrelacionándose con las intenciones, acciones y fundamentos ideológicos de los individuos (Wagner, 1994, en Mercado y otros, 1995). En la perspectiva construccionista, la identidad se forma por procesos sociales, se halla en una relación dialéctica con la sociedad. Los procesos sociales involucrados, tanto en la formación como en el mantenimiento de la identidad, se determinan por la estructura social (Berger y Luckman, 2005). Por otro lado, Gergen (1977, en Anderson, 1999), sugiere que el propio ser y la identidad propia son realidades narrativas, construidas socialmente en el lenguaje, realidades que narramos continuamente a los otros y a nosotros mismos.

Por su parte, las RS emergen en espacios de la realidad intersubjetiva, no son producto de mentes puramente individuales, aunque canalizan su expresión a través de ellas. Las RS surgen en un interjuego entre lo subjetivo y lo objetivo, entre la agencia y la reproducción, que constituye lo social, por ello, la asunción de lo social es esencial en el enfoque de la RS. Con lo anterior, observamos que ambas posturas vinculan y consideran como interdependientes a la identidad social con la identidad individual, pues tener un yo (una identidad) equivale a estar relacionado con los demás (Gergen 2006), dicho de manera muy sencilla, gracias al tú existe el yo. Por otro lado, interpretar retóricamente el pensamiento social y del sentido común contribuye al análisis de las RS como medios para la construcción de identidades que siempre se definen frente a una alteridad, frente a un “otro”.

³⁰ De alguna manera, algunos teóricos de las RS, como del enfoque constructivista hacen planteamientos que desde nuestro punto de vista se acercan más a posiciones construccionistas, desde el momento en que incorporan al contexto social y al lenguaje como parte de la comprensión de la realidad social.

Otro punto en común es la relevancia que tanto la TRS como la tradición construccionista le dan al lenguaje-discurso. Para los construccionistas, la vida cotidiana por sobre todo, es vida con el lenguaje que se comparte con los otros y por medio de él (Berger y Luckman, 2005). En este sentido, Moscovici (1998, en Rodríguez, 2006) plantea que la perspectiva del análisis del discurso no contradice su teoría, más bien contribuye a su desarrollo, pues la importancia del estudio de las prácticas discursivas son necesarias para el análisis de las RS. Mediante la conversación, es posible observar los aspectos argumentativos, los puntos de vista comunes y la discusión de tópicos de controversia. Un punto de vista complementario, es el de Wagner (2005), quien entiende el discurso social no sólo como un proceso de pequeños grupos, tal como la conversación o discusión entre gente de ciertas lugares, como por ejemplo los bares, sino también como un fenómeno colectivo o institución social.

Es en este momento del análisis del discurso, donde cobran sentido las narrativas, puesto que para explorar las representaciones de un grupo social las considera como el método ideal³¹, ya que los miembros de cualquier grupo social se organizan narrativamente (Rodríguez, 2006). Laszló (1997; en Rodríguez, 2006), influenciado por la postura de Bruner, supone que las RS se organizan narrativamente. La importancia de éstas radica en que son el fundamento de la vida social y del pensamiento ordinario o de sentido común. Siguiendo a Rodríguez (2006), agrega que las narrativas tienen la ventaja de recuperar el carácter temporal de la experiencia y los referentes sociales y culturales, esto es, vinculan lo colectivo en lo individual. Además, las narrativas ayudan a superar el dilema de la investigación empírica sobre RS, ya que éstas se basan en materiales discursivos individuales.

Después de revisar los aportes de las teorías, podemos plantear que desde los más destacados teóricos de las representaciones sociales hasta las posturas construccionistas aluden a que los fenómenos psicosociales solo se comprenden ubicados en el contexto de condiciones históricas, culturales y macrosociales. La comprensión de los aspectos subjetivos de los participantes adquiere un papel importante si se explican desde su relación con la dimensión social y simbólica, por ello fue necesario recurrir a más de un marco explicativo.

La decisión de integrar las perspectivas teóricas mencionadas obedeció a que comparten algunas premisas relacionadas con aspectos centrales del tema de estudio. En este sentido, si el interés principal fue explorar los significados subjetivos de la vejez avanzada, la dependencia y el cuidado a partir de las narrativas de ancianos y cuidadores, además de comprender cómo la subjetividad individual es interdependiente de la subjetividad social, entonces, cabe adentrarnos en algunos principios básicos de las dichas teorías:

- Las RS hacen relevante las vinculaciones entre lo macro y lo micro, la acción y estructura y lo individual y lo social. Según Wagner, (1998:317) las significaciones solo existen encarnadas en las instituciones (el individuo también es una institución).

³¹ Siempre y cuando los objetivos y las preguntas de investigación se orienten al uso de este método. Además, tampoco se pretende descalificar otras herramientas metodológicas para el análisis de la información que han sido utilizadas exitosamente en otras investigaciones.

- El constructivismo radical orientado a la terapia postula que el consenso social se desarrolla a través de la participación de la gente en él. La persona cuenta, pero el significado de sus acciones sólo se puede entender mediante la referencia a la red social (Efran y Fauber, 1998).
- Desde el construccionismo, la sociedad es un producto humano y el individuo es un producto social (Berger y Luckman, 2005). Para el construccionismo social, es el contexto interaccional y comunal el que produce significación (Gergen, 1996).
- En otro sentido, el género, como construcción cultural determina el rol social de hombres y mujeres. La construcción social de ser mujer va de la mano de la construcción social de ser hombre. Cole (1996) concibe el género: “como un esquema continuo de categorización social de los individuos, para describir las características psicológicas y sociales consideradas como masculina o femeninas”.

El peso que estos enfoques le dan a la interrelación entre el individuo y la sociedad, hizo posible una mejor comprensión de los significados en torno a la vejez, a la dependencia y al cuidado. En palabras de Castoriadis (1989), significa entender el fenómeno de estudio desde el *magma de las significaciones sociales imaginarias*³². Así, en la interdependencia de lo individual y lo social surgen sentidos subjetivos y significados sociales de las experiencias vividas de ancianos y cuidadores. Las imágenes, creencias y estereotipos que conlleva la vejez dependiente y la tarea de cuidado surgen en el contexto de la parte y el todo, es decir, en las relaciones de hombres y mujeres mayores consigo mismos, con la familia y con la comunidad. Todo ello junto, va configurando identidades (sí mismos) en relación, es decir identidades subjetivas e identidades sociales.

Otros principios que fundamentan lo anterior son:

- Las RS se producen, se recrean y se modifican en el curso de las interacciones y las prácticas sociales: este es su estatus ontológico.
- Para las RS la identidad no es un atributo o propiedad intrínseca del sujeto, sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional (Giménez, 1992). De esta forma, la identidad tiene que ver con la forma que el sujeto realiza las representaciones que tiene de sí mismo y de los grupos a los cuales pertenece.
- El constructivismo-construccionismo social trasciende la comprensión de la mente y los procesos cognitivos individuales y se enfoca en el mundo del significado y el conocimiento compartidos intersubjetivamente.
- Al igual que en otros fenómenos sociales, en el caso de nuestro estudio la dimensión de género se constituyó en un esquema continuo de categorización social de hombres y mujeres. Este enfoque se centra de manera primordial en el lenguaje como medio de construcción de significados acerca de lo masculino y lo femenino.

³² Castoriadis sugiere un modo de escapar a la venerable dicotomía entre el individuo y la sociedad al plantear que el individuo es parte de la autoinstitución de la sociedad; es una institución que encarna las significaciones sociales imaginarias. El concepto de *magma de las significaciones sociales imaginarias*, es en última instancia, la unidad y la cohesión interna de la inmensamente compleja urdimbre de *significaciones* que impregnan, guían y dirigen toda la vida de una sociedad dada y de los individuos concretos que la constituyen (Castoriadis, 1989).

De esta forma, surgió otra dimensión clave en este estudio: el lenguaje-discurso, dado que la manera en que nos representamos el mundo, lo conocemos a través de lo que hablamos de él, y construimos diferentes realidades en base a los múltiples discursos. Las construcciones y representaciones que hombres y mujeres mayores, cuidadoras y cuidadores hacen de la vejez, la dependencia y el cuidado se dan a conocer en el discurso, por tal motivo, el análisis de las narrativas de los participantes se construyó a partir del enfoque narrativo.

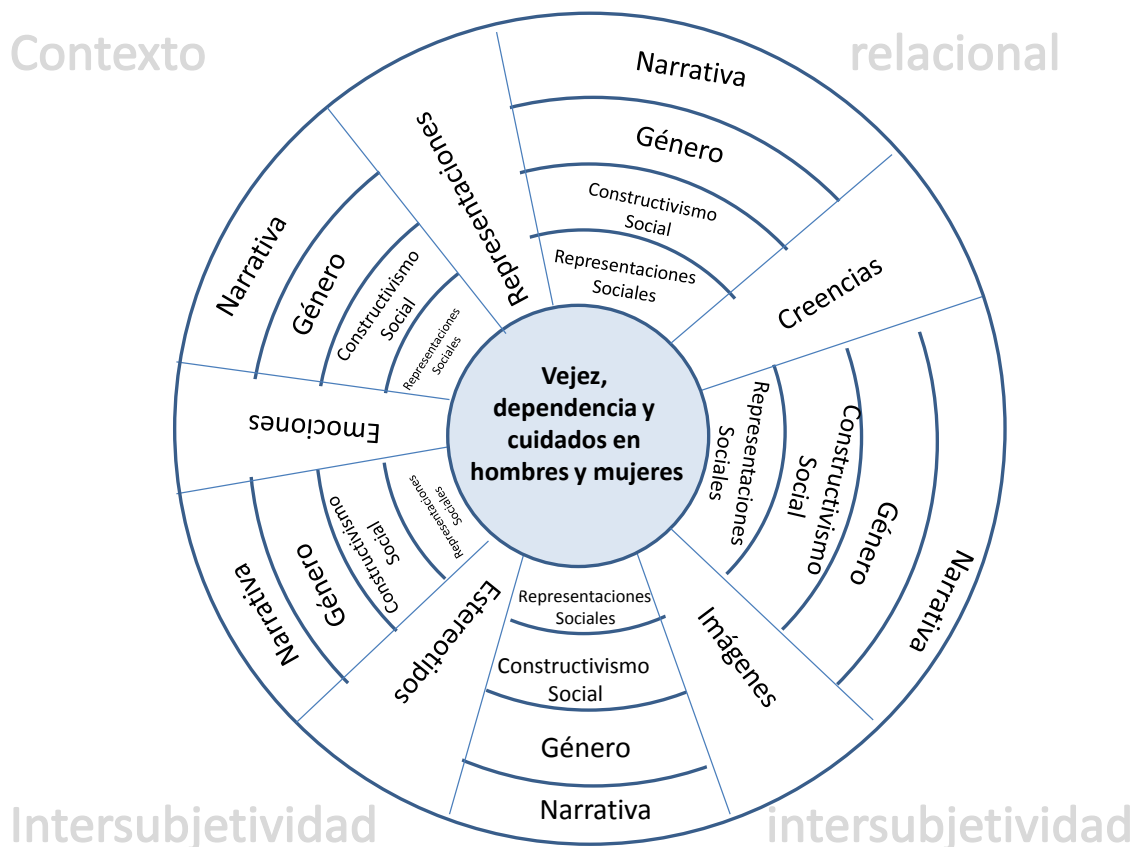
Las premisas del enfoque narrativo que se muestran a continuación, dan cuenta de la posibilidad de articulación con las teorías de representaciones sociales como en el constructivismo-construccionismo social.

- Las RS se organizan a través de narrativas (Lazló, 1997). Tienen la ventaja de recuperar el carácter temporal de la experiencia y los referentes sociales y culturales, esto es, vinculan lo colectivo en lo individual.
- Desde el construccionismo, la narrativa es un esquema discursivo situado en contextos locales, individuales y en contextos más amplios, como las reglas y convenciones culturales (Anderson, 1999).

Las bases teóricas representaron un “faro” que iluminó el entendimiento de las diferentes formas en que se representan los hombres y mujeres en edad avanzada, que padecen alguna enfermedad crónica que los convierte en personas dependientes. Asimismo, las distintas imágenes del cuidado y de los cuidadores en este proceso. Todo ello en una interacción de lo macro con lo micro social.

La literatura revisada, el objetivo y las preguntas de investigación nos condujeron a respaldarnos en las perspectivas teóricas principales y sustantivas ya explicadas anteriormente. De esta manera, el andamiaje teórico en el que nos apoyamos fue el cimiento sobre el que se construyó la forma y procedimientos para explorar el objeto de estudio. La figura 1 de la siguiente página muestra la articulación teórica con el objeto de estudio. Posteriormente abordaremos los referentes conceptuales de nuestro tema de estudio.

Fig. 1 Construcción del objeto de estudio a partir de la teoría



Construcción propia

2.5 La cuarta edad: algunas precisiones conceptuales

Las definiciones son útiles en la medida en que nos ayudan a precisar, describir y contextualizar la construcción del objeto-sujeto de estudio. Para entender el contexto particular en que se inserta esta investigación, es importante incorporar algunos referentes conceptuales que nos introducen a los escenarios particulares de los hombres y mujeres mayores en situación de dependencia. Asimismo, nos adentramos al proceso de enfermedad y su significado.

2.5.1. Las definiciones de la dependencia

Actualmente es necesario hacer una distinción entre los “viejos jóvenes” y los “viejos-viejos”, de lo cual surge una nueva nomenclatura para designar a los mayores de 75 años: la cuarta

edad, que implica el deterioro funcional y la discapacidad (manifestados en la disminución de las capacidades físicas o mentales, la discapacidad y la enfermedad) (Ludi, 2005; Solis, 1999:46).

Hay explicaciones que destacan los aspectos de la deficiencia, la discapacidad y las desventajas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (García, Rabadán y Sánchez, 2006); otras que integran elementos culturales, contextuales, emocionales y afectivos como determinantes o influyentes en la interacción de las personas dependientes con su familia (Montorio y Losada, 2004).

De esta forma, históricamente, en todas las culturas se ha documentado que a las personas con deficiencias se les asigna un estatus diferenciado, pues la sociedad ha puesto el acento en la desviación (Becker y Goffman, 1963; en Peters, 1998). Las teorías de control social como la teoría del etiquetado, la sociología médica y el estudio de la desviación han seguido aferrados a los paradigmas básicos que privilegian las descripciones de persona enferma de Parsons, y al concepto de “establecimiento sanitario total” de Goffman, en su texto *Internados*.

En este sentido, la cultura ha puesto un sello importante a la imagen e identidad de las personas con discapacidad, los viejos entre ellos, pues dentro de la formación cultural, los rituales y símbolos entretejen la historia, la biología, el espacio privado y la vida personal, pero también la vida social y el contexto institucional, produciendo metáforas de la discapacidad importantes (Peters, 1998). Lo que predomina en las imágenes culturales es la caracterización de los ancianos discapacitados como “carga” o “un gran peso social”; a los ancianos con discapacidad se les infantiliza y se les niega el estatus de sujetos activos, es decir, al igual que la población infantil, se les ubica como una población dependiente en todos los sentidos, pues hay que asesorarlos y decirles lo que les conviene y lo que los daña.

En otro plano, Kittay (1999; en Robles, 2006) señala que la discapacidad que acompaña a la dependencia no está determinada por el deseo o la suerte, sino por determinantes biológicos combinados con las circunstancias sociales y tecnológicas que alivian o empeoran la condición de la dependencia de un sujeto en particular. Se pueden hacer incluso más clasificaciones como ocurre con las personas mayores de 80 o 90 años, en las que se identifican otros factores, como son los grados de dependencia más severos sin posibilidades de interacción social, o los ratios de género derivados de las tasas diferenciales de mortalidad entre hombres y mujeres (Kehl y Fernández, 2001; Osorio, 2006). Así, el intento de delimitar la tercera o la cuarta edad en términos estrictamente cronológicos, está lleno de dificultades pues se entrelazan elementos de las distintas categorías de edad: biológica, psicológica y social.

En el campo gerontológico la dependencia es definida como el resultado de las limitaciones que aparecen a partir de los 65 años y que originan déficits que limitan el papel normal de la persona (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales). Supone además la imposibilidad para llevar a cabo por sí solo las actividades personales imprescindibles para la vida independiente. El camino hacia la dependencia se inicia con una deficiencia, a la que

sigue una discapacidad que, si no se corrige provoca en el extremo final una discapacidad severa e irreversible (Moragas y otros, 2003). Al producirse una pérdida de autonomía, surge la necesidad de un tipo de ayuda humana o técnica para realizar las actividades cotidianas (García, Rabadán y Sánchez (2006).

La OMS define la dependencia de la siguiente manera:

Se distingue la deficiencia, la discapacidad y las desventajas. La situación de dependencia de la persona se explora a través de seis actividades fundamentales ejercidas por todo ser humano, independientemente de su contexto social (tareas de supervivencia): la orientación, la independencia física, la morbilidad física, las ocupaciones, la integración social y la suficiencia económica. En este marco la “medida” de la dependencia se sitúa en el nivel funcional de la discapacidad/capacidad. Pero en la práctica existe un deslizamiento hacia el nivel de la traducción social de la discapacidad: la situación de desventaja (García, Rabadán y Sánchez, 2006).

Es importante considerar otras dimensiones de la dependencia. Diversos autores mencionan que además de los condicionantes físicos se debe resaltar la importancia de factores culturales, contextuales y emocionales o afectivos, como la disminución de la autoestima y de la percepción de la auto eficacia, del auto concepto y del bienestar subjetivo (Montorio y Losada, 2004; Allen, Fruhauf y Jarrot, 2006). Dichos aspectos emocionales y subjetivos tendrán también influencia en la interacción con las personas más próximas al adulto mayor, como es la familia, afectando positiva o negativamente las relaciones entre ellos (Izal y Montorio, 1999).

Por su parte Robles, en su estudio sobre el cuidado a enfermos crónicos, retoma a Kittay (1999; en Robles, 2007) para definir la dependencia como una experiencia en la que se remite a los sujetos a una posición desigual ante los demás, en la que la pérdida de la autonomía y la independencia son una limitante para participar de los beneficios y de las cargas de la cooperación social. Para Kittay, las causas de la dependencia son tres: el desarrollo humano, la enfermedad y la declinación; cada una de ellas genera un tipo particular de dependencia y a su vez, diferentes tipos de cuidado (Kittay, 1999; Robles, 2007:43). Las anteriores circunstancias en los ancianos los conducen a requerir inevitablemente acciones de cuidado. De esta forma, enfermedad y cuidado se convierten en un binomio que integra una realidad: ser un sujeto dependiente, con una imagen de devaluación personal y social.

2.5.2. El significado de la enfermedad

Las enfermedades crónico-degenerativas están asociadas a la vejez avanzada. Desde un enfoque fenomenológico, las enfermedades crónicas representan una forma distinta de “estar en el mundo”, una vivencia que se caracteriza por una pérdida permanente del sentido de integridad con la que los individuos se experimentan a sí mismos, una elevada incertidumbre con la que los individuos no están acostumbrados a enfrentar. Charmaz (1983), desde un enfoque sociológico plantea que en la enfermedad crónica, el yo se deteriora por el sufrimiento, perdiendo así su autoestima y su identidad. También explora la construcción

social de la autocompasión, la cual se desarrolla bajo la influencia de condiciones socialmente estructuradas, en donde toma un papel importante la desacreditación social de la persona enferma (Charmaz, 1980).

Bury (1982), explora dos tipos de “significado” en las enfermedades crónicas: en primer lugar, el significado subyace a las consecuencias individuales de la enfermedad. Los efectos de la aparición de de síntomas perjudiciales en la vida diaria. En segundo lugar, los síntomas pueden ser vistos en términos de su trascendencia. Estos planteamientos operan de forma tal, que diferentes condiciones nos conducen a múltiples connotaciones e imágenes. Estas diferencias pueden tener una profunda influencia sobre cómo los individuos que padecen la enfermedad se ven a sí mismos y cómo ellos creen que los perciben los demás.

Las condiciones a las que llevan las enfermedades crónicas varían en forma importante en términos no sólo de las molestias o daño físico, sino también de su significado simbólico dentro de espacios en donde prevalece cierto orden socio-cultural. La interpretación sociológica ha sido útil para explicar que el modelo biomédico de enfermedad es inadecuado en sí mismo, pero también hay una dimensión del modelo sociológico que hace énfasis en el aislamiento, el estigma o el estatus principal de las marcas de la enfermedad y el deterioro (Bury, 1991; Bury y Taylor, 2007).

En muchos casos, el aislamiento y estigmatización a que conduce la enfermedad crónica, produce lo que Gergen (2006) denomina el “discurso del déficit”, el cual se construye a partir de la enfermedad, la patología y la disfuncionalidad, discurso que es reforzado por las profesiones que se orientan a la atención de la salud física o mental. En el estudio de la vejez, los ancianos que sufren deterioro y son incapaces de cuidar de sí mismos por sufrir enfermedades crónicas, llevan a costas los impactos físicos, emocionales y sociales. Es decir, hay una transgresión a la identidad, pues se afecta la autoestima y la seguridad a partir de verse obligados a abandonar roles sociales y familiares.

En base a lo anterior, en el proceso del deterioro se genera una relación dialéctica entre enfermedades físicas y las llamadas “enfermedades mentales o emocionales”. De esta forma, el elemento emocional en los ancianos, surge como una dimensión relevante en el análisis de la vejez avanzada. Por tal motivo, es importante explorar el impacto que reciben los ancianos no sólo a nivel físico, sino también emocional al interiorizar en su sí mismo la identidad del deterioro. En el plano físico, la enfermedad representa un ataque a la identidad, surgiendo lo que Bury (1991) denomina una *biografía interrumpida*, en la cual se suspenden tanto los supuestos y los comportamientos que se daban por sentado; se replantea y redefine el concepto del yo y surge una alteración de recursos personales cotidianos.

2.5.3 *Las marcas del deterioro en la vejez*

La representación de la vejez con deterioro se vincula a conceptos de deficiencia, devaluación, estereotipo y estigma. Estas etiquetas van conformando las identidades en los viejos, a quienes se les asignan un determinado papel en la sociedad. Aportes de teóricos como Goffman en su

texto *Estigma: la identidad deteriorada*, son de utilidad para entender la construcción de las identidades en la cuarta edad. Según Goffman, el proceso de envejecimiento es representado frecuentemente como una máscara. La imagen de un disfraz que es involuntariamente asumido en la medida en que envejecemos nos lleva al corazón de la construcción social del envejecimiento, que implica un equilibrio tenso de poder entre el individuo y la sociedad. El *self* (sí mismo) llega a sentirse atrapado en un cuerpo que ya no puede expresar físicamente su verdadera identidad. La persona mayor ha perdido su capacidad de autocontrol, de manejar las impresiones de los demás en su presentación y expresión de su identidad en la vida cotidiana (Goffman, 2006).

Vinculado al planteamiento del párrafo anterior, encontramos el concepto de identidad deteriorada con la desvalorización, estigmatización que se da hacia las personas que se perciben inutilizadas, discapacitadas, dependientes de los demás. La identidad deteriorada representa un estigma, al cual se le considera como el atributo de la persona que es reducida a un ser desvalorizado, por la visión que tenemos de la misma al estar presente entre nosotros (Goffman, 2006). El estigma “a veces también recibe el nombre de defecto, falla o desventaja”; en este tipo de falla o desventaja se encuentra el deterioro físico en la vejez.

En la vejez avanzada, sea hombre o mujer con falta de autonomía, se es poseedor de una identidad que refleja información de su individualidad, de su yo. Esta información que se transmite por la misma persona a la cual se refiere, se manifiesta a través de la expresión del cuerpo ante aquellos que son observadores de esta expresión (Goffman, 2006). Este autor, denomina “social” a todos los signos de información corporal que reúnen estas propiedades. En tanto estos signos son accesibles en forma frecuente y regular y recibidos rutinariamente, éstos pueden recibir el nombre de “símbolos”. Según Goffman, existen “símbolos de prestigio” y “símbolos de estigma”, refiriéndose con estos últimos a los que se reflejan a través de “marcas” en el cuerpo.

En este estudio se intenta explorar la dependencia en los ancianos, en el sentido no sólo de las “marcas” que impone a los cuerpos envejecidos del individuo, sino en la inmovilidad, simbolizados en la cama, la silla de ruedas, el bastón o la andadera, por mencionar algunos. Estos “símbolos” sociales de la vejez y sus “marcas” individuales constituyen las imágenes y creencias que influyen en el proceso de envejecer, no sólo de los ancianos, sino de quienes viven con ellos esta experiencia: sus cuidadores.

2.5.4. *Identidades deterioradas*

Al viejo se le percibe como alguien “extraño” quien posee un atributo que lo vuelve diferente de los demás dentro de la categoría de personas a las que él tiene acceso, y lo convierte en alguien “menos apetecible”. Así, la vejez y la dependencia se han entendido principalmente como una cuestión biológica, condición que se sintetiza en lo que se denomina el “modelo de la deficiencia” (De los Reyes, 2003). Sin embargo, el significado construido socialmente no sólo es una cuestión de índole biológica, sino también de otros ámbitos de la experiencia personal, social y cultural (Robles, 2005). Se podría decir, de acuerdo con Gergen (1996) que

la imagen de la vejez con deterioro ha sido tradicionalmente etiquetada como una experiencia negativa a partir de declaraciones conjuntas surgidas en los distintos grupos sociales; las palabras adquieren su significado solo en el contexto de relaciones socialmente vigentes.

Algunas premisas construccionistas fueron útiles para este estudio, sobre todo aquellas que establecen que los diferentes significados de los discursos sociales crean realidades múltiples (Gergen, 1996). Para este autor, “los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos del intercambio situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas” (Gergen, 1996:73). De esta forma, el deterioro del funcionamiento físico y psicológico durante la vejez no es un simple reflejo de lo que está ahí; más que una configuración dada, lo que constituye la declinación deriva de un dominio especial de valores como la productividad o el individualismo, junto con varias asunciones, vocabularios, instrumentos de medición y así sucesivamente (Gergen 2006:143).

Según Gergen, el encontrar alguien biológicamente o cognitivamente deteriorado constituye lo que se llama un logro de colaboración, es decir, un grupo profesional particular empleando asunciones particulares y valores dentro de una cultura dada, son quien denomina quien está en declinación o no (Gergen 2006). De manera general, la sociedad ubica a los adultos mayores como gente “decrépita y senil” como se señala en el apartado introductorio de este capítulo; no obstante, si bien los ancianos que sufren dependencia, están realmente incapacitados para realizar actividades físicas, esto no quiere decir que no tengan otro tipo de capacidades. Muchos de ellos, desarrollan o refuerzan potencialidades que surgen de distintos ámbitos, como el espiritual, o religioso y también de su capacidad para mantener vínculos cercanos. A continuación se abordan aspectos que permiten enfrentar de forma positiva la adversidad de la enfermedad y el deterioro, aspectos que de alguna manera promueven resiliencia en los adultos mayores.

2.6. Resiliencia en la vejez

El enfoque de resiliencia permite de manera general, reconocer y potenciar recursos personales e intrapersonales que protegen el desarrollo de las personas y su capacidad constructiva y creativa para enfrentar situaciones-problema (Knopoff, Santagostino y Zarebsky, 2004). Desde la psicogerontología, suele considerarse a la resiliencia como parte del proceso evolutivo, pues dadas las condiciones adversas que muchas veces enfrentan los mayores, ser resilientes pone en juego la posibilidad de recuperarse y seguir adelante a pesar de las dificultades. Según Sluzky (1996; en Knopoff, Santagostino y Zarebsky, 2004), para estar resiliente es fundamental el proceso interactivo entre el sujeto envejecido y su medio, pues de manera natural, la red social sufre más pérdidas y los esfuerzos que se hacen para mantener relaciones sociales activas son mayores a causa de las dificultades que aparecen en muchas personas mayores (como las limitaciones para movilizarse y la disminución del buen funcionamiento de algunos sentidos como la vista o el oído).

Los adultos mayores, en esta situación dejan de sentirse reconocidos, necesitados, en cierta forma, desvinculados del mundo que les rodea; a veces dejan de tener sentido por la existencia. Todo ello tiene sentido con los que argumentan Maturana y Varela: “somos seres que vivimos en el acto de conversar, nuestro espacio relacional consiste en redes de conversaciones [...] lo psíquico, o mental se manifiesta en el acto de conversar, que incluye palabras y emociones” (Maturana y Varela, 1984; en Knopoff, Santagostino y Zarebsky, 2004:222). Para ser resilientes en la vejez, estos últimos autores dicen que será necesario contar con mallas de protección externas e internas en una materia en la cual no siempre está bien delimitado lo que viene de “afuera” y del “adentro”, porque lo externo se vuelve interno y lo interno externo; la red externa refleja la interna y al revés, una es continuidad de la otra, a través de productos de sujetos que son protagonistas e instituyentes de su entorno. Estas mallas internas o externas son las que permiten resistir el deterioro y a veces trascender más allá de la muerte (Knopoff, Santagostino y Zarebsky, 2004:223). No obstante, en muchos casos, la mallas (o redes externas) no son suficientes o bien, no ofrecen una respuesta satisfactoria en situaciones críticas, entonces cabe la pregunta: qué elementos psicológicos (o internos) permitirán resiliencia en el envejecimiento?

Lo fundamental para adoptar una posición positiva ante el envejecimiento se sostiene en la calidad del narcisismo³³. El contar con una buena dosis narcisista le permitirá al sujeto que envejece enfrentar el desafío que le plantea la vida, soportar y adaptarse a los cambios que son el fundamento de la identidad (imagen, sexualidad, funciones, roles), logrando mantener una continuidad identitaria a través de dichos cambios (Suárez y Melillo, 2003; en Knopoff, Santagostino y Zarebsky, 2004). Es decir, asumir el proyecto de metamorfosis que se plantea el sí mismo (self) en cada uno de ellos.

Uno de los cambios trascendentales en esta metamorfosis de la vejez, lo representa la incapacidad de seguir siendo autónomo, independiente, lo cual lo ubica en una posición vulnerable y frágil que además no se puede enfrentar solo, se requiere del apoyo y participación de otro (s), esto es, en el momento que surge la necesidad de cuidado. En el siguiente apartado se abordan las principales dimensiones de este fenómeno.

2.7. El cuidado en la vejez: la dimensión individual y social

La experiencia del cuidado de las personas mayores se construye en la realidad de la vida cotidiana, en la interacción con los otros, involucra emociones que se expresan en las relaciones familiares, a la vez que contribuye a construir las y mantenerlas. Es en esa dimensión relacional donde los individuos pueden intervenir, donde la acción de cuidar como experiencia subjetiva, se traduce en una conducta motivada al logro de un fin; es decir, adquiere sentido (Robles, 2007). Cuidar es una experiencia humana universal que tiene una dimensión social importante (Ancizu y Bazo, 2001:47). Aguirre (2008), plantea que el cuidado

³³ En la tradición griega, el término narcisismo hace alusión al amor por sí mismo. Desde el psicoanálisis freudiano, el término narcisismo, designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetuales (Lapanche y Pontalis, 1977).

incluye aspectos materiales e inmateriales, donde está presente un vínculo afectivo, emocional y sentimental, entre el que otorga y el que recibe el cuidado. El cuidado, según Hochschild (2008:310), “es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, consciente o no, en el que ponemos algo más que la naturaleza del cuidado, ponemos tiempo, sentimientos, actos y pensamientos”.

Robles, considera al cuidado como una práctica social, cuya finalidad es que un individuo incapacitado en sus funciones básicas, pueda sobrevivir o progresar biológica y socialmente, al satisfacer sus necesidades por medio del cuidado. Esta autora, plantea que el cuidado en la vejez puede surgir debido a la edad, en la que de manera natural hay una disminución y/o pérdida de capacidades, que van afectando la autonomía de los sujetos. O bien, cuando aparece la enfermedad, provocando discapacidad en los ancianos, llegando de la misma forma a requerir de apoyo en su padecimiento (Robles, 2005).

Existe gran diversidad de formas de construir la noción de cuidado, lo que no cambia es la percepción de a quién le corresponde cuidar. Se ha discutido mucho sobre quiénes deben participar en el cuidado de personas que han perdido su autonomía. En algunos países desarrollados incluso se ha legislado al respecto³⁴; no obstante, el tema del cuidado aún sigue en constante debate. Distintos estudios coinciden en que para resolver las necesidades de cuidado, son tres los actores participantes: Estado-Familia-Mercado. Según estas autoras, el Estado y el Mercado, no dan una respuesta satisfactoria a los requerimientos de cuidado de las personas (Hochschild, 2008; Huenchuan, 2009; Robles, 2001).

En el caso de los ancianos, la respuesta aún se vuelve más insatisfactoria, pues si bien en el caso del cuidado a los infantes, el Estado y el Mercado son opciones accesibles para algunos sectores de población (en este caso están las guarderías públicas y privadas), dichos recursos no están en la misma proporción para ofrecerlos a los adultos mayores. Pues si bien, aquellos ancianos y sus familias que cuentan con ingresos suficientes pueden tener acceso a asilos o “residencias” para ancianos, estos casos son la minoría. El cuidado, se erige así en un asunto complejo que requiere de análisis más amplios. A continuación, algunas posturas teóricas sobre el cuidado.

2.7.1. Principales explicaciones acerca del cuidado

La investigación acerca del fenómeno de cuidado desde el punto de vista de Waerness (2001), se ha realizado principalmente desde dos perspectivas: la de planeación de servicios y la feminista. La debilidad de ambas perspectivas es que una deja fuera lo que la otra destaca; es decir, en la primera sus principales argumentos se basan en un lenguaje de racionalidad económica, técnica y legal, sin tomar en cuenta el “mundo real del cuidado”; mientras que la feminista no ha tenido efecto en la estructura de las organizaciones de cuidado.

³⁴ En el año 2006, se aprobó la Ley de Dependencia en España, que promueve la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

2.7.1.1. El cuidado desde la perspectiva de género: la postura feminista

El que las mujeres sean las que se ocupen principalmente de las tareas de cuidado de los mayores, está relacionado con la concepción que se tiene del papel de la mujer en la familia, con el asumir su habilidad de ocuparse y preocuparse de los otros, del cuidado y protección de los que son vulnerables, aspectos que se aprenden en una socialización primaria de la propia imagen materna, lo que implica una representación de la experiencia femenina misma (Maier, 2001). Es decir, a las mujeres se les hereda un cierto placer altruista de dar, nutrir y cuidar, asociado con la práctica del arquetipo materno de cuerpo-para-otros, lo que dificulta a las mujeres la autopercepción de sus propias necesidades.

Por ejemplo, en nuestro país la proporción de mujeres que cuida o atiende ancianos es mayor que la de los hombres. De un total de 922 mil personas que realizan esta actividad, 721 mil son mujeres y 201 mil son hombres, esto es, 78.2% y 21.8%, respectivamente (INEGI, 1996). Además, también dedican más tiempo al cuidado: 40.6% de las mujeres utiliza 21 o más horas de cuidado a la semana, este mismo tiempo lo realizan sólo el 15.6% de los hombres (INEGI, 1996).

Figura 2. Principales explicaciones del cuidado



Construcción propia

La postura feminista que maneja Waerness hace una revisión crítica de las principales aportaciones al tema del cuidado. Menciona que algunas de las principales autoras de esta corriente, han destacado el cuidado como un “trabajo” invisible de las cuidadoras en las familias y la forma en que esta tarea se comparte inequitativamente entre hombres y mujeres (Finch and Groves, 1983, en Waerness, 2001). Esta última autora, hace referencia a Guilligan (1982, en Waerness, 2001), para mostrar una postura que se sostiene en la filosofía moral del cuidado y explica las diferencias que existen entre hombres y mujeres al asumir una posición ante el cuidado, basada en una actitud moral.

Para Waerness, las diferencias no sólo se basan en la actitud moral ligada al género, también encuentra diferencias entre la cuestión de clase social o etnicidad, asumiendo que las distintas formas de otorgar el cuidado están permeadas por condiciones diversas. Otro autor, Tronto (1993; en Waerness, 2001), argumenta que no necesariamente las cualidades morales son indispensables para una actitud dispuesta para el cuidado, y orienta las críticas a que la ética del cuidado se debe discutir sobre las bases de un contexto moral y político.

Una conclusión importante de Waerness, es que toda la gente necesita cuidado, dado que es un aspecto universal de la experiencia humana. Pero hay variaciones basadas en diferencias biológicas, no es lo mismo cuidar a un bebé que a un anciano, hay necesidades específicas, cada quien requiere un tipo particular de cuidado. Por tanto, “el cuidado es universal y particular, lo que está construido para ser un cuidado adecuado, varía entre culturas y entre diferentes grupos en una sociedad” (Waerness, 2001:13).

La perspectiva feminista ha hecho grandes aportes al análisis del tema del cuidado. Las feministas plantean que esta labor se puede conceptualizar como una acción social, que recupera la posición de que el cuidado es trabajo, un trabajo arduo y pesado y, además, un trabajo femenino (Graham, 1983; Kittay, 1999; Pautassi, 2008; Robles, 2007; Sevenhuijsen, 1998). Lo anterior plantea un panorama muy heterogéneo del contexto del cuidado, en el que se identifican aspectos de desigualdad y desventaja social para las mujeres.

Desde el punto de vista del deber filial, toman importancia los aspectos éticos y morales que obligan a la familia a cumplir con la responsabilidad del cuidado. Al respecto, García, Rabadán y Sánchez (2006), plantean que existen dos razones distintas para establecer la relación entre las conductas de cuidado de los miembros de la familia y sus respectivos estatutos dentro de la estructura familiar y de la estructura social más amplia; la primera, es que las pautas de cuidados familiares reflejan la adhesión a una obligación moral “natural” o “inherente” de cuidar a sus miembros dependientes. La segunda razón, sostiene que la atribución del cuidado a la “elección” de las familias o de los recursos sociales existentes, es tautológica, e invoca un imperativo moral inherente a la responsabilidad familiar en tanto que es medio para desarrollar y mantener las políticas sociales inicialmente orientadas por criterios económicos y políticos.

Así, los cuidados familiares no son el resultado de una inaceptada obligación moral, sino la consecuencia de políticas sociales que benefician a poderosos segmentos de la sociedad y que es defendida mediante la invocación de una retórica moral (Guberman y col. 1992, en García, Rabadán y Sánchez, 2006).

No obstante los planteamientos anteriores, consideramos que no son excluyentes uno del otro, ya que la primer razón permea, e influye a la segunda, pues las políticas no “surgen en un vacío”, inevitablemente, hay detrás toda una ideología y conceptos de “verdad” cruzados influidos por los valores de la cultura dominante. En este sentido, resulta importante identificar cómo se contextualiza el cuidado en la ciudad de Durango y cuáles son las dimensiones que lo caracterizan. A través de los discursos, en este trabajo se identifican tanto

los valores y la ideología de los participantes en torno al cuidado, como la percepción que tiene de la respuesta acerca de los apoyos institucionales.

2.7.1.2. El cuidado desde la perspectiva de los derechos humanos

El cuidado también se ha ubicado en la dimensión de los derechos. Al respecto, se han realizado diversos análisis en los que se propone considerar el derecho al cuidado como derecho universal, dentro de políticas públicas y programas sociales que promuevan una responsabilidad equitativa en cuestión de los cuidados³⁵, responsabilidad que tendría que ser compartida por otros miembros de la familia y por el Estado, no solamente a cargo de las mujeres³⁶ (Aguirre, 2008). En el planteamiento del cuidado como derecho, promovido por numerosos estudios feministas, se han analizado las implicaciones de género, destacando que la función de cuidar ha sido históricamente relacionada con lo femenino (Pautassi, 2008).

Aguirre, retoma algunas propuestas de autoras feministas como Sarraceno y Sainsbury para plantear una cierta tipología del cuidado; ellas proponen dos modelos de cuidado: el *familista* y el *desfamiliarizador* (Sarraceno, 2004; Sainsbury, 2000, en Aguirre, 2008). El primero de ellos, alude a que la postura típica de que la responsabilidad principal corresponde a las familias y a las mujeres en las redes de parentesco. Este modelo es mucho más frecuente en países mediterráneos y en América Latina.

Los supuestos ideológicos del modelo *familista* son la centralidad de la institución del matrimonio y una rígida división sexual del trabajo; además, intervienen otros actores (como es la iglesia -independientemente de la creencia- y los grupos conservadores), que sostienen este modelo y es el que prevalece en contextos como el nuestro (Aguirre, 2008). El modelo *desfamiliarizador*, tiende a desprenderse de la responsabilidad del cuidado y depositar en otros (el Estado o el Mercado) la tarea de los cuidados. Este enfoque no impera en nuestra cultura latinoamericana.

De este modo, el valor de la familia como responsable del cuidado de sus miembros, y particularmente de los ancianos, ha sido históricamente asignado por la cultura. Para las personas mayores la familia ocupa un papel principal; en ella buscan cubrir sus necesidades cotidianas, de ayuda, de afecto, de comunicación, de pertenencia, de autoestima, de identificación, de compañía, de relaciones sociales, de cooperación y de solidaridad (Sánchez, 2005). De manera general las relaciones familiares son las que el anciano vive con mayor intensidad y asiduidad. La importancia de la estructura familiar en la vida de los ancianos,

³⁵ La propuesta del cuidado como derecho, surge en el contexto de distintos acuerdos internacionales en donde se enfatiza el derecho de las personas o grupos vulnerables a recibir protección social; asimismo, se han aportado importantes planteamientos para que la obligación del cuidado sea equitativa entre hombres y mujeres, ejemplos de estos acuerdos son: El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El Protocolo de San Samuel, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, el Consenso de Quito, la Declaración de Viena, etc. (Pautassi, 2008).

³⁶ Algunas de ellas reúnen tres aspectos que las distinguen como mejores cuidadoras: el primero está ligado con las “virtudes femeninas”; el segundo, a su ubicación como responsable en atender el hogar y la familia, y el tercero, a la calidad del cuidado, pues ellas son más “dulces, nobles, cariñosas o amorosas al trato” (Robles, 2002).

especialmente cuando éstos son dependientes, es fundamental en muchos sentidos (Fericgla, 2002; Montes de Oca, 2004).

Así, el binomio adulto mayor-familia, en situación de dependencia, presenta una gama diversa y compleja de relaciones que pueden ser afectadas por una serie de circunstancias que es importante señalar. Una de ellas es que a partir de los cambios demográficos, socioeconómicos y culturales, se ha propiciado un paulatino cambio en la estructura y composición de los hogares mexicanos (Montes de Oca, 2004). En estos hogares hay menos integrantes hoy que en el pasado (tendencia a la nuclearización de las familias); se están produciendo nuevas formas de organización familiar y cambios en las percepciones y valores que se generan dentro y alrededor de las familias (Ariza y Oliveira, 2003; Ribeiro, 2002), lo que repercute en ocasiones en un desligamiento tanto físico como afectivo de las mismas.

Estas realidades cambiantes de las familias se relaciona con lo que Anderson (1999:68) plantea desde un enfoque construccionista: “cada miembro vive, describe y explica a la familia de una manera distinta, y tiene una visión particular de su posición en ella y de sus motivos para ser parte de ella”. De igual forma en la experiencia de la dependencia y el cuidado, cada uno de los miembros de la familia lo vive de manera distinta, tiene una visión particular. En este estudio, nos interesa cómo el anciano y el cuidador perciben esa experiencia.

Hoy es casi imposible dar a la familia un significado único, pues las familias existen en una variedad de tamaños, formas y relaciones. Sin embargo, sigue siendo importante para todos nosotros, para nuestra existencia y para nuestra identidad. La familia actúa como red social primaria que ofrece respuestas a contingencias que se presentan en los momentos críticos del adulto mayor.

Esta red primaria del adulto mayor está basada en relaciones personales y familiares centradas en el afecto y en la satisfacción de necesidades básicas de comunicación e intimidad. Sin embargo, a pesar de que los discursos públicos y privados sostienen que la familia es la responsable del cuidado de los ancianos, casi siempre es una mujer la que los otorga. La feminización del cuidado “ha significado que la responsabilidad familiar y comunitaria sea un asunto privado que es injerencia de las mujeres” (Robles, 2003:1).

El cuidado femenino en la vejez adquiere importantes matices de género, pues si bien es cierto que hay excepciones, en donde es un hombre el que otorga cuidado a los ancianos, existe una fuerte inclinación para pensar que la identidad femenina se conforma a partir de discursos predominantes en un orden social que la ubica como cuidadora innata (Aronson, 1992). Pero, ya sea que se trate de cuidador o cuidadora, la función de cuidado implica una alteración de la vida cotidiana de quien lo realiza, hay un fuerte impacto en la subjetividad, en la identidad de las o los cuidadores que no se analiza en la perspectiva de la planeación de servicios. Hace falta una vinculación entre las dos perspectivas (la de planeación de servicios y la feminista) para acercarse al “mundo real del cuidado”, mejor dicho a las múltiples realidades en las que surge éste.

Quien cuida, responde a la tarea de cuidar desde su subjetividad, sus actitudes serán diferentes según el género, según su posición social, el lugar que ocupa en la familia, y según el contexto de relaciones en las que se encuentra inmerso. Hay una relación dialéctica entre lo individual y lo social; lo que predomina en la cultura, se introduce en el individuo, trastocando la subjetividad de ambos actores: cuidador y receptor de cuidado. De hecho, la expresión emocional de los cuidadores en el proceso del cuidado a los enfermos crónicos en la ancianidad ha sido investigada en múltiples trabajos (Aberg y otros, 2005; Algado, Basterra y Garrigós, 1997; Deví y Ruiz, 2002; Montorio y otros, 1998; Rivera, 2001), que convergen en un punto central: la representación social del sentimiento de “carga”, pues como se dijo antes, esta sociedad ve a los viejos y a la vejez como una obligación que genera un sinnúmero de problemas (Gutiérrez, 2004).

En la perspectiva del anciano, al sentirse como una “carga” por requerir de atención y cuidado, genera cierto tipo de emociones vinculadas a la forma en que se perciben como seres envejecidos y enfermos. Desde la mirada del cuidador, las emociones se producen a partir de “la carga” que conlleva el realizar la tarea de cuidar. Lo anterior nos lleva a reflexionar que la dimensión emocional en la vejez avanzada, surge en el contexto de la relación, no sólo con el Otro significativo (el cuidador y la familia), sino también con la familia extensa, los grupos sociales y la sociedad en su conjunto.

En este trabajo, el aproximarse al fenómeno de la cuarta edad, desde perspectivas teóricas como la TRS y el enfoque construccionista, permitió vincular los aspectos individuales y sociales de la subjetividad a través del discurso narrativo de los participantes, además de incorporar el discurso de las emociones en un contexto relacional; como un elemento que surge a través de ciertas “reglas”, al estilo de cómo dice Hocschild: “las reglas del sentimiento”, que están acordes con determinadas construcciones sociales sobre la vejez.

En resumen, los significados acerca de la vejez y el deterioro están situados socialmente y no se transfieren con facilidad, es decir, no es sencillo abandonar creencias y supuestos que han sido reproducidos históricamente. Las representaciones sociales de la vejez avanzada se corresponden con tipos de creencias paradigmáticas, organizaciones de creencias y discursos normativos que dan cuenta de cómo se construye el conocimiento acerca de los sujetos que envejecen, del proceso de envejecer y de la experiencia del cuidado.

Para concluir este capítulo, y después de mostrar los marcos explicativos de las teorías que sustentan este estudio, cabe mencionar que la articulación de las teorías que hicieron posible la construcción del objeto de estudio no fue una tarea sencilla. Lo primero fue identificar cuáles perspectivas teóricas aportaban elementos para comprender y explicar las interacciones y los significados subjetivos y sociales de la dependencia y el cuidado en la vejez. De inicio fue indispensable hacer una revisión exhaustiva de conceptos, definiciones y antecedentes teóricos sobre la vejez y el envejecimiento, para rescatar las aportaciones más adecuadas a los objetivos y preguntas de investigación.

Finalmente, después de la construcción del engranaje teórico, se procedió a la construcción del conjunto de procedimientos para la producción de la evidencia empírica. De acuerdo con Sautu, Boniolo, Dalle y Elbert (2005), dicha construcción está articulada lógicamente y teóricamente a los objetivos de la investigación. La metodología, en este caso se constituye en un conjunto de métodos que tienen por función adaptar los preceptos teóricos a la producción de datos. En el capítulo siguiente se describe esta tarea.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Perspectiva metodológica

El presente estudio cualitativo tomó elementos teóricos de las representaciones sociales y el construccionismo social que fueron seleccionados para indagar sobre el proceso de envejecimiento, particularmente la dependencia y el cuidado en la vejez. La elección del objeto de estudio tiene relación con diversos intereses del investigador; pero el *qué* y el *cómo* se aproxima o se construye dicho fenómeno objeto de investigación, se vincula estrechamente con la teoría y el método adecuados para su estudio. Es decir, si el objeto está fuera del investigador, se presenta como dado, es posible su comprobación y medición, entre otros elementos, o bien, si se parte de que se presentan en el contexto natural, que habrá que estar ahí para su comprensión-interpretación, que es dinámico y cambiante, que dicho objeto influye y es influido por el sujeto que investiga, entonces la mirada investigativa difiere sustancialmente.

Pretender mostrar este fenómeno social tomando en cuenta los discursos que crean los participantes sobre esta experiencia humana: ¿cómo lo viven?; ¿qué significa?, hizo posible pensar el objeto de estudio desde el paradigma cualitativo. El enfoque de las representaciones sociales permitió dar cuenta de las creencias, imágenes y representaciones que construyen los participantes acerca de la vejez, la cual se identifica como un objeto con larga historia, un objeto cultural que es ante todo un conocimiento que hace inteligible el mundo del envejecimiento a los integrantes de esta etapa de vida. Por otro lado, el construccionismo social permitió establecer la relación entre las perspectivas individuales de la dependencia y el cuidado, y los procesos sociales en el que se insertan, dando lugar, en palabras de Anderson (1999:67): “a una multiplicidad de interpretaciones posibles” sobre el proceso de la vejez avanzada.

Por su parte, el enfoque cualitativo responde a las características de los objetivos y las preguntas de investigación pues ambas, intentan construir el sentido y el significado de la dependencia en la vejez, en una forma naturalista, descriptiva, contextual, en donde las herramientas de los métodos cualitativos como lo son la observación y la entrevista profunda,

permitieron *explorar* las narrativas que se generan alrededor de este fenómeno social de una manera diferente a la mayoría de los estudios realizados.

El enfoque biográfico-narrativo utilizado para comprender y descubrir el carácter singular del objeto de estudio, permite ubicar esta investigación como un *estudio de caso*³⁷ en el que hay múltiples casos individuales, integrados en un todo particular, específico (Goode y Hatt, 1969; Stake, 1994 en Tarrés, 2004); es decir, una entidad objeto de indagación, un grupo (ancianos y cuidadores), que de acuerdo con Creswell (2009) se constituyen en los participantes del estudio.

Dentro de las diferentes modalidades de los estudios de caso se utilizó la que refiere a los *relatos paralelos* (Pujadas, 1992, en Szas y Lerner, 2002). Ello requiere recolectar múltiples relatos de vida referidos a un mismo grupo, de acuerdo con los objetivos de investigación. En otras palabras, los relatos son puestos al servicio de la comprensión de un ciclo de vida. Tiene un carácter fenomenológico-interpretativo, pero también constructivo, en el sentido que afirma González: “el conocimiento es una construcción, una producción humana: toda interpretación es una construcción, no es algo que está listo para conocer una realidad ordenada de acuerdo con categorías universales del conocimiento” (González, 2007:4).

De manera complementaria, se aplicó un cuestionario a ambos participantes, con el propósito de contar con un perfil sociodemográfico, de su condición de salud y de las características de la dependencia. En los apartados subsecuentes, se describen los elementos teórico-metodológicos que sustentan la elección de la perspectiva cualitativa.

3.1.1. *El método interpretativo-narrativo*

La investigación con enfoque cualitativo ha sido denominada también metodología interpretativa: tiene como antecedente metodológico la descripción, enfatiza la comprensión y la interpretación que hacen los propios sujetos de sus procesos de vida y cómo los significan en contextos particulares. Dado que el interés central en este estudio fue recuperar el sentido y significado que los ancianos y cuidadores les atribuyen a sus situaciones de vida, desde su posición en su contexto inmediato, el método interpretativo permitió “mirar” su mundo de realidades y relaciones, en el que fue posible apreciar cómo se representan a sí mismos, cómo se construyen las narrativas que surgen de su experiencia de vida, de su realidad y de sus relaciones, y cómo éstas configuran identidades, sí mismos que se relatan, se explican y hablan constantemente de sus ideas y creencias, de sus emociones, de sus sentimientos y de sus comportamientos (Anderson, 1999).

La investigación con enfoque interpretativo ayudó a explorar y a analizar los procesos vitales de los adultos mayores dependientes y sus cuidadores en el contexto de la vida cotidiana, cuyo

³⁷ Aunque los estudios de caso pueden emplearse tanto en la metodología cuantitativa como cuantitativa y en estudios mixtos. Las principales diferencias entre ambas metodologías son: a) en el caso del enfoque cualitativo se otorga una clara preferencia a la presencia de los investigadores en el contexto: b) desde el enfoque cuantitativo, la extensión de los resultados y una muestra representativa adquieren gran importancia.

escenario en este caso, es el hogar. Así, la vinculación de las teorías mencionadas anteriormente y el método interpretativo, permitieron no sólo la búsqueda de otras formas de comprensión, sino el apreciar sutilezas y captar nuevos matices acerca de la identidad de la vejez en una situación social como es la dependencia y el cuidado; es decir, permitió ver aspectos concretos en individuos concretos y por lo tanto diferentes, en una realidad social cotidiana pero compleja, construyendo y reconstruyendo las realidades de los participantes desde su propia perspectiva.

Para lograrlo, se utilizó la *entrevista profunda* (se ampliará sobre esta técnica más adelante), desarrollándose largas conversaciones con un enfoque *narrativo* que rescataron las vivencias de los sujetos de la investigación en el contexto propio de su vida cotidiana donde se desarrolla la experiencia de la vejez. De esta forma, muchos de los “problemas” de la dependencia y el cuidado emanan de las narrativas de los participantes, pues sus autodefiniciones no permiten lograr una acción eficaz, que les haga sentirse mejor. Cuando ellos dicen “la vejez es triste”, o bien, “en esta edad ya no hay esperanza”, los ancianos están posicionados en el discurso de la devaluación, del déficit y del estigma. Y no es que esta etapa no pueda ser alegre o esperanzadora, más bien, lo que se pretende, es puntualizar que la denominación de tristeza o desesperanza son ideas que se insertan en un contexto de relaciones, y es en este mismo contexto que las ideas se pueden convertir en acuerdos que constituyan planes de acción y re-asignación de significados.

En el sentido de Anderson (1999), la narrativa se ubicó en un *proceso discursivo reflexivo*, de ida y vuelta, en el que se construyen nuestras experiencias y simultáneamente se utiliza el lenguaje para su comprensión. Ello requirió de una interpretación *reflexiva* y cuidadosa de los datos, respecto del contexto y del discurso (Szasz y Lerner, 2002); una doble interpretación por parte del investigador, en la que están implicados, él mismo y sus supuestos que lo guían y los adultos mayores con sus percepciones y creencias acerca de su experiencia (De los Reyes, 2007). Esto nos condujo a una *comprensión e interpretación* del significado de las narrativas de los protagonistas, en donde se incluyeron la emoción y la expresión humana. En un sentido *hermenéutico*, la comprensión se ubicó como un proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete (o investigador) (Gadamer, 1975)³⁸.

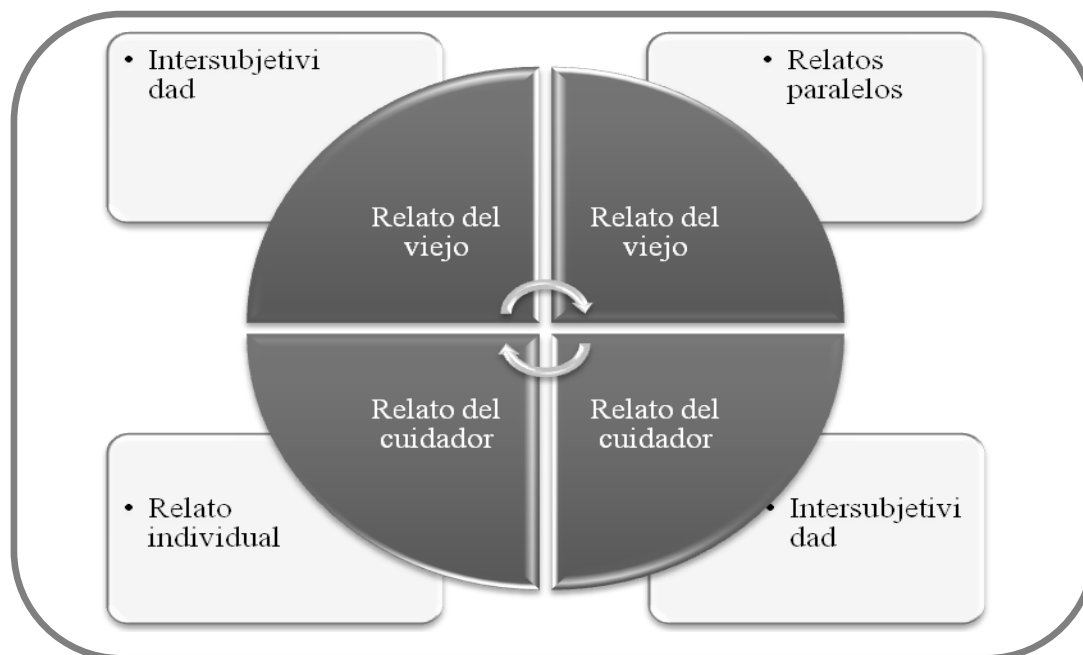
Así, cuando un anciano se describe a sí mismo como “ya no sirvo para nada, porque no me puedo ni mover”, o bien, “ya nadie viene porque han de decir, -para qué?, platica de puras enfermedades”-, los ancianos y ancianas están interpretando su experiencia dentro del contexto de sus relaciones. En tanto, el investigador entiende e interpreta, desde sus supuestos teóricos e ideológicos las representaciones de los participantes.

Las narrativas de la dependencia y el cuidado en la vejez, se construyen en el contexto de un esquema cultural en donde hay acuerdos compartidos acerca de la forma de concebir la vejez y

³⁸ Gadamer identifica la importancia de la contribución del intérprete a la experiencia interpretativa: el significado depende de la estructura de la comprensión previa del intérprete, y de lo que Gadamer llama la “fusión de horizontes” entre el lector (investigador) y el texto (narrativo).

el deterioro. Los relatos de los ancianos y sus cuidadores permitieron encontrar el vínculo entre las explicaciones individuales y las explicaciones sociales de la dependencia y el cuidado; dicho de otra manera, cómo se da la intersubjetividad o se entrelaza la subjetividad individual con la subjetividad social³⁹ (González, 2007) de ancianos y cuidadores. En la figura 3 se explican los planteamientos anteriores.

Figura 3. Dimensión individual y social de los discursos de la cuarta edad



Construcción propia

Desde la posición narrativa, aquellas que surgen en lo individual, en lo local, dependen de otras más amplias que se insertan en las reglas y convenciones culturales, unas encajan en otras e interactúan unas con otras (Anderson, 1999). De esta forma, la comprensión es circular, pues implica siempre una referencia a lo conocido: la parte (lo local) siempre se referirá al todo (lo global), y a la inversa, el todo siempre se referirá a la parte⁴⁰ (Anderson, 1999).

³⁹ La subjetividad según González Rey está constituida tanto en el sujeto individual como en los diferentes espacios sociales en que este vive. Explica que, dado que la vida humana tiene un carácter relacional e institucional, implica por un lado, la configuración subjetiva del sujeto y de sus diferentes momentos interactivos, y por otro, los espacios sociales en que esas relaciones se producen. Los diferentes espacios de una sociedad concreta están estrechamente vinculados entre sí en sus implicaciones subjetivas. Es a este nivel de organización de la subjetividad al que el autor denomina subjetividad social.

⁴⁰ Heidegger (1962, en Anderson, 1999) llama a este proceso el *círculo hermenéutico*. Agrega que las prácticas lingüísticas en las que estamos inmersos y el pre-conocimiento de nuestro pasado (lo que Heidegger denomina “nuestro horizonte”), influye, informan y limitan nuestras comprensiones, nuestra significación y nuestras comprensiones.

En esta línea de comprensión, las narrativas personales de los ancianos, reflejan aspectos de su identidad; los relatos se enriquecen con los de sus contemporáneos en un movimiento dialéctico. Las historias, al ser narradas y compartidas, integran no sólo elementos individuales sino también relacionales, es decir, incluyen los relatos sobre el cuidado y el cuidador. Hablamos entonces de un proceso intersubjetivo, circular. Este proceso es similar en el cuidador, pues sus narrativas describen significados que se identifican con los de otros cuidadores, pero además adquieren sentido a partir de su relación con adulto mayor. En síntesis, los relatos no son aislados, están en constante movimiento e interacción.

3.2. La muestra y las características de los sujetos

Previo a la decisión de cuántos sujetos se integrarían a la muestra del estudio, se tuvieron dos acercamientos a los adultos mayores de setenta años, con algún problema de enfermedad crónica y con limitaciones para la realización de actividades básicas de la vida diaria. La primera aproximación se llevó a cabo al visitar las instituciones de salud, en donde era factible identificar sujetos con las características mencionadas. Se estableció contacto con informantes clave (médicos, trabajadores sociales, enfermeras), que tuvieran información de los casos. Un segundo momento de acercamiento fue el visitar los hogares de los casos potenciales de ingresar al estudio.

A partir de esta segunda aproximación se logró definir cuántos y cuáles sujetos podrían participar⁴¹, sus características y los lugares donde encontrarlos, pues el observar, conversar y conocer de cerca a las diferentes situaciones de los ancianos que experimentan la dependencia en la vejez, hizo posible la selección de la muestra de acuerdo a los criterios establecidos.

En este estudio fue importante tener presente que el número ideal de personas a considerar debe ser significativo, no representativo (Martínez, 2006). El número ideal de participantes “se define por las propias demandas cualitativas del proceso de construcción de la información, intrínseco a la investigación en curso” (González, 2007:79). De esta forma, utilizar el muestreo teórico⁴² y por conveniencia (Glaser y Strauss, 1967; Flick, 2004; Morse, 1991; Valles, 2007), también llamado “intencional” (Martínez, 2006), fue el más indicado para esta investigación, pues prioriza la profundidad sobre la extensión. Adicionalmente, desde el enfoque narrativo más que la representatividad se busca la *pertinencia*, la plausibilidad y la credibilidad que otorga el relato de lo que queremos conocer (Bolívar, Domingo y Fernández, 2001).

⁴¹ Según González (2007), los sujetos individuales seleccionados son una vía esencial en la profundización de las informaciones, la singularidad y la significación subjetiva de cada uno y del conjunto, permitieron estimular los procesos de construcción teórica. Es el estudio de esa singularidad lo que permite ir acompañando un modelo de valor heurístico, para llegar a conclusiones que van más allá de lo singular (González Rey, 2007).

⁴² Según los lineamientos de Glaser y Strauss (1967) el investigador selecciona conscientemente casos adicionales a estudiar de acuerdo con el potencial para el desarrollo de nuevas ideas para la teoría, o para el refinamiento y la ampliación de las ya adquiridas.

En ese sentido, fueron seleccionados veinte casos (constituidos por un adulto mayor y su cuidador), en los que se alcanzó la *saturación teórica*, ya que se cubrió ampliamente el campo de exploración deseado; ello dio como resultado un análisis profundo del fenómeno de estudio (Flick, 2004; Martínez, 2006). En la muestra, estuvieron representadas de la mejor manera posible las variables de sexo, edad, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico, obteniendo con ello información diferente y hasta contrastante (Flick, 2004). Algo que caracterizó el proceso de selección de casos, fue que se encontraron más mujeres que hombres con problemas de dependencia (aspecto ampliamente documentado en la literatura sobre envejecimiento). No obstante, se trató de incluir un número equitativo de hombres y mujeres en la conformación de la muestra. En la muestra de cuidadores se presentó lo que se conoce como muerte experimental de la muestra, en virtud de que una cuidadora se arrepintió de participar aún cuando ya se había entrevistado al adulto mayor que estaba bajo su cuidado. Es importante señalar que en todos los casos se consiguió que participaran voluntariamente.

3.2.1. *El actor principal: el adulto mayor*

Como se puede observar en el diseño de la investigación, se definió que los adultos mayores tuvieran una edad de 70 años⁴³ o más, con limitaciones para realizar una o más actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Para determinar la presencia o no de dichas limitaciones, se tomó como referente el Índice de Katz⁴⁴, que propone como actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, hacer uso del retrete, levantarse, controlar esfínteres y comer como consecuencia de padecer una enfermedad crónica o como una circunstancia propia de la edad, con un periodo mayor a seis meses en esta condición. Las limitaciones físicas de los participantes se detectaron a través de la información que proporcionó el médico tratante o bien los familiares cuidadores.

A fin de garantizar el logro de los objetivos propuestos, los veinte adultos mayores que participaron fueron sujetos cuyas condiciones psíquicas, emocionales y/o neurológicas favorecieron el curso de la entrevista. Con ello se pretendió lograr una narrativa clara, coherente y centrada en la experiencia de la dependencia en la vejez. Tres de los participantes tenían problemas de sordera moderada, pero eso no fue limitante para entrevistarlos; sólo fue necesario hablar en un tono más alto para hacerse escuchar.

⁴³ Muchos autores coinciden en que a partir de los 75 años se incrementa el riesgo de dependencia debido al deterioro propio de la edad y al incremento de las enfermedades crónico degenerativas (García, Rabadán y Sánchez, 2006; Ham, 2003); también se plantea en esta edad el inicio de la denominada *cuarta edad*. No obstante, otro parámetro de edad en la que da comienzo una baja en la capacidad funcional es a partir de los 70 años (Gutiérrez y Lozano, 1996; INEGI, 2005). En este estudio tomaremos la edad de 70 años para seleccionar a los adultos mayores participantes.

⁴⁴ Sidney Katz, diseñó una escala para evaluar la funcionalidad física en las llamadas actividades básicas de la vida diaria. Es una escala de seis elementos tipo Guttman. Cada elemento tiene tres posibles respuestas. Según la puntuación total, las personas quedan clasificadas en ocho grupos que van desde A (independiente en todas las funciones), B, C, D, E, F, hasta G (dependiente en las seis funciones), y por último: Otro (que implica ser dependiente al menos en dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F). Es administrada por profesionales o personas adiestradas a través de las observaciones sobre la mejor ejecución del sujeto en las funciones ya mencionadas. Aunque la calificación de la escala se realiza sobre una base dicotómica “independencia-dependencia”, las instrucciones y la observación permiten deducir quiénes ejecutan las actividades con ayuda o sin ella (véase anexo 1).

Como se especificó en párrafos anteriores, el cuestionario permitió obtener información del perfil de los ancianos y cuidadores (véase anexo 1 y 2), pues se identificaron las principales características socio-demográficas (como se muestra en las tablas 3 y 4 respectivamente), además de otros aspectos como ocupación previa, enfermedad que provocó la dependencia, el parentesco del cuidador, entre otras.

En la información que arrojó el cuestionario destacan aspectos que confirman los hallazgos de otras investigaciones, como el que predominan las mujeres viudas en relación a los hombres; la mayoría de los ancianos cuenta con una escolaridad baja, por lo que sus ocupaciones laborales previas son acordes a la escasa instrucción escolar. Lo anterior también determina que muchos de ellos no se hayan podido ubicar en el mercado formal de trabajo, impidiendo acceder a la seguridad social. En los casos de este estudio, más de la mitad de adultos mayores no recibe pensión.

Tabla 3. Características socio-demográficas de los ancianos participantes

Adulto Mayor*	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación previa	Recibe pensión	Enfermedad que provocó la dependencia
Ma. Dolores	93	Viuda	Sec. Inc.	Hogar	No	Fractura de cadera/efecto-env.
Rigoberto	82	Casado	Sin instruc.	Obrero/E.U.	Sí	Diabetes/efecto-env.
María Santos	92	Soltera	Prim. Inc.	Cocinera	No	Prob.columna/efecto-env.
Roberto	75	Casado	Primaria	Obrero	Sí	Prob.cervicales/caída
Juan Lorenzo	83	Casado	Secundaria	obrero	Sí	Cáncer avanzado
Rosa Ma.	86	Viuda	Sin instruc.	Hogar	No	Asma/efecto-env.
Cosme	82	Casado	Prim. Inc.	obrero	Sí	Prob.columna
Rosalba	93	Viuda	Prim. Inc.	Hogar	No	Parkinson/artritis
Eulogio	74	Casado	Prim. inc.	Jornalero/E.U	No	Cáncer
Jorge	75	Casado	Técnico	Emp. Of. Gob.	Sí	Parkinson/diabetes
Leonel	87	Casado	Prim.inc.	Rotulista	No	Accid. Vasc. Cerebral/caída
Genoveva	78	Viuda	Prim. inc.	Hogar	No	Cirrosis/diabetes
Pablo	80	Viudo	Prim. inc.	Campesino	Sí	Insuf. Renal/prob. Columna
Ana María	90	Viuda	Prim. inc.	Hogar/emp.dom.	No	Tromboflebitis/efecto-env.
Imelda	77	Casada	Prim. inc.	Hogar	No	Cáncer/caída
Irene	91	Casada	Prim. inc.	Hogar	No	Caída/vértigo
Consuelo	95	Viuda	Prim. inc.	Hogar	No	Caída/efecto-env.
Abelardo	84	Casado	Prim. inc.	Agricultor	Sí	Leucemia
Ma. Elena	70	Viuda	Sec.inc	Asistente/médico	No	Mielopatía cervical/hernia de disco
Rosenda	88	Viuda	Prim. inc.	Hogar	Sí	Caída/diabetes

*Los nombres son ficticios para conservar el anonimato

3.2.1. *La procedencia de los adultos mayores*

Los adultos mayores participantes fueron reclutados en instituciones públicas del sector salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De estas dependencias se tomaron en cuenta algunas de las unidades médicas de mayor afluencia de adultos mayores, entre otras, los hospitales de especialidad, clínicas de medicina familiar y centros de salud de mayor demanda. La mayoría de los casos se identificaron en los hospitales de especialidad de las tres instituciones ya mencionadas.

Casi en su totalidad, los participantes seleccionados vivían en la ciudad de Durango, sólo dos procedían del medio rural⁴⁵. Los participantes residentes de la ciudad provenían de distintos contextos urbanos y suburbanos, ya que la ubicación de las viviendas fue muy diversa. Tres de ellos vivían en zonas cercanas al centro histórico de la ciudad; cinco residían en fraccionamientos considerados de clase media; cuatro más tenían sus viviendas en fraccionamientos populares; otros seis se localizaron en colonias populares, de menor nivel socioeconómico. Los dos casos procedentes del medio rural se ubicaron en poblados con menos de 2,500 habitantes y aproximadamente a 40 minutos de la ciudad capital. Estos hogares presentaron diferencias evidentes en relación a las características de construcción de la vivienda, de los servicios y mobiliario del hogar, resultando más modestos.

En cuanto a los padecimientos de los ancianos, se buscó que las situaciones de enfermedad fueran heterogéneas con el propósito de diferenciar la experiencia según el padecimiento que propició la dependencia, por lo que se incluyeron adultos mayores con distintas enfermedades crónicas y/o degenerativas (véase tabla 6 en el capítulo de resultados); aunque en muchos de los casos, como está demostrado ampliamente en la literatura (Ham, 2003), coexistía más de un padecimiento. Esta actitud selectiva obedeció también a que era importante describir las diferentes significaciones, explicaciones y formas de enfrentamiento según el tipo de enfermedad, pues no es lo mismo padecer un cáncer terminal que un problema de embolia o diabetes⁴⁶ (de este aspecto se ampliará en el capítulo de análisis).

Para lograr una heterogeneidad en los padecimientos fue necesario insistir y regresar en varias ocasiones con los médicos responsables o los encargados de los programas. Se descartaron una buena cantidad de casos de ancianos con discapacidad física a causa de fracturas, debido a que su discapacidad era temporal, con muchas posibilidades de recuperación en el corto plazo y además, en la mayoría no había una enfermedad crónica concomitante.

⁴⁵ Inicialmente se había determinado que todos los participantes fueran residentes de la ciudad y municipio de Durango: sin embargo, los casos detectados en el Hospital General de Secretaría de Salud y que reunían las características necesarias para el estudio, provenían eran mayoritariamente del medio rural, por lo que se determinó integrar a tres de ellos.

⁴⁶ Los ancianos y sus cuidadores enfatizan diferentes dificultades que tienen impacto tanto en el ámbito de lo social como en sus vidas personales.

3.2.3. Los cuidadores

Cabe destacar que desde el diseño de la investigación se planeó que el actor central de la investigación fuera en todo momento el adulto mayor, y en segundo orden de importancia el familiar identificado como cuidador principal. También se había programado iniciar las entrevistas con los ancianos y en un momento posterior entrevistar a los cuidadores. No obstante, durante el trabajo de campo en ciertos casos, los aspectos señalados no se lograron debido a varias razones:

- a) El deterioro importante en el estado de salud de los ancianos no permitió sostener una entrevista amplia y fluida, decidiéndose en estos casos iniciar con el cuidador;
- b) En el primer contacto, algunos cuidadores tenían mayor precisión en los datos del cuestionario;
- c) Otros mostraron cierta “curiosidad o desconfianza” en las preguntas que se le harían al adulto mayor, por lo tanto, estuvieron presentes durante la entrevista y en algunos momentos participaron en ella, ayudando a responder al adulto mayor.

En cuanto a la situación de los cuidadores, sus características sociodemográficas fueron heterogéneas (véase tabla 4 de la página siguiente), lo cual nos habla de distintas realidades de los cuidadores. Así tenemos que dentro de los cuidadores principales, ocho fueron cuidadoras-hijas. En segundo orden de importancia fueron siete cuidadoras-esposas; en el caso de los cuidadores varones, fueron dos esposos y dos hijos. En los casos de tres esposas-cuidadoras, debido a su edad, su condición frágil de salud y el contar con apoyo económico, hizo posible recurrir al servicio de un cuidador formal. Se descartó la participación de los cuidadores formales en las entrevistas, dado que eran las esposas quienes se hacían cargo de la organización del cuidado con todas sus implicaciones. Otro motivo de exclusión se debió a que este estudio buscó explorar los significados del cuidado en el ámbito de las relaciones familiares (en el análisis se ampliará sobre este tópico).

Las tareas realizadas por los cuidadores formales se circunscriben principalmente a las relacionadas con la movilización de los ancianos como son: trasladarlos de una habitación a otra, bañarlos o llevarlos a consulta.

3.3. El trabajo de campo: sus etapas y vicisitudes

En cuatro de los casos, además de entrevistar al cuidador principal, se optó por entrevistar a un segundo cuidador. La decisión de incluirlos fue por la cercanía física y emocional con el anciano y con el cuidador principal, o por tener motivaciones importantes⁴⁷ para apoyar el cuidado. Las entrevistas con ellos ofrecieron una gran riqueza de información que contribuyó en gran medida al logro de los objetivos planteados.

⁴⁷ Las motivaciones se refieren principalmente a que vivían en la misma casa, o a un deterioro importante en la salud de los cuidadores principales.

3.3.1. La negociación institucional

El trabajo de campo se inició en enero de 2008, y dado que la idea era hacer contacto con ancianos que presentaran alguna limitación física para realizar las ABVD, a causa de enfermedades crónicas-degenerativas o por efecto mismo del envejecimiento. Los lugares “ideales” para localizarlos fueron instituciones de salud. Así, desde la primera aproximación a estos escenarios, una de las tareas realizadas fue dar a conocer el proyecto a directivos y responsables de la atención especializada al adulto mayor, obteniéndose la autorización. Posteriormente, a través de varias visitas se detectaron y seleccionaron los casos con la colaboración de *informantes clave*, como médicos y trabajadoras sociales cuya tarea estaba orientada en buena medida a la atención de personas de la tercera edad. Ellos se constituyeron en la principal fuente de información para la selección de los participantes⁴⁸.

Tabla 4. Datos socio-demográficos de los cuidadores

Cuidador Principal*	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación	Parentesco con el AM
Mauricia	54	Casada	Técnica	Pensionada/cuid.	Hija
Asunción	67	Casada	Prim. Inc.	Ama de casa/cuid.	Esposa
Rosalía	48	Viuda	Secundaria	Costurera/emp.medio turno/cuid.	Hija
Nora**	67	Casada	Secundaria	Ama de casa/cuid	Esposa
Eréndira**	64	Casada	Secundaria	Ama de casa/cuid	Esposa
Pina	63	Viuda	Prim. Inc.	Pensionada/cuid.	Hija
Isabel	75	Casada	Prim. Inc.	Ama de casa/cuid.	Esposa
Ma. Auxilio	68	Madre soltera	Técnica	Pensionada/cuid.	Hija
Celia	30	Casada	Técnica	Cuidadora/hogar	Hija
Jovita	55	Casada	Sec. Comp.	Comerciante/ama de casa/cuid.	Esposa
Consuelo	67	Casada	Prim. inc.	Ama de casa/cuid	Esposa
Tina	38	Divorciada	Abogada	Comerciante/ama de casa/cuid.	Hija
Joel	32	Soltero	Prim.comp.	Cuid./ama de casa	Hijo
Manuela	57	Casada	Prim.inc.	Cuid./ama de casa	Hija
Samuel	79	Casado	Prim. inc.	Pensionado/cuid.	Esposo
José Ismael	72	Casado	Primaria	Pensionado/cuid.	Esposo
Argelia	57	Madre soltera	Sec. comp.	Cuidadora/ama de casa	Hija
Francelia**	75	Casada	Sin instruc.	Cuidadora/ama de casa	Esposa
Sergio	45	Soltero	Sec. Comp.	Empleado/cuid.	Hijo

*Los nombres son ficticios para conservar el anonimato de los participantes

**Cuidadoras que recibieron apoyo de cuidador formal.

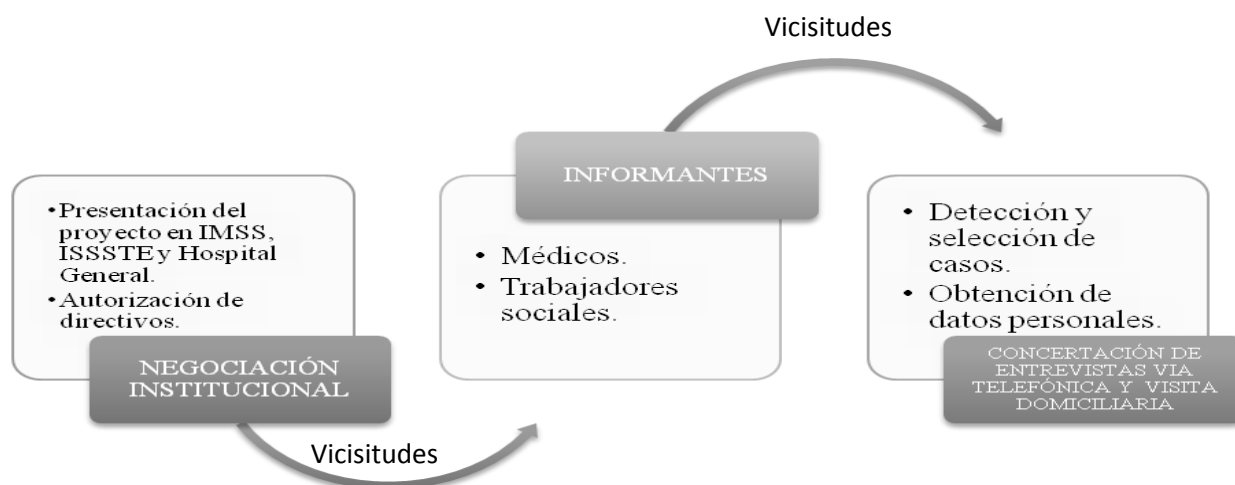
En el caso del IMSS, la coordinación con el médico y trabajadora social responsables del programa de atención al paciente crónico fue muy fructífera. En el ISSSTE, el contacto fue con una geriatra, con un médico responsable de atención a personas jubiladas y con la trabajadora social del programa del adulto mayor. En el Hospital General, la coordinación más

⁴⁸ Mi experiencia laboral en instituciones de salud, permitió re-encontrarme con colegas y profesionistas que me conocían de antemano. Ello se constituyó en un gran apoyo para insertarme en el contexto institucional y conseguir una mejor colaboración en la identificación de los casos. Como dice Flick (2004), “el negociar la entrada a una institución es menos problema de proporcionar información que de establecer una relación.

importante fue con el personal de trabajo social. Se acudió también a cuatro centros de salud urbanos y suburbanos, pero en esos espacios la detección de casos no tuvo éxito.

De manera general, el primer contacto con los participantes se realizó a través de llamadas telefónicas. Cuando el acceso telefónico no era posible, se llevó a cabo visita domiciliaria. Muchos casos se descartaron de inicio, pues no reunieron los criterios de inclusión, entre otras causas por presentar cierto grado de alteración mental que limitaba un buen desarrollo de la entrevista; otros más no estuvieron dispuestos a participar. Debido a las circunstancias mencionadas, el trabajo de reclutamiento fue más prolongado de lo planeado. En la figura 4 se presenta un esquema del proceso de negociación institucional y contacto inicial con los participantes.

Figura 4. Fase inicial del trabajo de campo: Negociación institucional y contacto inicial con participantes



Construcción propia

Las entrevistas se programaron de acuerdo a los tiempos disponibles de adultos mayores y cuidadores, respetando sus horarios. Ocasionalmente se hizo una reprogramación en base a sus necesidades y circunstancias (generalmente debido a que el adulto mayor sufría algún deterioro en su salud o surgía un contratiempo inesperado). Cabe hacer notar que en el contacto inicial, a pesar de informar con la mayor claridad posible los propósitos, características y procedimientos de la investigación, en no pocos casos la investigadora fue

percibida como un “personaje” que les podía “ayudar” a mejorar su condición en ese momento⁴⁹.

3.3.2. Las técnicas para la recolección de datos

En la exploración del objeto de estudio se utilizaron diferentes técnicas de investigación empírica⁵⁰. Como ya se mencionó al inicio de este capítulo, se aplicó un cuestionario en la etapa inicial, para la indagación de datos socio-demográficos, datos relacionados con la salud y para determinar la presencia de dependencia en las actividades de la vida diaria. Ocasionalmente, los participantes mostraron alguna dificultad para contestar el cuestionario⁵¹, sin embargo, estuvieron dispuestos a comentar sobre sus dificultades inmediatas.

Después de realizar los primeros contactos, se tomó la decisión de que era mejor que los participantes hablaran con libertad de lo que consideraban relevante, de tal forma que en ocasiones el cuestionario se aplicó posterior a una entrevista abierta inicial. Además en ese marco de flexibilidad, el nivel de ansiedad de la entrevistadora fue menor. De esa forma, las conversaciones fueron más espontáneas y flexibles tomando en cuenta el contexto de la persona, de la situación que se vivía en ese momento y del espacio en el que se realizaban⁵². Finalmente, se cuidó permanentemente que los temas centrales de la guía de entrevista no se desviarán o diluyeran durante el proceso.

Asimismo, en las primeras visitas se entrevistó al adulto mayor, al cuidador principal y a veces a otro miembro de la familia que estaba presente, situación que adquirió una dinámica particular, ya que ocasionalmente sobre una misma pregunta fue posible recuperar opiniones y percepciones distintas y diferentes posiciones ante la dependencia y los aspectos relacionados con ella. Estas primeras aproximaciones a los temas “emergentes” (tanto de los participantes como de la investigadora), permitieron tomar la decisión metodológica de regresar de nuevo a replantear las preguntas formuladas en la *guía de entrevista*⁵³. De esta forma, al ser reformuladas las preguntas de investigación aparecieron nuevas categorías y dimensiones que permitieron vincular los aspectos de la realidad empírica con las premisas teóricas, de tal

⁴⁹ Generalmente esperaban que les ayudara a gestionar la pensión de los 70 y más, consulta médica domiciliaria, atención institucional más integral y oportuna, adquisición de pañales de manera gratuita. Ante estas demandas, traté de ser muy clara y no crear expectativas acerca de mi papel, por lo que sólo me ofrecí a ser un conducto de sus peticiones ante las personas responsables de esos apoyos.

⁵⁰ Como está ampliamente documentado en la literatura cualitativa la combinación de técnicas o instrumentos de orden cuantitativo contribuye a lograr mayor validez de los datos y de cierta forma triangular la información obtenida en la investigación.

⁵¹ En el caso de los ancianos casi siempre fue su mala condición de salud; y los cuidadores, debido a la falta de apoyo para el cuidado. En los participantes, incluida la investigadora, la carga emocional era evidente.

⁵² Robles (2007), citando a Mishler, (1986), menciona que: “las entrevistas son actos conversacionales de preguntas y respuestas, donde estas últimas dependen de la forma en que se pregunta, de lo que entiende quien responde, de lo que se considera “adecuado” responder en función de sus experiencias personales y del contexto social en el que se da dicho acto conversacional”.

⁵³ Véase anexos 3 y 4.

forma que se logró construir un esquema que constituyó la base definitiva que fundamentó la guía de entrevista (véase tabla 5).

Tabla 5. Premisas teóricas que explican las categorías y dimensiones del tema de estudio

Dimensión	Teoría de Representaciones Sociales	Construccionismo Social	Narrativa
<p>Cognitiva: información, saberes, percepciones, estereotipos con que hombres y mujeres se hacen declaraciones sobre la vejez, la discapacidad y el deterioro que se expresan en contextos sociales particulares.</p>	<p>Las informaciones y saberes surgen de la imaginación cultural. Se presenta una “polifasia cognitiva” (heterogeneidad de significados de un mismo fenómeno), acerca de los fenómenos de la sociedad. Estas declaraciones cognitivas conforman cierto tipo de identidad. Existe una diversidad de conceptos de la vejez, ambiguos y contradictorios, que casi siempre están en debate. Estos conceptos generan una determinada forma de “pensarse a sí mismos” en los adultos mayores, creando en muchos casos situaciones ambivalente y paradójicas acerca de su experiencia de vida.</p>	<p>El discurso sobre la identidad es más cultural que personal. En los discursos que construyen identidad se combinan elementos como narrativas, imágenes, ideologías, metáforas. Los discursos sobre la vejez y la discapacidad están profundamente penetrados por “vocabularios” de nuestro tiempo y lugar, y muchas veces son contradictorios. La identidad de los ancianos se configura en torno a sistemas de relaciones (con el cuidador, con la familia, con la sociedad) que se superponen a la existencia individual.</p>	<p>Surge una Asunción narrativa del self (sí mismo). El sí mismo “es la forma en que nos relatamos, explicamos, hablamos de nuestras acciones. La narrativa contiene elementos que dan cuenta sobre la identidad del individuo, pero también del entorno social que lo construye. El self (sí mismo) no es una identidad estable, sino una historia (narrativa). Las personas mayores le dan un “orden” al conjunto de eventos o fenómenos que les ocurren (la enfermedad, la discapacidad y el cuidado) a través de narrarse a sí mismos. En la narración se construyen significados.</p>
<p>Emocional: Las emociones ejercen un efecto preponderante en la forma de experimentar la vejez avanzada creando en hombres y mujeres distintos significados de las creencias, acciones y relaciones.</p>	<p>Las representaciones sociales deben abordarse articulando elementos afectivos, mentales y sociales. Las emociones ejercen un rol preponderante en la selección de informaciones y en el posicionamiento favorable o desfavorable tanto frente a aquello que se considera un objeto de representación como en la construcción de ese objeto a través de un discurso que</p>	<p>Los procesos simbólicos y las emociones forman una unidad en un mismo sistema. Las emociones existen prioritariamente en encuentros sociales. Las expresiones emocionales varían de manera importante de una cultura a otra y de un momento histórico a otro. Son interpretadas de acuerdo a valores, normas y expectativas de la cultura de la cual se forma parte. (Por ejemplo, emociones</p>	<p>Las expresiones emocionales son significativas sólo cuando están insertadas en secuencias particulares temporales de intercambio, son constituyentes de las narrativas vividas. Las narrativas captan el contexto social y de relaciones, permiten entender los complejos patrones de interacción en la que las representaciones</p>

<p>Relacional: las representaciones de la vejez de hombres y mujeres emergen en espacios de realidades intersubjetivas.</p>	<p>le confiere realidad objetiva y lo ancla en una red de significados.</p> <p>La subjetividad se construye en la relación con el Otro (orden simbólico-cultural). La subjetividad está constituida tanto en el sujeto individual como en los diferentes espacios en que este vive.</p>	<p>de tristeza y angustia ante la vejez surgen en un contexto en el que hay una devaluación y estigmatización de lo viejo).</p> <p>El lenguaje que permite entender la mente individual es el subproducto de una interrelación. La percepción misma de nuestra individualidad la debemos a nuestras relaciones. El sí mismo se integra a través de discursos contradictorios. Se autoconstruye permanentemente a partir de “múltiples voces”, polifonía.</p>	<p>emocionales surgen.</p> <p>La narrativa orienta la acción social y se convierte en una acción social. Los seres humanos siempre se han relacionado con otros a través de contar y escuchar historias sobre sí mismos y los otros. Los significados solo pueden ser relacionales. Las narrativas de los ancianos dependen de narrativas que están contenidas en otras y se entrelazan con ellas. Esas historias los determinan.</p>
---	---	--	---

→ Representaciones de la vejez construidas social y discursivamente ←

Esta flexibilidad en el enfoque cualitativo de investigación la plantean varios autores (Marshall y Rossman, 1989; Janessik, 1994, en Valles, 2003), como una posibilidad de orientar de mejor manera el trabajo investigativo. Un equivalente de este proceso con la metodología cuantitativa, sería el piloteo del cuestionario.

Se planearon tantas entrevistas como fueron necesarias a fin de lograr el criterio de saturación teórica. Éstas tuvieron una duración variable, oscilaron entre treinta minutos y dos horas cada una⁵⁴; en total se llevaron a cabo un total de 63, que generaron 677 páginas de transcripción. Como ya se mencionó anteriormente, no siempre se siguió con el esquema planeado y tampoco se siguió rígidamente el orden y la secuencia de la guía de entrevista.

Las entrevistas fueron grabadas en su totalidad, con la autorización de los participantes. Se argumentó la necesidad de la grabación para no realizar notas de campo; además de reiterarse la confidencialidad de la información. Se les aclaró que si no estaban de acuerdo podrían

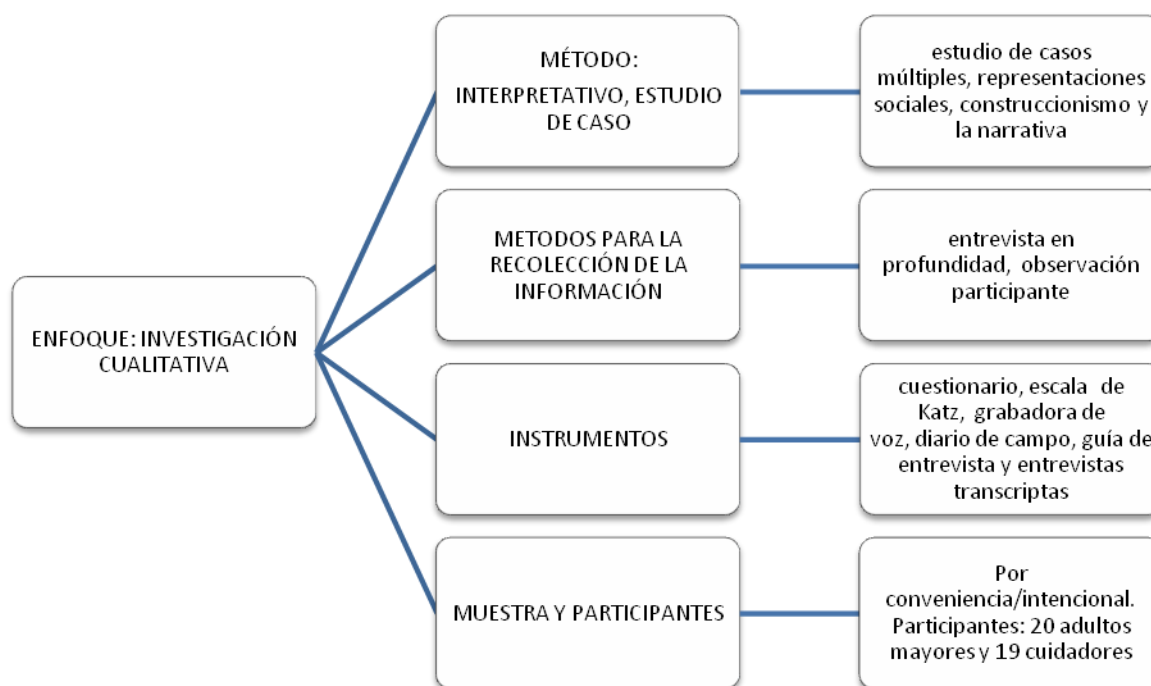
⁵⁴ Las entrevistas profundas se caracterizan además porque no hay un límite de tiempo para realizarla; la duración depende de la riqueza de la información vertida por el entrevistado; no existe una secuencia rígida en la elaboración de preguntas; éstas varían en función del contexto, la experiencia y el conocimiento del entrevistado (Szasz y Lerner, 2002).

negarse, todos manifestaron su anuencia; algunos se cohibieron al inicio de la grabación, sin embargo, después de unos momentos este recurso de investigación pasó desapercibido.

Otra técnica para recuperar aspectos significativos del trabajo de campo fue la *observación*, esencialmente, al apreciar las características de las viviendas y de los espacios personales de los ancianos. También fue importante observar la conducta no verbal de los participantes (expresión facial, posturas y movimientos corporales, silencios, mirada, etc.), la cual fue considerada como factor comunicacional de expresiones emocionales relevantes para la interpretación.

El diario de campo, se convirtió en un instrumento necesario para dar cuenta de los aspectos señalados anteriormente, en él se anotaron reflexiones e ideas que surgieron durante el proceso de la entrevista. En su momento estas notas se convirtieron en memorándums que dentro del programa Etnograph, clasificaron dichas reflexiones en temas y categorías. En la figura 5 de la siguiente página, se sintetizan los métodos, técnicas e instrumentos empleados en el proceso investigativo.

Figura 5. Marco metodológico



3.3.3. Los escenarios de investigación: los hogares de ancianos y cuidadores

La realización de las entrevistas en los hogares donde residen los adultos mayores fue una experiencia singular y enriquecedora; estar ahí, en ese espacio privado, permitió:

- a) Negociar de manera convincente la importancia de que la conversación se diera en el contexto “natural” donde se experimenta la dependencia y el cuidado.
- b) Observar y ser partícipe de su experiencia de vida.
- c) Identificar que la mayoría de los cuidadores principales, siendo el familiar más cercano al adulto mayor⁵⁵ fue quien tomó la decisión de aceptar la participación de ambos en el estudio. En dos casos, el cuidador pidió opinión a otro integrante de la familia con un estatus importante dentro del grupo familiar, pues como dice Robles (2007), las decisiones colectivas nunca están exentas de poder. Estos miembros “importantes” de la familia se encargaron de informar e influir en el adulto mayor para que aceptara participar en el estudio.

En síntesis, las entrevistas en los hogares tuvieron más ventajas que desventajas. Dentro de las ventajas, se logró un diálogo libre, fluido y con mayor flexibilidad, sobre todo después de asegurar a los participantes la confidencialidad de la información. Las desventajas, se relacionaron con contratiempos durante el proceso, generados por el estado de salud de los ancianos ya que de pronto se le presentó alguna molestia, interferencias por la visita de algún familiar así como la administración de medicamentos. Se cuidó no interrumpir los horarios de alimentos o aseo personal de los ancianos. En dos casos las entrevistas quedaron inconclusas⁵⁶; no obstante, el rescate de información fue a través de los cuidadores, quienes adquirieron un papel central, ya que su relato ayudó a perfilar la identidad de los adultos mayores (en el caso de Eulogio, la información de la hija cuidadora permitió tener una “imagen” aproximada de adulto mayor).

El primer contacto personal fue decisivo, pues dependiendo de la forma en que se planteara la necesidad de participar, de compartir los objetivos, socializar procedimientos y roles de participación se lograría la creación de un vínculo investigador-participante en el que prevaleciera la confianza y la seguridad que promoviera en los sujetos la necesidad de participar (González, 2007; Szasz y Lerner, 2002).

La habitación del adulto mayor fue el escenario principal de las entrevistas, pues sus condiciones de salud, en ocasiones bastante deteriorada, les impidieron movilizarse a otro lugar de la casa. Algunas entrevistas se realizaron en la sala o el comedor de la casa cuando los ancianos se desplazaban por medio de silla de ruedas o andador.

Las habitaciones de los ancianos eran heterogéneas en cuanto a la calidad de los muebles, la funcionalidad y comodidad de los espacios puesto que se relacionan directamente con el estrato socioeconómico de procedencia. Sin embargo, se encontraron cierta homogeneidad en cuanto a la decoración, la estética, y presencia de elementos simbólicos y de significado especial para ellos; entre otros: cuadros e imágenes religiosas y fotografías familiares.

⁵⁵ Al momento de solicitar la participación en la investigación, el familiar cuidador contestaba el teléfono y recibía la primera información, o bien, en caso de realizar visita domiciliaria, era él quien recibía a la investigadora.

⁵⁶ Dos participantes (una mujer y un hombre) fallecieron antes de concluir las entrevistas programadas. No obstante, la información complementaria del cuidador evitó descartar estos casos.

El espacio donde se entrevistó a los cuidadores fue de manera general, la sala o sala-comedor de las viviendas. Eventualmente, se les entrevistó en la habitación del anciano, en conversaciones conjuntas, sobre todo en la entrevista inicial. Una característica importante en los casos en que el deterioro de los ancianos era significativo fue la presencia de otra cama en la habitación: la del cuidador.

Durante las entrevistas, algunos cuidadores expresaron dificultades a la investigadora, entre otras cosas: no haber terminado el aseo del hogar o de no haber concluido los cuidados necesarios al adulto mayor (darle de desayunar, cambiarlo, proporcionarle medicamentos, etc). Ellos se disculpaban explicando que el tiempo “nunca les alcanzaba” y asumían que les daba “pena” que la investigadora se percatara de “cierta falta de orden y limpieza” en la vivienda⁵⁷. En el caso particular de Eulogio, incluso, la familia tuvo la percepción de que la investigadora llevaba la intención de “vigilar” las condiciones en que la familia otorgaba el cuidado al anciano⁵⁸. Ante esta situación, surgió la necesidad, de aclarar y re-encuadrar objetivos y procedimientos de la investigación en una segunda entrevista. Todos estos aspectos observados en el contexto del hogar, permitieron penetrar en la dinámica interna donde se produce la dependencia y el cuidado, en donde “el hogar representa un sistema cultural que ordena e interpreta cada uno de los valores que estructuran el espacio y su organización, pero que además es una arena de lucha entre el cuidado y las necesidades del enfermo” (Rubinstein, 1990; en Robles, 2007).

3.3.4. Aspectos éticos

Un aspecto fundamental en todo proceso investigativo es informar de los fines y procedimientos de la investigación. En este estudio, la investigadora se presentó ante los responsables de programas e instituciones, y ante los sujetos de estudio, como la responsable del proyecto de investigación con un oficio otorgado por la Facultad de Trabajo Social de la UANL, que acreditaba el trabajo a desarrollar y solicitaba facilidades para realizarlo. Este aspecto le dio seriedad y formalidad a las acciones realizadas. A continuación se explicará lo concerniente a la participación informada de los entrevistados.

A cada uno de los participantes, tanto ancianos y cuidadores se les mostró una carta con la información del objetivo del estudio, las características de su participación, los riesgos,

⁵⁷ Entrar al hogar fue un reto, pues el recibir a una extraña que va a indagar acerca de la situación de dependencia no es sencillo; es decir, de convivir con una persona que ya no se vale por sí misma, que requiere de tareas de cuidado que implican una invasión a su intimidad y además, explorar las emociones que ello produce en ambos, adultos mayores y cuidadores, conlleva el riesgo de mostrar resistencias para otorgar la información. Por ello, “la entrada en sus vidas era una cuestión crucial” (Robles, 2007).

⁵⁸ En el primer contacto con la familia de Eulogio, los familiares presentes estaban “a la defensiva”, pues sus respuestas eran escuetas y con insistente reiteración acerca de la “unión y apoyo familiar” y de la calidad del cuidado que le otorgaban a su familiar. Aún y cuando la investigadora les informó su procedencia institucional y los fines de la entrevista, los familiares pensaron que era una enviada del Seguro Social o del DIF, para evaluar el trato al enfermo. En una segunda entrevista, la investigadora abordó la actitud observada por la familia, fue aclarada y se disolvió la “barrera” emocional. Ellos habían tenido previamente una especie de “regañó” por parte de una enfermera del IMSS, en una visita médica domiciliaria y quedó en el imaginario de la familia, el sentirse expuestos a lo que dice Robles (2007), retomando a Foucault: la posibilidad de “vigilar y castigar” de los agentes institucionales al no realizar adecuadamente las acciones de cuidado.

beneficios y confidencialidad. No obstante, tanto los ancianos como los cuidadores no vieron necesario firmar dicha carta, argumentando que “no es necesario, no hay problema, pásele”. Respecto a los adultos mayores, su situación de fragilidad y de mala salud contribuyó a que no estuvieran en condiciones de firmar la carta mencionada.

De esta forma, se decidió dejar de insistir e iniciar la entrevista o la aplicación del cuestionario. Por otra parte, en función del principio de confidencialidad de la información, los nombres de los participantes fueron cambiados a fin de proteger su identidad. Finalmente, la confianza que se estableció entre la investigadora y los participantes fue el mejor consentimiento para iniciar la labor investigativa.

3.4. El análisis y la interpretación de los datos

En este apartado se describen los procedimientos llevados a cabo para el análisis e interpretación de la información. Las características del estudio, llevaron a desarrollar un enfoque fenomenológico-interpretativo-constructivo, para realizar varios niveles de análisis, que se detallarán más adelante, tratando de ser congruentes con las perspectivas teóricas que guiaron la presente investigación.

Un primer análisis o evaluación de los hallazgos se realizó en un *nivel individual de análisis*, es decir, centrado en la persona, tratando de comprender el fenómeno dentro del mundo subjetivo de entendimiento, de los sentimientos y la voluntad del individuo (Wagner, 1995; Hernández y González, 2000). Esto, en psicología es conocido como percepciones, recuerdos, actitudes, intenciones, pensamientos, afectos y conducta; pero también están las creencias, las cuales son compartidas entre los distintos actores sociales, al igual que en los grupos sociales. No obstante, tales creencias, que forman parte de un *nivel de análisis social, ideológico o centrado en el contexto*, pueden ser parte también del *nivel individual de análisis*, es decir, pueden ser analizadas o evaluadas a partir de un solo sujeto (Doise, 1986; en Wagner, 1995; Hernández y González, 2000).

Durante la transcripción de las entrevistas emergieron ideas iniciales y reflexiones relacionados con el objeto de estudio. La captura de los datos se realizó en un software para datos cualitativos (Etnograph, versión 5.0) en el cual se logró organizar, clasificar y codificar una importante cantidad de información producto de 63 entrevistas realizadas tanto a adultos mayores como cuidadores principales (28 a ancianos y 35 a cuidadores). Una ventaja importante del Etnograph es que permite ir integrando memorandos en los que se adicionan notas teóricas y notas metodológicas que surgen de acuerdo a los datos revisados.

La codificación realizada en dicho programa surgió de las relaciones iniciales, asociaciones o pautas repetitivas de los datos, articuladas a las categorías subyacentes de la guía de entrevista. Además surgieron otras nuevas que fue importante clasificar, como es el caso de la categoría: construcción de la identidad de los ancianos y cuidadores. Conjuntamente con este primer nivel de análisis fueron clasificados y vinculados los hallazgos de los dos cuestionarios, éstos últimos permitieron tener una caracterización sociodemográfica de los participantes; la cual

como una radiografía, representa situaciones concretas de sujetos específicos y nos muestra los contextos en donde surge el tema de estudio.

En un *segundo nivel de análisis* se leyeron y re-leyeron los registros de las entrevistas codificadas, realizándose además un análisis de las narrativas, con el propósito de identificar actores, intenciones, saberes, acciones, acontecimientos, eventos vitales, escenarios, ciclos, declives, analizando las palabras clave, considerando la frase en que se insertan; codificando, categorizando y recuperando segmentos de las narrativas, con lo cual se tiene la ventaja de recuperar el carácter temporal de la experiencia y los referentes sociales y culturales (Hernández y González, 2000; Rodríguez, 2003).

En el análisis narrativo, en lugar de asumir la cuestión de la objetividad, se considera el posicionamiento y la subjetividad, en donde las perspectivas de narrador e investigador pueden entrar en esta visión (Riessman, 2001). La expresión de la subjetividad de cada entrevistado dio la oportunidad tal como dice Hernández y González (2000) y González (2007), de identificar conceptos relacionados, frases similares, relaciones existentes, identificación de patrones, secuencias y diferencias que permitan la inclusión de categorías emergentes y sub-categorías y así obtener una mejor lectura del fenómeno de estudio y elaborar un listado y un mapa de códigos. Dichas categorías estuvieron en constante movimiento e interacción, consecuentemente no se percibieron como entidades rígidas y fragmentadas.

La lista y el mapa de códigos integrados en las categorías posibilitaron la aparición de ciertos *themas o thematas*⁵⁹ (Rodríguez, 2007), que son temas persistentes con un poder generador por la diversidad de contenidos concretos que pueden desplegar en función de contextos específicos. Los *themas* serían parte de un núcleo central precisamente porque tienen un rol causal en la producción de significados periféricos e imágenes asociadas a ellos, además de ser fuentes poderosas para la generación de ideas. (Moscovici y Vignaux, 1994). Según Moscovici (1994, en Rodríguez, 2007), los *themas* se basan en conocimientos culturales de un determinado grupo (en este caso los ancianos dependientes y sus cuidadores), son determinadas creencias que dominan la realidad y las prácticas sociales que surgen en ella. Dicho de otra manera, los *themas* de los ancianos y cuidadores refirieron imágenes y creencias relacionadas con la representación social de la dependencia y el cuidado en la vejez.

Esta exploración temática de relatos de vida, se relaciona con el enfoque de reconstrucción hermenéutica de Rosenthal (1993, en Bolívar y otros, 2001), quien distingue este tipo de análisis como un elemento fundamental en el análisis de datos biográficos y lo define como

⁵⁹ El concepto de *themata* ha sido instituido por Moscovici y Vignaux (en Rodríguez, 2007). En palabras de Rodríguez es útil para interpretar la centralidad de los componentes de una representación cualitativamente. Los *themata* serían temas persistentes que tienen un poder generador por la diversidad de contenidos concretos que pueden desplegar en función de contextos específicos. Los *themata* son contenidos *potenciales* que provienen de la memoria colectiva y el lenguaje, que a su vez impulsan la elaboración de contenidos *reales*.

“la suma de eventos o situaciones presentadas en conexión con el tema que forma el foco central”. Algunos de los principios generales de este modelo hacen hincapié en lo siguiente:

- a) Hacer una cronología de las historias narradas;
- b) En la forma y estructura del relato, según temas ordenados temporalmente, además de la distinción de subunidades de texto en las narraciones;
- c) En la reconstrucción del significado de la perspectiva del pasado y,
- d) En la contrastación de las interpretaciones realizadas en el sentido contextual de los relatos.

Como ejemplo de lo anterior, en este estudio surgieron relatos diferenciados en el tiempo, los ancianos y cuidadores alternaban historias que correspondían a eventos pasados, presentes y futuros. Esta ubicación de los tiempos de la experiencia vivida y por vivir, dio margen a identificar el elemento histórico de las vivencias. Además, en esta temporalidad de las narrativas surgieron temas (o *themas*) significativos y peculiares, por ejemplo, la fuerza y la actividad de la juventud o la condición de tener salud.

Estos temas y subtemas dentro del texto adquirieron diferentes significados desde la experiencia actual, los ancianos ahora ven las cosas de diferente manera. El contexto del que ahora forman parte produce realidades diversas que una a una, se interpretan y reinterpretan.

Desde nuestro punto de vista, el referente analítico de los *themas* o *thematias*, planteado por Moscovici y Vignaux (en Rodríguez, 2007), converge con el enfoque de análisis de Roshental, (1993), por lo que se decidió realizar esta parte analítica bajo este modelo. El análisis de los datos individuales y de los *themas* hace posible una mejor comprensión de objeto y sujetos de estudio.

En este nivel de análisis, algunos *themas* sugirieron imágenes, ideologías o metáforas. Estas últimas constituyeron una vía importante que expresan el valor simbólico de una experiencia como es la dependencia en la vejez. Se identificaron a través de palabras clave en la construcción verbal de las oraciones, de expresiones orales a través de los verbos y adjetivos calificativos utilizados para hablar del objeto social. Por ejemplo, la vejez se definió como experiencia insatisfactoria: “la vejez es tristeza”, “soy una carga”, “soy un estorbo”, “solo doy molestias”. En esta línea, los contenidos de los *themas*, mostraron narrativas personales que contienen rasgos representativos de sí mismos en su relación con el otro (el cuidador), que permitieron el acceso a *identidades locales* (Anderson, 1999).

Los ancianos y cuidadores se representaron a sí mismos con los discursos que eligieron para darse a conocer a la audiencia (investigador); es decir, ellos no “revelan” un self esencial tanto como representan un self preferido por ellos, seleccionado de una “multiplicidad de *sí mismos* o *yoes* cambiantes en torno a sus vidas”⁶⁰ (Riessman, 2001). Como dice la autora, ello no

⁶⁰ Según Riessman (2001) un narrador de historias puede cambiar entre distintas posiciones, dándose a sí mismos roles como seres con “agencia” o en otros momentos como seres pasivos. Estas posiciones del sí mismo en las narrativas significan la representación de la identidad. Ellos están representados en un contexto discursivo inmediato, el desarrollo de la entrevista con un escuchante/interrogador, y puede ser analizado con transcripciones detalladas.

quiere decir que sus identidades no sean auténticas, sino que surgen en la interacción social. Para Anderson (1999), el sí mismo que cuenta la historia se forma, informa y reforma a través del proceso de contar la historia en una narrativa continua. En otras palabras, el *ser* de la perspectiva narrativista no es una entidad estable y duradera, limitada y fijada en el espacio o tiempo, ni una simple acumulación de experiencias; la identidad está cimentada en la constancia de una narrativa en progreso (Anderson, 1999).

Una última parte analítica, consistió en introducir estos *themas* centrales en un proceso de abstracción en donde se reflexionaron “a la luz” de las perspectivas teóricas de las representaciones sociales y el construccionismo. Este proceso, como dice González (2007), se convirtió en un vaivén entre la construcción y la reconstrucción intelectual y la experiencia, en una expresión real del principio constructivo-interpretativo, que se da en una permanente actividad reflexiva del propio investigador. Lo anterior implica ir más allá de los detalles específicos de los segmentos vitales, para acceder a una interpretación coherente de los datos, a una búsqueda de *significado*; hay que ver la punta del iceberg, pero también la parte oculta, sumergida. Esto sólo se logra al inscribir los datos en un marco teórico y en un contexto de sentido (Bolívar, Domingo y Fernández, 2001).

3.5. Los aspectos de validez y credibilidad

Cuando los investigadores cualitativos hablan de investigación válida generalmente se refieren a que ésta es plausible, creíble, confiable, y por tanto, defendible; sin embargo, en la validez es importante tener en cuenta la llamada *tendencia del investigador*. Esta surge como resultado de la observación selectiva y el registro selectivo de la información, y también de permitir que el punto de vista personal y las perspectivas de uno afecten cómo son interpretados los datos y cómo el investigador se conduce (Burke, 1999). Según este autor, en metodología cualitativa existen cuatro tipos de validez: la *validez descriptiva*, la *validez interpretativa*, la *validez teórica* y la *validez interna y externa*.

En la investigación con enfoque narrativo, los criterios de validez y credibilidad son comunes a los de la investigación cualitativa. Generalmente estos criterios se establecen por la credibilidad y coherencia interna de las historias; dando por hecho que el criterio de verdad más importante es la propia implicación de los participantes, su honestidad personal y la coherencia del relato (Bolívar, Domingo y Fernández, 2001). En este estudio, la cuestión de la credibilidad se logró en primera instancia, a través de la observación persistente de los aspectos de mayor interés para la investigación, esto es, los significados de la dependencia y el cuidado.

La veracidad de las anécdotas narrativas no puede ser evaluada usando criterios tradicionales; no hay recetas ni fórmulas para una validación en el trabajo interpretativo. La aproximación es lenta y minuciosa, requiere atención y sutileza: matices en el discurso, la organización de una

respuesta, relaciones entre investigador, sujeto social y contextos históricos (Riessman, 2001)⁶¹.

En los trabajos que se sustentan en el construccionismo o de representación social, la verificación de los “hechos” de vida es menos notable que el entendimiento de los significados cambiantes de eventos para los individuos involucrados. Las “verdades” de las anécdotas narrativas subyacen no en su fiel representación de un mundo anterior, sino en las cambiantes conexiones que ellas forjan entre el pasado, el presente y el futuro (Riessman, 2001).

En el caso de este estudio nos apegaremos a la validez interpretativa. Este tipo de validez se refiere a describir exactamente a través de la transcripción fiel de los relatos, el *significado* que los participantes le dan a la experiencia vivida (Winter, 2000). Es decir, cómo el investigador entiende y explica los puntos de vista, pensamientos, sentimientos, intenciones y experiencias de éstos, y cómo lo describe en el reporte de investigación (Burke, 1999). En el mismo sentido, Maxwell (1992; en Winter, 2000) sostiene que la interpretación se ubica esencialmente dentro de la retórica que los investigadores usan para describir una situación, y es mutuamente construida entre investigadores y sujetos.

En otras palabras, una historia narrativa no es nunca un registro de lo que sucedió exactamente, sino una interpretación de nuestra experiencia (la del narrador y la del intérprete) en ese momento y en ese contexto. La interpretación y la comprensión de esos mismos actores y experiencias no será la misma si se realiza en momentos y contextos diferentes⁶²; la búsqueda de significado constantemente da forma y re-forma, crea y re-crea algo nuevo y diferente para el intérprete (investigador) (Gadamer, 2005). Con base en los aspectos señalados anteriormente, la cuestión que surge aquí es: ¿cómo la subjetividad inherente al enfoque narrativo puede aportar conocimiento científico? Retomando planteamientos de Ferraroti (1983; en Bolívar y otros, 2001), se plantea que:

Una narrativa biográfica individual revela una práctica humana, que refleja un conjunto de relaciones y estructuras sociales, que han sido apropiados/internalizados mediante un conjunto de procesos psicológicos o socializadores. Por eso, cada vida humana, individual se revela en los aspectos menos generalizantes, como una síntesis vertical de una historia social; mientras una acción individual aparece en sus formas más particulares como una síntesis horizontal de una estructura social. El sistema social, de este modo, está presente en cada una de las acciones, pensamientos y creencias del relato individual.

⁶¹ Un señalamiento importante de Riessman, es que en el trabajo de análisis no son suficientes las cuestiones de técnica solamente, sino que tiene fuertes implicaciones epistemológicas y esconde también cuestiones morales y políticas en las relaciones entre investigadores e informantes (Riessman, 2001).

⁶² Desde un enfoque hermenéutico, Gadamer plantea que si toda comprensión es interpretativa, entonces es imposible lograr una comprensión verdadera; el significado de una persona no puede ser comprendido plenamente, y mucho menos reproducido, por otra persona, sólo puede ser *interpretado*. Cada descripción, cada interpretación es una versión de la verdad. La verdad se construye a través de la interacción entre los participantes, y es contextual, y este proceso es infinito (Gadamer, 2005).

De acuerdo con Ferraroti, lo que hace único a la historia individual es que se presenta como una vía de acceso al conocimiento científico de un sistema social y que hace posible explicar una dimensión de la sociedad a través de una narrativa biográfica. Según la postura de Bolívar y otros (2001), podemos afirmar que los estudios sobre la vida de los ancianos y sus cuidadores ponen en relación la vida individual y la historia social en que se inscriben. Los relatos que ellos nos cuentan son siempre singulares, selectivos y específicos, situados en un espacio y tiempo.

Respecto a la triangulación como otra fuente de validación de los estudios de caso, se recurrió a una triangulación de distintas fuentes de datos como es la entrevista, la observación y el cuestionario. Ello permitió contrastar y confirmar narrativas e interpretaciones de los participantes. Además, el haber entrevistado a los ancianos y a los cuidadores hizo posible otra forma de triangulación, pues aunque los propósitos de las entrevistas fueron diferentes, hubo aspectos comunes en que “se cruzan” informaciones sobre una misma dimensión. Un ejemplo es el tema de la “percepción de carga” en la vejez, experiencia vivida por ambos, en sentidos diferentes, pero que se identifica una vivencia que produce discursos similares.

Además, la estancia prolongada en el lugar de observación es otro criterio de validez en los estudios cualitativos. En este estudio, la indagación de los datos nunca se circunscribió a una sola visita; éstos fueron recolectados en promedio de dos a cuatro visitas a los hogares. Por otro lado, la consulta con colegas o “pares” es otra fuente de validación que se implementó en este trabajo a través de compartir los datos con investigadores que abordan el mismo tema de estudio (Burke, 1999; Guzmán y Alvarado, 2009).

Por su parte, Denzin (1970), hace alusión también a la triangulación teórica, en la que se recurre a diferentes perspectivas para interpretar un mismo grupo de datos. En el caso de nuestra investigación, las teorías que permitieron una mejor interpretación y comprensión del tema de estudio fueron las ya citadas: teoría de las representaciones sociales, construccionismo social, teoría narrativa y perspectiva de género.

En este sentido, se considera que la decisión de realizar la indagación a partir del paradigma cualitativo se desprendió y estuvo en relación con los enfoques teóricos utilizados. Las técnicas cualitativas, entre ellas la entrevista profunda y la observación fueron herramientas para el investigador que buscó ir más allá de los datos; es decir, se pretendió conocer el sentido y el significado de los fenómenos sociales, desde los propios actores. En este caso, los adultos mayores y los cuidadores fueron participantes que se relacionaron entre sí y con los demás a partir de una problemática social que atañe a todos, incluyendo al investigador.

Por otra parte Ricci (1999, en Jaramillo, 2003), nos habla de que cuando nos relacionamos con las cosas, con los fenómenos, con los hombres, tenemos una postura epistemológica; es decir, a través de los métodos cualitativos, a través de una entrevista en profundidad, o de una observación, estamos actuando epistemológicamente. Además, si se considera al conocimiento como una solución a un problema de vida, y que para esa solución se necesita de una epistemología, es necesario preguntarse si aquellos conocimientos que son producto de una

investigación, llevan un beneficio social y cultural (Jaramillo, 2003). Entonces se puede afirmar que los resultados de una investigación cualitativa van a aportar un conocimiento para resolver una determinada problemática a través de una política social.

A manera de conclusión, resta decir que otra forma de relación con el objeto de estudio fue mi motivación personal como investigadora. Ella surge de mi experiencia biográfica y mi contexto personal. Mi vivencia como cuidadora principal en el proceso de la prolongada enfermedad de mi madre, tanto al interior del hogar como en los espacios hospitalarios, despertó un enorme interés por descifrar las múltiples implicaciones de la vejez y dependencia, tanto para el anciano que la experimenta, como para quienes le rodean.

La reflexión y análisis que mi posición como mujer, como hija y además soltera, desempeñó en el proceso de enfermedad, dependencia y cuidado de mi madre dio pie a ideas, sentimientos y emociones contradictorias, sobre la visión “tradicional” de la familias acerca de estos procesos vitales, de los constreñimientos de género implícitos en proceso de envejecer y de la tarea de cuidado. También me encontré muchas veces ante situaciones paradójicas en las que por ser cuidadora principal, tuve que tomar decisiones que desde mi percepción de bienestar de los ancianos con enfermedad crónica, no siempre fueron las mejores. De alguna manera se me asignó, y asumí la responsabilidad de dar respuestas en nombre de la familia y en nombre de mi madre. Estas experiencias generaron contradicciones y luchas de tensión en distintos momentos.

La realidad vivida de manera personal y el observar las distintas realidades de otros casos similares, fue generando un sinfín de preguntas sin respuesta. Hoy, tampoco tengo todas las respuestas, lo que tengo es una mayor comprensión de este proceso, y la certeza de que no hay una verdad única en la forma de envejecer con dependencia, cada quien construimos “nuestra verdad y nuestra realidad”.

De este modo, conjugando un interés personal con otro profesional y científico, el presente trabajo hace importantes aportaciones para una mejor y mayor comprensión del tema de la dependencia en la vejez.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se encuentran los hallazgos de la investigación y la discusión de los resultados a la luz de los elementos teóricos que fueron incorporados al estudio. Ello, hizo posible descubrir aspectos diferentes del tema de la vejez dependiente, compararlos con otros estudios y construir nuevas reflexiones. En esta investigación cualitativa, el proceso de análisis se dio en forma simultánea a la recolección de los datos, y dio pie a la reformulación de algunas estrategias y procedimientos del diseño, las cuales se mencionaron en el capítulo de metodología. En un primer momento, se describen las características socio-demográficas, familiares y la condición de salud de los participantes. Posteriormente se muestran los aspectos subjetivos y los significados que los entrevistados le atribuyen a su experiencia.

4.1 La dependencia en la vejez avanzada: la dimensión social y la percepción subjetiva

La experiencia de la dependencia y el cuidado en la vejez produce en los participantes una diversidad de relatos. Cada uno de ellos se narra a sí mismo de diferente manera en función de las particularidades del contexto al que pertenece. El texto que se genera es interdependiente del contexto en que se produce. De tal forma que en ellos (los textos) se puede apreciar lo singular, lo específico, pero también lo plural y lo global.

En este sentido, cada experiencia (o problema) de la dependencia en la vejez, se concibe como un conjunto singular de sucesos que sólo tiene sentido en el contexto de intercambio social en que ocurre. Es decir, los actores y los escenarios hacen del dilema de la vejez una situación particular.

4.1.1. Actores y escenarios donde surge la cuarta edad

El transitar a la cuarta edad como ya se dijo en otra parte de este documento, conlleva la aparición de la enfermedad crónica, la discapacidad y el deterioro para realizar las funciones básicas que le permiten a un ser humano ser autónomo e independiente. Las enfermedades crónico-degenerativas que causan la incapacidad-discapacidad pueden hacerse presentes desde

los 60 años; no obstante, es más frecuente en los ancianos alrededor de los 70-75 años y aumenta considerablemente después de los 85 años (Gutiérrez, 2004)

La mayoría de los padecimientos de los participantes coinciden con los reportados por las encuestas de salud ENASEM, 2001, SINAIS, 2006 (en Montes de Oca, 2007), y son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos. En nuestros entrevistados también aparecen enfermedades del hígado, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y accidentes (caídas), que han sido reportados también como principales problemas de salud de la vejez (INEGI, 2005), como lo muestra la tabla 6. Dichos padecimientos son la causa más importante para la pérdida de autonomía y limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria de los ancianos. Como se aprecia en el cuadro ya citado, los ancianos tienen entre tres y seis ABVD que no pueden realizar en forma independiente, por lo que de acuerdo al índice de Katz (ya mencionado en otra parte de este documento), presentan un deterioro funcional de moderado a severo.

Además del impacto en la salud, las repercusiones que la discapacidad y el deterioro tienen en la economía de las personas mayores y sus familias, son de suma importancia, pues es ampliamente conocido que las enfermedades en la vejez tienden a cronificarse. Esta circunstancia propicia lo que se denomina “gastos catastróficos”, pues al no contar con redes de apoyo social, se lesiona fuertemente el ingreso de las familias. Aquellos que disponen de un estatus social elevado y redes de apoyo más sólidas (tanto familiares como sociales) enfrentan con menos problemas la dependencia.

Además, el no cubrir dichas necesidades satisfactoriamente, colapsa la salud de los mayores, así como las relaciones entre los miembros de la familia. Como dice Ludi (2005), cuando existen condiciones de precarización del trabajo, desempleo estructurado y exclusión, además de una cobertura insuficiente de las políticas de protección del estado, hay fuertes impactos en la calidad de vida de los ancianos y sus familias.

El acceso de nuestros participantes a los recursos de salud a través de la seguridad social tuvo un papel importante para la atención de sus padecimientos (véase tabla 7). En el caso de los varones este derecho fue adquirido como producto de su actividad laboral; en el caso de las mujeres, fue de manera indirecta, es decir, fueron afiliadas por su cónyuge o por uno de sus hijos. Situación que nos refleja la mayor vulnerabilidad social de las mujeres ancianas, pues aunque dispongan de atención médica, no cuentan con el apoyo económico de una pensión, agregándose a su condición de dependencia física, una dependencia económica. Solo dos ancianos, un hombre y una mujer se encuentran desprotegidos de este derecho. Leonel, quien siempre se dedicó a rotulista y pintor, interpreta que la falta de permanencia y estabilidad en un solo empleo contribuyó a que sus patrones “no pudieran” afiliarlo al Seguro Social, ya que desde su punto de vista, esto obedeció a su empleo de tipo eventual.

Tabla 6. Tipología de las enfermedades, comorbilidad y limitaciones en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Caso	Adulto Mayor	Enfermedad/padecimiento	Comorbilidad	ABVD que realiza con ayuda
1	Ma. Dolores	Artritis/osteoporosis (fractura por caída)	Depresión/insomnio/gastritis	Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario
2	Rigoberto	Diabetes	Enfermedad Prostática/prob. cardiaco/ gastritis	Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario
3	María Santos	Prob. de columna	Artritis/bronquitis	Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario
4	Roberto	Prob./columna, (caídas)	Enfermedad Prostática/depresión/problema cardíaco	Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario
5	Juan Lorenzo	Cáncer de colon	Parkinson	Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario
6	Rosa María	Asma (EPOC)	Arritmia	Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario
7	Cosme	Problema de columna	Hipertensión/artritis, úlceras en piernas	Caminar por la habitación, bañarse, ir al sanitario
8	Rosalba	Parkinson	Hipertensión/artritis	Bañarse, vestirse, ir al sanitario, levantarse de la cama
9	Eulogio	Cáncer de páncreas	Úlceras en cadera	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación, comer por sí mismo
10	Jorge	Parkinson	Diabetes/hipertensión/enf. prostática	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
11	Leonel	Embolia	Bronquitis crónico	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación, comer por sí mismo
12	Genoveva	Cirrosis hepática	Diabetes/problemas renales	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
13	Pablo	Insuficiencia renal	Problemas/columna/s ecuelas embolia	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
14	Imelda	Parkinson	Fractura de cadera	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
15	Ana María	Caída	Tromboflebitis	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
16	Irene	Cáncer	Fractura de cadera	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
17	Consuelo	Caída	Gastritis/prob. pulmonares/insomnio	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
18	Abelardo	Leucemia	Diabetes/herpes	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación
19	Ma. Elena	Mielopatía cervical/cuadruplejia	Hernia de disco/hipertensión/gastritis	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación, comer por sí misma
20	Rosenda	Caída	Diabetes/hipertensión arterial/arritmia	Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación

Pero además, él nunca solicitó su afiliación, los patronos tampoco ofrecieron hacerlo, entonces él “dio por hecho” que así era. Su razonamiento explica el desconocimiento de los derechos laborales, aspecto que se retroalimenta con la falta de cumplimiento por parte de las empresas para las que trabajó.

En el otro caso: María Santos, refiere que aunque laboró durante varios años en una “fonda” en el mercado, nunca solicitó la afiliación pues “*antes eso no se usaba oiga... y menos a uno de mujer*”, lo cual refleja también un desconocimiento de sus derechos laborales, la devaluación del trabajo femenino y la “falta de costumbre” de muchos empleadores en proteger a sus trabajadores, que dicho de otra manera, se traduce en incumplimiento de las obligaciones obrero-patronales. Estas condiciones confirman lo que han dicho varios autores en cuanto a la debilidad de las políticas sociales de equidad de género, sobre todo, en la generación de las mujeres que viven la vejez. En este sentido, los recursos con que cuentan para la atención de los problemas de salud son:

Tabla 7. Recursos disponibles para la atención de la enfermedad

Recursos institucionales para atender la enfermedad	Recursos propios	Recursos familiares	Ambos: recursos propios y familiares
Instituciones de Seguridad Social. Casos: (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 19, 20)	Casos: (2, 4, 5, 7, 10, 13, 18, 20)	Todos a excepción de casos 2, 13 y 20	Casos 7, 13 y 16
Ambas: Seguro social y atención privada Casos: 1, 4, 5, 6, 8, 15, 18 y 19		Casos: 1, 5, 6, 8, 15, 18, 19	4, 5, 18
SSA Casos: 3, 12, 14, 17 SSA y privado Casos: 16 y 17		Casos: 3, 12, 14, 17	

Como se puede apreciar en la tabla, algunos participantes que disponían de los recursos económicos suficientes recurrieron de manera adicional a la atención médica privada aún cuando contaban con seguridad social. Los principales motivos que los hizo recurrir a la atención privada fueron: retraso en las citas, carencia de algunos servicios especializados de diagnóstico y tratamiento, o bien, falta de confianza en la atención brindada, entre otros. Los aspectos mencionados se contraponen a los requerimientos que deben cubrir los servicios a la población mayor, pues los padecimientos crónicos en edades avanzadas requieren atención constante, oportuna, ágil, es decir, de calidad, necesidades que en ocasiones no cubren las instituciones del sector salud (Gutiérrez, 2004). Ejemplificamos con el caso de Eulogio:

(...) Si, a mí en el seguro siempre me han dicho, siempre me han dicho, en Trabajo Social y en todas partes –“Es que no eres la única”, yo sé que no soy la única hay muchos, pero alguna manera que se pudiera hacer... de con ellos... de que simplemente, es dolor, igual y si no fuera dolor yo le tapo donde le está saliendo sangre, o no sé, pero cuando es dolor ¿Cómo se aguantan ellos? Y muchas veces me ha tocado, muchas veces me ha tocado de que, se le tapa la sonda, se le sale, y de que hablo y hasta parece que me toca la de malas ese día. –Acabamos de cambiar de horario, ahorita no hay ambulancias, la ambulancia ya va para allá–, y estoy desde las 3:00 de la tarde y vienen a las 7:00 de la noche. Cuando yo ya fui con alguna enfermera que salió de su trabajo de por aquí cerca, para que viniera y se la pusiera. Eso es a lo mejor lo que yo pediría, a lo mejor un poquito más de atención o diferente a los demás pacientes (Celia, hija cuidadora)

Estas limitaciones en la atención que se otorga inciden para que el adulto mayor, sus cuidadores y sus familias busquen estrategias para resolver las distintas dificultades en opciones que ofrece la red de apoyo social.

4.1.2. La red de apoyo ante la enfermedad

En poco más de una tercera parte de los casos, la condición que marcó la diferencia para proporcionar una mejor atención a los ancianos, fue la disposición de recursos económicos de la familia o del propio adulto mayor. Dicho aspecto permitió dar una respuesta satisfactoria ante situaciones de enfermedad estable o crítica. El riesgo aquí, es que según la magnitud de los gastos realizados, las familias pueden quedarse sin recursos cuando los eventos críticos son frecuentes o cuando la discapacidad y deterioro es de larga duración, en síntesis, estos eventos hacen que las familias entren en un ciclo de desgaste no solo emocional sino económico.

En los casos de Rosa María, Eulogio, Ana María y Cosme, sus familiares tuvieron respuestas oportunas ante situaciones emergentes, aunque con mayores limitaciones, pues los recursos económicos eran más escasos. Si bien la solidaridad familiar era fuerte, y permitió enfrentar hasta cierto punto las necesidades o emergencias, el impacto a la economía de las familias fue muy importante. Pero también hubo casos en las que la red de apoyo familiar se encontraba debilitada, colocando al cuidador principal en verdaderos aprietos económicos y ante el riesgo de no dar respuesta adecuada frente a situaciones de crisis o de sobrevivencia. Esto se relaciona con lo que Ludi denomina una “reducción de la protección próxima” por deterioro de las relaciones familiares. Las familias en estas condiciones operan como un sistema precarizado de intercambios, a la vez provisorio y amenazado, lo que permite identificarlas como “familias inseguras” (Ludi, 2005:87).

Las experiencias de Pablo y Genoveva con una enfermedad crónica, con una importante comorbilidad, además de serios conflictos entre sus hijos por la carencia de apoyo económico, pone a los que fungen como cuidadores también en una posición de vulnerabilidad. Ante tal panorama, surge lo que se denomina “espirales de acumulación de desventajas: escasez de ingresos, enfermedad, discapacidad para el trabajo y aislamiento social (González de la Rocha y Villagomez, 2005; en González de la Rocha, 2006:79). Las siguientes narrativas reafirman el planteamiento anterior.

(...) comencé a repartir solicitudes (de trabajo) donde sea, para poder tener seguro médico (...) porque esta enfermedad ya es muy constante de hospitalización, entonces, ya no puedo yo estar pagando, por poquito que sea... ya no puedo estar pagando seguido, seguido, seguido...la quise meter al Seguro Popular... pero no se pudo... no se pudo...que ahorita no hay inscripción... (Tina, hija cuidadora).

(...) yo he ido a buscar chamba y me dicen - sabes que Chuy, no hay jale- ... y sí hay, yo sé que si hay, me dicen -yo sé que es usted trabajador pero ahorita no hay jale- y yo les digo: aunque sea unas tres veces por semana, aunque sea algo así relax para tener algo aunque sea, pa ayudar a mi apá, tenerle su dinerito, estarle curando sus heridas- pero no

alcanzo, pero yo quiero trabajar y cuando hay alguno tengo que estar fuera todos los días de la semana y no puedo dejar a mi papá... solo. (Joel, hijo cuidador).

Otro ejemplo es el de María Santos, quien debido a la falta de acceso a la seguridad social, al insuficiente apoyo económico de la red familiar y a conflictos de relación entre los hermanos, hizo que Rosalía, la hija cuidadora no tuviera la posibilidad de ofrecerle atención médica al momento de una crisis en su estado de salud, y fallece sin tener la oportunidad de ser atendida.

Los ancianos, cuyas posibilidades recursos personales y familiares van desde un buen nivel económico hasta un nivel deficiente de recursos enfrentan en diferentes medidas y formas las necesidades inherentes a su condición. En algunos, si bien es importante la contribución de los ancianos para la atención de sus problemas de salud, ésta casi siempre es insuficiente, dado que el monto de sus ingresos es precario⁶³ y no alcanzan a cubrirse los costos de atención y tratamiento. Cuando la familia o los cuidadores no cuentan con el dinero suficiente para enfrentar las situaciones críticas de los ancianos, identifican el recurso económico como determinante para el afrontamiento de las necesidades de salud de sus familiares, y al no hacerlo a causa de sus carencias, es posible que se adjudiquen sentimientos de culpa y se asumen como únicos responsables de las consecuencias (caso María Santos). No alcanzan a visualizar que existen condiciones “externas” que también condicionan esos resultados, como son las problemáticas familiares y la ausencia de redes de apoyo social.

De tal forma que, los recursos económicos de los cuidadores y la familia en general resultaron determinantes para responder a las demandas de atención. Arber y Ginn (1992) en su estudio “Class and caring: a forgotten dimension”, argumentan que cuando los cuidadores (y demás familiares) pertenecen a una clase media tienen más opciones tanto para proveer el cuidado por ellos mismos, pagar por cuidadores sustitutos, comprar ayudas o aditamentos, o modificar la vivienda para reducir la necesidad de cuidado informal.

Lo revisado hasta aquí nos muestra que a partir de las condiciones materiales, también se trastoca la subjetividad, el sí mismo de los actores. De acuerdo con Ludi (2005), el “quiebre” de la protección social tiene impacto en la subjetividad, en la construcción de identidades, tanto individuales como colectivas. Pero cobra mayor sentido en los viejos en situación de pobreza y en sus familias, pues aquellos que no gozan de los beneficios de la política social, como el acceso a una pensión, a servicios de salud o a una vivienda acorde a sus necesidades, se perciben como familias “inseguras” en términos de una protección social adecuada.

Las condiciones materiales permean las ideas de los ancianos y se introducen en sus pensamientos en los momentos en que aquellas se tornan importantes. Es decir, la carencia de recursos materiales, aunado a las experiencias del envejecimiento y dependencia los hacen percibirse como “sujetos devaluados” en distintas dimensiones. El concepto de convertirse en “viejo, pobre, enfermo y dependiente” hace alusión a la experiencia más temida por jóvenes y

⁶³ Si se considera que el monto de las pensiones de la mayoría de los adultos mayores oscila entre \$1500.00 y \$2000.00, se puede inferir que resultan insuficientes para enfrentar los costos de la enfermedad. Datos de INEGI (2005), registran que el promedio de los hogares donde residen los adultos mayores tuvieron un ingreso monetario inferior a los \$5000.00 mensuales.

ancianos (Robles, 2005), sobre todo cuando las redes de apoyo social y familiar no son suficientes.

Por otro lado, la percepción subjetiva del deterioro toma mayor significado cuando las deficiencias impactan las actividades cotidianas que solían realizar los participantes y que han ido abandonando paulatinamente a causa de la enfermedad o el efecto del propio envejecimiento. Lo que aqueja con mayor frecuencia a los participantes, son la deficiencia en funciones visuales y auditivas; la posibilidad de alimentarse o dormir adecuadamente y sobre todo, de movilizarse por sí mismos:

Sí, sí... quiero decirle que la enfermedad ya madura en uno, se hace muy pesado, manejarse, hasta comer y caminar no se diga y todo eso es una pena muy gruesa...
(Abelardo, 84 años)

(...) Antes me gustaba leer, ahora ya no puedo leer mucho... por los ojos, me lloran, no puedo coser, ni tejer, veo la tele un ratito, nomás un rato y ya... Inv: ¿Qué es lo que le gusta comer? (...) Pues no puedo comer muchas cosas... y como me enfermo del estómago, me da miedo estar comiendo y que me vaya a enfermar, mejor así me quedo...
(Ma. Dolores, 93 años)

(...) se le hacen a uno los días eternos, allá (en el rancho) no sabía uno cómo se le pasaba el día, aquí los días y las noches son eternas, ya casi no puedo dormir... ahí en ratos, me canso mucho de estar acostada, y si me siento, me canso de estar sentada... (Rosa María, 86 años)

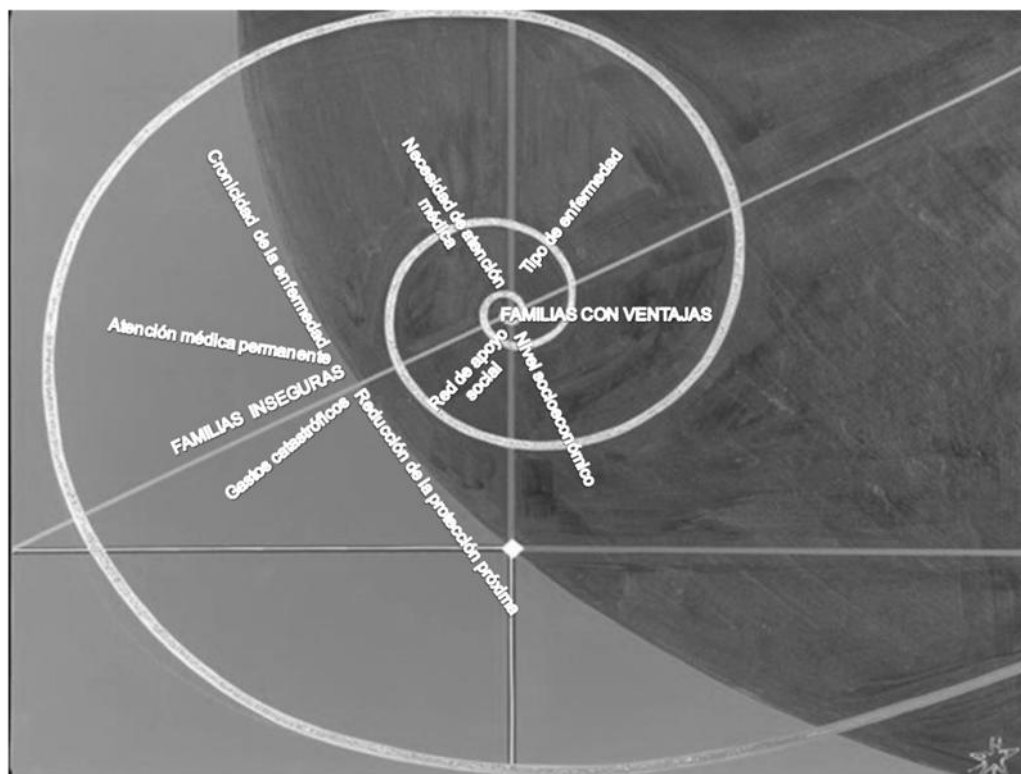
El tiempo que transcurre en que los ancianos desarrollen un mayor deterioro y el impacto que produce en la salud está supeditado a varios factores: el tipo de enfermedad, presencia de comorbilidad, el acceso a atención médica y tratamiento y el apoyo familiar, entre otros. El caso de Ma. Elena, con una cuadriplejía severa y otros padecimientos importantes ejemplifica los dos primeros aspectos:

(...) poco a poco fui perdiendo... paulatinamente, primero fue la mano derecha, ya no me funcionó y dije: pues con la izquierda, comía y con mi mano, y ya después ni con la izquierda... ya los pies ya estaban inmovilizados también.

En la figura 6 (en la siguiente página) se trata de esquematizar los elementos que repercuten en ancianos y familias para ubicarse en una situación de ventaja o desventaja ante la experiencia de la cuarta edad.

De esta forma, cuidadores y ancianos están inmersos en una complejidad de situaciones que influyen la forma de vivir la vejez y la enfermedad. Para los ancianos enfermos, la red de apoyo social es importante, pero la familia lo es más, pues es su fuente de apoyo más inmediato. En este sentido, las acciones, actitudes y relaciones que ésta establece con los adultos mayores permea las imágenes de familia que tienen los participantes.

Figura 6. Representación social de las familias con ventajas y desventajas para la atención de los ancianos



Construcción propia, con aportaciones de González de la Rocha y Villagómez (2006) y Ludi (2005)

4.1.3. La imagen de familia en los ancianos

En este estudio, solo se entrevistó a los ancianos y sus cuidadores principales, (salvo en tres casos se entrevistó también a un segundo cuidador); por lo que la información acerca de la familia fue proporcionada por dichos participantes. Dado que ya se documentó en otra parte de este trabajo la forma en que los adultos mayores perciben al cuidador, en este apartado se describe la imagen que éstos tienen acerca de la familia en relación con la experiencia de la vejez, la dependencia y el cuidado.

Generalmente, las familias de los adultos mayores en situación de dependencia se conciben como la principal fuente de apoyo para ellos. Datos de investigaciones muestran que en condiciones de vulnerabilidad y fragilidad de los padres, la familia está más dispuesta a ofrecerles apoyo. No obstante, también hay evidencias de que cuando se enfrentan las dificultades del cuidado y atención de los mayores, las tensiones y conflictos familiares son inevitables, pues ante las necesidades que surgen con la dependencia, no todos los miembros de la familia dan respuesta equitativa, de corresponsabilidad con el cuidador principal.

En este sentido, la coresidencia, el apoyo instrumental, económico, material y afectivo, así como las “buenas” relaciones al interior de la familia, son de particular importancia para los participantes. Las formas y tipos de familia de los entrevistados responden a sus necesidades, pues en todos los casos, viven acompañados de uno o más familiares (véase tabla 8), así como también mantienen contacto en mayor o menor medida con los que viven fuera del hogar. Estos aspectos, muchas veces determinan la imagen de familia que ellos construyen.

Tabla 8. Relación estado civil y tipo de familia de los participantes

Hombres	Edo. Civil	Tipo de Fam.	Miembros en el hogar	Mujeres	Edo. Civil	Tipo Fam.	Miembros en el hogar
Rigoberto	Casado	Nuclear	2	Ma. Dolores	Viuda	Extendida	7
Roberto	Casado	Nuclear	3	María Santos	Viuda	Extendida	4
Juan Lorenzo	Casado	Extendida	4	Rosa María	Viuda	Extendida	4
Cosme	Casado	Extendida	6	Rosalba	Viuda	Extendida	3
Jorge	Casado	Nuclear	4	Genoveva	Viuda	Extendida	5
Eulogio	Casado	Extendida	7	Imelda	Casada	Extendida	4
Leonel	Casado	Extendida	4	Ana María	Viuda	Extendida	9
Pablo	Viudo	Nuclear	2	Irene	Casada	Nuclear	3
Abelardo	Casado	Nuclear	2	Ma. Elena	Viuda	Nuclear	2
				Rosenda	Viuda	Extendida	4
				Consuelo	Viuda	Nuclear	2

4.1.3.1. Percepción del apoyo familiar

Uno de los supuestos que prevalece en las generaciones de viejos, es la idea de que ellos aprendieron que la familia debe ser “unida y apoyarse en los problemas”. Muchos de los participantes fomentaron en sus familias estos valores. En la enfermedad y dependencia en la vejez, estas cualidades toman importancia, y de llevarse a cabo, surge un sentimiento de satisfacción y trascendencia de sí. Por lo cual los hijos que no prodigan cuidado a sus padres son percibidos como “malos hijos”.

En sus propias familias, algunos adultos mayores asumen que existe unión familiar y apoyo en la situación que viven, como lo describe Rosa María a quien sus hijos, tanto los que radican en Durango como fuera del país le otorgan apoyo en diferentes formas; sobre todo la hija cuidadora con la que vive:

Inv: (...) entonces, ¿está siendo apoyada por todos sus hijos?

Rosa María: (...) *ande sí, como no... nunca han sido “despegados” de mí, nunca se han peleado ni nada, fueron muy hermanables, por eso no sufrí con ellos...*

Los casos de Imelda y Ma. Dolores, valoran el hecho de tener una familia numerosa, seguramente con la expectativa de que hay más posibilidades de apoyo cuando se cuenta con un mayor número de hijos:

Imelda: (...) *mi familia toda me apoya a mí, yo no tengo nada que decir de ellos porque todos me apoyan (...) y ahí es donde ya nos retratamos bien, allá en la sala están más, unos separados y otros juntos, pero un montón de familia que tengo, gracias a mi padre Dios...* Inv: (...) entonces, ¿es bueno tener una familia grande? (...) *sí, a mí me gusta... como hasta ahorita Dios me tiene así porque todos mis hijos son re buenos conmigo...*

Ma. Dolores: (...) *por ejemplo, tuve muchos hijos, si no es uno es otro, y así muchos hijos no vienen unos seguido, pos todavía si no hubiera tenido muchos pues estaba completamente sola, digo me sentiría más mal que no vinieran aunque fuera nada mas de entrada por salida, cómo estás mamá, cómo te sientes y ya a platicar algo, ya siquiera, no siquiera sino que quedo contenta porque ya los vi a los hijos que están bien.*

Estas imágenes de la familia significan para los ancianos la posibilidad de contar con la solidaridad familiar, con la satisfacción de haber perpetuado valores intergeneracionales que ellos consideran importantes. Para ellos, tener una familia numerosa y “ser unidos” se constituye un soporte para la vejez y un sentido de seguir siendo a través de los otros y de trascender. Aunque no todos sus miembros respondan con la misma fuerza e intensidad, se integran a estos “principios” familiares que responden a una imagen social de familia que les resulta conveniente y gratificante. Aquí la pregunta es ¿qué pasaría si alguno de sus miembros se sale de este “orden” establecido?

En el sentido opuesto se encuentran las familias “desunidas” o poco solidarias, sin embargo, es importante aclarar que estas etiquetas no las debemos incorporar como algo generalizado, pues en las familias siempre habrá excepciones a la regla, es decir; como sistema, la familia está siempre en constante movimiento e interacción, sus miembros responden de distintas maneras ante una misma circunstancia, por ello, la familia es una unidad compleja para su análisis. El caso de Rigoberto, nos describe lo que para él representa la “desunión familiar”:

Escena 1.

Inv: (...) ¿qué cosas lo ponen triste don Rigoberto? (...) *la soledad.... que no hay armonía...* (...) Inv: *¿Con quién no hay armonía?* Rigoberto: (...) *con mis hijos... no vienen... no saben cómo me siento... no les interesa...*

Escena 2.

Inv: *¿Por qué no se llevan bien?* Rigoberto: (...) *ellos tienen una mala idea de mí... porque yo antes “tomaba”... y a veces peleaba con mi esposa, entonces me reclamaban... no me querían, hablaban mal de mí... (llora)....*

Escena 3.

Inv: (...) Pero, ¿ahorita aquí está una hija suya?; ¿eso lo pone contento?

Rigoberto: (...) *pues sí, pero es la única, y eso viene allá cada y cuando... se tarda meses... yo quisiera... tenerlos a todos aquí...*

No obstante, Rigoberto cuenta con el apoyo de su segunda esposa, quien lo cuida y atiende en todas sus necesidades y ocasionalmente lo visita una hija de su primer matrimonio. En el caso de Juan Lorenzo, se identifica apoyo suficiente de su esposa, de dos de sus hijos y una sobrina, pero se siente abandonado por sus hijos mayores, producto de su primer matrimonio:

Juan Lorenzo: (...) *cuando está uno joven es muy bien recibido donde quiera, y ya llega uno en la etapa de la vejez y empiezan las limitantes y como le digo empiezan los retiros de la familia, eso es lo que pasa en estas cosas o en esta etapa de la vida, al menos para mí eso es...*

La forma en que Juan Lorenzo percibe a su familia, confirma lo dicho anteriormente, es decir, que las relaciones que se establecen entre sus miembros cambian en función de múltiples circunstancias, entre ellas: edad, dinámica familiar, fase del ciclo vital, problemas que surgen, y la manera de resolverlos. En su caso, pareciera que tiene dos familias en una, los que le otorgan apoyo y cuidado y los que lo tienen abandonado. Seguramente en otro momento, tenía una opinión diferente de ellos. Como dice Harris (2008), en su trabajo *What is Family Diversity?*: los individuos pueden describir como importantes a determinados miembros de la familia en un cierto momento, y después de un tiempo, ellos mismos pueden contradecir sus propias evaluaciones, revirtiendo sus opiniones iniciales sobre sus parientes, a la luz de nuevas consideraciones.

Al presentarse la vejez, la enfermedad y la dependencia en los adultos mayores, tienen lugar nuevas y diversas configuraciones de la vida familiar, de las relaciones entre sus miembros y de los discursos que surgen en torno a esta nueva etapa de vida. Es claro también que la experiencia de envejecer con dependencia tendrá significados heterogéneos para los varones y las mujeres ancianas, así como para los hijos e hijas (el aspecto de los hijos cuidadores se revisará en otro apartado). Las cuestiones de género están presentes en las distintas circunstancias que se viven en ese proceso.

Las mujeres ancianas, con mejores vínculos con sus hijos, también perciben cierto distanciamiento en algunos de ellos; no obstante, en sus discursos surge cierta ambivalencia. Sus narraciones expresan al mismo tiempo una queja implícita y una justificación para quien no puede dedicarles más tiempo y compañía, como ya se comentó anteriormente, parece que en las madres ancianas hay una mayor tendencia a hablar mal de sus hijos. En el caso de María Santos hace referencia a la falta de contacto con algunos de sus hijos de manera diferente en dos momentos de la entrevista:

Escena 1.

(...) *ah... pues así son ellos, el mayor pues siempre ha sido así, y los otros... no pues tampoco, tampoco porque, pos, porque su trabajo, porque tienen que trabajar, cosas que atender, se pasan los días y no vienen...*

Escena 2.

(...) *no creo... cómo van a estar ellos (sus hijos) más apurados... y yo no... a veces aunque quiera, uno no cuenta, para uno, si pueden le dan y a su familia no, ahí tienen que tener que comer, les hace falta que vestir, pues ahora tienen que darlo...*

En esta parte de la narrativa, es frecuente escuchar en las participantes, discursos que reflejan por un lado, esa dificultad de decir abiertamente lo que les incomoda o les enoja, a diferencia de los varones, quienes tienen la facilidad de ser más directos en sus opiniones negativas de la familia, como lo hace Cosme:

(...) ya no es igual, porque ellos (los hijos) tienen su señora y todo, porque la señora les dice: ¡ma!, ¿por qué les vas a llevar?... y antes no, antes la mujer (una hija)... la mujer, aunque sea una gorda aquí en el “sobaco”, pero le trae a uno y le da...

Por otro lado, están presentes diferentes matices en la relación según se trate de un padre o una madre ancianos. Es inevitable tomar en cuenta que las percepciones de la familia difieren según el género, pues tal como lo muestran otros estudios, las ancianas logran establecer mejores vínculos con sus hijos y parientes que los hombres. La mayoría de los participantes hombres de este estudio tienen conflictos en la relación con sus hijos, situación que en el momento actual les impide tener mejores condiciones de apoyo familiar. El conflicto tiene múltiples motivaciones y expresiones, para algunos se manifiesta en el distanciamiento y falta de contacto, para otros, en la falta de reconocimiento y de respeto.

4.1.3.2. “Ya no hay respeto”: una realidad incómoda para los ancianos

Otro aspecto que destaca en las narraciones de los ancianos varones es el relativo a su rol familiar, pues resulta complicado para ellos asumir que ya no se les reconoce la misma autoridad y jerarquía que ejercieron en otras etapas de su vida. En cuanto a las mujeres ancianas, en forma diferente, también aluden a un papel de menor importancia dentro de la familia, especialmente con las generaciones más jóvenes (los nietos), pues perciben en sus hijos una actitud de mayor respeto y reconocimiento.

Una situación que les permite conservar cierto “poder” en la familia, se presenta cuando los ancianos aún contribuyen de forma material y/o económica a los gastos familiares, o bien, son propietarios de la vivienda, pues ello les da la posibilidad de reciprocitar la ayuda que reciben. Ellos “luchan” por mantener una posición de autoridad familiar, dado que este rasgo es parte de su identidad, y forma parte de un “orden” social inculcado en su contexto familiar.

El caso de Jorge quien aún aporta su pensión al gasto familiar y adquirió casa para su familia, nos ejemplifica lo anterior:

Escena 1.

(...) todavía soy el jefe de mi casa... todavía me respetan...

Escena 2.

(...) a veces nos enojamos, pues les hablo (a sus hijos) y no me hacen caso y yo no estoy acostumbrado a eso, yo estoy acostumbrado a -esto lo vas a hacer ahorita- y se hace...

En el caso de Ma. Dolores, quien vive con una hija, su yerno y nietos, percibe en estos últimos que ya no le dan un lugar importante en sus vidas:

(...) ¿Qué si yo soy importante?... yo creo que sí, en la familia hay de todo, por ejemplo, con unos más jóvenes ven el caso diferente y ya cuando están en edad reconocen que no es así, que es de otro modo (...) es decir, bueno, ya en algunas cosas no me toman en cuenta por la edad, porque dicen -no ella ya pasó por muchas cosas, no sabe de esto- pero si... hay cosas que si se le borran a uno y otras que tiene uno más presente...

Ana María, quien vive en un pueblo, percibe de manera diferente a sus nietos:

(...) Ramiro es el que más juega conmigo, juguetea y me “buye” la silla y le digo a ella (dirigiéndose a su hija cuidadora)... mira hija dile que se esté serio- es juguetón pero no es grosero... Inv: ¿Con quién tiene más confianza? (...) Pues con ella y con Lili, (su hija y su nieta), pues son las que más se me arriman aquí...

Es un hecho, que todas las familias son diferentes, cada una de ellas responde en forma particular a la experiencia de cuidar a un anciano enfermo y dependiente. Sus estilos de relación van cambiando según las etapas del ciclo de vida de sus miembros y de la familia en general, y se van transformando en función de un mundo en el que coexisten distintas fuerzas o tensiones sociales como son las demandas del mundo laboral, económico, político y social; éstas permean de forma diferente a los individuos que conforman dichas familias.

Las circunstancias varían en cierta medida de una familia a otra, pero al interior cada una adopta diferentes maneras de actuar ante la dependencia, como ya se dijo en otro momento, sus integrantes responden según sus recursos, sus motivaciones, la relación establecida con los padres, según la manera de pensar de sus propias familias de procreación. Si los recursos, las motivaciones y los valores perpetúan la idea de respaldar y apoyar a los viejos, los ancianos mantendrán una imagen familiar acorde a sus creencias y expectativas, de lo contrario, éstos se sentirán decepcionados de aquella.


De esta forma, los “valores-principios familiares” que los viejos fomentaron en sus familias, muchas veces pasan a un segundo plano o entran en confrontación con otros más significativos como son el trabajo, la lealtad hacia las nuevas familias o bien una ideología de sobrevaloración de lo nuevo, de la juventud, de lo “actual”, y un rechazo de lo viejo, por considerarlo obsoleto. Con esto queremos decir que frecuentemente los miembros de la familia no toman sus decisiones “libremente”, de acuerdo a sus propios deseos, sino que están permeadas por condiciones particulares de una cultura local que privilegia formas de otorgar significado y de responder ante ciertas cosas y situaciones.

Las narrativas aquí descritas muestran, desde una postura interpretativa-constructiva que lo importante no es definir cuáles de estas comprensiones familiares son correctas, sino encontrar los significados por los cuales se crean, es decir el para qué, qué función desempeñan en la vida cotidiana del adulto mayor, del cuidador y del resto de los integrantes de la familia. En este estudio, como ya dijimos “la familia” se reduce simbólicamente a la figura de anciano y el cuidador, pues fue a través de la percepción que éstos tienen de ella que pudimos conocer algunas de sus características más importantes. Finalmente, en un buen número de casos, los participantes se ven a sí mismos como “la verdadera familia”, pues a los demás miembros los perciben lejanos, periféricos, indiferentes, como si fueran ajenos al grupo familiar. Aquí surge el riesgo de aislamiento y abandono que afecta en buena medida a los adultos mayores.

Así, en sus discursos surgen múltiples imágenes familiares e interpretaciones que conforman significados ambivalentes y contradictorios que nos confirman la idea de la diversidad

familiar, derivada de sus condiciones de salud, de sus relaciones de parentesco, de la relación establecida con los cuidadores y de la forma en que interactúan con los demás miembros de la familia, todo ello junto, conforma su experiencia de ser dependientes. A continuación (véase figura 7), mostraremos algunos de los tópicos más significativos que se construyeron alrededor de las representaciones que los ancianos hacen de sus familias:

Figura 7. Los ancianos y su representación social de la familia



<p>YA NO HAY RESPETO FAMILIAS QUE NO VALORA A LOS ANCIANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> •"YA NO LE HACEN CASO A UNO, YA NO ES COMO ANTES" •"CASI YA NO ME TOMAN EN CUENTA"
<p>"ELLOS TIENEN SUS OCUPACIONES" FAMILIAS QUE NO DISPONEN DE TIEMPO PARA LOS ANCIANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> •"PROCURO NO MOLESTAR" •"MEJOR ME CALLO PARA NO PREOCUPARLOS"
<p>"GRACIAS A DIOS ELLOS ME RECOGIERON" FAMILIAS QUE TIENEN AFECTO Y COMPASIÓN POR LOS ANCIANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> •"SI NO FUERA POR ELLOS, QUÉ SERÍA DE MÍ" •"ME TRATAN RE´BIEN"

4.1.4. La amenaza del aislamiento social

La manifestación de un sí mismo devaluado, deteriorado por las deficiencias de la edad y la enfermedad, afectan la interacción social de los ancianos, tanto con sus familiares directos como con sus relaciones sociales cercanas. Ellos tienen la percepción de que el hecho de estar viejo, enfermo y con evidente deterioro en algunas funciones vitales, les hace perder interés para quienes les rodean, sus conversaciones dejan de ser atractivas para los demás, puesto que ellos solo pueden hablar de enfermedades y dolencias, dicho de otra manera, ya no tienen mucho que ofrecer o aportar, pero sí mucho que demandar. Además, la vida de sus hijos, especialmente aquellos que no fungen como cuidadores principales, está influenciada por las demandas del trabajo, por las obligaciones con su propias familias de procreación e intereses personales que dejan poco o ningún tiempo para relacionarse con sus familiares enfermos.

Ma. Dolores: (...) porque yo sé que las visitas nomás un ratito y uno qué les platica, ¿Qué platicamos?, si yo aquí ¿qué puedo platicar?, pues no, así que las visitas, así visitas casi no... ya se dieron cuenta algunos como estoy, pues han de decir: -al cabo no puede ni platicar-, no... no es que no pueda, sino que no platico ni nada, y han de decir - ¿para qué?, para que vamos a verla? nomás preguntamos por ella-

Cuando se habla sobre la interacción con los familiares, los ancianos tratan de “entender o justificar” el poco contacto que tienen con ellos:

María Santos: *Ah ... pues así son ellos, el mayor pos ese siempre ha sido así... y los otros no pues tampoco, tampoco porque, po´s que su trabajo, porque tienen que trabajar, algo que atender, se pasan los días y no vienen, así de que pues no...*

No obstante, las repercusiones a nivel emocional son inevitables, pues como dice Fericgla (2002), el soporte afectivo de la familia, es para los ancianos lo más importante para su bienestar. Rosalía, hija cuidadora, relata lo siguiente: (...) *después del último internamiento “se le ve más agüitada, ya casi no se mueve”... (.)*. Rosalía piensa que la actitud de su madre se debe en parte a que sus hermanos casi no la visitan ni se preocupan por ella.

La necesidad de comunicación en los participantes también se ve afectada, pues en muchas ocasiones evitan decir cómo se sienten o qué piensan, porque *creen* que los demás tienen cosas más importantes que hacer y no tienen tiempo de escucharlos, lo que se relaciona con un sentimiento de no merecimiento, con una *percepción* de autodevaluación. En el caso de Ma. Dolores, quien cuenta con un apoyo satisfactorio tanto material como de cuidado, ha interiorizado que de las cosas “negativas” que causan malestar, es mejor no hablar:

Inv: (...) y... con quién platica cuando se siente mal?... emocionalmente, digo... (...) Ma. Dolores: *No platico, porque ella (la hija cuidadora) trae sus problemas y yo otro más, aquí en la cama, mejor me quedo callada...* De alguna manera se va construyendo una relación complementaria, ambigua: ausencia-desmerecimiento, presencia-silencio.

Consecuentemente, disminuyen sus posibilidades de interacción con el mundo circundante, “el mundo de la vida” cada vez está más lejos de su alcance, el aislamiento social es inevitable. Por otro lado, algunos adultos mayores como Ma. Dolores, pueden tomar la decisión de apartarse de ese mundo que les resulta amenazador, pues ya no cumplen con las expectativas que según ellos se requieren para establecer una adecuada interacción social y familiar. De esta forma, empiezan a construir-reconstruir una identidad diferente; desde su perspectiva, acorde a la nueva experiencia de vida.

4.2. La construcción de la identidad en la cuarta edad

El concepto de identidad es un término complejo utilizado por varias disciplinas. Desde la psicología hasta la antropología han hecho aportes sobre esta parte esencial del ser humano. En nuestro trabajo, haremos alusión a él desde una mirada integradora, en donde se entrecruzan los aspectos individuales, subjetivos y los aspectos sociales como son las creencias y las imágenes que surgen de los “Otros”, es decir, la forma en que nos “ven” los otros con quienes interactuamos, y que también configura sí mismo. En los ancianos de la cuarta edad, el cuerpo es un elemento importante de identidad.

4.2.1. El discurso del déficit y la representación del cuerpo en la vejez avanzada

Como ya se dijo en el marco teórico hay un discurso del déficit para denominar la vejez y a los que envejecen, utilizado no sólo por los profesionales de la salud, sino también por la sociedad. Este discurso se construye a partir de la enfermedad, la patología y la disfuncionalidad Gergen (2006). En los ancianos, surge el discurso del déficit tanto a través de la enfermedad como del deterioro del cuerpo; surge, a partir de ello una transgresión a la identidad, pues se afecta la autoestima y la seguridad a partir de abandonar roles sociales y familiares.

La serie de pérdidas que se van presentando a medida que avanza la enfermedad se reflejan principalmente en el cuerpo, el cual se convierte en una señal inequívoca del paso del tiempo y del deterioro consecuente. El cuerpo en la vejez avanzada se constituye para los ancianos en la evidencia más clara del deterioro y la discapacidad, y los efectos son fatales; en mayor o menor medida, nadie escapa de eso (De Beauvoir, 1970). De hecho, la vejez “habla” a través del cuerpo; una vez que habita en éste, produce inquietud y ansiedad. En nuestro estudio, la enfermedad crónica, el envejecimiento y la presencia de otros padecimientos hacen del cuerpo frágil de los ancianos, su principal instrumento; como dice Herzlich: el lenguaje de la enfermedad es el lenguaje del cuerpo (Herzlich, 1995; en Castro, 2002).

Las imágenes del cuerpo en los ancianos se construyen en torno al dolor y a la falla o deficiencia. Sus cuerpos “ya no les responden”, han perdido la capacidad de satisfacer las mínimas necesidades de la vida diaria, dependen de otros para ello. Lo anterior es vivido por los entrevistados como una serie de pérdidas físicas que afecta de manera importante no solo su cuerpo sino también sus emociones. En otras palabras, el cuerpo, como signo de identidad, influye en la percepción del sí mismo.

Rosa María expresa su percepción acerca del cuerpo:

(...) no tiene mucho me pusieron el oxígeno, dure tres días con suero y mire, pues me controlé otra vez, ya decía yo que era el final y no, pero ya mi cuerpo yo misma lo siento acabado, ya que no tengo fuerzas... porque pues con no comer...

El cuerpo para los ancianos también deja de funcionar porque ya no se alimentan adecuadamente, para ellos, la comida es necesaria para fortalecerlo y por el contrario, perciben que el “exceso” de medicamento, daña su estómago, de tal forma que surge la representación de un cuerpo que está siendo “agredido” a través de la medicalización para disminuir las manifestaciones biológicas producto del inevitable declive (Tulle, 2008).

Ana María: (...) Si, le digo ya la tengo... hace poquito, ahora que me puse mala un dolor tan fuerte, y vino el doctor y me dio medicina y se me fue calmando, pues de tanta medicina oiga, ya años... Inv: ¿Ya no quiere tomar pastillas? (...) que dijeran “ya no se las tome”, pues ya se irá a llegar el día que ya no..., el estómago no aguanta tanta pastilla, pero bueno ya mi padre dios me dio muchos años de vida...

En otra visión de su imagen corporal, Imelda y Ma. Dolores, en sus relatos nos muestran un panorama de total pasividad y dependencia, al transferir el manejo de sus cuerpos a los cuidadores:

(...) Si, me paran aquí al tanteo... me paran y me sientan en una silla y ahí me estoy hasta que me vienen y me levantan de la silla y me vuelven a subir aquí arriba de la cama, ¿pues, a dónde me llevan? (...) Aquí a la cama... cuando me levantan me duele tanto la pierna como no tiene una idea (Imelda, 78 años).

(...) casi no salgo (del cuarto)... a veces cuando me bañan me llevan al baño, cuando...quiero ir al baño me llevan y “hago” y me traen otra vez... y esa es mi vida; hay veces que ponen la tele... pero me lloran los ojos, me lagrimean a veces y me molesta y por eso a veces no la pongo, y a veces sí, un ratito nomás... (Ma. Dolores, 93 años).

Por otra lado, las actitudes y emociones que se producen a partir de la imagen corporal en las ancianas difiere en los ancianos varones, pues en estos últimos, dada su condición de género, la respuesta es distinta: veamos la narrativa de Jorge: *(...) Pues a veces reniego, reniego conmigo porque yo era un hombre ágil y ahora estoy “maleado” y me enojo conmigo porque quiero pararme y no puedo y empiezo a gritarle a mis hijos o a la mujer...*

Estas formas de representación subjetiva del cuerpo en los ancianos integran lo que Goffman (2006) denomina “signos corporizados” de un cuerpo “acabado” y deteriorado. Dichos signos son reveladores de estigma social y que dan cuenta de una parte central de la identidad del self. Otros autores incluso, plantean la idea de que el cuerpo se constituye en la parte ontológica del envejecimiento, en función de que cualquier manifestación de fragilidad como una herida, enfermedad o el surgimiento del envejecimiento biológico, es una amenaza que afecta el sentido del sí mismo (Wainwright y Turner, 2003; en Tulle, 2008).

En este escenario, indudablemente el envejecimiento del cuerpo representa una fuerte amenaza para la identidad de los adultos mayores de la cuarta edad. Su autoconcepto, su sí mismo parece irse diluyendo, desmoronando, de tal forma que es mejor ocultarlo (Bury, 1991). Se presenta entonces una “interrupción biográfica” como consecuencia de dejar de *ser* y de *hacer* lo que definía y sustentaba el concepto del yo (Bury, 1982).

De este modo, la existencia de los ancianos se caracteriza por una pérdida constante del sentido de integridad de sí mismos, y por una disminución de la certidumbre con la que generalmente viven los individuos (Castro, 2002). Ahora bien, su identidad se re-construye en función de la enfermedad, del deterioro, y en algunos casos de la expectativa de la muerte (Coupland, Coupland, y Giles, 1991). Esta nueva identidad en los participantes se configura en muchos sentidos, a los cuales se le otorga una diversidad de significados. Sin embargo, todos ellos parecieran conjuntarse en un concepto que predomina en la mayoría de sus narrativas: el concepto de “carga”.

El concepto de “carga” surge como una idea de sí mismo que configura identidad. De esta manera, el sentirse una carga está penetrado por elementos cognitivos, afectivos y a su vez produce o genera formas de actuar. En este sentido, este concepto se constituyó en uno de los elementos de análisis más relevantes, porque a su vez, es un concepto compartido, y que también se aplica para los cuidadores, en cuanto a la forma en que ellos perciben el cuidado. En su momento abordaremos esta cuestión en el apartado de los cuidadores, por lo que iniciamos con lo que representa para los ancianos.

4.2.2. El sentimiento de “carga”

La percepción de “ser una carga” en los adultos mayores, inevitablemente incluye la presencia de los Otros significativos (cuidador, familia, sociedad), surge en una relación dialéctica. Las distintas maneras en que cuidadores, familia y sociedad asumen el cuidado de los ancianos, presenta diferentes y contradictorios matices para los participantes.

El concepto de carga ha sido revisado en la investigación psicosocial. De manera más extensa se ha dirigido a identificar las repercusiones del cuidado sobre los cuidadores y la convivencia familiar, sobre todo cuando se trata de cuidar personas ancianas enfermas o discapacitadas (Montorio y otros, 1998; Rivera, 2001). El mismo concepto, en los ancianos adquiere otras dimensiones, pues se ubica en el plano de la construcción de una identidad de la vejez. El constituirse como sujetos que representan una “carga” para la familia y para la sociedad incluye elementos tanto individuales como sociales de los que no es fácil sustraerse, es decir, juegan un papel importante las creencias y los estereotipos que se producen y se reproducen en la vida cotidiana.

Los estereotipos en la vejez no sólo circulan en el imaginario social, sino también en los protagonistas de la experiencia de vida. La percepción de “ser una carga” en los participantes, hace alusión a ideas, pensamientos y emociones que reflejan una imagen devaluada de sí mismos, se autodefinen como seres “que ya no sirven para nada”, “personas inútiles”, “que ocasionan molestias”, y que son “un estorbo”. Sus identidades surgen en función de sus historias, construidas socialmente, narradas continuamente a los otros y a sí mismos (Anderson, 1997).

La auto-percepción de una imagen deteriorada de sí mismos conforma su identidad de viejos, la cual se ha ido transformando a lo largo de su proceso de envejecimiento, y da como resultado una crisis en su identidad. Más adelante se muestran las principales narrativas que surgen ante el sentimiento de carga. No obstante que las condiciones materiales de los participantes son diferentes, las imágenes de devaluación son similares, lo que nos indica un cierto “consenso” en el predominio de los estereotipos negativos de la vejez.

Como se puede apreciar, en las expresiones se identifican tanto aspectos cognitivos como emocionales que corresponden a una visión predominantemente negativa de la vejez. También muestra cómo se establecen las relaciones con los que les rodean a partir de sentirse una carga; de tal forma que, en las definiciones de sí mismos, se encuentran elementos simbólicos y

emocionales que producen lo que se denomina “sentido subjetivo”⁶⁴ (González, 2007). En ese sentido, el sentimiento de ser una carga expresado por los ancianos nos llevó a preguntarnos: ¿de dónde surge esta imagen?; ¿cómo se construye este estereotipo?; ¿qué elementos del contexto están presentes en la subjetividad de los sujetos y cómo ese contexto contribuye a reproducir una imagen negativa sobre la vejez? En el continuum cognición-emoción algunas de las posibles respuestas se relacionan con los siguientes hallazgos.

Un eje analítico que surge de las anteriores reflexiones está relacionado con elementos simbólicos, con el sentido y significado de ser “una carga”, en el cual subyacen emociones, pensamientos, sentimientos, ideas y creencias de inutilidad, pasividad, inactividad. Es decir, se construyen como seres no productivos (en el caso de los hombres), que no ayudan, colaboran o sirven a otros (en el caso de las mujeres). Ello tiene que ver con el papel que culturalmente se les ha asignado a hombres y mujeres; un rol que ellos han dejado atrás a causa de envejecer, de estar enfermos y de requerir de cuidados. No obstante, ese rol social ha sido parte fundamental de su identidad. Las narrativas que se muestran a continuación dan sentido y significado a lo que se ha mencionado:

- **Narrativas de los ancianos y su percepción de “ser una carga”**

(...) Ay!... yo al principio le pedía a Diosito –acuérdate de mí, ya que estoy dando tanto trabajo... aquí yo ya para nada... (Ma. Dolores, 93 años).

(...) Sí, eso sí... pues ya me preguntan ¿quiere esto? ... y en ese sentido les doy mucha “lata” (María Santos, 92 años).

(...) Me siento incómoda, no me gusta de que esté aquí encerrada (la hija cuidadora), porque no me puede dejar, aquí encerrada todo el tiempo, día y noche... (Consuelo, 95 años).

(...) Para dejar vivir a éstos (sus hijos) que formen sus vida... son 10 años que no han vivido su vida, pegados, pegados a mí, se imagina? ... también quieren salir a divertirse, hacer otra clase de... vivir otra clase de vida... no “pegados” a un enfermo... (Ma. Elena, 70 años).

(...) No, p’os yo digo, nada más pedirle a Dios que me de licencia de valerme por mí misma, para no cansar a la gente (Rosenda, 88 años).

(...) Pues triste, ya nada más yo sola con mis hijas, pero es muy triste quedarse uno esperanzado a que le hagan el favor, oiga, se siente muy feo... (Ana María, 87 años).

(...) No, lo principal es que no me puedo levantar y entonces le quito el tiempo a ella (esposa cuidadora)... -que ven levántame- (Rigoberto, 82 años).

⁶⁴ González (2007:14), denomina sentido subjetivo a “la unidad inseparable de los procesos simbólicos y las emociones en un mismo sistema, en el cual la presencia de uno de esos elementos evoca al otro, sin que sea absorbido por el otro”.

(...) No... es lo que le digo, ¿verdad?, llega uno a la vejez y es cuando estorba, más bien para casi todo y por eso se va relegando a aquella persona y por eso, porque no tiene uno dinero, por eso salen todos los defectos a relucir... (Juan Lorenzo, 83 años).

Pero además, tras el discurso del sentimiento de carga en los ancianos, se identifica una exigencia del trabajo socialmente construida, pues el trabajo es un aspecto central que constituye identidad en los sujetos en general⁶⁵. Frases que hemos escuchado a lo largo del tiempo y de nuestra experiencia, como: “hay que ocuparse de algo en la vida” o “el trabajo dignifica”, han permeado nuestro actuar en la vida. Nos definimos muchas veces por lo que hacemos, por lo que desempeñamos en un contexto laboral o profesional. El trabajo nos otorga identidad, estatus, rol social.

De acuerdo con el planteamiento anterior, el sentimiento de carga en la vejez, trastoca la identidad del viejo que poco a poco va dejando de ser-siendo: viejo-enfermo; viejo-deteriorado; viejo-dependiente; viejo-pobre; viejo-inactivo. Identidad que no se hace presente en tanto puede realizar alguna actividad, mantener cierta autonomía, tener reconocimiento, lo que les da la certidumbre de ser “alguien”, “servir para algo”, “sentirse útiles”; esto los hace sentirse mejor. En síntesis, buscan ser y estar en el mundo y la vida; creen que de no tener limitaciones, estarían siendo “activos”, sirviendo a los otros.

Las textualidades que se muestran en la tabla 9 (en la siguiente página), son espejo y reflejo de dichas necesidades, así como de la añoranza y nostalgia por el trabajo; los ancianos de esta generación, suelen ser individuos que valoran y exaltan el trabajo⁶⁶. El valor que se le concede al trabajo, a la actividad, a no estar en la ociosidad, es un valor que se ha construido a partir de creencias culturales que los individuos han incorporado en un imaginario que mantiene un orden social que privilegia el trabajo como actividad.

Parte de este orden social, muchas veces obedece a situaciones de poder y control que imperceptiblemente se introducen en nuestra forma de pensar y de actuar; por ejemplo, considerar que es absurdo dejar de esforzarse después de haber experimentado satisfacciones y reconocimiento; no es bien visto descansar, pues el trabajo es una actividad noble que otorga estatus y orgullo, no trabajar se considera “anormal” (Bauman, 2008). Así, el trabajo es un aspecto central de motivación en la vida de los individuos (Lipovetsky, 2008), que si se trastoca puede generar patrones “trastornados” de existencia (tales como frustración, tristeza, ansiedad).

⁶⁵ Cuando hablamos de trabajo, nos referimos tanto a las actividades laborales que realizan los varones como a las actividades laborales o domésticas que pueden realizar las mujeres según su contexto.

⁶⁶ Autores como Bauman (2008) y Lipovetsky (2008) plantean que, en las nuevas generaciones, este valor ha entrado en decadencia.

Tabla 9. Añoranza por el trabajo

Hombres	Mujeres
Cosme: (...) como ahorita estaba yo allá verdad, haciendo ahí, sacando lo que está por ahí y así... lo que puedo, lo que puedo porque lo que no puedo pues...	Consuelo: (...) ante todo me acuerdo de cuando estaban todas (las hijas) en la casa y todo el trabajo que hacía uno allá... navegaba uno todo el día
Juan Lorenzo: (...) poderme mover bien, poder seguir trabajando, poder hacer algo mejor y sobre todo tener capacidad para hacer mis cosas (...) no pues cuando no tiene la misma movilidad, la misma forma pues de hacer las cosas, como quiera aun en la vejez se me olvidan muchas cosas y pues no es igual, pero si es bonito estar haciendo algo...	Rosa María: (...) Pues le digo, nada más en rezarle a mi Padre Dios, pues si antes yo le ensartaba la aguja a ella y rezaba mis oraciones en el libro y ya no, si yo me hacia vestido de lo que yo cosía, ensartaba la aguja bien, me iba para el patio, lavaba mi ropita de abajo (refiriéndose a la ropa interior), mi baño, lavaba los trastes y ya no, pues ya que gano si ya no puedo...
Jorge: (...) Pues a veces reniego, reniego conmigo porque yo era un hombre ágil y ahora estoy maleado y me enoja conmigo porque quiero párame y no puedo (...) yo llegué a “gerente” en dos cabeceras municipales... yo era un gran personaje, y era “aguzado”... era trabajador	María Santos (...) y de repente ya no pude hacer nada, pudiendo uno caminar pues puede que haga uno más, aunque sea lavar un traste o hacer algo, pero ya no se puede (...) Mmm, pues si...Es feo porque ya uno no puede hacer todo lo que hacía verdad, todo lo que hay que hacer, antes hacía uno el trabajo que tiene uno que hacer, en la casa o si tiene que trabajar a trabajar y si uno está así (enferma) ... ya no le dan trabajo porque ven que ya no puede uno.
(...) pues pensamientos de que si estuviera yo bueno y sano de algún modo le haría para vivir más desahogadamente, trabajar y ganar mis centavitos, dar mi chivito y guardar lo demás (Rigoberto)	Ana María: (...) y sacábamos buen dinero, y mi papá era orgulloso conmigo, tenía a mis hermanos y los tenía que mantener, pues teníamos que trabajar...

Estos discursos, que proceden desde tiempos inmemoriales, constituyen *núcleos de verdad* que se instalan en los sujetos dentro de contextos culturales de casi todas las sociedades. En el caso de los ancianos su desempeño o actividad laboral les dio sentido de identidad y pertenencia; por lo que toda vez que sus facultades se ven disminuidas y sus capacidades deterioradas, en el momento que dejan de estar activos, de ser útiles, su self se ve afectado.

Y no es que no se deba valorar el trabajo, sino más bien se trata de cómo se constituye en un valor central, universal para todos, sin tomar en cuenta las cuestiones particulares como: ver quién lo puede realizar, en qué condiciones, si hay los suficientes empleos para acceder a él, etc. Pero es un hecho que desde la infancia, cuando a veces aún no hay las capacidades necesarias para desempeñar una actividad laboral u ocupacional, se nos inculca que “hay que trabajar”, porque el hacerlo nos hará dignos de un pago (independientemente de que tipo sea), pues “nada es gratis”.

De tal manera, que se tengan o no las condiciones suficientes, adecuadas y necesarias, el trabajo nos dignifica, nos convierte en personas “decentes”, y el no tenerlo nos hace poco

dignos”. La ética del trabajo⁶⁷ se promueve desde la familia, la escuela, los púlpitos en las iglesias (Bauman, 2008), para que nunca se nos olvide que tenemos que trabajar.

Por otro lado, Lipovetsky (2008), en el mismo sentido, plantea que en el marco de los deberes hacia uno mismo, el trabajo es uno de los que más se han enaltecido socialmente. El trabajo, según este autor, ha sido impuesto no sólo como un deber social, sino como un fin en sí mismo que hace que los sujetos sean dignos de la humanidad; de esta manera, “si el trabajo enaltece al hombre, la ociosidad lo degrada y lo deshonra” (Lipovetsky, 2008:121). Los planteamientos hasta aquí mencionados, cobran relevancia en función de lo que generan estos discursos en la nueva identidad de los ancianos.

Se trata de considerar cómo, en los participantes, el trabajo/actividad constituye un valor que los devalúa al no poseerlo, que los conduce a desconfigurar su identidad, que los excluye de un contexto social en el que sólo tienen cabida aquellos que son “útiles” y “productivos”. Desde la postura construccionista de Neymeyer (2000), estos aspectos centrales que conforman identidad⁶⁸, pertenecen a categorías sociales que establecen un “orden de vida” conocido (el trabajo, la actividad), que recibe aprobación social y una imagen “funcional” de los individuos. Entonces, cuando ese orden se pierde, el individuo se siente devaluado y obligado a encontrarle “formas de corrección”, como lo encontramos en la narrativa de Ma. Dolores: (...) *no, siempre estaba tejiendo, tejía ya sea estambre o hilaza pero no me estaba “dioquis”, “dioquis” no...*

Los participantes, en ese sentido, buscan, desean restablecer y recobrar ese orden, pues los cambios que surgen en la vejez, (inactividad, cambio de identidad, transformación de rol) desafían los mandatos sociales de valor que significan productividad, actividad, desempeño, competencia, etc., y que ponen en “agitación” al sistema de ordenamiento central⁶⁹ del individuo (Mahoney, 2000). En su afán por mantener un rol, una “función” que ha sido tan valorada y que es esencial en su identidad, en su constitución como sujetos, ellos buscan opciones, soluciones que muchas veces están en sus anhelos, en sus recuerdos, en sus añoranzas. Ello les permite tener “un lugar en el mundo”, un mundo que establece ciertas normas de vida a los sujetos.

En las narrativas de los participantes se encuentran “yoes” que conforman su identidad, como dice Hermans (en Anderson 1999:287): “el propio ser, el narrador, es muchos yo, ocupa muchas posiciones y tiene muchas voces”. De esta forma el yo de los ancianos no existe fuera del discurso; se crea y se sostiene en el lenguaje y en el discurso; no es tampoco un sujeto o

⁶⁷ Para tener una visión más amplia acerca de la ética del trabajo, véase a Bauman (2008:17-18), quien considera que la ética del trabajo es una norma de vida con dos premisas explícitas y dos presunciones tácitas, adoptadas en nuestra sociedad, la sociedad “moderna”.

⁶⁸ Se denominan aspectos centrales de identidad aquellos relacionados con patrones de vida “normales” y significativos para el individuo como es la paternidad, el trabajo, pertenecer a una familia, tener una pareja, etc.

⁶⁹ Mahoney (2000) se refiere al sistema de ordenamiento central como aquellos procesos de auto-organización que son vitales para el funcionamiento del individuo y lo protegen especialmente contra el cambio.

sustancia pre-existente, es un sujeto hablante (Gadamer, 1975). En la expresión de estos “yoes”, unos predominan sobre otros, entran en lucha y se encuentran en tensión constante. Los participantes buscan, intentan encontrar identidades que les permitan “mantenerse a flote”, “no soltar el timón” para enfrentar una realidad que los rebasa. Sin embargo, como lo veremos más adelante, regresan casi siempre a los discursos negativos en función del peso social que éstos tienen sobre ellos, y porque los “otros” (como la familia y la red social cercana), los refuerzan.

- **Narrativas del sentimiento de “ser una carga” en el contexto de relaciones**

Estando aquí los molesto... ya no pueden hacer lo que ellos quieren... a la hora que quieren (Ma. Dolores).

(...) aquí me ve sentada, acostada, sin hacer nada porque pues pa’ levantarme a hacer algo, a tomar agua necesito valirme de la andadera para irme y con la andadera en la mano que voy a hacer... nada (Consuelo).

(...) Es lo que le digo...llega uno a la vejez y es cuando estorba... se le va a uno relegando (Juan Lorenzo).

(...) No pues... me da tristeza porque ya no puedo valer por mi mismo... a veces enfada uno... (Rigoberto).

Las narrativas cognitivas acerca del sí mismo de los participantes, van acompañadas de narrativas emocionales que configuran una identidad total, construida en el campo de relaciones en las que el anciano está inmerso. Las emociones se pueden reinterpretar como acontecimientos dentro de pautas relacionales: como acciones sociales que derivan su significado e importancia dentro del ritual de la relación. Las respuestas emocionales de los ancianos ante el sentimiento de carga, reflejan también la relación con los “otros”, con la forma en que se relacionan entre sí y con el significado que le dan a su situación.

Respecto a las emociones que se derivan del sentimiento de carga, los ancianos manifiestan estados emocionales en los que generalmente está incluida la red de relaciones cercana (el cuidador, la familia y los amigos). Las expresiones emocionales que describen los ancianos, como tristeza, desesperación o vergüenza, corresponden de alguna manera a una situación real y “objetiva” como lo es la enfermedad, el sufrimiento o el dolor que esta genera, pero también a condiciones subjetivas particulares. La segunda mitad de la vida trae consigo el reconocimiento gradual de limitaciones temporales, disminución de oportunidades y la finalización de los logros. Veamos las narrativas que dan cuenta del argumento anterior.

- **Narrativas de emociones asociadas al sentimiento de carga**

(...) Querer uno... poder, ... querer hacer las cosas y que ya no poder alcanzar uno algo que necesita... nada, me da pena... (Irene).

(...) Pues desesperación, angustia, tristeza, ansiedad, ... Fíjese, estar nomás sentado y acostado porque no puedo ni, estando yo en la cama acostado no puedo levantarme ni para sentarme (Roberto).

(...) Cuando veo que ya anda muy cansada si me da vergüenza pedirle un apoyo pero ella lo ve y lo hace (Juan Lorenzo).

(...) Pues a veces reniego, reniego conmigo porque yo era un hombre muy ágil... (...) pues a ella se le hace difícil ya la tengo aburrída, ya la tengo harta (Jorge).

En la vejez, el deterioro biológico cambia el sí mismo y disminuye la cercanía con el mundo, y más allá, corta la fuente de recompensa y satisfacción (Kohli, 1990). Desde un entendimiento social de las emociones predominantes en los ancianos, por ejemplo la tristeza, implica un tema central que es la experiencia de una pérdida irrevocable, porque las pérdidas tienen esa significación social; no es frecuente que la tristeza por las pérdidas pueden encontrar una nueva significación que disminuya los estados anímicos negativos en las personas. Esto podría suceder sólo en contextos terapéuticos.

En el caso de las emociones descritas por los participantes, surgió una nueva reflexión: ¿por qué surge la vergüenza, la pena o el enojo ante la discapacidad, cuándo ésta es producto de un proceso de vida que es inevitable y no depende de ellos la solución? ¿Es posible que sus emociones respondan a expectativas sociales que ellos ya no están en posición de lograr? Al narrar sus emociones, el discurso de los ancianos está matizado generalmente por expresiones que reflejan un sí mismo devaluado, deteriorado: “*me da tristeza porque ya no me puedo valer por mí mismo*”, “*sí, me da vergüenza pedirle un favor*”; “*pues a veces reniego, reniego conmigo porque yo era un hombre ágil...*”. El narrarse a sí mismo cuando ya no se tiene la capacidad de ser autónomo, de cuidarse a sí mismo, refleja sentimientos que se “*adecúan*” a ciertas “*formas de sentir*” la vejez, cuyas expresiones de deficiencia se interpretan como un fracaso personal.

La visión que hombres y mujeres mayores tienen de su identidad, corresponden a ciertas representaciones sociales dominantes, pero no necesariamente verdaderas. Generalmente se basan en imágenes estereotipadas de la vejez asociada con el declive y la disfuncionalidad. No obstante, estas imágenes actúan como poderosas influencias sobre su manera de razonar (Lazarus, 2000). Como dicen los construccionistas sociales acerca de las emociones: “*las emociones están caracterizadas por actitudes tales como creencias o juicios cuyo contenido no es natural, sino que está determinado por sistemas de creencias culturales y valores morales predominantes en ciertos contextos*” (Armon-Jones, 1986:33). Las emociones son narraciones que adquieren su significado sólo en relación con un tiempo y un contexto específico.

El tiempo de la vejez y el contexto en que se produce responden a una dimensión normativa, es decir, se refiere a lo que creemos apropiado o correcto, y las narrativas de los ancianos parecen confirmar que lo apropiado es la juventud, la capacidad de ser autónomo, autosuficiente. En este sentido, habría, como dice Lazarus (2000b), que intentar comprender la lógica de las emociones, examinando cómo los objetivos, las creencias y la valoración de lo

que está ocurriendo los lleva a experimentar tal o cual emoción y lo que subyace en ésta. Por su parte, Hochschild (2008:127), argumenta que “lo social llega mucho más allá de lo que nuestras imágenes actuales nos llevan a creer, sino que existen patrones sociales del pensamiento propiamente dicho”.

4.3. Del cuidado y de los cuidadores: tensiones y ambivalencias

Las distintas formas en que el anciano percibe el cuidado se relaciona invariablemente con el vínculo que tiene con el cuidador y con su posición en la estructura de la familia. Adquiere diferentes características si se trata de una esposa, de un esposo, de una hija o un hijo varón. Aunque en este estudio, participaron cuatro cuidadores varones, de manera general, el cuidado recibido por esposas e hijas es más valorado por los ancianos. Como ya se ha planteado reiteradamente, el cuidado es, dentro del orden social que predomina, una “virtud femenina”.

4.3.1. La percepción del cuidado en los adultos mayores

En algunos participantes, las acciones, funciones y tareas de cuidado les generan satisfacción y bienestar, o bien, sentimientos de tristeza, frustración y enojo, y a veces ambas. Es decir, existen ambivalencias que son inherentes a la relación cuidado-cuidador. En este sentido, la forma de percibir el cuidado y al cuidador está permeada por la calidad de la relación pasada o actual que se establece entre ellos, y por las dificultades que implica realizar el propio cuidado.

Según sean los cambios propios de la fase de la vejez sufridos a través del tiempo, el cuidado difiere según sean las necesidades del anciano en cada etapa del padecimiento (Robles, 2007). Los ancianos perciben el cuidado de sus esposas de distintas maneras, pues está condicionado al tipo de acciones que realizan, a las distintas ocupaciones de éstas y al tipo de relación que mantienen con ellas. En la mayoría de estos casos, las esposas por su avanzada edad y condiciones vulnerables de salud, no pueden realizar solas todas las acciones de cuidado, por lo que recurren a otro tipo de apoyos como son los familiares cercanos, o bien, recurren a algún cuidador formal cuando es necesario.

Los adultos mayores expresan ambivalencia de la misma manera que identifican también actitudes ambivalentes en sus cuidadores. Es decir, hay satisfacción e insatisfacción, bienestar y malestar, emociones contradictorias presentes en una misma relación. Sin embargo, las opiniones negativas son encubiertas y veladas, prevalecen las positivas.

Se podría considerar también que el no dar una opinión que refleje insatisfacción acerca del cuidado esconde el temor a hablar mal de la familia, miedo a quedarse solos, temor a la reacción del cuidador, lealtad hacia éste o verse como personas poco agradecidas. El caso de Jorge, quien a solas con el investigador expresa una opinión en este sentido, nos hace suponer que la ambivalencia está presente en toda relación humana, por ende en la relación de cuidado. Veamos los siguientes ejemplos:

- **Percepciones de los adultos mayores varones acerca de la cuidadora**

(...) Bueno, tiene que haber altos y bajos, que se ve que pues hay veces que no está de humor (la esposa cuidadora), pero de todos modos lo hace (cuidarlo), porque así es, pero todo lo hace bien (Juan Lorenzo, 83 años).

La percepción de Rigoberto es similar:

Escena 1 (...) Porque si yo me pongo malo, a ella (esposa cuidadora) no le interesa salir a la hora que sea, a la una o dos de la mañana a buscar ayuda...

Escena 2 (...) aunque sí es muy buena mujer verdad ¿pero sí... hay veces que tiene sus “arranques”, y yo digo –para no tener eso, qué bueno que no estuviera enfermo y poderme mover-.

Por ejemplo, Jorge hace referencia a una percepción diferente en sus narrativas:

Escena 1 (...) Pues a ella (esposa cuidadora), se le hace difícil... ya la tengo aburrida, ya la tengo harta

Escena 2 (...) pues ahí está en su “garrilla” de “chumilquillo” (tiendita)... vea, y no me hace caso... yo la oigo que está platicando, y yo con ganas de orinar... no viene pronto a veces...

Escena 3 (...) es buena mujer, nomás será que ya no me quiere porque ya no sirvo para nada.

Las mujeres ancianas generalmente reciben el cuidado de sus hijas. Las hijas cuidadoras de madres enfermas han establecido una relación entre sí, diferente a la que tienen con otras hijas, o bien, como dice Robles, reúnen ciertas “características” que las hicieron ser las más adecuadas para el cuidado, por lo tanto, ocupan una jerarquía mayor en relación a otras mujeres de la familia (se ampliará sobre este aspecto en un apartado posterior). A excepción de Rosalba, las participantes tienen una visión positiva del cuidado recibido, como se muestra a continuación en las narrativas.

En los ejemplos descritos a continuación, se muestran situaciones diferentes. La primera hace alusión a la preferencia por una hija cuidadora, no es lo mismo una hija que una nuera para el cuidado en la mayoría de los casos. Con las hijas existe la confianza a partir de la convivencia y del parentesco, aunque ambas (hijas y nueras), por ser mujeres adquieren cierta “expertez” en la acción de cuidar. Como dice Baier (1994, en Sevenhuijsen, 1998), la confianza surge cuando se confía en la competencia y la buena voluntad de otros para cuidar.

- **Narrativas sobre la percepción de las mujeres ancianas acerca del cuidado**

(...) No, ya me acostumbré con Paty (hija cuidadora) y ya sabe... con mi nuera, le tengo que decir esto y aquello... y Paty ya sabe, con mucho gusto me lo hace (la actividad de cuidado), (Ma. Dolores, 93 años).

(...) No, pues a m'ija "le puedo" de todas maneras, me ha cuidado mucho m'ija, pobrecita... así es que yo le digo: mejor que usted... nadie me cuida (Rosa María 86 años).

Inv: Le gusta la forma en que la cuidan? (...) No... porque se molesta la gente (hace alusión a su hija cuidadora) –Inv:- qué necesitaría para estar bien? (...) pues una persona que solamente me cuidara, que se dedicara a cuidarme (Rosalba, 93 años).

En el segundo ejemplo se muestra cierta compasión por la cuidadora además de la preferencia por ésta. El caso de Rosalba nos habla de la insatisfacción por el cuidado recibido, caracterizada por una demanda de cuidado de tiempo completo que no se otorga a satisfacción. Dado que el cuidado se da y se recibe en un contexto relacional, la percepción que se tiene de ello, está basada, como se señaló anteriormente, en el vínculo que se ha establecido con el cuidador.

Los participantes de este estudio, en su mayoría, mantienen una “buena” relación con sus cuidadores y se muestran satisfechos con el cuidado que reciben dado que éste es indispensable para su sobrevivencia. En este sentido, los adultos mayores adoptan actitudes que oscilan entre la gratitud y la compasión por el cuidador. Estas dos formas de percibir el cuidado reafirman lo planteado por diferentes autores, en el sentido de que el cuidado es por un lado, una acción filial en la que está presente el afecto y el deseo de proteger, y por otro lado, una acción que devalúa a quien la realiza. De tal forma que al predominar una imagen devaluada de la dependencia en la vejez, a quien se ocupa del cuidado, se le percibe también como un sujeto devaluado.

El cuidado, en los casos de alto grado de dependencia funge como una estrategia de sobrevivencia para el enfermo, en donde el cuidador se convierte en alguien que de alguna manera sustituye el yo de los ancianos. En la mayoría de los casos, los enfermos perciben al cuidador como un yo “prestado” a través del cual tienen la autonomía que ellos desearían tener, más aún, delegan en ellos la toma de decisiones, depositando el control de su vida y de su salud. Veamos las siguientes narrativas:

Escena 1.

Juan Lorenzo: (...) si, pues ella es la que decide que me va a dar de comer, tratando siempre de que sea bueno para mi organismo, ella es la que decide...

Escena 2.

Inv: (...) Entonces, ¿le han dicho cuando tiene una nueva valoración, para ver qué tratamiento sigue? (...)

Juan Lorenzo: es lo que le digo, ella es la que sabe...

Escena 3.

Inv: (...) ¿Usted toma algún tipo de decisiones... en la casa, con su familia o en relación a usted mismo? (...) Juan Lorenzo: (...) Por ejemplo, la llevada al seguro social, yo ya no la autorizo, porque mire (me muestra su brazo con varios hematomas a causa de las canalizaciones para realizarle exámenes de laboratorio), si me agarraron media hora, mire como me dejaron (...) No pudieron localizarme la vena, quiere decir que son incompetentes...

María Santos: (...) *no casi no me meto en eso (decidir su tratamiento), porque me llevan al doctor y les digo: ya no me lleven, déjenme aquí en paz- y no... insisten hasta que me llevan...*

La mayoría de los ancianos aceptan las decisiones que se toman respecto al cuidado que reciben. No obstante, pocos intentan mantener cierto tipo de decisiones por sobre lo que opina la familia, como en el caso mismo de Juan Lorenzo quien se rehúsa a que le sigan practicando exámenes y se negó además a que le realizaran un procedimiento quirúrgico para mejorar sus condiciones de salud.

Indudablemente que la mayoría de las decisiones del cuidador están en función de buscar el bienestar de sus familiares enfermos; tienen ambos la certeza que lo que se hace por ellos es “de buena voluntad”; sin embargo, esto no deja de implicar una situación de poder. La representación que los ancianos tienen de sí mismos es de desvalimiento, de vulnerabilidad y del *déficit*, tanto físico como emocional y social (véase figura 8 de la página siguiente). Por lo tanto, como ellos “ya no pueden” hacer muchas cosas, ni decidir, entonces la representación del cuidado en sus condiciones, significa que quien los cuida también decidirá por ellos.

De esta forma, los participantes desisten de su capacidad de autodeterminación como adultos, de conservar su individualidad aún en su condición de dependencia, pues como plantea Sevenhuijsen (2003), el respeto por el punto de vista y las percepciones de los receptores de cuidado se basa en la idea de mantener una “autonomía relacional”. Los ancianos pueden mantener un sentido de sí mismos en la medida en que los “otros” reconocen y confirman su sentido de individualidad.

4.3.2. *El escenario del cuidado: la perspectiva femenina*

Si bien es cierto que existen lugares (residencias, asilos o instituciones) donde se cuida a los ancianos, ese tipo de cuidado no es el elegido por la mayoría. El cuidado al que nos referimos es el cuidado informal⁷⁰, aquel realizado por la familia en el hogar, generalmente por las mujeres, pues aunque hay hombres cuidadores, está suficientemente documentado que el cuidado que ofrecen es en menor proporción que las mujeres. Es en este escenario del hogar donde surgen las acciones de cuidado y las cuidadoras como principales protagonistas. Estas mujeres forman parte de una realidad compleja en la que convergen dimensiones individuales, familiares y del contexto cultural, que dan lugar a procesos y prácticas de cuidado con diferentes matices.

⁷⁰ El cuidado se clasifica en formal e informal. El primero es el que se realiza a través de instituciones públicas o privadas y que representa un costo económico para quien lo necesita. El cuidado informal es aquel que realiza la familia y que no tiene, al menos en nuestro contexto, ninguna retribución económica.

Figura 8. Imagen de la vejez: Narrativas cognitivas y emocionales



Existen similitudes y diferencias en la experiencia de ser cuidadora, ninguna realidad es igual a otra, en cada una hay significados diferentes, explicaciones distintas y contextos particulares. Los recursos personales y sociales de la cuidadora, es decir, su capital social, cultural, y humano puede ser crucial para determinar la calidad del cuidado a los ancianos. En una primera fotografía de las cuidadoras se muestran características socio-demográficas, que permiten identificar el contexto al que pertenecen y ver cómo éste las influye como cuidadoras (véase tabla 10 en la siguiente página). Es así que diferentes contextos crean experiencias distintas en cuanto al cuidado.

Los datos confirman realidades heterogéneas; los diferentes escenarios sociales en los que se ubican las cuidadoras influyen y/o determinan las prácticas y los procesos de cuidado a los ancianos. No se puede pensar en un “perfil” de las cuidadoras, más bien hay muchos “perfiles” y muchos tipos y formas de otorgar el cuidado. Se puede decir que el contexto es el que determina el cuidado, y si éste es amplio; implica como ya se dijo, múltiples dimensiones.

La diferencia en la edad de las cuidadoras es significativa, oscila entre 30 (la de menor edad) y 75 (la de mayor edad); la edad arrojó información importante en cuanto a la salud, la fuerza física y la experiencia de cuidado que unas y otras tienen. La mayoría de las cuidadoras jóvenes (frecuentemente son hijas), tienen mejores condiciones de salud física, y su

experiencia como cuidadoras ha sido a partir de la crianza de los hijos. En cambio, las cuidadoras de más edad (generalmente las esposas), es habitual que tengan una condición de salud física y emocional más vulnerable, como es el caso de Francelia, Isabel, Nora y Consuelo. Además, han desarrollado en sus etapas previas del ciclo de vida, tareas de cuidado como hijas (a su propios padres), como madres (a su hijos), y continúan siendo cuidadoras de sus esposos.

Tabla 10. Las cuidadoras y sus características socio-demográficas

Caso	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Fuente de ingreso	Ocupación actual	Parentesco con el AM
Mauricia	54	Casada	Técnica	Cónyuge/pensión	Hogar/Cuidadora	Hija
Asunción	67	Casada	Primaria inc.	Cónyuge	Hogar/Cuidadora	Esposa
Rosalía	48	Viuda	Secundaria	Pensión/empleo	Cuid/hogar/emp.inf	Hija
Nora	73	Casada	Sec. Inc.	Cónyuge/hijos	Hogar/Cuidadora	Esposa
Eréndira	64	Casada	Secundaria	Cónyuge/hijos	Hogar/Cuidadora	Esposa
Pina	63	Viuda	Primaria	Pensión	Hogar/Cuidadora	Hija
Isabel	75	Casada	Primaria	Cónyuge/hijos	Hogar/Cuidadora	Esposa
Ma. Auxilio	68	M. soltera	Técnica	Pensión	Hogar/Cuidadora	Hija
Celia	30	Casada	Técnica	Cónyuge/hermanos	Hogar/Cuidadora	Hija
Jovita	54	Casada	Secundaria	Cónyuge/empleo	Hogar/cuid/emp.inf	Esposa
Consuelo	75	Casada	Primaria inc.	Hijos/negocio fam.	Hogar/Cuidadora	Esposa
Tina	38	Viuda	Lic. Derecho	Pensión/empleo	Cuid/hogar/emp.inf	Hija
Manuela	57	Casada	Primaria inc.	Cónyuge	Hogar/Cuidadora	Hija
Argelia	57	Viuda	Secundaria	Hermanos	Hogar/Cuidadora	Hija
Francelia	75	Casada	Ninguna	Cónyuge/hijos	Hogar/Cuidadora	Esposa

AM: Adulto mayor; M. soltera: madre soltera; Prim. inc: primaria inconclusa; Sec. inc.: secundaria inconclusa; Hijos/neg. fam.: Hijos/negocio familiar; Cuid/hogar/emp.inf.: Cuidado/hogar/empleo informal.

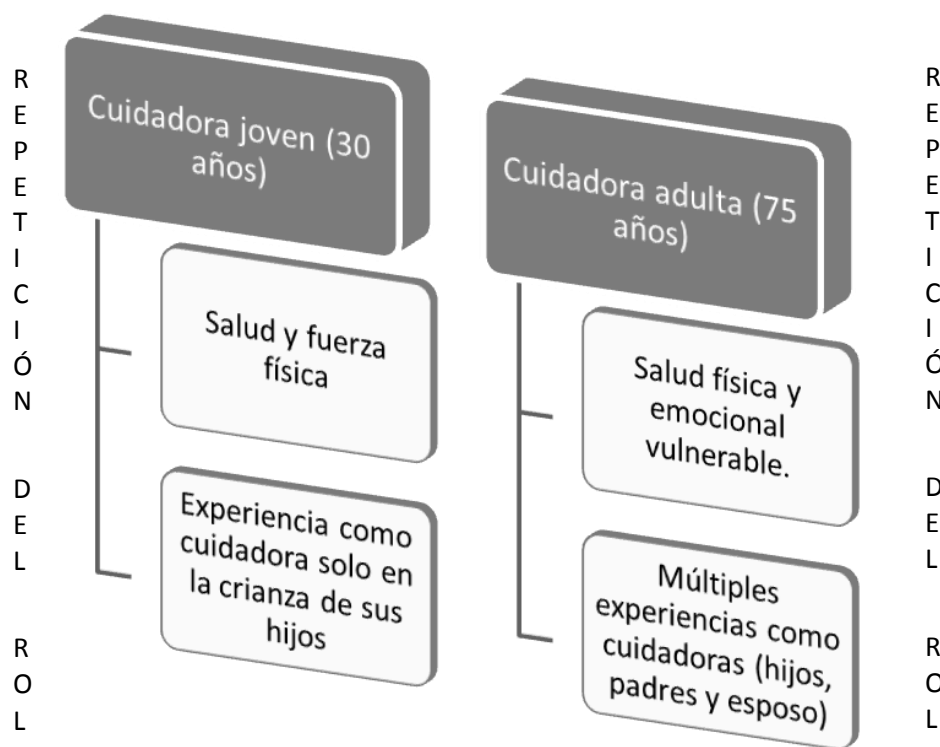
Como dice Robles (2003), la repetición en el rol de cuidadoras se prolonga hasta la ancianidad, lo que puede dar como resultado que el cuidado se convierta en el centro de sus vidas (Arber y Ginn, 1991). En cuanto a la escolaridad, se observan diferencias que tienen relación directa con las edades; pues mientras las hijas, por pertenecer a una generación más reciente, tuvieron acceso a un nivel mayor de instrucción escolar (a excepción de Pina y Manuela, quienes proceden de un medio rural), las esposas no tuvieron la misma oportunidad. En el momento histórico de la juventud de estas mujeres, se consideraba que era el varón quien debía estudiar o incursionar en actividades laborales, dado su rol de proveedor del hogar; para la mujer, era suficiente alcanzar “un saber necesario” para la organización del hogar y el cuidado de los hijos.

La escolaridad está directamente ligada con la ocupación y con el ingreso. En el caso de las esposas cuidadoras de mayor edad, su acceso a un salario propio se reduce, ya que se conjugan la escasa instrucción escolar y la carencia de empleo remunerado, lo que da como resultado su dependencia económica, ya sea con el cónyuge o con los hijos.

Las cuidadoras más jóvenes que han incursionado en la vida laboral, cuentan con un mejor respaldo económico, por lo que tienen la oportunidad de contribuir con sus propios ingresos, a la satisfacción de las necesidades de los ancianos enfermos. Tal es el caso de Ma. Auxilio, Mauricia, Tina, Jovita, Rosalía y Pina. En los casos de Francelia, Eréndira y Nora, el salario de sus cónyuges y una aportación suficiente de los hijos, es lo que les permite satisfacer las diferentes necesidades que implica la enfermedad y el cuidado del anciano. Un caso especial es el de Argelia, quien es viuda y con una única hija casada.

Argelia depende económicamente del apoyo de sus hermanos; cuando la salud de la madre se volvió más frágil, le compraron una casa para que vivieran ella y su madre. En este caso, la “preocupación” de los hermanos fue “proteger” a la cuidadora, para que a su vez ella se responsabilizara de la madre enferma. La siguiente figura representa los elementos más importantes que caracterizan a las cuidadoras.

Figura 9. Caracterización de las Cuidadoras



La información relacionada con las actividades de las cuidadoras, refleja una realidad que se ha documentado abundantemente en la literatura sobre el cuidado, y que muestra las distintas tareas en las que se ocupan, además de cuidar. En este estudio son pocos los casos en que las cuidadoras trabajan fuera del hogar. En el caso de Tina, con empleo informal, ocasionalmente, tiene la necesidad de buscar la ayuda de alguna vecina a quien le paga por el tiempo que cuida

a su madre enferma, o bien, sus hijos pequeños se convierten en cuidadores mientras cumple con su jornada laboral.

Rosalía, trabaja tres días a la semana en un horario de cinco de la tarde a doce de la noche; mientras está ausente, hay ocasiones en que su madre se queda sola, en otras, se queda al “encargo” de alguna de sus hijas; pero según sus propias palabras no se va tranquila a trabajar, pues no está segura de que ellas realmente realicen bien esta tarea. Jovita, por otra parte, tiene una “tiendita” en su propia casa, contigua a la habitación de su esposo enfermo, y de esa forma combina el cuidado del adulto mayor, labores domésticas y la atención de la miscelánea. Ocasionalmente recibe el apoyo de uno de sus hijos adolescentes, pero sin descuidar a su esposo: *“le estoy dando vueltas a cada rato, nomás me está hable y hable...”*, expresa esta esposa cuidadora.

Esta circunstancia trae repercusiones que afectan la situación de cuidado. Las cuidadoras que realizan una actividad laboral, aunque no formal, ocupan tiempo que no le dan al enfermo, creando con ello tensión y culpabilidad, pues de manera explícita o implícita los ancianos reclaman su presencia constante y permanente. Las demás mujeres, que se desempeñan como cuidadoras y “encargadas” del hogar, desempeñan una serie de tareas que de manera general son agotadoras y estresantes en mayor o menor medida.

El grado de cansancio y estrés que se genera está en relación con un aspecto importante: el apoyo y ayuda que reciben por hacer las dos labores. Por ejemplo, hay quienes tienen la posibilidad económica de pagar a un enfermero para que realice actividades de aseo personal y movilización del enfermo, como es el caso de Nora, Francelia y Eréndira, ya sea de forma permanente o sólo en etapas críticas de la enfermedad. Asimismo, realizan tareas domésticas además del cuidado, aspecto que las desgasta física y emocionalmente. Mauricia cuenta con una empleada doméstica que la apoya en las tareas citadas arriba y que de alguna forma le da cierta libertad de salir ocasionalmente para satisfacer necesidades tanto personales y como familiares.

Manuela, Isabel y Consuelo, como cuidadoras de mayor edad y con una mermada condición de salud, reciben un fuerte apoyo de sus hijas que fungen como cuidadoras secundarias. En esos casos, dichas cuidadoras viven serias repercusiones que se derivan del cuidado, debido a que son mujeres que además desempeñan una actividad laboral.

En los casos de Asunción, Francelia, Ma. Auxilio, Celia y Argelia, se presentan mayores consecuencias a nivel físico emocional, dado que en ellas la oportunidad de “tener un respiro” es casi nula, sobre todo porque las condiciones de salud de sus familiares demandan mayores cuidados. En estas circunstancias, el hogar se convierte en “un encierro”, una especie de “prisión” para las cuidadoras, donde trabajan sin parar y los tiempos de inactividad, los pasan junto al enfermo, brindándole compañía, situación que no les permite desprenderse totalmente, obstaculizando el verdadero descanso:

(...) yo no salgo a ninguna parte, ya tengo mucho (...) En la noche, como le digo, me salgo y luego camino hasta la esquina y ahí me estoy “pelando los ojos” para un lado y para otro, me vengo, me doy otra caminadita y así... esa es mi rutina... comenta Consuelo (esposa cuidadora).

De acuerdo con Robles (2007), el trabajo de las cuidadoras se convierte en acciones vitales para el enfermo; le permiten satisfacer sus necesidades y ofrecerle los recursos necesarios para su sobrevivencia. La misma autora, categoriza las acciones de cuidado a los enfermos en tres direcciones o líneas:

- a) Acciones de cuidado en la línea de la enfermedad: referentes al área de establecimiento de un diagnóstico; al área de manejo de las molestias; al área del manejo de los tratamientos y al área de atención de la enfermedad.
- b) Acciones de cuidado en la línea del hogar: referentes al área de apoyo económico; al área de trabajo doméstico y al área de cuidados personales.
- c) Acciones de cuidado en torno al trabajo biográfico del enfermo: referentes al área de organización del ambiente de cuidado; al área de apoyo a la reconstrucción de la identidad; al área para evitar el aislamiento social; al área para dar continuidad al curso de vida del enfermo; al área para crear una relación de cuidado.

Las acciones de cuidado que establece la autora, implican una gama de tareas que generalmente pasan inadvertidas hasta por las propias cuidadoras; cuando se les preguntó por las actividades de cuidado que realizaban, se concretaron a citar aquellas que identifican como las que les causan mayor trabajo, como es el bañarlo, cambiarlo, moverlo, darle de comer, llevarlo al médico, o a internar. Pero pasan inadvertidas las acciones como prepararle la comida (que a veces es comida especial, diferente a la que ellos comen). Dichas actividades las perciben como “obvias”, que eso “de todas formas se tiene que hacer”; por otro lado, las acciones que ofrecen soporte emocional, tampoco las identifican como cuidado, más bien hablan de ellas cuando abordan otros temas.

Las cuidadoras de nuestro estudio realizan una serie de tareas (véase tabla 11) que forman parte de su vida cotidiana y que repercuten en mayor o menor medida en su autocuidado. Esto lleva a reflexionar que muchas de las acciones de cuidado son “invisibles” incluso para las mismas cuidadoras, ¿qué se puede esperar de los demás miembros de la familia, de las instituciones que atienden a los ancianos o de las propias políticas sociales para la vejez?

Tabla 11. Actividades cotidianas de las cuidadoras

Tipo de cuidado	Actividades de cuidado
Acciones de cuidado en la línea de la enfermedad.	Comparar y administrar los medicamentos, llevarlo al médico, gestionar apoyos, preparar remedios caseros, hacer curaciones, darle masaje, cambiarlo de posición y observar sus condiciones de salud.
Acciones de cuidado en la línea del hogar.	Comprar alimentos y enseres menores del hogar, levantarlo, cambiarlo, acomodarlo en un sillón, preparar, y darle los alimentos, aseo personal del anciano: lavado de manos, cepillado de dientes, la tarea de bañarlo no se realiza diariamente. Atención a sus necesidades fisiológicas: llevarlo al baño/cambiarle el pañal. Limpiar la casa, lavar, planchar, cocinar, etc.
Acciones de cuidado en torno al trabajo biográfico del enfermo.	Brindarle soporte emocional: platicarle, leerle, animarlo, orar juntos, tranquilizarlo.

4.3.3. La tarea de cuidar: un acto de amor que genera tensión

Otro aspecto importante consiste en cómo las narrativas acerca del cuidado se ubican simultáneamente en polos opuestos; revelan ambivalencias y luchas de tensión, generando distintos conflictos tanto en la subjetividad emocional de las cuidadoras, como en la relación entre los miembros de la familia, incluido el anciano. Dentro de estos conflictos, en las cuidadoras subyacen posiciones ideológicas y morales paradójicas; generalmente todas expresan discursos contradictorios respecto al cuidado, en los que convergen posiciones de “acomodación” a un papel socialmente asignado, de afecto y reciprocidad al familiar anciano, de deber filial y compromiso moral, pero también de enojo y frustración en donde se revela lo pesado que resulta realizar esta tarea y el deseo implícito (y a veces explícito) de querer abandonar este escenario. De esta forma, vemos que no hay modelos “puros” de cuidado, sino una combinación de expresiones que lo complejizan.

4.3.3.1. La satisfacción del deber cumplido

Una de las formas en que se manifiesta la experiencia de cuidar a un viejo, se relaciona con la imagen de que el cuidar es una virtud que tiene reconocimiento social; es una virtud femenina que si no se realiza, corre el riesgo de tener una “sanción social” o de recibir un “castigo divino”, como se muestra en los siguientes ejemplos:

(...)Yo estoy muy contenta porque Dios me permitió cuidarlo... se siente uno muy satisfecho... Él está muy contento con mis cuidados, dice que valgo oro... (Eréndira, esposa cuidadora).

(...) si, siento que lo hago bien... y que estoy al pendiente y que si la cuido... pero hay días en que me desespero, verdad?... hay días que sí, nomás que ¡ay Dios mío, perdóname!... pero, es que yo este día estoy... por eso me voy a caminar para sentirme bien... confiesa Ma. Auxilio, hija cuidadora.

(...) pero también me dicen -¡ay qué bueno que tienes a tu madre!- y digo: pues de veras, gracias a Dios. (...) Me he fortalecido mucho porque a pesar de todas esas cosas que he pasado yo siento que estoy muy bien, porque yo me siento y la gente me dice que a pesar de mis años “todavía andas luchando y echándole ganas... (...) pues mi idea es cumplir yo misma lo que estoy haciendo, o sea, que no reniegue con mi mamá, que yo la atienda lo que yo pueda hacer, más no, verdad?... pero... lo que yo le pueda dar, su comidita, su atención, que esté al pendiente de ella... que debemos de tratar de darles cariño, estar siempre cerca de ella... señala Pina, hija cuidadora.

(...) sí, estamos todos cuando se ofrece alguna cosa... todos estamos unidos, todos... hay buena unión...afirma Isabel, esposa cuidadora.

(...) Entonces yo pienso que en ningún lado estaría mejor que aquí. (...) Es trabajo y atención y una gran responsabilidad tenerla aquí (a su madre enferma), entonces tengo que estar “re-bien” porque atrás de mí hay muchos... hay hermanos que, como le quiero decir... sí... que yo tengo que hacer bien este trabajo, no porque me cueste, sino que me nace y a mí me da mucho gusto tenerla aquí, pero sí siento mucha responsabilidad... declara Mauricio, hija cuidadora.

(...) yo me siento bien de tenerlo limpio a él, de darle de comer, yo me siento bien (...) útil, me siento útil, bien... como... a lo mejor no pagando, porque nunca les voy a pagar lo que hicieron por mí verdad?... en todos los días de su vida, pero sí a lo mejor pagarles un poquito de todo lo que hicieron por mí... explica Celia, hija cuidadora.

(...) O sea yo siento que yo no puedo dejar a mi mamá pues ahí a ver quien le hace caso, o sea no, porque ella siempre cuando mi mamá pudo fue una mujer muy activa y ella siempre me ayudó... comenta Rosalía, hija cuidadora.

Estas narrativas muestran que hay un reconocimiento individual respaldado por el contexto social que otorga cierto “honor” a quien se encarga de otros; por tanto, hacerlo resulta gratificante. Como plantea Hochschild (2008), las mujeres parecen disfrutar del cuidado de los demás, o al menos lo necesitan para adecuarse a la imagen que se tiene de ellas, pues el cuidado se vincula con cosas “femeninas y naturales” que son bien vistas por los demás y que evocan un determinado ideal.

Es una acción exaltada en la esfera privada y en el discurso cotidiano. El discurso de orden religioso también penetra en las narraciones de las cuidadoras, pues su tarea de cuidar se visualiza como un deber obligado de las mujeres y, además, exige una actitud paciente y tolerante, de lo contrario, puede haber, como ya se señaló una sanción social.

Vinculado a lo anterior, en la familia se enseñan valores y principios que se introducen desde la infancia, como son el de la unión, el de la reciprocidad y de la solidaridad familiar. Estos mandatos se internalizan en lo más profundo de las mujeres como si fueran características innatas, y no aspectos que se fomentan en la familia, en la comunidad y en el contexto, predisponiéndolas para cumplir con ese rol. Pero, ¿por qué nada más las mujeres? ¿Acaso son valores exclusivos para un solo género? ¿Qué o quién favorece esta división de valores?

El cuidado se construye con base en símbolos y reglas sociales que implican un deber para las mujeres, llegando a constituirse en parte de su identidad femenina. La familia, como institución reproductora de normas y valores sociales, se encarga de darle continuidad y permanencia a este aprendizaje social desde edades tempranas para que las mujeres respondan fielmente a ello. De esta manera, la asignación tradicional de tareas femeninas, desde ser la principal responsable del hogar y la crianza de los hijos, hasta ser la “encargada” de dar el soporte afectivo a los miembros de la familia, va construyendo una identidad femenina “altruista” que se define por las funciones de dar, nutrir y cuidar -asociado con la práctica del arquetipo materno de “cuerpo-para-otros”-, lo que dificulta en ellas la autopercepción de sus propias necesidades (Ibarra, 1995; Maier, 2001), como el aspirar a desempeñar actividades extradomésticas.

No obstante, la recompensa que da el reconocimiento social no siempre es suficiente, también existe otra cara de la moneda, muchas veces se acompaña de carencias económicas y falta de apoyo familiar. La cuidadora sin decirlo, parece expresar que no está satisfecha con su rol, que está resentida, enojada por la falta de apoyo familiar y social, que necesita y requiere de atender sus necesidades, pero no se atreve a abandonar su papel, pues la sociedad, la familia y ella misma no se lo perdonarían. Debe continuar en el deber ser del ideal femenino. Los discursos que aparecen a continuación ejemplifican este planteamiento:

4.3.4. El cuidado como una “carga”: las implicaciones psicosociales

Como ya se ha dicho, el concepto de “carga” en la vejez y el cuidado, tiene una doble implicación: no sólo significa “sentirse una carga”, percepción que corresponde a los ancianos con falta de autonomía, sino también significa “llevar una carga a costas”, visto desde el otro lado, del lado del cuidador. De esta manera, se plasman las narrativas más significativas que reflejan las múltiples implicaciones que esta experiencia representa.

(...) necesito hablar con una psicóloga... ya lo viví con mi papá, con mi hermana, la que se murió ¿y otra vez? (ser cuidadora)... yo se lo dije a mi hermana, la que vive en Irapuato, le dije: ¿sabes qué Rosalba?, haz algo porque yo no voy a poder, yo no puedo estar “navegando” tanto... (...) se me hacía eterno, yo ya no... iba por el elevador y sentía que se iba... más bien yo quería que ahí parara toda mi historia, pero no... agarraba fuerza diaria, diaria, diaria... nos amanecía ahí y contábamos las horas... y ella muy tranquila, eso sí... muy tranquila... Tina, hija cuidadora...

(...) viene en ratitos (su hermana), nada más la ve (a su madre enferma) y todo, “ay... hazle esto a mi mamá... hazle lo otro... pero nada más vienen un poquito y me dejan toda la responsabilidad... Ma. Auxilio, hija cuidadora...

(...) tengo que estar aquí “clavada”, pendiente, a veces la dejo allá arriba y me vengo a ver la novela... así descanso yo... y me está hable y hable... ¿por qué?... porque no quiere que yo esté descansando acá... Ma. Auxilio, hija cuidadora...

(...) lo tomé como: pues ni modo, ya nos tocó y vamos a jalar y a seguir adelante, no tiene remedio, ni modo de “achicoparnos” y ponernos a llorar... Consuelo, esposa cuidadora...

(...) me iba a ver a mi hijo cada tres meses, o dos meses y tenía el grupo de oración, de catequesis, el grupo de la legión de Ana María... y ahorita no puedo ir ya... nada más voy a misa los domingos y vengo corriendo a darle su medicina... me ha cambiado mucho mi vida... Pina, hija cuidadora...

(...) a lo mejor es más difícil para mí... porque estoy todo el día con él, viéndolo, él (se refiere a un hermano del enfermo), viene un ratito, lo ve y se va, para mí es todo el día y toda la noche estarlo oyendo... no... es muy pesado... Celia, hija cuidadora... (...) me pongo a rezar... rezar yo creo... si, pedirle a Dios que me de fuerzas... Celia, hija cuidadora...

(...) pues difícil... (la experiencia de cuidar a su esposo)...yo tengo mucho miedo, tengo miedo, no sé... Eréndira, esposa cuidadora...

El cuidado de un anciano dependiente produce conflictos individuales y familiares inevitables, matizado por múltiples circunstancias como las características particulares de sus miembros y de sus relaciones, así como por el contexto en que tiene lugar el cuidado. En el ejemplo de Tina, intervienen distintos factores: ella ha sido cuidadora de otros familiares, viene desempeñando una “carrera como cuidadora” (Robles, 2003).

La falta de participación familiar, tanto en el cuidado como en las aportaciones económicas para la atención de su madre, hace que surja el deseo de “abandonar el campo de batalla”. El enojo contra sus hermanas demuestra que “la unión familiar y la solidaridad” no son valores que todas las familias conservan. Es decir, si la unión familiar realmente existiera no existiría el rol de “cuidador principal”, sino que existirían muchos “cuidadores principales”.

El caso de Ma. Auxilio es similar, aunque en este caso se agrega un conflicto con el receptor de cuidado. El tipo de relación establecida previamente entre el enfermo y su cuidador predispone la forma y características del cuidado. Cuando los conflictos vienen desde atrás, al aparecer, afectan la manifestación de la enfermedad y dependencia de los ancianos. Tener la obligación filial de cuidar a alguien, con quien la relación está deteriorada se puede convertir en un “castigo divino” que hace de la práctica de cuidar una experiencia pesada y devastadora.

Por otro lado, Ma. Auxilio resiste “un sistema de vigilancia familiar”, que le exige un buen cumplimiento como cuidadora. Al respecto, Robles (2007) plantea que existen normas del “buen cuidado” y del “buen cuidador” que garantizan que esta labor se otorgue con calidad; el cuidado y el cuidador son juzgados moralmente en términos de bueno o malo, de correcto o incorrecto, como parte de un dispositivo de control establecido por la familia. Son de tales dimensiones las exigencias de los que no están, que pareciera que sus demandas al cuidador ocultan una culpa inconsciente por incumplir ellos mismos los mandatos sociales establecidos para el cuidado a los ancianos.

De igual forma, la resignación y la conformidad ante lo inevitable, surgen como discursos que contrarrestan situaciones conflictivas que viven los cuidadores y que no es posible resolverlos por otros medios. Consuelo, como la mayoría (por no decir todas) de los cuidadores, no contempla la mínima posibilidad de que algún recurso institucional o el Estado compartan la responsabilidad que “lleva a costas”. Esta “apropiación” del cuidado de los enfermos como una responsabilidad exclusivamente familiar, forma parte de un sistema de creencias que limita la capacidad de protestar, de inconformarse, de demandar apoyo y atención a estas problemáticas.

Así, el trabajo, la vida familiar, el descanso, la interacción social, son aspectos que se abandonan, suspenden y/o relegan cuando se cuida a un enfermo; el cuidado requiere espacio y reorganización de los tiempos para cumplir con las necesidades de los ancianos. La afectación de la salud emocional y las relaciones sociales del cuidador tienen un impacto directo en la construcción de su identidad; por un lado, se percibe como una persona altruista, compasiva, responsable, que “cumple con su deber”, y por otro, en su discurso interno, se muestra como una persona que sufre, que se enoja, que se impacienta y se frustra ante “la satisfacción del deber cumplido”.

La situación paradójica que surge, encuentra su origen en los discursos contradictorios, en la multiplicidad de voces que refieren los construccionistas sociales. Como plantean Gergen (2006) y Neimeyer (2000), hay una dimensión “polifónica del sí mismo” que complica los procesos de reflexión y validación de la identidad, ya que la red de relaciones en las que están inmersas las cuidadoras son por sí mismas complicadas y contradictorias.

Como vemos, en el aspecto del cuidado, la constante es: que sea realizado por mujeres en casi la totalidad de los casos. Es indiscutible que la influencia del género como una construcción cultural de las diferencias sexuales, define las tareas y funciones específicas a hombres y mujeres. En el caso de la categoría social del cuidado, ésta se construye también en torno a imágenes, a creencias sobre lo masculino y lo femenino que se plasman en poderosos discursos predominantes, que influyen y determinan los comportamientos en torno al mismo.

4.3.5. *“A toda ley una mujer”*

El conocimiento científico y el conocimiento cotidiano coinciden en que las mujeres son las elegidas para llevar a cabo las acciones de cuidado; también ha sido suficientemente explicado que esta designación produce desigualdades al interior de las familias como en el contexto social. Robles (2007), en su estudio sobre el cuidado, plantea que existe un ejercicio de poder, tanto al interior de la familia como fuera de ella, que está permeado por cuestiones sociales y culturales; son los hombres quienes en buena medida toman la decisión de quién será la cuidadora.

Al influir elementos ideológicos y creencias culturales, resulta difícil que las mujeres tengan la posibilidad de compartir, de manera equitativa, ese papel. Notemos en las narrativas de las cuidadoras y de los ancianos, cómo se integran esas “verdades” establecidas para lo femenino:

(...) siempre cuando algo le pasa a mi mamá, antes que a mi hermano le hablo a mi sobrina (...) y ella se viene, porque ella la ve como su mamá, entonces viene, y ella es la que me ayuda, y en cuestión de mi hermano, de los hombres, pues no sé... como que a lo mejor, en dado momento yo pienso que como ellos... como para todo son tan despegados y uno como está más al pendiente de lo que son gastos de la casa, de lo que se necesita, de lo que es esto... lo otro, entonces no... ellos nomás quieren saber cuánto fue... (Rosalia, hija cuidadora).

(...) no, sería mucho más difícil para los hombres (cuidar), como quiera Dios a uno de mujer le ha dado más fortaleza o se inclina más a Dios, no sé, pero los hombres yo opino que para nada, él yo creo ya –Adiós, nos vemos- no sé, o “equis”, pero si me tendrían quien me ayudara pero no se compara, uno de mujer es más noble, más sentimental o no sé, pero uno de mujer puede hacer hasta cuatro veces una cosa y los hombres se limitan a una sola cosa ¿No se ha fijado?, yo por ejemplo puedo tender, estar cocinando frijoles, lavando, moviéndole a la sopa o “equis”... (Nora, esposa cuidadora).

(...) Si, hasta entonces, no puedo sentarme a almorzar si no voy y lo atiendo y le doy primero a él... ya me vengo y almuerzo a las once o doce del día y ya sigo en el trabajo... (Consuelo, esposa cuidadora).

(...) dejé de trabajar por lo de mi matrimonio, pero era nada más unos dos meses, sí... y luego yo pensaba seguir trabajando... y ya... dejé de trabajar y dejé de estudiar, y dejé de hacer mi casa por lo de mi papá... (Celia, hija cuidadora)

Esta imagen femenina de cuidado es compartida socialmente, el aprendizaje cultural no ha sido sólo para las mujeres, sino también para los hombres, por ello tiene tanta fuerza. Los discursos que giran en torno a ello, permiten diferenciar claramente la construcción social de las diferencias entre los géneros. Es decir, existe una posición binaria que predomina en el contexto, en el que hay funciones para el hombre y funciones para la mujer; esta lógica binaria permea, fuertemente, el pensamiento occidental y está ligada estrechamente con significados de género: las oposiciones binarias están asociadas con conceptos simbólicos, mutuamente excluyentes de lo femenino y lo masculino y a su vez también posicionados de modo jerárquico (Sevenhuijsen, 1998, 1999).

El cuidado, al efectuarse principalmente por mujeres, al ser una acción cumplida en el hogar y con personas ancianas con deterioro, adquiere como se dijo en otro momento, la connotación de ser un trabajo devaluado y que devalúa a quien lo realiza (Lan, 2002; Robles, 2007). Este planteamiento se ejemplifica en el texto de Juan Lorenzo:

(...) Es muy claro, digamos la mujer es más entregada a prestar servicio y los hijos se aburren luego luego al otro día y la mujer es más constante, por eso me gusta más el cuidado de mi esposa (...) Digamos eso jamás se borra, ella sigue siendo dedicada a su hogar aunque trabaje fuera, y el hombre no, se conforma con aportar algo de dinero y lo demás no, pues ya se va con los amigos, ya se va a diversiones y la mujer no, siempre está en la casa, siempre está procurando el bien de la familia, por eso... (Juan Lorenzo)

También, la percepción de Jorge reafirma lo ya mencionado:

Inv: ¿Quién de los hijos lo cuida más o lo cuida mejor? (...) *Pues igual, nada más que de todos modos a la “pobre vieja” (esposa cuidadora) pues le echan la carga encima y yo junto con ellos... (Jorge).*

Se puede hablar, como explica Robles, de una *feminización del cuidado*, donde las mujeres cumplen con los requisitos necesarios para convertirse en la cuidadora “ideal”, en función de tres aspectos: el primero está ligado con las “virtudes femeninas”; el segundo, a su ubicación como responsable en atender el hogar y la familia; y el tercero, a la calidad del cuidado, porque ellas son más “dulces, nobles, cariñosas o amorosas al trato” (Robles, 2002:13).

Por una parte, es la mujer-madre la que reproduce estos patrones a partir de su mayor responsabilidad en la crianza, pero también en menor medida por los patrones observados en su propio padre; como consecuencia de ello, hay falta de presencia y participación en las tareas domésticas, de las cuales se le ha excluido desde la infancia; su desempeño en el hogar es valorado de mala calidad, entonces es mejor que lo haga una mujer (Robles y otros, 2006:276).

Esto significa que los atributos masculinos se construyen con base en otros valores, ellos son: “la cabeza de la familia”, los proveedores económicos, y los que buscan distracción fuera del hogar; es decir, su espacio esencial, no es el hogar, es la calle o el lugar de trabajo. Estos rasgos, diferentes a los de la mujer, no lo hacen “adecuado” para el cuidado. De esta forma, hombres y mujeres reproducen recíprocamente estas creencias que se vuelven verdades absolutas, realidades validadas y legitimadas familiar y socialmente, pues como dice Mauricio, en el caso de sus hermanos: “mi madre los educó así”.

En este contexto, el cuidado se recibe y se otorga en un marco donde intervienen diversos elementos que tienen que ver con un determinado *orden social* establecido en torno a la vejez, al cuidado y a lo femenino. Los discursos son ambivalentes y paradójicos, pero evidentemente unos predominan sobre otros. Como alude Robles (2007), las cuidadoras ofrecen resistencia de cuando en cuando, para expresar inconformidad y enojo ante la responsabilidad del cuidado, pero sus narrativas son “silenciadas” por ellas mismas, y cuando logran externarlo son “como voces en el desierto que nadie escucha”, por lo que el discurso generalizado y dominante vuelve a tomar fuerza en su interior.

En este sentido, es evidente la falta de respuesta no sólo en los demás miembros de la familia, sino en las instituciones sociales, en los programas de atención a la vejez y/o en la política de salud. Las necesidades que enfrentan las cuidadoras son diversas, se considera que todas son importantes; a pesar de ello, no se puede negar que algunas tienen mayor impacto para las mujeres (véase tabla 12). Usualmente, sus discursos giran en torno a necesidades económicas, a problemas de salud física o emocional y a dificultades para movilizar a los ancianos.

4.3.6. La excepción de la regla: los cuidadores varones

Las experiencias de cuidado realizado por hombres son muy escasas, así lo demuestra la mayoría de la literatura revisada. Los varones como cuidadores principales apenas comienza, no obstante, se esperaba, que con la creciente participación de las mujeres en el mundo laboral y profesional, los varones empezarán a tener mayor participación en las funciones de cuidado al interior del hogar. En nuestro estudio, las características que se identifican en torno a cómo se hace la designación del cuidador, cómo se asume y las circunstancias en las que se otorga presentan diferencias y similitudes respecto de las mujeres.

En esta investigación hubo cuatro casos de varones cuidadores, dos hijos y dos cónyuges. En el caso de los hijos, el estado civil fue un aspecto determinante para otorgar el cuidado, al igual que la coresidencia (véase tabla 12 en la siguiente página). En el caso de los esposos, tomó importancia el vínculo conyugal; en ellos, el mandato social del matrimonio “juntos en la salud y la enfermedad”, tuvo fuertes efectos morales para que los participantes se desempeñaran como cuidadores.

El deber filial más las variables sociodemográficas en los hijos, se conjugan de manera muy especial con la cercanía afectiva que éstos desarrollaron con sus progenitores. Esto coincide con algunos trabajos acerca de ciertas características que se presentan en el cuidado masculino, que refieren que si bien la elección de cuidar es en gran medida determinada por la coresidencia, en el caso de los hombres se explica más por una relación de amor filial que por un sentimiento de “deber”, a diferencia de las mujeres (Ungerson, 1987, en Arber y Gilbert, 1989):

(...) sabe que... mire yo tengo mucho, muchas cosas, de por qué me quedé con él, yo vi el trato que le dieron (sus hermanos) a él cuando estaba ahí (él) en Estados Unidos, yo pensé, somos varios, nos vamos a dar la mano, yo veía las cosas bien diferentes, yo veía las cosas que le pasaban mi papá y pensé: mi “apá” no me dura mucho porque oiga “mijo”, esto, si, oiga “apá”, pues sí, pa’ todo, haga de cuenta que no somos padre e hijo, haga de cuenta que somos íntimos amigos, el problema es que yo me quedé porque yo siento algo, siento algo por dentro que... no lo voy a llenar nunca, nunca...(Joel, hijo cuidador).

(...) Yo con mi mamá siempre he llevado una relación muy estrecha desde muy chico, yo quería y quiero mucho a mi papá, siempre lo quise pero yo me unía más a mi mamá me llamaba más la atención en la forma que nos trataba a todos, a todos nos trató por el mismo parejo, no hubo, no hubo distinción ni nada y yo la admiraba siempre a ella desde muy chico por la forma de que cómo nos trataba, de cómo nos cuidaba, de querer a las 8 de la mañana todos arreglados para irnos a la escuela, de que andaba atrás de nosotros -y tu tarea y tú esto y tú otro-, y yo (...) Y eso me hizo acercarme más a ella, me identifiqué más con ella, siempre le he tenido un cariño muy bonito, muy amable hacia ella, no sé, es lo me ha hecho ser, aparte que el carácter tanto de ella y como el mío son muy parecidos y por eso no nos dejamos (Sergio, hijo cuidador).

Tabla 12. Varones cuidadores y sus características sociodemográficas

Caso	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Fuente de ingreso	Ocupación actual	Parentesco con el AM
Joel	31	Soltero	Prim. incompleta	Sin ingreso	Hogar/cuidador	Hijo
Sergio	45	Soltero	Sec. completa	Empleo/sec.pub.	Maestro/cuidador	Hijo
Samuel	78	Casado	Primaria	Pensión	Cuidador	Esposo
J. Ismael	72	Casado	Primaria	Pensión	Cuidador	Esposo

Como ya se mencionó en el caso del cuidado femenino, los ingresos y el apoyo familiar son determinantes para que las tareas de cuidado no resulten ser una tarea pesada. En el caso de los participantes varones, los requerimientos materiales y económicos que demanda el cuidado, son cubiertos de manera satisfactoria en los casos de Sergio, Samuel y José Ismael, pues si bien refieren tener ciertas dificultades económicas esporádicas (sobre todo cuando se presenta alguna emergencia o situación crítica), el hecho de que cuentan con un ingreso propio y recibir apoyo familiar, les permite resolver en buena medida las dificultades que se les presentan.

El caso de Joel es totalmente diferente, pues no cuenta con ingresos propios; él dejó su trabajo en Estados Unidos para venir a hacerse cargo de atender su padre viudo, quien reside en una comunidad rural. Para él ha sido difícil enfrentar la responsabilidad de cuidado tanto en lo material y económico, como en lo emocional, pues aunque su padre cuenta con apoyo de seguridad social, éste no es suficiente. Además, existe poco respaldo de sus hermanos debido a que *“ellos ven mal que yo no trabaje, dicen que vivo de la pensión de mi papá... pero, ¿cómo le hago pa’ trabajar?... él necesita cuidado de todo a todo”*. La situación de Joel se asemeja a la de muchas mujeres cuidadoras en cuanto a que se le ha dejado solo con la responsabilidad del cuidado y con los costos que esto implica.

El conflicto familiar presente en el caso de Joel, es poco común tratándose de una familia de origen rural, donde la solidaridad familiar y el apoyo comunitario es más fuerte que en contextos urbanos. No obstante, este ejemplo nos muestra todo lo contrario, pues entre los hermanos hay problemas de salud física y alcoholismo; además, la única hermana vive fuera del estado y no tiene posibilidades de ayudar. Además, en todos los familiares la constante es la pobreza y los conflictos de relación con el cuidador. La percepción del cuidador acerca de sus hermanos es que están esperando que *“el viejo les de...”*, es decir, esperan que sea el adulto mayor el que les resuelva ciertas necesidades económicas.

Escena 1.

(...) es que son “broncas” que se van a venir conforme pase la enfermedad de mi papá... que con el tiempo se hacen más grandes, por la misma enfermedad y yo quisiera que mis hermanos también me ayuden con esto que se va a venir, porque es mucho desgaste y mucho dinero que se va a tener que estar dando y a veces yo no tengo dinero...

Escena 2

(...) porque yo no quiero que les dé... (dinero), porque supuestamente les va a estar dando, así como está y mi hermano se enoja, y a veces “se nos echa a los guantes” y le digo: si te pones “perro” conmigo pues, si me vas a pegar... yo no te voy poner las manos, pa’ qué, te friegas a tí, tu familia qué va a hacer, tú encerrado y ellos ahí, ve las cosas como están, y me dice que yo nomás quiero el dinero para mí y que no se qué... no, le digo, él sabe, él sabe cómo se navega, -no, es que lo has de tener amenazado, me dice-, pero le contesto -que tanto soy hijo yo como son hijos ustedes entonces éntrenle- (a cuidarlo).

Por otro lado, a Joel, siendo hombre, soltero, y dedicado cien por ciento al cuidado del padre, se le percibe como “alguien fuera de la norma”, tanto por realizar las tareas “femeninas” del cuidado como porque en ocasiones pide ayuda económica en las casas (preferentemente en la ciudad, cuando le toca ir con su padre a tratamiento en el IMSS y donde nadie lo conoce). Lo anterior refleja la falta de solidaridad que idealmente se espera encontrar en las comunidades rurales, aunque como dice González de la Rocha, cuando la situación socioeconómica es precaria, las redes sociales se debilitan (González de la Rocha, 2006).

En los casos de Samuel, Sergio y J. Ismael, hay una experiencia diferente, pues los ingresos y colaboración familiar con que ellos cuentan les permiten llevar a cabo el cuidado de manera distinta. Ellos desempeñan las acciones de cuidado con ayuda de sus familiares (principalmente de hijas o nueras), quienes se organizan para apoyar con tareas específicas, por ejemplo, el baño, las curaciones o el “hacer turnos” cuando la anciana es hospitalizada (véase tabla 13).

Tabla 13. Tipo de cuidado realizado por los varones y apoyo recibido

Tipo de cuidado	Actividades de cuidado	Recibe Apoyo
Acciones de cuidado en la línea de la enfermedad.	Comprar y administrar los medicamentos, llevarlo al médico, gestionar apoyos, preparar remedios caseros, hacer curaciones, darle masaje, cambiarlo de posición y observar sus condiciones de salud.	Samuel, Sergio y J. Ismael reciben apoyo Joel las realiza solo
Acciones de cuidado en la línea del hogar.	Comprar alimentos y enseres menores del hogar, levantarlo, cambiarlo, acomodarlo en un sillón, preparar, y darle los alimentos, aseo personal del anciano: lavado de manos, cepillado de dientes, la tarea de bañarlo no se realiza diariamente. Atención a sus necesidades fisiológicas: llevarlo al baño/cambiarle el pañal. Limpiar la casa, lavar, planchar, cocinar, etc.	Samuel, Sergio y J. Ismael reciben apoyo Joel las realiza solo
Acciones de cuidado en torno al trabajo biográfico del enfermo.	Brindarle soporte emocional: platicarle, animarlo, tranquilizarlo.	Samuel, Sergio y J. Ismael reciben apoyo Joel las realiza solo

Por ejemplo, los tiempos de cuidado que Sergio otorga a su madre, son a partir de las 6:00 de la tarde que llega de trabajar y hasta el día siguiente por la mañana en que sale de nuevo a su trabajo, aunque a la hora de comer está con ella. Su madre por las mañanas es atendida por una empleada doméstica, después llega una hermana casada que permanece con la enferma hasta las 6:00 de la tarde en que llega el cuidador. La deja “cambiada” de ropa interior para que la empleada doméstica haga de nuevo esta tarea a la mañana siguiente.

Por su parte, Samuel, quien ya está jubilado, permanece casi todo el día con su esposa, salvo cuando tiene que hacer compras, algunos pagos o trámites relacionados con el tratamiento; generalmente en estas actividades recibe apoyo de algún familiar. Tiene una hija que radica en otra ciudad y cuando se requiere de un mayor apoyo, ella se traslada y permanece por varias semanas en el hogar familiar. La idea de apoyar a los varones en el cuidado, según Arber y Gilbert (1989) se debe a que los hombres son vistos como menos adecuados para ser el cuidador principal, y cuando llegan a representar este rol, es más fácil que reciban ayuda de otros miembros de la familia, por lo que no se les percibe como cuidadores reales.

De esta manera, a diferencia de las mujeres, hay tareas de cuidado que los varones no desempeñan, como por ejemplo: el orar junto con el enfermo, preparar remedios y organizar el cuidado. En el caso de Samuel y Sergio, alguien más realiza estas tareas, generalmente una mujer. Joel, por su parte, aún y cuando se hace cargo de todo el cuidado, incluso, infundirle ánimo, estas acciones no las lleva a cabo. Lo cual nos hace pensar en que estas tareas siguen siendo exclusivamente “femeninas”.

Una parte importante, es el caso de los “cuidados íntimos” cuando la enferma es la madre y el cuidador es un hijo varón. En esta situación, se busca resolver esta tarea con una persona del sexo femenino, pues la cuestión del pudor forma parte de la subjetividad a la que no es fácil penetrar. En los casos de Samuel y Joel, este problema “se salva” debido a que, en el primero la intimidad conyugal por un lado, y por el otro, en el segundo, el hecho de ser del mismo sexo que el enfermo permite realizar todo tipo de cuidado con los enfermos.

Pero si bien, en el contexto familiar las diferencias de género en el cuidador hace que surjan diversas dificultades, en el contexto más amplio como pueden ser los amigos, vecinos o la comunidad, se identifican actitudes contradictorias. Por ejemplo, se visualiza al hombre cuidador como una persona fuera de lo común, como una “víctima” de las circunstancias: (...) *así enferma, me da pena la parte de él... que él puede dedicarse a distraerse, pasearse, pues no lo hace, porque sabe que aquí estoy... ¡cómo le retribuyo al pobre! No tiene el pobre alivio conmigo!* (Ma. Elena, madre de Sergio, hijo cuidador).

En el caso de Joel, el hecho de que no trabaje por dedicarse al cuidado, propicia en los demás la imagen de “flojo” o “aprovechado” de los ingresos de su padre enfermo. Pareciera que el cuidado no se concibe realizado por un hombre, pues generalmente su rol se identifica con el de proveedor, con tareas “fuera del hogar”. Es difícil ubicarlo en el ámbito privado, de lo doméstico, como es el cuidado de los enfermos.

De esta forma, las representaciones masculinas y femeninas de quien realiza el cuidado, siguen teniendo connotaciones que reproducen de alguna manera las desigualdades de género. Son miradas diferentes que desde el interior del hogar como en el ámbito comunitario hacen que la tarea de cuidar se siga construyendo desde lo femenino.

4.3.7. *La dimensión emocional del cuidado en la vejez*

Como ya se ha mencionado a lo largo de este capítulo, muchas de las creencias con las que se relaciona a la vejez tienen que ver con imágenes negativas y devaluadas de quienes viven la experiencia y que a su vez influyen de manera poderosa en nuestro pensamiento. No obstante, además de las creencias comunes que compartimos en una sociedad multicultural, también hemos adoptado opiniones a partir de una subcultura particular y de nuestras particulares experiencias de vida (Lazarus, 2000b). Estos tres elementos configuran nuestras creencias acerca de algo o de alguien.

En el caso del cuidado, las creencias a las que nos apegamos, aunque son significativas para nosotros, no necesariamente son verdades universales; los significados varían de un contexto a otro y consecuentemente las emociones que se generan a partir de tales creencias. En el proceso del cuidado en la vejez, tanto el que cuida como el que recibe el cuidado entran en una relación en la que la expresión emocional surge de manera inevitable. Intervienen en ello la carga de estrés que implica el propio cuidado como las creencias con las que se relaciona a la vejez.

En este apartado, se interpretan una serie de expresiones emocionales y sentimientos en los cuidadores, a partir de su experiencia de cuidar a un enfermo crónico con falta de autonomía. La manifestación de las emociones en el cuidador, surgen invariablemente en el contexto de la *relación* con el receptor del cuidado, es decir, el anciano. Las narrativas de las emociones como ya se dijo anteriormente, si bien se ubican en un marco subjetivo, se originan en lógicas de razonamiento social, de tal forma que refleja también un marco de referencia objetivo, de orden cultural.

Para comprender una reacción emocional y su origen, debemos conocer su entorno, lo cual adopta la forma de una historia de la relación y lo que es importante o no para las personas. Las formas en que las personas jerarquizan lo que es o no es relevante, modela las reacciones emocionales (Lazarus, 2000b), y por consiguiente orientan las acciones de los participantes.

En este trabajo, aún a riesgo de parecer repetitivo en lo que se refiere a las emociones de los ancianos, preferimos asumir el reto en el afán de presentar la mayoría de las emociones de los participantes en un esquema de relación, es decir, en relación con sus cuidadores, pues desde nuestro punto de vista, ellas surgen en la interacción de una vivencia compartida. Para ello, retomamos el enfoque que hace Lazarus (2000b), el cual clasifica a las emociones en *emociones existenciales* como la ansiedad, miedo, culpa y vergüenza; y a las *emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables*, como la esperanza, la tristeza y la depresión. Dichas emociones se relacionan de manera fundamental con el tema que nos ocupa.

En este trabajo también aparecen las denominadas *emociones empáticas*, como la gratitud y la compasión (Lazarus, 2000b), como otra dimensión que posibilita tener una visión diferente de la vejez: aquella que tiene aspectos positivos y que deja de lado los estereotipos negativos. Además, algunas de las expresiones de emocionalidad en los sujetos participantes, constituyen también estrategias de enfrentamiento ante las dificultades y vicisitudes de la cuarta edad.

De esta manera, presentaremos en primera instancia aquellas *emociones existenciales* que resultaron más significativas en la medida que establecieron ciertos patrones en la diada cuidador-receptor de cuidado. Las emociones existenciales surgen como amenazas basadas en los significados e ideas acerca de quiénes somos, nuestro lugar en el mundo, en la vida y en la calidad de nuestra existencia, surgen también a partir de la expectativa de muerte.

4.3.7.1. Emoción: Ansiedad - miedo

El significado en la emoción de ansiedad-miedo, se centra en nuestra seguridad personal, en nuestra identidad como individuos, así como en temas de vida o muerte. Entre los sinónimos de la ansiedad están la aprensión, inquietud, preocupación y desasosiego, y su trama argumental es una *amenaza incierta*. Según Lazarus (2000b), si la emoción de la ansiedad es existencial y por lo tanto simbólica e indefinida, habitualmente se experimenta la ansiedad como algo que se refiere a peligros reales que se avecinan.

El *significado personal* subyacente a la amenaza es existencial por cuanto trata de quiénes somos en el mundo, de nuestro futuro bienestar, de la vida y de la muerte. Dicho significado se construye socialmente a partir de cómo las personas se enfrentan a una determinada situación, y a partir de los objetivos y creencias personales sobre ellos mismos y sobre el mundo. A continuación se muestran narrativas que reflejan emociones de ansiedad-miedo en nuestros participantes:

- **Narrativas de la emoción de ansiedad – miedo**

Ancianos

(...) *Pues desesperación, angustia, tristeza, ansiedad, etc. Fíjese, estar nomás sentado y acostado porque no puedo ni, estando yo en la cama acostado, no puedo levantarme ni para sentarme, no, me tienen que ayudar a sentarme y pues es mucha dificultad, si...*

(...) *me da miedo que llegue la noche... y a veces me da miedo, miedo a lo que será de mi vida, a veces me da miedillo* (...) Inv: a que le tiene miedillo? (...) *a morirme sola* (...) Inv: pero aquí está su hija y sus nietos. (...) *si pero ellos tienen que salir a trabajar, todos, y a veces estoy sola, que tal si es en ese rato?*

Cuidadores

(...) *pero yo nada mas quiero que se sienten un día, como cuando estuvo mi papá que se hubieran sentado una noche, que hubieran visto como se desgastó, como quedó en los puros huesos que ya... nomás esperando el final....*

(...) *No pues siento mucho vértigo, siento que se me va la cabeza, todo- entonces a mi me dio mucho miedo, le dije yo a mi mamá, -¿Sabe qué? fíjese que mi papá ya no se quiso tomar el acido acetil salicílico- eso es una cosa pero que no le debe de fallar a mi papá,*

4.3.7.2. Emoción: Culpa

La trama argumental de la culpa es sentir que se ha transgredido un código moral que forma parte de los valores de las personas. Las personas que experimentan culpa, no necesariamente incurrir en algo moralmente malo, sino en *creer* que lo han hecho. La emoción de la culpa se centra en el sentimiento *subjetivo* de culpabilidad (Lazarus, 2000b). En el caso de los ancianos, la culpa sobreviene porque perciben la supervivencia como algo injusto para los cuidadores, de manera implícita y a veces explícita creen que el cuidarlos es un “sacrificio” para aquellos.

Asimismo, en los cuidadores, al percibir el cuidado como un deber moral, el no llevarlo a cabo de manera apropiada, desarrolla a su vez un sentimiento de culpa, dado que significa trasgredir ese imperativo moral. En ellos generalmente, la culpa surge por dejar al enfermo solo o al cuidado de otros, o bien por no haberle dado los cuidados necesarios

• Narrativas de la emoción de culpa

Ancianos

Cuidadores

Me siento con ganas de morirme para no seguir dando guerra ya, dando molestia...

(...) pero también me queda eso... de que a lo mejor no era su tiempo de irse (de morir), pero que desafortunadamente por mi situación no pude decir -yo la llevo y yo la dejo (en el hospital), le veo que le den atención-... eso...

(...) no, pues yo digo, nada más pedirle a Dios que me de licencia de valerme por mí misma pa' no cansar a la gente

(...) pero dos veces (sale)... el día primero de Marzo y de Abril, pues ya la dejé sola, pero ya no me puedo ir a la misa por que tengo miedo de dilatarme y entonces ando como desesperada que pronto para venirme, nada más, pero no porque pues digo yo -Dios me la va a cuidar- pero no, ando desesperada...

(...) a ver si me quieren (en un casa para ancianos), para dejar vivir a estos (dos hijos que la cuidan), que formen su vida, ya son diez años que no han vivido su vida...

Pues nada mas los mandados de Jorge y al seguro social fíjese, no he ido ni a ver a mi mamá al panteón a Canatlán, no salgo, voy a Soriana a comprarle medicina aquí abajo y nada más, salgo como “flecha” en taxi, llego en otro taxi “volando”, por eso ahora que salí invité a mi hermano, dice que no me vuelve a acompañar, un recorrido que hice...

4.3.7.3. Emoción: Vergüenza

Según Lazarus (2000), muchas veces se puede haber confusión entre la culpa y la vergüenza. Freud habló sobre el origen tanto de la culpa como de la vergüenza como una sola entidad mental: el superego, que se desarrolla en el proceso de crecimiento (Roudinesco y Plon, 1976).

Pero, en tanto los valores morales como los ideales personales están implicados, puede que estén funcionando dos voces separadas, con diferentes contenidos, experiencias y conductas. Mientras se busca expiar la culpa, la vergüenza se trata de esconder. La trama argumental de esta emoción es *no estar a la altura del ideal personal o del ego*. Vivir en desacuerdo con el ideal personal es una manera de evitar la vergüenza; parece que el objetivo subyacente que funciona en la vergüenza es evitar la crítica, el rechazo o el abandono social (Lazarus, 2000b).

Es interesante cómo las personas que luchan contra la vergüenza prefieren “escondarse del mundo”, ya sea mostrando una buena fachada, o bien evitando los contactos sociales. En los ancianos, más que en los cuidadores es común el sentimiento de vergüenza, dado que el ideal de todo ser humano es conservar la autonomía, sobre todo en el auto-cuidado del cuerpo. Los ejemplos siguientes dan cuenta de cómo surge esta emoción en los ancianos participantes:

- **Narrativas de la emoción de vergüenza**

Ancianos:

(...) querer uno... poder, querer hacer las cosas... y... y que ya no poder alcanzar uno algo que necesita... nada... me da pena...

(...) cuando veo que ya anda muy cansada, sí me da vergüenza pedirle un apoyo, pero ella (la cuidadora) lo ve y lo hace

En otro grupo de emociones se encuentran las provocadas por condiciones de vida desfavorables: tales como una enfermedad grave, el dolor y sufrimiento por una pérdida real o potencial de un ser querido o el estatus personal (Lazarus, 2000). Entre las emociones de este grupo que se consideran vinculadas a nuestro tema de estudio son la esperanza, la tristeza y la depresión.

4.3.7.4. Emoción: Esperanza:

Es importante comprender la esperanza, no solamente porque puede ser un apoyo para la vida, sino porque permite sacar el mejor partido de una mala situación, de vivir con entusiasmo y dignidad a pesar de todo (Lazarus, 2000b). La esperanza es esencialmente un antídoto para la desesperanza, es a través de ella que se pueden disminuir los pensamientos negativos y sombríos que son provocados por una condición vital desfavorable, cuyo resultado es incierto. El significado personal de la esperanza es que la persona cree que existe una posibilidad de que su situación mejore, y su trama argumental es *temer lo peor, pero anhelar lo mejor*.

De acuerdo con Lazarus (2000b), consideramos a la esperanza como emoción, pues aunque es catalogada como estrategia de afrontamiento, la esperanza raramente es fría o desligada. Las personas pueden tener esperanza aún cuando están desilusionadas, pueden ser pesimistas en cuanto a las condiciones globales, pero nunca renunciar a la esperanza de que el ser humano pueda mejorar. En la tradición judeo-cristiana, la esperanza es vista como algo positivo, como una virtud que construye fortaleza.

En el caso de los ancianos, en donde la esperanza de vida es corta, a veces se aprecia una lucha entre la esperanza y la desesperanza, oscilan entre estos estados mentales; por un lado, sienten esperanza por el tiempo que les queda de vida, y por otro, surge la desesperanza por un fin que sienten próximo y por lo poco que pueden hacer ya con su vida. El *significado personal* según Lazarus (2000b), y que consideramos aplicable al caso de los ancianos es que ellos tienen esperanza cuando perciben que existe una posibilidad de que el resultado que se teme no será tan malo y de que al final todo saldrá bien.

Junto a la esperanza, se encuentra muy ligado el sentimiento de fe, como una actitud que genera fortaleza y relacionada principalmente con los principios que establece la religión cualquiera que ésta sea, pero además con una inclinación por lo espiritual. Así, los aspectos de fe y esperanza basados en la religión y espiritualidad, como dice Vázquez (2003:189) se convierten en un bálsamo y soporte espiritual capaz de prodigar real o imaginariamente una sensación de seguridad y protección divina que calma, mitiga y sana el sufrimiento que causa la enfermedad, el paso de los años, e incluso, la propia muerte. Esta emoción conjunta de fe y esperanza tiene propósitos muy similares en los cuidadores.

- **Narrativas de fe y esperanza**

Ancianos

(...) No, porque mire, temor no lo tengo, mi confianza en Dios siempre ha sido y creo que él no me abandona, otra ilusión que tengo es volver a trabajar porque así aunque gane poco no importa pero estoy haciendo algo útil, esa es la ilusión que tengo...

(...) yo quiero ver si me componen de aquí (señala la columna) y tengo la seguridad y Dios nuestro señor de que sí puedo caminar...

(...) no mire, en esta edad ya no puede uno hacer nada...ya nomás la esperanza que tiene uno pues es de ella (la cuidadora)... mi única esperanza son ellos dos (la cuidadora y un hijo que la apoya frecuentemente)...

(...) hay veces que estoy enferma y le digo: (a Dios) Tú sabes cuándo me vas a recoger, sólo dame esa paciencia que necesito para seguir adelante...

Cuidadores

(...) me he fortalecido mucho, porque a pesar de todas estas cosas que han pasado, siento que estoy bien... entonces yo pienso que Dios me ha fortalecido mucho y que nunca me va a dejar

(...) Bueno primeramente dios, yo me agarro de la mano de dios porque él en su palabra dice – No te dejaré ni te desampararé- y luego dicen que lo único que debe uno de perder es la esperanza, la fe, aun así como esta él yo tengo esperanza de que se mejore, de que nos dé la sorpresa

(...) a veces me siento decaída y triste, pero ya que rezamos y todo, viera como me levanta el ánimo y digo... tengo que seguir adelante

No obstante, en esta dimensión emocional, surgió como contraparte, la desesperanza, la cual tomó un lugar importante en los datos. Es por ello que mostramos ejemplos de narrativas de esperanza-desesperanza, como una muestra de la ambivalencia y contradicción que conlleva la experiencia de la vejez, la dependencia y el cuidado.

4.3.7.5. Emoción: Desesperanza

Narrativas de desesperanza

(...) no pues a pesar mío, le digo a mi padre Dios –nada más con que estuviera bien-pero ya con los años ya no se puede (Rosa María: anciana 86 años).

(...) aquí nomás todo el día, y en este estado, en que ya... ya no, ni esperanza de decir algún día me compondré (...) cada día y cada día es un paso a la muerte (...) ya nomás estoy viendo, por qué estoy aquí todavía, ya sin ninguna esperanza de decir: ¿algún día me levantaré de esta cama?, ¿volveré a caminar? (María Santos).

(...) para mí no hay futuro, así como ando (enfermo), no hay futuro... yo tengo donde trabajar, ¿y qué gano?, si no estoy bien, no tengo alientos ni para ordenar (a sus trabajadores del campo)... (J. Ismael, esposo cuidador)

4.3.7.6. Emoción: Tristeza y depresión:

La tristeza muchas veces se confunde con la depresión, pero es la tristeza la que predomina cuando se sufre una pérdida importante. El *significado personal* de la tristeza por la pérdida, puede variar de persona a persona. El tipo de pérdidas en la vejez van desde la pérdida de la salud, la pérdida de los seres queridos, o bien la pérdida de un estatus o posición social que otorga identidad (Lazarus. 2000b).

Generalmente, las personas que sufren una pérdida tardan un cierto tiempo en asimilarlo, en aceptar y adaptarse a su nueva situación. Según Lazarus, la diferencia entre resignación y aceptación es sutil. Cuando nos resignamos, reconocemos con renuencia o aflicción la pérdida; cuando la aceptamos, hemos llegado a un acuerdo con ella y ya no nos sentimos intensamente acongojados, aunque podemos sentirnos tristes de vez en cuando.

En otros casos, cuando surge la depresión por las pérdidas, esta depresión es emocional, pero no una emoción concreta, más bien es una combinación de varias emociones como el enojo, ansiedad y culpabilidad.

- **Narrativas de Tristeza-depresión**

Ancianos

(...) *ya ahora ya me acostumbré, porque mire, a veces pues sí me da tristeza, y lloro yo sola sin que nadie me vea, pero al principio no, no me hacía yo a la idea, pero ya vi que fue como imposible, ya que gano (...) sentía tristeza de que ya no podía hacer yo lo que yo hacía, pero me fui acostumbrando...*

(...) *Moralmente pues hay veces, hay ratos en que me ataca la tristeza... porque recuerdo yo los momentos en que trabajaba yo, me sentía a gusto*

(...) *trabajar (extraña la actividad)... porque así siento que ya se me acabó todo... (llora)*

(...) *siento tristeza y digo, -gente malagradecida, tanto que les ayudé-, cómo nunca me dan una vuelta...*

Cuidadores

(...) *mire nada más, mi compañero que me busqué para vivir, para navegar los dos, mire nada más donde está y que no se mueve y que en lugar de ayudarme lo ayudo, y eso es lo que me deprime, me da tristeza*

(...) *pero luego viene lo de mi mamá y vuelvo a caer y no he podido salir, trato, pero no... ha sido como mas fuerte como entonces, porque yo en el momento... a veces lloro y digo –Dios mío tú sabes por qué vienen las cosas- y ya me pongo a rezar y me controlo...*

(...) *Me da tristeza porque como que creo yo que ya entramos a una edad que ya no hacemos falta, que al contrario, podemos estorbar o tal vez no, pero ya uno por lo mismo que esta sensible uno así lo piensa*

Finalmente, integramos en este apartado a las *emociones empáticas*, aquellas que se relacionan en cierto modo con la capacidad de sentir *empatía* por los demás, como son la gratitud y la compasión. Aún y cuando no se ha indagado al respecto de este tipo de emociones, según Lazarus (2000b), éstas son importantes en la vida cotidiana de las personas, especialmente en situaciones de enfermedad y dependencia.

4.3.7.7. Emoción: Gratitud

Según Lazarus (2000b) la trama argumental de la gratitud es *apreciar un regalo altruista*. La gratitud se considera una emoción moderada que surge a partir de la ayuda material, de información o emocional. Para Hoschild (2008:157) la gratitud es una forma de apreciación en la que la persona se siente agradecida por cosas adicionales y en la que hay un sentimiento de una “relación intensa y positiva con otra persona”.

El necesitar ayuda es para muchas personas un problema psicológico, especialmente en nuestra sociedad individualista. El no poder hacerse cargo de uno mismo o ser una carga para los demás, es doloroso y perjudicial para el sí mismo. Cuando los donantes hacen exhibición de su generosidad, es probable que los receptores sientan que el otro está siendo

condescendiente. A pesar de que a veces hay buenas intenciones, la manera en que se presta la ayuda puede ser torpe, y herir y causar tensiones que la otra persona no entiende del todo.

- **Narrativas de la emoción de gratitud**

Ancianos

(...) y le he dado muchas gracias, muchas gracias a Paty (hija cuidadora) y a su esposo, que ellos me recogieron (...) porque gracias a Dios, le doy gracias a Dios que aquí Paty me recogió y ella es la que me está atendiendo...

(...) Claro que sí, claro que sí me siento apoyado, me siento con mucha seguridad, que le doy gracias a Dios que la tengo (a su esposa) ¿Qué haría yo si me faltara?

(...) pues la satisfacción de que no dejan de atenderme

Cuidadores

(...) le doy gracias a Dios que me pude venir pronto y sigo agradeciéndole que me dé la oportunidad de atenderlo porque él fue un buen hombre, es una buena persona y qué bueno que lo estoy atendiendo (esposa cuidadora).

(...) estoy aquí por lo que hicieron (ambos padres) por mí en todos los días de su vida (...) él (el padre enfermo) se preocupaba mucho por darnos de comer... él sabía cómo le hacía pero siempre nos daba (hija cuidadora).

(...) yo me la traje para estar cerca de ella, para ayudarla... porque si la dejaba con mi hermano no iba a estar bien atendida, porque es tiempo de agradecer lo que me dio...(hija cuidadora).

4.3.7.8. Emoción: Compasión

El significado personal de la compasión es que comprendemos que otro ser humano, como nosotros, está sufriendo y merece ayuda. A la compasión se le identifica como un estado emocional unilateral que nosotros mismos generamos y experimentamos. La trama argumental de la compasión es *sentirse conmovido y experimentar aflicción por el sufrimiento de otra persona y querer ayudar*. Si las personas sufren innecesariamente nuestra idea de justicia es quebrantada. Un objetivo de la compasión es procurar que la persona esté segura y feliz. Otro objetivo es que hay la esperanza de que si algún día nosotros estamos en las mismas condiciones alguien será compasivo con nosotros. No obstante, en los ancianos también surgen sentimientos de compasión por quien los cuida, como vemos en las narrativas a continuación.

- **Narrativas de la emoción de compasión**

Ancianos

Inv: (...) ¿Quién de su familia lo cuida más o lo cuida mejor?- (...) Jorge (...) *pues igual, nada más que de todos modos a la “pobre vieja” pues le echan la carga encima, y yo junto con ellos.*

Inv. (...) *quién de su familia se preocupa más por Usted?- (...) Rosa Ma.: no pues a mi’ja (se dirige a la cuidadora), le “puedo” de todas maneras, me ha ayudado mucho mi’ja... pobrecita...*

Cuidadores

(...) *si es cierto, uno se dedica a ellos, a darle su medicamento, su comida especial, deja uno todo, o sea todo lo que se tiene que dejar, en mi caso que yo dejé mi trabajo, mi vida personal, o sea todo, y el resultado es que ellos tienen un poquito mejor de calidad de vida.*

–Ay hija (la cuidadora se dirige a su propia hija), yo pienso que si Dios me deja vivir me van a “navegar” como yo “navego” a mi mamá o como yo estoy cuidando a mi mamá-

Es decir, los individuos varían mucho en la forma de sentir la compasión. Como vemos, las emociones cumplen un papel relevante en la experiencia de la vejez y el deterioro de los ancianos como en los cuidadores. A través de ellas conocemos los pensamientos y creencias que se construyen en torno al tema de estudio, así como la oportunidad que ofrecen de hacer “catarsis” a las personas cuando el dolor, la angustia, el enojo y el sufrimiento es difícil de llevar auestas.

No obstante, en muchos de los casos, ciertas emociones se reprimen, ya sea porque “no es adecuado”, porque se percibe que es síntoma de debilidad, porque hay que aparentar “ser fuerte” ante las circunstancias, o bien, porque no se quiere preocupar o angustiar a la persona enferma. Todas estas “reglas del sentimiento”, algunas veces más que favorecer el bienestar de las personas, promueven mayores “cargas” emocionales que afectan la salud mental de los participantes (Hoschchild, 2008; Lazarus, 2000b).

El ocultamiento” de las emociones sucede tanto en ancianos como en cuidadores, como una forma de “distanciarse” ante sí y ante los demás, de una experiencia que casi siempre es angustiante. En casos extremos, no sólo puede suceder el “ocultar” la emoción, sino también negarla. A continuación, las narrativas nos ejemplifican lo anterior.

Rosa Ma.: (...) *de primero si... ande (lloraba), sólo que yo lo hacía oculto, que no se diera cuenta ella (la cuidadora), porque pues yo extrañaba mi casa...*

Ma. Dolores: (...) *intranquila... a veces se me va el sueño... pensando...pero no digo nada... para no preocuparlos...*

En el caso de Argelia, hija cuidadora, niega expresar el malestar, aún y cuando su propia hija lo detecta:

Escena 1:

(...) Si, en ese sentido, de que por ejemplo, a veces creo que sí le hace falta tener de vez en cuando una distracción, salir, una vez al mes, a sus cosas, porque cuando sale, sale a cosas de ella (de la enferma), a comprar medicina, a hacer pagos, comprar la comida para mi abuelita, ella a eso va, pero no dejan de ser cosas de aquí mismo, no hay una distracción fuera de aquí (Sonia, hija de la cuidadora).

Escena 2:

(...) No, yo sí me siento bien... Yo no me noto nada, verdad que siempre estoy igual...

Escena 3:

(...) A mí me da tristeza porque antes estaba aquí diario, pero ahora con los niños no puedo, pero me fijo que a veces no come, nada mas sus tortillas, su refresco y usted cree que no le afecta no salir a la tienda, al mandado? Pasar ocho días, quince dentro de una casa sin salir a ningún lado, platica una hora cuando viene ella (una cuñada presente en la entrevista), en la tarde a veces viene su hermano... y su hermano a veces se tarda una semana o más, yo procuro estar aquí sábados y domingos pero no es lo mismo, ella dice: ¡no!, no me afecta pero sí, sí le afecta...

Escena 4:

(...) yo no siento que haya cambiado nada... (cuidadora).

En este sentido, surge la reflexión acerca de la dificultad que tenemos de ocultar el malestar, los sentimientos y emociones que nos muestran frágiles ante circunstancias adversas, ¿será porque vivimos en una sociedad en la que nos han enseñado que todo está bien? O, ¿será porque no confiamos en que haya una respuesta satisfactoria a nuestro sufrimiento? O, quizás a fin de cuentas puede ser que haya una explicación inconsciente que nos diga que el sufrimiento es “normal”.

Hasta aquí, hemos dado cuenta del elemento emocional de los cuidadores, elemento que configura también su identidad. A continuación hablaremos de un tema, que podríamos denominar más ¿“objetivo”? o ¿“real”? como es el caso de las necesidades que plantean los participantes de este estudio.

De nueva cuenta, identificamos que las necesidades de ambos actores: ancianos y cuidadores, al igual que las emociones, surgen en el contexto de la relación, las necesidades también tienen que ver con un aspecto en común: la enfermedad y el cuidado. Por otro lado, las soluciones a estas necesidades, generalmente son emprendidas por los cuidadores, las cuales muchas veces no resuelven, más bien se convierten en “estrategias de sobrevivencia”. A continuación se integra información al respecto.

4.4. De las necesidades y las “soluciones”

El panorama que hemos visualizado hasta aquí, refleja que los dilemas de los participantes son múltiples y diversos, así como también son variadas las soluciones que implementan. Estas últimas van siempre en la medida de sus recursos, tanto materiales, como instrumentales, familiares y emocionales. A continuación se amplía información al respecto.

4.4.1. El tema “incómodo” de las necesidades

Hemos utilizado el término “incómodo” al referirnos a las necesidades, porque consideramos que en muchos de los que realizamos investigación, nos sentimos incómodos cuando los participantes nos preguntan: ¿y para qué va a servir este trabajo?, ¿van a resolver nuestras necesidades?, ¿en qué se nos va a beneficiar?

El malestar es inevitable, pues los participantes *quieren satisfacer sus necesidades*, y nosotros como investigadores no tenemos la certeza de que ello va a ser así; el interés del investigador está puesto en que “se aportan elementos al conocimiento de los problemas sociales”. Idealmente, se pretendería lograr ambas cosas, pero las posibilidades de que se resuelvan los problemas sociales dependen de muchos factores, entre otros de las decisiones políticas, de la sensibilidad social y la voluntad de muchos actores. Hecho este preámbulo, a continuación describimos sintéticamente necesidades de los participantes que aparecen de manera implícita a lo largo de este capítulo.

4.4.1.1. Las necesidades de los adultos mayores

A lo largo del trabajo, nos hemos dado cuenta de las necesidades más importantes para los ancianos de nuestro estudio. Al igual que en otras investigaciones, las necesidades de mayores recursos económicos para la subsistencia, las condiciones adecuadas para una mejor calidad de vida y los requerimientos de una buena atención de la salud, también se identifican en nuestro trabajo.

Además, a partir de las circunstancias que viven (de falta de autonomía, de discapacidad para realizar las funciones básicas y el deterioro progresivo que ocasiona la enfermedad), surgen necesidades especiales: de compañía, de afecto, de comprensión, de sentirse apoyados en el proceso de envejecer. Un proceso en el que se llegará al final de la existencia, y que no se quiere recorrer en soledad.

El sufrimiento que padecen, provoca en muchos casos que se desee la muerte; el temor y la incertidumbre ante lo desconocido requiere de atención, no sólo del cuidador, o de la familia en el mejor de los casos, requiere atención de los profesionales de la salud mental, de las instituciones de salud, en las que hay muy pocos recursos para satisfacer esta necesidad. Además, los ancianos agregan a su “lista de necesidades” algunas situaciones relacionadas con la necesidad de reconocimiento y respeto. La tabla 14 muestra las principales necesidades narradas por los ancianos.

Tabla 14. Necesidades percibidas por los ancianos

Tipo de necesidad	Narrativas
Necesidades afectivas	(...) a veces si tengo ganas de platicar, hay muchas cosas de qué platicar, de que hice esto o lo otro (se refiere a sus recuerdos), o simplemente las cosas que uno piensa, si me entiende? Pero ella ya no me platica nada, ni yo le quiero sacar nada, si me platica bien, si no, también (...)
De un mejor cuidado	(...) pues no vienen pronto a veces (su esposa o hijos), pues Dios me perdone si estoy en un error... a veces pienso que ella (la esposa Cuidadora) les dice que no me hagan caso...
De contacto social	(...)No,... ellos no (los hijos)... no me ayudan... no vienen (...) nomás dos viven aquí, una muchacha y un muchacho... y uno que se me murió... (llora), él era el único que me visitaba
Económicas	(...) un sueldo o una ayuda mas o una despensa que también nos alcance a todos para no gastar tanto dinero... (...) que me dijera donde dan esos quinientos pesos... mire, yo sí he oído en las noticias que iban a dar una gratificación, creo que en SEDESOL
De reconocimiento a su rol familiar	(...) ya no entienden los hijos, aunque quiera uno ya no entienden, ya los hijos le rayan la madre a uno, le rayan la esto... pa' cá, p' allá, echan malas aquí y allá, en las casas que no respetan a los padres, que no respetan a nadie, mire, anteriormente yo tenía a mi padre y a mi madre y en ese tiempo era un respeto...

4.4.1.2. Las necesidades sentidas por las cuidadoras

Dado que los ancianos, generalmente se aferran al cuidador para disminuir el temor, la ansiedad y la angustia, el cuidador debe estar “fuerte” para ofrecer soporte emocional, pero ¿quién cuida al cuidador?; ¿quién atiende su salud emocional? A lo más que se aspira en muchos casos, es a que la familia “ayude” o “colabore” en algunas tareas. En otros casos se puede lograr “el reconocimiento” de la familia y del círculo social cercano, o que se le vea como alguien “lleno de virtudes y calidad moral”, pero, ¿eso es suficiente?

A las necesidades planteadas por estas mujeres (véase tabla 15 en la siguiente página), se agregan cuestiones estructurales que no es fácil resolver en virtud de la carencia de políticas públicas y programas sociales que promueven el bien-estar de las personas mayores. Por ejemplo, es frecuente que una institución de salud, de asistencia o de apoyo social. Ofrezca a los adultos mayores atención médica, medicinas o pañales; pero la ausencia de una pensión, en el caso de los más envejecidos, o de empleo para los que aún quieren trabajar, son aspectos que rebasan los compromisos de las políticas sociales, ignorando en este último caso, su experiencia personal y de vida.

Gran variedad de estudios plantean que la inequidad en los ingresos y las diferencias de clase, producen una variación importante en la forma de realizar el cuidado y en los recursos de las cuidadoras para otorgarlo. Ejemplo de ello, es que todas las mujeres pueden ser cuidadoras, pero la mayoría depende económicamente de los recursos de otros miembros de la familia; si los recursos son escasos, las repercusiones para ellas y para quienes reciben el cuidado son más agudas.

Tabla 15. Necesidades percibidas por las cuidadoras

Tipo de necesidad	Narrativas sobre las necesidades
Información	(...) más información de cómo cuidarlos, o qué hacerles cuando les pasa esto o aquello, fijese, por ejemplo, cuando le dio por primera vez infección en la sonda, ni idea tenía... (...) no sé, que le digan a uno ¿sabes qué? Le van a dar muchos dolores y va a sentir esto pero no puedes hacer nada... o puedes hablarnos... o algo (Celia, hija cuidadora)
De compartir el cuidado	(...) pues yo lo que necesitaría es ayuda de... con él... me vienen a visitar (los hijos), pero hasta ahí, a platicarme... que “guiiri guiri”, pero se ofrece ya que del baño, o que lo voy a bañar... y ahí no hay ayuda... (...) todos quieren venir a verla (los hermanos), pero el trabajo es para mí (Asunción, esposa cuidadora) (...) por ejemplo, que el día 10 de mayo, que celebran con los jubilados ¿verdad?, pues ya no puedo yo a esas cosas, no puedo, como la dejo sola? (Ma. Auxilio, hija cuidadora)
Económicas	(...) yo pediría de todo corazón que me dotaran de pañales (Asunción, esposa cuidadora) (...) pues mis necesidades son, p'os de medicamento de él es lo más urgente (...) pues dinero para todo, pedimos prestado para la resonancia magnética, pedimos prestado... ¿de dónde agarramos?
Emocionales	(...) ni a la tienda voy... ella (la hija) es la que va... que tráeme hija, esto, que tráeme lo otro... ni a la tienda siquiera... (...) pues yo de recibir ayuda, como le quiero decir?, no económica, yo estoy deseosa de ayuda moral... como que necesito mucho amor, mucha comprensión (Asunción, esposa cuidadora)

De acuerdo con Arber y Ginn (1990), se plantea que las cuidadoras llevan una fuerte carga de trabajo durante largos períodos, con el riesgo de disminuir su capital financiero, sus relaciones sociales y su salud; lo anterior, se opone a todo principio de solidaridad comunitaria y familiar. Otras necesidades que adquieren un peso importante en las cuidadoras, son las secuelas emocionales del cuidado; los estados depresivos y el estrés por la situación de su enfermo y por el esfuerzo que implica el cuidado. Dichas necesidades son las más mencionadas y son las que habitualmente no son atendidas por los programas sociales. También se destacan los conflictos familiares por la falta de apoyo y participación de los demás miembros de la familia en el cuidado. Esta circunstancia hace que las cuidadoras no se puedan “despegar” del enfermo y consecuentemente se deterioren sus relaciones sociales y tiempos de descanso. Al igual que los viejos, los cuidadores en el proceso del cuidado van perdiendo su identidad, viven a través del otro (el enfermo), por lo que su sí mismo, su self se deteriora.

Las cuidadoras tienen necesidad de compartir sus angustias con la familia, además de la responsabilidad de las tareas de cuidado. Necesitan sentir confianza en que tienen el apoyo preciso para resolver las carencias en el tratamiento del enfermo y de subsistencia de quienes conforman el hogar. Las alteraciones de la salud mental como el estrés, la ansiedad y la depresión, requieren atenderse en espacios confiables y seguros. Al mismo tiempo, la suficiente información y capacitación sobre el cuidado, se convierte en importante aliado para el buen desempeño de dicha responsabilidad.

Cobra importancia el hecho de que las narrativas dan a conocer los múltiples papeles a veces superpuestos que protagonizan las cuidadoras; con ello se crean realidades diversas y complejas, por lo que se requiere dejar de visualizar el fenómeno del cuidado como un todo homogéneo y entender las contradicciones que le son inherentes, para reformular y reconstruir nuevas imágenes del cuidado en la vejez. En síntesis, entender y comprender la triada viejo/cuidado/cuidador como una realidad paradójica.

4.4.2. Estrategias de “sobrevivencia” de los participantes

Como en toda situación problemática, los seres humanos buscan opciones, alternativas, formas de respuesta, las cuales no siempre son resolutivas. A veces, cuando las opciones utilizadas no son las adecuadas, la manera de resolver sólo mantiene y preserva el problema. A lo largo del capítulo hemos mencionado algunas de las estrategias del cuidador y la familia para resolver las dificultades que se les presentan. Pero también son importantes las estrategias utilizadas por los adultos mayores, quienes utilizan en gran medida recursos emocionales para sobrellevar la experiencia de enfermedad. La dimensión emocional se constituyó en un hallazgo central en el tema de la dependencia; se puede decir que el enfrentamiento a partir de los recursos emocionales fue una parte importante en la resolución de problemas, pues no es posible actuar sin sentir, sobre todo, en procesos como el de la enfermedad en la vejez.

4.4.2.1. Estrategias utilizadas por los ancianos

En el afán de no ser repetitivos, ya que muchas de las estrategias utilizadas por los ancianos para “sobrevivir” la vejez, ya están plasmadas en las respuestas emocionales de esperanza y fe, resumiremos en la tabla 16 las acciones realizadas para vivir de mejor manera esta experiencia.

Tabla 16. Estrategias de enfrentamiento de los ancianos

Tipo de estrategias	Narrativas
Ocupacionales	<i>(...) pues aquí sentada, a veces tejo... poco, porque ya me lloran los ojos (...) a veces me pongo a “pelar” un chile o alguna otra cosa... (...) como ahorita ahí ando juntándole aquí (cosas tiradas) porque los chiquillos que traen los muchachos, nuestra nuera, riegan todo, aquí lo ando juntando ahorita mire, acomodándole a la chiquilla otra, a la de nosotros, aquí, tiran todo esto, aquí mire.</i>
De esparcimiento	<i>(...) pues a veces la tele, veo noticias, según el programa o películas... (...) ella (la esposa cuidadora), me saca ahí al jardincito y no falta quien pase, y ya me pongo a platicar...</i>
Espirituales-religiosas	<i>(...) Pues lo que puedo hacer más o menos es leer la biblia, en eso, en eso me ocupo. Y bueno, estos días parece que me ha... se me nubla la vista, no es igual, se tiene que acabar poco a poco lo que tiene uno, todo, por hacer. (...) vengo (a su cuarto), “descargo” con Dios, hago mi oración con él n hablo con él, le platico, -dame fuerza señor, ayúdame en esto, en lo otro-... descargo aquello y me quedo tranquila y sigo adelante, aquel peso que yo traía se me quita...</i>

4.4.2.2. Estrategias utilizadas por las cuidadoras

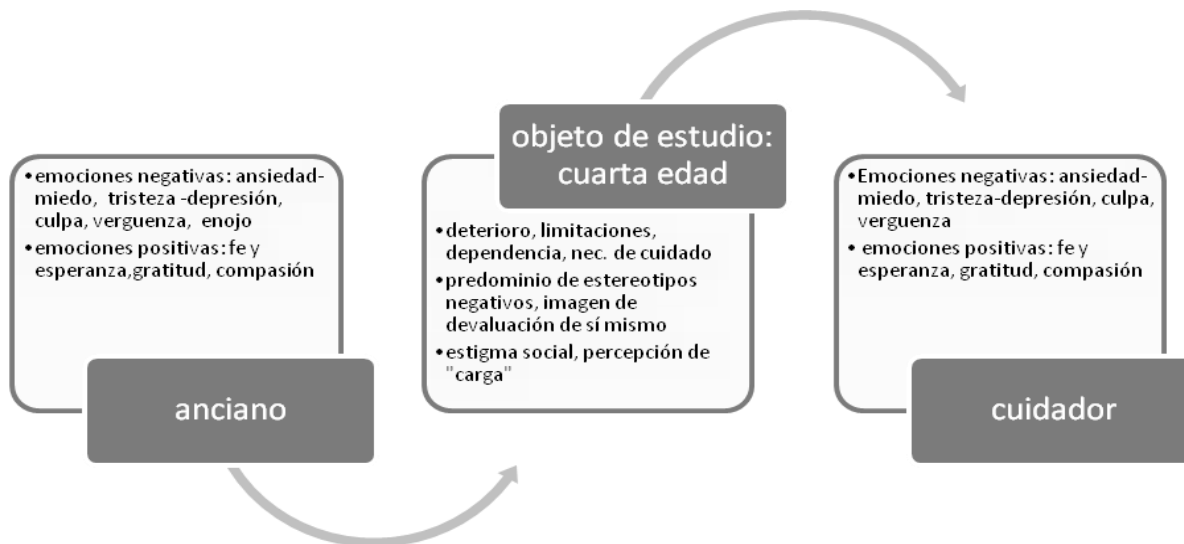
En virtud de que el cuidado a los ancianos fue otorgado principalmente por mujeres, se describen las formas de enfrentamiento que ellas realizan. Las estrategias de las cuidadoras para “sobrevivir” la experiencia del cuidado se orientan en varias direcciones, según las inclinaciones personales, según el tiempo del que dispongan y los recursos con que cuenten. Algunas de ellas cuentan con el apoyo de un cuidador secundario o bien un cuidador formal; esto les permite mayor libertad de acción, siempre y cuando su estado de ánimo coadyuve para tener “tiempos de descanso”. Igual que en el caso de los ancianos, mostramos en la tabla 17 de la siguiente página, las principales alternativas que desarrollan las cuidadoras con el propósito de mantenerse “al pie del cañón”, en el desempeño de su tarea.

Tabla 17. Estrategias de enfrentamiento de las cuidadoras

Tipo de estrategias	Narrativas
Ocupacionales	<p>(...) <i>Me pongo a tejer, tejo y tejo y tejo y eso es lo que me mantiene y hago mi quehacer, me pongo a barrer, a regar la “yerbas”... eso me tranquiliza, las “plantitas” me relajan...</i></p> <p>(...) <i>Allá arriba acabo de coser mis cortinas, las de acá abajo no porque las de arriba allá están, allá está la máquina, yo hago mis colchas, antes hacía y las vendía, pero ya no puedo ni salir, entonces ahora nomás hago para aquí, para la casa, con eso me distraigo, con la maquina...</i></p>
De esparcimiento	<p>(...) <i>me levanto y me voy a caminar, me levanto a las 6:30 o 7:00 y me doy unas vueltas allá en el parque media hora y me vengo...</i></p> <p>(...) <i>pero a veces si salgo, si hago ya “conchita”, porque le digo... bueno esto no es vida, y salgo, sobre todo al cine o me dice Miguel (su esposo), vamos a cenar...</i></p>
Espirituales-religiosas	<p>(...) <i>casi por lo general corro a San Jorge (es sacristán en el templo de San Jorge), y aparte, ahí en la parroquia pinto, entonces, meterme en la pintura es volver a recargar las pilar, y estar en San Jorge...</i></p> <p>(...) <i>y ya me levanto el ánimo a gusto, prendo la tele o prendo la grabadora y le pongo así... cantitos (religiosos) a mi mamá, y así me la llevo...</i></p> <p>(...) <i>bueno, primeramente Dios, yo me agarro de la mano de Dios</i></p>

Finalmente, después de todo lo expuesto aquí, producto de los hallazgos de la investigación, se pone de manifiesto que en su mayoría, los datos recolectados en las entrevistas dan cuenta de múltiples facetas de la vejez avanzada. Las emociones en ambos participantes, tanto ancianos y cuidadores tienen una representación tanto individual como social, influida por conocimientos colectivos de lo que representa el cuidado en la vejez (como lo muestra la figura 10).

Figura 10. El proceso de anclaje de las emociones en la triada: anciano/cuidado/cuidador



La cuarta edad está matizada por distintos significados que hacen de cada experiencia un evento particular, único, si bien mantienen ciertas pautas que se relacionan entre los casos. Inevitablemente hay continuidades y discontinuidades que hacen de este fenómeno social un objeto de investigación complejo pero también interesante. Un último aspecto, que quizá para muchos de nosotros y de los propios ancianos resulte poco alentador, es reflexionar sobre el futuro, pensar: ¿qué es lo que sigue? A continuación, los datos que dan pie a este eje de análisis.

4.4.3. El futuro: ¿cómo se construye?

Para la mayoría de los ancianos, el concepto de futuro significa incertidumbre, temor, amenaza de sufrimiento, o incluso la esperanza de un pronto descanso a través de la muerte, pues dadas sus condiciones presentes, es difícil pensar que haya una mejoría o disminución de su problemática. Tal como vimos en las emociones plasmadas anteriormente, muchos de ellos ya no tienen esperanza, algunos se aferran a los sentimientos de espiritualidad, como una forma de sostén para continuar la existencia. Según Erickson (1970), en cada etapa de la existencia surge una crisis que de resolverse se avanza a otra etapa de vida. En la vejez avanzada ya no hay etapa posterior, y los ancianos tienen plena conciencia de ello, lo que hay es la certidumbre de la muerte.

Esta etapa, entre la vejez y la muerte, en la que se vive con enfermedad y dolor, es difícil que se acepte, como plantea Krassoievitch (2005:57), aludiendo a la integridad del yo: que se defiende la dignidad y el estilo de vida que los ancianos quieren llevar. Como ya hemos visto,

los ancianos participantes en su mayoría tienen un yo “fragmentado”, “deteriorado”, de tal forma que su *sí mismo*, les pertenece a otros, a los cuidadores, a la familia o a los médicos que los atienden (De Beauvoir, 1983); ellos son los que deciden sobre su vida la mayoría de las veces:

(...) como le diré, a veces no entiendo las cosas y pues lo dejo a como ella me diga, y ya me explica ella lo que debo de hacer y todo nada más, pero no, casi no me meto yo en eso, porque me llevan al doctor y les digo –ya no me lleven, ya déjenme aquí en paz- y no, insisten hasta que me llevan (María Santos, 92 años).

De esta forma, se podría decir que su futuro lo deciden otros, o como ellos dicen “lo decide Dios”

(...) a veces que rezamos, y así... ya nada más le pido a Dios -Padre Dios que esté bien, aunque sea así poquito que no me ponga mal- (Rosa Ma. 86 años).

O cuando los pensamientos de futuro giran en torno a la experiencia de la muerte:

(...) pienso sobre cómo iré a ser mi vida, cómo iré a acabar (Rigoberto, 82 años).

Mucha de la literatura sobre la etapa de declinación enfatiza argumentos de que hay que adoptar una actitud de serenidad ante la inminencia de la muerte, pero ¿cómo lograrlo? El envejecimiento exitoso parece que no aplica en la vivencia de la cuarta edad, o bien el tener una “muerte digna” no siempre es posible cuando se carece de los apoyos indispensables para lograrlo. Gil (2003:279), por ejemplo, habla de conservar una naturalidad espontánea, una autenticidad personal, lo cual parece más congruente, más real, pues las vías para lograr la excelencia en el envejecimiento son cada vez más elitistas y minoritarias si tomamos en cuenta que más de la mitad de la población está en condiciones de vulnerabilidad y de pobreza.

La falta de certeza en el futuro, en el porvenir, hace que los ancianos construyan imágenes que se relacionan con su mayor deseo: tener un final sin sufrimiento en compañía de sus seres queridos, ellos se aferran a eso. Las narrativas insistentes acerca de la fe en un final menos doloroso, son los discursos que ellos eligen repetir en un afán de evitar confrontarse con la angustia que genera la incertidumbre. Para ellos es mejor decir: “sólo Dios sabe”; finalmente, “cada cual ha de descubrir su propio camino mientras lo recorre sobre la marcha” (Gil, 2003).

La mayoría de los participantes construyen su presente en la recuperación de sus recuerdos, algunos gratificantes, otros dolorosos, pero que les permiten re-editar su historia, historia a la que habrán de ponerle un punto final tarde o temprano. Este recordar, que implica un re-narrarse una y otra vez, seguramente seguirá siendo presente y futuro en los ancianos. Pero, ¿cómo lograr que se convierta en una experiencia positiva, o al menos, no tan amenazante?

No hay respuesta, pues como plantea Gadamer (2005:432), la experiencia es algo que forma parte de la esencia del hombre, la experiencia no se puede adquirir a través de la experiencia

de otros, se tiene que vivir. Retomando la postura filosófica de Gadamer para entender el significado de la experiencia en la vejez avanzada, plantea que:

(...) “no se trata sólo de aprender del padecer, hay que ir más allá, a encontrar la razón por la que esto es así... lo que el hombre aprenderá por el dolor no es esto o aquello, sino la percepción de los límites de ser hombre, la comprensión de que las barreras que nos separan de lo divino no se pueden superar”. Agrega que: “la verdadera experiencia es aquella en la que el hombre se hace consciente de su finitud. En ella encuentra su límite el poder hacer y la autoconciencia de una razón planificadora” (Gadamer, 2005:433).

De esta forma, hablar de esta consciencia resulta un dilema que los ancianos muchas veces prefieren evitar. Para los ancianos es menos doloroso quizá, hablar de que se sienten tristes o solos, de la falta de compañía de la familia, o de la falta de apoyo social, finalmente ese es un discurso más frecuente y que es más fácil de manejar. Pero hablar de la consciencia de su finitud es un asunto en el que hay incertidumbre y temor, por eso es mejor callar. En este sentido, interpretar que lo que se habla es una elección de quien lo hace y por qué lo hace, tiene un significado. Pero ¿y de lo que no se habla? ¿Cómo lo interpretamos? ¿Cómo esperar que alguien hable del futuro cuando ya no hay proyecto, cuándo ya no es posible hacer planes? Entonces es mejor aferrarse a los recuerdos, apegarse a la fe, a la esperanza, lo otro implica demasiado, pues están viviendo los límites de su finitud.

Aunque el planteamiento de Gadamer no se limita exclusivamente a la vejez, pareciera que en este caso aporta elementos valiosos para entender el por qué los participantes prefieren narrar sus recuerdos, evocar las experiencias positivas de su juventud y adultez, de las proezas que fueron capaces de realizar, como lo hace Jorge:

(...) yo cuando estuve joven fui un hombre “de a caballo”, me viera... cuando yo fui joven, yo fui charro, mire ahí estoy (señala una fotografía).

Es decir, ellos se quieren *mostrar* de esa manera. Otro ejemplo, es cuando hacen alusión a las tareas desempeñadas, lo narran con orgullo y satisfacción pues describen experiencias de *poder*, de capacidad, de sentirse útiles, como lo hace Ana María:

(...) ande, pues allá en el rancho nada mas pregúntele a ella, ordeñar, sacar la leche, hacer los quesos, moler un bote de nixtamal en el metate, no ande, allí en el rancho sí trabaja uno mucho, yo trabajé bastante porque en esos años pues no había las maquinarias que hay ahora, ni había molinos ni nada, así que uno ponía su nixtamal y lo tenía que moler en el metate.

Desde una postura fenomenológica, lo que se muestra no siempre es la verdad, el verdadero fenómeno puede estar oculto, detrás de las respuestas, o se puede mostrar indirectamente. Lo que nos puede ayudar a una mayor comprensión es de-construir el discurso, ubicándolo en el contexto en que surge y apoyados en la teoría.

5. CONCLUSIONES

Hablar de conclusiones generalmente nos lleva a pensar en que algo requiere ponerle punto final. En este caso, surge una importante reflexión: más que dar por terminado el estudio, concluirlo significa hacer una pausa para reflexionar acerca del trabajo realizado hasta este momento; significa hacer un alto en un camino que ha de continuar inevitablemente. En este sentido, concluir tampoco quiere decir que a todo se le dio respuesta, al contrario, consideramos que en todo trabajo investigativo hay respuestas, pero quedan siempre nuevas interrogantes que serán motivo de futuras investigaciones. Los aspectos a los que la investigación da respuestas, se circunscriben al contexto en el que se hizo el estudio, si bien puede haber similitudes con otros hallazgos investigativos.

Este capítulo más que conclusiones describe reflexiones sobre los temas centrales que fueron la base de este trabajo. Muchas de ellas se fueron construyendo desde las fases del trabajo de campo y de análisis de los datos, es decir, el proceso de *reflexividad* a que se somete la investigación cualitativa, permite esa flexibilidad. El capítulo se organiza de la siguiente manera: en un primer momento se mencionan las principales reflexiones acerca de los actores de la dependencia y el cuidado, de su entorno familiar, de las condiciones físicas, materiales y de apoyo social de los hombres y mujeres mayores de este estudio. También se plantean reflexiones acerca de la experiencia subjetiva y los significados sociales de de la experiencia de envejecer en situación de incapacidad y deterioro físico.

En un segundo momento, se reflexiona sobre los escenarios del cuidado, las ambivalencias y tensiones que surgen en torno a la tarea de cuidar y a la cuestión de género que lo determina. Posteriormente se plasman reflexiones acerca de las convergencias y divergencias con otros estudios, las implicaciones para la política social y para el Trabajo Social. Finalmente se plantea la relación entre la teoría, los métodos y los datos de la investigación y se concluye mencionando las áreas de oportunidad para subsecuentes estudios.

5.1 Reflexiones sobre los actores y los escenarios de la dependencia y el cuidado

En concordancia con otros trabajos que exploran la perspectiva de los sujetos con un padecimiento, la realidad experimentada por los participantes, se construye en función del momento histórico y de las diversas circunstancias materiales, sociales y simbólicas (Mercado, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara, 1999) que circunscriben la vivencia de la dependencia en la vejez. La experiencia de ser viejo, ser dependiente y recibir cuidados, se ha ubicado históricamente en el ámbito privado del hogar y de la familia; ésta ha tenido importancia central como punto de soporte en la vejez. No obstante, la familia y los ancianos que de ella forman parte se insertan también en un marco de relaciones sociales controvertidas y complejas. Desde esta óptica, se identifican en los participantes de este estudio características particulares y variadas que muestran una realidad poco conocida de la vejez. Se inicia este apartado con las principales reflexiones sobre las características socio-familiares de nuestros participantes de la investigación

5.1.1. *El contexto familiar y las condiciones materiales de vida*

Similar a otros estudios, en nuestro trabajo se observó que cuando el deterioro es severo, la familia siempre está presente, aunque los tipos de arreglos familiares son variados. En lo general, el número de familias nucleares fue igual al de familias extensas.

Las familias de tipo nuclear se constituyen principalmente por la pareja de adultos mayores, en las que el enfermo es el adulto varón principalmente (seis vs tres en relación con las mujeres). La dinámica familiar gira en torno al cuidado otorgado por la esposa, también adulta mayor, y en ocasiones con apoyo de una hija, o bien, con apoyo de algún cuidador formal cuando los recursos económicos lo permitían. Se encontraron cuatro casos de cuidadores varones (dos hijos y dos cónyuge); éstos últimos contaron con una importante ayuda de cuidadores secundarios (familiares o empleada doméstica). El cuidado realizado por los hijos presentó mayores dificultades, especialmente uno de ellos, quien presentó serias dificultades económicas y de apoyo familiar para cuidar a su padre enfermo.

En tres casos de mujeres ancianas con serios problemas de discapacidad se contó con apoyo de la familia nuclear, estableciendo “turnos” para organizar el cuidado. No obstante, el cuidado más pesado, generalmente se le asignaba a una hija. En este sentido, hay coincidencia con resultados de distintos estudios en donde se ha encontrado que las mujeres en la vejez tienen menores oportunidades de ayuda que los varones, dado que los hijos viven fuera del hogar y las distancias geográficas, las condiciones laborales o la escasa vinculación afectiva limitan el contacto cercano y el apoyo en el cuidado.

Con esto no se pretende decir que las familias nucleares son menos protectoras de los adultos mayores, pues ello depende de diversas circunstancias. Lo que sí queda claro es que existe una realidad heterogénea en las configuraciones familiares que impiden generalizar o predecir que pasará en las condiciones futuras de los hombres y mujeres mayores. Por otro lado, las familias extendidas o extensas (aquellas que están constituidas por más de dos generaciones)

presentan también cierta complejidad familiar, expresando el apoyo familiar en la vejez con matices diferentes y particulares que las distinguen entre sí. Las familias extendidas en este estudio constituyeron la red de apoyo en la atención a los ancianos, por los siguientes motivos:

1. Algunos de los familiares que viven con los ancianos no cuentan con recursos suficientes para tener su propia vivienda (como fue el caso de Cosme, Pablo, Imelda, Leonel y Rosenda), cuyos hijos, nueras o nietos colaboran en acciones de cuidado.
2. La presencia de un cuidador secundario, en respuesta a las necesidades del cuidador principal, permite que algún miembro de la familia extensa, vaya a vivir a la casa de los adultos mayores, en el afán de apoyar las acciones de cuidado como es el caso de Juan Lorenzo e Irene.
3. En el momento en que los padres se quedan solos, y la enfermedad y el deterioro avanza, éstos se reubican en la casa del que fungirá como cuidador principal, generalmente en casa de una hija. Este tipo de arreglos familiares se realizaron en los casos de María Santos, Ma. Dolores, y Ana María.
4. Cuando el anciano enfermo no tiene vivienda propia y quien será el cuidador tampoco dispone de ella, algún hermano varón ofrece o consigue una casa para que vivan ambos, como el caso de Consuelo y Genoveva.
5. Otra situación presentada es el caso de ancianas que ya vivían con las hijas que ahora son las cuidadoras. Estas madres han realizado cuidado de nietos y apoyo doméstico en etapas previas, y ahora en su etapa de vejez reciben apoyo y cuidado como una forma de reciprocidad.

Además del afecto y la solidaridad hacia los ancianos, en algunas familias extendidas existen otros aspectos que influyen para que los hijos e hijas apoyen a los ancianos (sobre todo a los varones). Un ejemplo es que los hombres mayores mantienen el control de los recursos casi hasta su muerte (solvencia económica o propiedades); por lo que surge en los hijos la expectativa de contar con un patrimonio o ayuda económica en el futuro. Esta situación es un incentivo para el cuidado; ejemplo de ello son los casos de Cosme, Pablo y Rosenda, adultos mayores que siguen ayudando a sus hijos como una forma de agradecer el cuidado recibido.

Otro aspecto que influye para otorgar el cuidado, es el valor que se le da a la “reputación familiar”, pues dentro del orden social imperante, es “mal visto” que una familia deje desprotegido a sus padres ancianos. Las enseñanzas religiosas y familiares impiden en gran medida romper con una norma social que impone a las familias el deber de proteger a sus ancianos (Banco Mundial, 1994). En este sentido, al ubicar en la familia cercana el mayor peso de la responsabilidad familiar, se ve limitada también la cooperación de familiares no directos y la misma solidaridad vecinal o comunitaria.

En cuanto a las condiciones materiales con que la familia cuenta para hacer frente a los costos de la enfermedad, el deterioro y el cuidado, la seguridad social y los ingresos económicos de ancianos y familiares son definitivos para dar mejores y oportunas respuestas. En nuestro estudio esto marcó diferencias notables. Un número reducido de participantes cuenta con redes que se basan en vínculos que el individuo o la familia establece con los sectores

formales de la sociedad, de los cuales se obtienen apoyos concretos como es la atención médica y la seguridad social entre otros. A este tipo de redes Dabas (1993:123) las denomina “redes verticales o de bordes definidos”.

Si bien se ha documentado ampliamente que las redes de apoyo familiar se activan cuando aparecen estados críticos de enfermedad o deterioro en la funcionalidad de las personas mayores (Enríquez y Aldrete, 2006; Montes de Oca, 2004;), ello no significa la ausencia de problemas. En México, el sistema de seguridad y protección social deja descubierto a un elevado número de adultos mayores que viven en condiciones sociales precarias.

En este estudio, aquellas familias que están más carentes de la protección social del Estado, enfrentan situaciones no sólo problemáticas, sino de crisis ante la imposibilidad de resolver las dificultades de tipo material y económico de la enfermedad (como los casos de María Santos, Genoveva, Leonel y Pablo). En casi una tercera parte de los casos, la asociación entre vejez, enfermedad crónica y pobreza pone de manifiesto no sólo las desigualdades en el derecho a la salud, también influye en la forma de experimentar la vejez no sólo por el anciano, también por quienes lo acompañan en este proceso.

Como dice Ludi (2005:114) y González de la Rocha y Villagómez (2005:87), este tipo de familias se convierten en “familias inseguras” para el cuidado de los ancianos, pues entran en una “espiral de acumulación de desventajas”, en donde se conjuntan la pobreza, la ausencia de redes de apoyo social y los conflictos familiares que limitan una mejor respuesta a la situación de los participantes. Es en este contexto que surge una situación de riesgo, en la que los adultos mayores experimentan de manera cotidiana un medio ambiente inseguro, ante un cuerpo “quebrantado” por los años, por la enfermedad y por una larga vida de trabajo, ante una red familiar rebasada por una realidad que ofrece más desventajas que seguridad (Enríquez, 2006:393), y más incertidumbre que certezas ante la enfermedad y la dependencia. Estos aspectos que hablan de la debilidad de las políticas de vejez, afectan la subjetividad de los mayores. De esta forma la realidad social se introduce en la realidad personal.

Es necesario entonces, dejar de centrar todas las expectativas en el grupo familiar; la familia de hoy tiene circunstancias y necesidades diferentes que surgen de las transformaciones de la vida moderna, las familias no son las mismas familias de antes. Las necesidades planteadas por las cuidadoras dan cuenta de ello; en sus narrativas, demandan soluciones políticas en distintas direcciones. En este sentido, debe contemplarse la posibilidad de establecer el derecho al cuidado y el apoyo a los que cuidan.

Por otra parte, la inserción en el contexto de los hogares durante el trabajo de campo, permitió hacer un importante aporte a la investigación sobre dependencia y cuidados, pues en esa aproximación se puso de manifiesto el impacto social y subjetivo que la carencia de recursos materiales tiene en la atención de la enfermedad, en la estabilidad de las relaciones entre los miembros de la familia, y en la tranquilidad emocional de ancianos y cuidadores.

5.1.2. La interacción subjetiva y social de la dependencia

La dimensión social del problema investigado, nos conduce a reflexionar acerca de la otra cara de la moneda, es decir, la parte subjetiva de la experiencia, pues los aspectos subjetivos de los problemas sociales representan un elemento importante para una comprensión más amplia de un determinado fenómeno social. Pensar la subjetividad como una identidad psíquica vinculada a factores externos como la cultura, nos permite integrar una perspectiva diferente del funcionamiento complejo de la realidad social y abrirnos a considerar que hay una interacción entre lo individual y lo social (González, 2007). Los aspectos objetivos de la dimensión social y cultural en torno a la vejez, a la incapacidad y al deterioro, están presentes en la mente de los ancianos, y de alguna manera conforman su subjetividad, su auto-percepción y su identidad de viejos.

Los participantes, tienen una imagen devaluada de sí mismos, lo cual afecta la esfera emocional y su mundo de relaciones. Dicha imagen se genera por la falta de autonomía, por la imposibilidad de “valerse” por sí mismos para realizar sus actividades básicas, y por su condición de ser dependientes de la ayuda de otros. En este estudio, se profundizó en el análisis de las identidades deterioradas que surgen a partir de la incapacidad y el requerimiento de cuidados; la imagen devaluada con que se les percibe socialmente, se vincula a la imposibilidad de seguir siendo autónomos e independientes. El valor de la autonomía, de la autosuficiencia, y de la independencia, representa un valor personal que surge de la subjetividad, pero que se construye socialmente, pues dentro del intercambio social estos valores se establecen como “verdades universales”, como “deberes globalmente valorados”.

Una de estas verdades de valor universal que contribuye de manera fundamental en la construcción de la identidad de los seres humanos, es la categoría del *trabajo*, un trabajo que ya no pueden desempeñar, que ya no es posible recuperar. El trabajo, se refiere en este caso al trabajo formal que desempeñaron la mayoría de los ancianos varones, y al “trabajo” doméstico desempeñado por las mujeres, que aquí se traduce en las tareas que la mayoría realizó en el espacio del hogar; dichas tareas también son la base de su identidad. Por el trabajo, los ancianos sienten nostalgia, pues representa una pérdida significativa como lo puede ser la pérdida de un rol social desempeñado durante gran parte de su vida.

El trabajo, también representa una exigencia y expectativa social difícil de cumplir para ciertos grupos, como es el caso de los ancianos incapacitados. Ante la imposibilidad de responder a los imperativos sociales de la actividad y productividad, se producen tensiones en la constitución de la identidad de los viejos, configurando una imagen deteriorada de sí mismo, estigmatizada, y que además coincide con el imaginario social de la vejez. De acuerdo con estos referentes se construye el “sentimiento de carga” tanto en los hombres como en las mujeres ancianas; en los varones, a través de la inactividad laboral o en el hogar (en actividades propias de su rol), y en las mujeres, a partir de las limitaciones para realizar las tareas del hogar y/o de cuidado.

La percepción de ser una “carga” se constituye en una “verdad” que se reafirma a su vez con estereotipos que son propios de la vejez (senil, decrepito). Estas imágenes negativas que predominan en el contexto, tiene significados muy similares independientemente de las condiciones de clase y género en los participantes. Así, las imágenes y representaciones que los viejos interiorizan a partir de sus narrativas, son las que constituyen la subjetividad y la identidad de los adultos mayores. En la construcción de la subjetividad están implícitas: las experiencias de aprendizaje; la interacción con otras subjetividades, es decir, las imágenes, y representaciones que los otros hacen del adulto mayor y la que éstos tienen de sí mismos. A esto se agregan los discursos “legítimos” e “institucionalizados” de la familia, de los especialistas o de los responsables de las políticas sociales (Belgich, 2006; Gergen, 2006b; Neymeyer y Mahoney, 2000). Todos estos discursos están inmersos en un complejo sistema de relaciones.

Por ello, a los ancianos se les dificulta cambiar la percepción de sí mismos, pensar la vejez en forma diferente, pues cambiar significaría adoptar actitudes, emociones y comportamientos que desafíen mandatos sociales que impactan fuertemente la identidad de los ancianos, como es la veneración de la juventud, la actividad, la productividad y la competencia (Powell, 2001; Aberg, Sidenvall, Hepworth, O’Reilly y Lithell 2005). Seguir reproduciendo estos discursos impide que los ancianos accedan a mejores condiciones de un desarrollo integral y de una re-significación positiva como sujetos.

Las emociones, como expresión de la subjetividad de los participantes, significaron también un hallazgo importante que da cuenta de la identidad del *self*, y de cómo el componente emocional es interdependiente de las creencias sociales. En este sentido, la expresión emocional predominante en los participantes es acorde a las imágenes de la vejez devaluada, es decir, ellos se sienten tristes, angustiados, con desesperanza, tal y como la sociedad los percibe. No obstante, hay presencia de ambivalencia, de contradicción tanto en las percepciones de la vejez, como en la expresión emocional de los adultos mayores. Además de las emociones negativas ya mencionadas, también se encuentran sentimientos y emociones positivas como la gratitud y la compasión por los cuidadores, aspectos que permiten tener mejor afrontamiento y fortaleza.

La fortaleza del sí mismo en los ancianos de este estudio se manifiesta a través de la capacidad de resistir el sufrimiento y la adversidad. La fuerza que adquieren es motivada por el afecto de quienes los cuidan, por la esperanza de alcanzar “una mejor vida” y “dejar de sufrir”. De esta forma, el afecto recibido y las bases religiosas sostienen el *self* de los participantes constituyéndose en una “malla de protección” ante la experiencia, por lo que habría que pensar en la necesidad de re-significar su nueva identidad, para darle otro sentido a su experiencia. Con esto no queremos decir que no exista la enfermedad, o que no se experimenta el sufrimiento, los hechos ocurren, pero los significados que les atribuimos nos hacen vivirlo de maneras muy diferentes (Gergen, 1986:119).

En este contexto, los participantes seguirán reproduciendo creencias y discursos que les ayudan a evitar un desmoronamiento de sí mismos, un “quiebre” que no es posible enfrentar,

quieren seguir “perteneciendo”, seguir “siendo”, aún cuando están dejando de ser. Por tanto, rescatando los hallazgos de la investigación, pareciera que lo único que podrá sostener a los ancianos en el futuro será el apoyo familiar y la actitud espiritual-religiosa que está presente en muchos de ellos, ya que seguramente muy pocos “envejecen como se esperaban, pues la persona propone y el cuerpo dispone” (Gil, 2003:281). En última instancia, con lo que se puede seguir contando, es con su propia historia, como señala Gil, será seguir siendo fiel a la trayectoria previa, tanto biográfica como generacional.

5.1.3 La dimensión del cuidado: tensiones y ambivalencias

El asunto del cuidado a los ancianos surge casi siempre en una arena de lucha entre el cuidado y las necesidades del enfermo (Robles, 2007). Los conflictos familiares son el ingrediente que está presente cuando se requiere apoyar a un anciano enfermo. La gama de situaciones familiares que se presentan problematizan el fenómeno de la dependencia en la vejez, pues como señala Camdessus (1995), las soluciones que se adoptan para enfrentar el problema, no son buenas ni malas, sino sólo aquellas que las familias pueden tolerar y aceptar después de hacer una evaluación de los recursos y las limitaciones, pero también de los vínculos afectivos establecidos entre ellos.

Los casos de Genoveva, María Santos, Rigoberto, Leonel y Pablo son un buen ejemplo para mostrar que, aún con cierta capacidad de recursos de tipo material y de apoyo en cuidado, los miembros de la familia no siempre están dispuestos a otorgar ayuda debido a conflictos con el adulto mayor o con el cuidador. Contar con una opción de asesoría, orientación o terapia familiar para el manejo de los conflictos y promover la adaptación a los cambios que conlleva la etapa de vejez, es un recurso que debería ser considerado en los programas sociales de apoyo a este grupo de población.

En las mujeres cuidadoras, encontramos características similares a otros estudios, esto es, tanto el estado civil, la coresidencia, el no tener hijos pequeños y disponer o no de empleo (o si lo tienen, no es un empleo formal), son las condiciones que influyen para convertirse en cuidadora. No obstante, existe una realidad poco explorada: la influencia que tienen los supuestos de la cultura y la tradición, en los pensamientos, las emociones y las acciones que se relacionan con el cuidado realizado por las mujeres. En este sentido, el género es de gran relevancia por la forma en que interviene para la realización de las acciones de cuidado.

- *El cuidado y la cuestión de género*

Respecto al género, las acciones de cuidado adquieren un matiz especial. Al igual que los varones tienen funciones específicas que desempeñar (como el trabajo fuera de casa y ser proveedores), las mujeres han sido históricamente asignadas para el cuidado a partir de la socialización. La forma en que los “Otros” significativos definen a hombres y mujeres, se convierte en la realidad objetiva para ambos; dichas definiciones ejercen una fuerte influencia en el imaginario social. En este estudio, al igual que otros realizados sobre el cuidado en la vejez, destaca la labor femenina, el trabajo realizado por las mujeres de la familia (por algunas

de ellas), las cuales cumplen con ciertos requerimientos socialmente adecuados para cumplir con el rol de cuidadoras. El que sean ciertas mujeres las que otorgan el cuidado en la vejez tiene explicación, como ya se mencionó en el análisis de los resultados, a partir de su estado civil, de su condición socioeconómica, de su posición en la familia y del vínculo afectivo con el familiar enfermo.

Un hallazgo relevante se refiere a las repercusiones que el cuidado genera en las cuidadoras. En este estudio, el impacto del cuidado se enmarca en la metáfora del cuidado como “carga”. Tal como lo demuestran varios estudios (Delicado, 2006; Deví y Ruiz, 2002; Hochschild, 2008; Montorio y otros, 1998; Robles, 2007), las repercusiones del cuidado a los ancianos impactan la vida cotidiana, las condiciones materiales y emocionales, además de las relaciones sociales en las cuidadoras.

En cuanto al impacto emocional, como dice Hochschild (2008) y otros construccionistas de las emociones, “el sentimiento del deber” en el cuidado, deviene de esas “reglas del sentimiento” instaladas en las mujeres para dar cumplimiento a un orden cultural de género que las modela para ser “las cuidadoras “ideales” por sus “virtudes” femeninas. Así las conciben los ancianos, la familia y la sociedad. Esta expectativa social que pesa sobre las mujeres, les impide abandonar el “campo de batalla”, pues abandonarlo, implicaría poner en riesgo la pertenencia a la familia y al grupo social. Y dado que para todo ser humano es primordial el sentido de pertenencia, sin importar lo que se tenga que sacrificar (sus necesidades materiales, emocionales, de salud), entonces lo que importa es la satisfacción del “deber cumplido”.

Pero más allá de identificar que las cuidadoras viven el cuidado como una “carga pesada”, en nuestro estudio hubo importantes hallazgos acerca de la contradicción, la ambivalencia y las luchas de tensión que se describen en las narrativas de los cuidadores. Las cuidadoras se encuentran atrapadas entre la obligación moral y la necesidad de “soltar la carga”, entre el amor filial por su familiar enfermo, y el enojo por la falta de apoyo tanto familiar como social.

La categoría social del cuidado se construye por una parte, en función de los discursos culturales de género, de un orden social que divide las tareas para los hombres y para las mujeres; pero también se construye en torno a las prioridades de una agenda política, la cual considera si es importante o no atender esa necesidad. En nuestro contexto, al igual que otros países latinoamericanos, las políticas del envejecimiento tienen un vacío en el asunto del cuidado; es necesario iniciar la discusión de ello, en el plano político y de las políticas. Es necesario comenzar a darle un lugar, a hacerlo visible, iniciando con la responsabilidad de promover la equidad de género en la labor de cuidado.

En el caso de los cuidadores varones, cabe destacar que si bien tuvieron que participar en la tarea del cuidado, fue porque no había mujeres “disponibles” para el cuidado primario; no obstante, a excepción de Joel, los demás recibieron apoyo familiar, de tal forma que ellos vivieron la experiencia de manera distinta, se podría decir que en mejores condiciones. En sus casos, las mujeres que los apoyaron, esposas, hijas o sobrinas, otorgaron la ayuda por la

sencilla razón de “ser hombres”; es decir, como dice Robles (2005), su condición de género los hace menos “aptos” para el cuidado.

Las reflexiones hasta aquí plasmadas surgieron a partir de las conversaciones con las cuidadoras, de conocer sus experiencias en torno al cuidado, de conocer su lucha diaria para resolver o intentar solventar sus necesidades más importantes, las cuales muchas veces confunden con las necesidades del enfermo, pues sus propias necesidades las dejan de lado, pierden importancia ante la aspiración de otorgar un buen cuidado. La teoría revisada y la investigación empírica sobre el cuidado fueron también elementos esenciales para incorporar una comprensión dialéctica acerca del cuidado. Un enfoque construccionista del discurso y los aportes de Sevenhuijsen, Arber y Ginn, Hochschild y Robles, fueron una guía importante para la comprensión de este fenómeno de estudio y para concebir nuevas reflexiones.

5.2. Las coincidencias y divergencias con otros estudios

Se han realizado múltiples estudios que indagan el tema de la dependencia, la enfermedad crónica y el cuidado en la vejez. En nuestra investigación hubo hallazgos muy similares en cuanto a los temas abordados, sobre todo, aquellos que se refieren a las imágenes negativas y estereotipos de la vejez, así como el la identificación del impacto emocional, físico y social que tiene el cuidado sobre las mujeres cuidadoras.

Sin embargo, y en concordancia con lo que dice Robles (2007) en su trabajo etnográfico sobre las cuidadoras, en la mayoría de los estudios hay “huecos” en lo que se refiere a la forma de aproximarse al objeto de estudio. En este trabajo, no es que se hayan descubierto cosas nuevas, sino que se integraron dimensiones poco exploradas, las cuales se analizaron con mayor profundidad. Comparando las perspectivas teóricas de nuestro estudio con la literatura internacional que consultamos, se podría afirmar que el esfuerzo realizado en la integración de la teoría de las representaciones sociales, el construccionismo social y la teoría narrativa, propone una innovación en el abordaje del estudio de la cuarta edad.

Lo más relevante de la integración teórica es que permitió conocer la subjetividad individual y social destacando el papel importante de las emociones. Además, este estudio puso el foco de atención en el grupo de “viejos-viejos”, es decir, aquellos que cursan la vejez avanzada, con problemas de incapacidad y dependencia. Esto permite observar las particularidades que como sujetos presentan en su experiencia de vida y en su contexto; impide continuar integrándolos en el grupo global de los adultos mayores, no es posible seguir pensando que la vejez es de una sola manera.

Metodológicamente, la forma de recolectar la información, mediante *aproximaciones sucesivas*⁷¹, permitió indagar el dato en diferentes momentos y circunstancias. Además, el análisis de los datos realizado en diferentes niveles, hizo posible la integración del mundo subjetivo de los participantes, el análisis del texto desde la perspectiva del narrador y del

⁷¹ Se realizaron varias visitas para un solo caso, estableciendo contactos en diferentes momentos y con distintos participantes.

investigador en una relación circular, y entrar a lo que Heidegger denomina “círculo hermenéutico” (Heidegger, 1962, en Anderson, 1999).

Se considera que no es suficiente con la técnica o el saber teórico, es necesario una mayor comprensión del fenómeno propiciando un “encuentro con el Otro”, en una relación de comunidad (Gadamer, 2005:275). Partiendo de este punto de vista, el investigador interpreta desde “una experiencia de pertenencia que le une al otro (sujeto participante), de manera que es afectado por él y piensa con él”. Siguiendo con Gadamer, esta sería una forma de construir el objeto de estudio basado en la hermenéutica, pues se intenta romper con la distancia en la relación sujeto-objeto, significa crear un espacio conjunto donde las preguntas dirigidas a los entrevistados, también nos las hacemos nosotros (los investigadores) y así entrar en un proceso de reflexividad (Gadamer, 2005: 331).

En este sentido, como investigadora, las conversaciones con los participantes, con mis pares, con la teoría y conmigo misma produjeron ese espacio de reflexividad que hace posible un cambio paradigmático en la investigación actual, que permite la adquisición de nuevas visiones para la comprensión de complejas realidades.

5.3. El estudio y las necesarias implicaciones para la política social y para el Trabajo Social

Cambiar las imágenes y estereotipos negativos de la vejez no es una cuestión voluntarista; más aún, la mayoría de las veces ni siquiera sentimos la necesidad de cambiarlos, pues ellos están acordes al contexto social, al “orden establecido” por la cultura. Para intentar cambiarlos, tendría que surgir una necesidad, es decir, visualizarlo como un problema y entonces desear ponerle solución.

Modificar los estereotipos de la vejez debería constituirse en una necesidad social. Se requiere transformar como sociedad nuestras percepciones negativas de la cuarta edad, pues las narrativas de los ancianos no son propiamente posesiones de éstos, sino más bien producto del intercambio social (Gergen y Gergen, 1998, en Anderson, 1999). Quienes diseñan y operan la política social del envejecimiento deberían tomar esto en cuenta. El denominar y tratar a los viejos como “pasivos” o “inactivos” es pensar en programas para un sujeto asistido, esto coloca a los adultos mayores en la perspectiva de la lógica de la tutela y no de los derechos.

Por otra parte, las condiciones sociales -no importa lo duras e inflexibles que sean- no producen un solo tipo de experiencias en la vejez, cada adulto mayor se posiciona de manera diferente y toma elementos distintos de su ambiente social, de sus relaciones, de la cultura, de tal forma que surgen muchas maneras de experimentar la vejez avanzada y la dependencia. De esta forma, “lo simbólico se vuelve relevante, pues como seres humanos vivimos nuestras creencias y las tomamos muy en serio” (Moscovici 1986; en Castorina, 2003). Los hallazgos de este estudio confirman que las creencias sobre los viejos y la vejez siguen determinando el actuar desde lo personal, lo público y lo político.

El “mundo de la vida” de los hombres y mujeres mayores, se construye en el lenguaje-discurso, pero esas construcciones incluyen muchas veces, duras realidades sociales, como son los significados que se le da a la enfermedad y el deterioro, a la pobreza y a las desigualdades de género. En gran medida, el mundo no es “justo” para los ancianos dependientes, como argumentan Efran y Fauber (1998:231) “la justicia es algo a lo que recurren los humanos cuando se quiere ganar simpatías, conseguir apoyos, establecer territorios, casi siempre es un truco político”. Es necesario reflexionar acerca de cómo los programas de apoyo a la vejez consideran el concepto de “justicia” y definir estrategias para que el apoyo a los ancianos en situación de dependencia sea un elemento prioritario de la política social de la vejez.

De acuerdo con Hanish (2001, en Estes, 2001:243), en el análisis de la política de la discapacidad (en este caso de los viejos), se asume que lo personal es político y lo político es personal. En esta línea, la política pública se puede elaborar a partir de la experiencia privada, y para ello, la experiencia privada debe ser compartida para crear una política de vejez coherente y radical en donde exista una interdependencia entre la experiencia pública y privada, entre lo personal y lo político.

Es importante combatir las imágenes de la vejez que tienen connotaciones y significados negativos, pues ellas limitan las posibilidades de un mayor desarrollo social integral de los adultos mayores, pues aún y cuando también existan discursos sobre la “vejez exitosa”, son pocos los que logran acceder a ella. Es necesario rescatar a través de la investigación, imágenes diferentes, historias y discursos alternativos que nos muestren una vejez más positiva, y si no es así, entonces darnos a la tarea de construir una imagen de la vejez libre de cargas negativas que se promueva desde el interior de las propias familias, los espacios educativos, la sociedad en general, pero sobre todo desde los propios ancianos.

Lo anteriormente mencionado corresponde a una transformación en el ámbito de lo cultural, pero es indispensable que también haya cambios en el orden de lo material. Una de las propuestas en la que un buen número de investigadores y de analistas han insistido, es la necesidad de la universalidad de los programas de apoyo a la vejez, pues es en esta etapa del ciclo vital donde las nuevas políticas deban considerar la desigual posición económica de los individuos a lo largo de sus vidas y desde posiciones individuales surja una seria y comprometida colaboración para solucionar problemas colectivos como es el caso de las raquíticas pensiones con que cuenta una gran mayoría de adultos mayores (Montoro, 1998).

Las políticas de apoyo a la vejez, deben dejar de ser “políticas pobres” para una población pobre, dejar de usar paliativos para responder a las necesidades de los hombres y mujeres mayores. Las políticas de vejez deben buscar y lograr una plena realización del derecho social de ciudadanía (Montoro, 1998), al otorgar seguridad de empleo en etapas previas a la vejez, ingresos suficientes para una pensión digna y sobre todo, acceso a servicios de salud de calidad y para todos, en el afán de evitar gastos catastróficos a los ancianos y a sus familias ya sea por no contar con atención médica o bien porque ésta no responde a las necesidades de los padecimientos de las personas mayores.

Lo anterior nos muestra la debilidad del Estado para dar respuesta a las demandas sociales de los ancianos y cuidadores en situación de pobreza o de falta de seguridad social. Los programas de apoyo a la vejez siguen siendo insuficientes, a veces “selectivos”, pues no contemplan a aquellos ancianos que ya no se pueden desplazar para solicitar algún apoyo, y cuyos familiares están en condiciones similares de desprotección social. El requerimiento de atención de la salud y la dotación de medicamentos se ha convertido en la principal necesidad de hombres y mujeres mayores vulnerables. Se requiere, como dice Huenchuan (2009:206): “medir la eficacia de las legislaciones, de las políticas y de los programas que se implementan; identificar prioridades de atención y facilitar la inclusión de las personas mayores en las decisiones que les afectan”.

La situación actual del cuidado tiene sus orígenes en los valores del amor filial y del deber moral, aspectos que están fuertemente inculcados en la ideología, siendo las mujeres, las principales protagonistas. El cuidado es visualizado por las mujeres como fuente de satisfacción, de felicidad, y si la felicidad, como dice Hochschild (2008), deriva en parte de sentirse valorado; entonces, es necesario crear nuevas formas de valorar el cuidado, desligarlo del género y de la atención del hogar. Los valores guían, pero se les debe cuestionar continuamente, de-construirlos y re-construirlos, para encontrar “nuevas verdades” sobre el cuidado y la obligación filial.

En este sentido Montoro (1998), propone una dimensión de reflexividad para las políticas sociales, en el caso del cuidado en la vejez también se debe incluir un criterio de reflexividad que integre la posibilidad de una modificación constante de las acciones del Estado y de la sociedad civil. Asimismo, el tema de la equidad de género es crucial, pues el cuidado ocupa un papel más central en la vida de las mujeres que en la de los hombres, por su trayectoria como cuidadoras. El dilema surge cuando mujeres cuidadoras jóvenes quieren cumplir su rol y cubrir la expectativa de lo doméstico, pero a la vez luchan por avanzar en la esfera pública. De alguna manera, las políticas de equidad de género han avanzado impulsando oportunidades laborales para las mujeres, pero han hecho muy poco o nada en apoyar su función como cuidadoras. He aquí una contradicción.

Las principales demandas de las cuidadoras giran en torno a mejorar las condiciones económicas que el cuidado provoca; las condiciones de salud física y emocional y contar con más apoyo familiar y social. Lo anterior es particularmente importante en el caso de las cuidadoras de mayor edad, pues tenemos “ancianas cuidando ancianos”. Aquí vale la pena preguntarse: ¿qué papel juega la política social de la vejez, en apoyo a estas mujeres?

Cabe plantear en este caso, la doble fractura de la política social, pues por una parte, las mujeres que participaron en este trabajo, corresponden a una generación en la que no tuvieron acceso al empleo formal (pues la mujer se preparaba únicamente para el matrimonio), y si lo tuvieron, como es el caso de María Santos quien se insertó en el mercado laboral, nunca accedió a la seguridad social. La primer fractura de la política es la ausencia de protección social a las mujeres, y la segunda, consiste en que, como ancianas comprometidas con el cuidado de sus cónyuges, carecen de la protección de la salud física y emocional como

cuidadoras, pues esta tarea las hace doblemente vulnerables, sobre todo aquellas que no cuentan con suficientes redes de apoyo social. Una nueva cultura del envejecimiento y de las políticas de vejez deberá contemplar mayor apoyo económico y de salud a las mujeres mayores (Engler y Peláez, 2002).

En acuerdo con las posturas feministas, el tema del cuidado no debe ser exclusivo de la esfera privada del hogar. Como plantea Sevenhuijsen (2003) tampoco debe centrarse sólo en la esfera pública de las políticas sociales, donde participan *los políticos*; necesita ser un tema que se discuta en *lo político*, pues este es un terreno más amplio; en lo político incursionan otros actores, en otros espacios, como lo es el vecindario, el lugar de trabajo o el hospital; es en esos espacios donde la gente forma juicios y opiniones.

Bajo esa perspectiva, los trabajadores sociales estamos obligados a transformar los espacios de trabajo, cualesquiera que estos sean. Según Iamamoto (2002), se requiere ampliar las posibilidades para que los sujetos con los que trabajamos, en este caso, los adultos mayores, tengan una participación más activa en las cuestiones públicas que les atañen, aún cuando ello implique entrar en la dinámica tensa y conflictiva de la vida social. Es en esta dinámica, donde se anclan las posibilidades y la esperanza de ampliación de los derechos de ciudadanía (Iamamoto, 2002:38; Montoro, 1998), además de aspirar a recuperar la solidaridad comunitaria (Aguirre, 2008).

Por otra parte, la coordinación y organización de acciones comunitarias, también implica a la política social, siendo desde ésta, donde se promueven los derechos sociales de los sujetos. Pero es necesario que sea una política social con sujetos que estén presentes, en donde adultos mayores y cuidadores se puedan organizar desde la potencialización de su subjetividad, pues resulta curioso, como plantea (Severini, 2002:21) que aún y con el avance de las políticas actuales “se siga haciendo política social sin sujeto, o con un concepto de subjetividad débil, tan débil, que pareciera este sujeto un fantasma al que nunca podremos aproximarnos”.

Otro aspecto al que hay que poner atención desde lo político y desde las políticas es el de la diversidad familiar. Las familias actuales son distintas en formas, relaciones y contextos. Esto impide pensar que hay una “tipología” familiar de los ancianos de la cuarta edad. A veces lo más que podemos afirmar es que existan algunos patrones similares, ciertas convergencias si se presenta una condición determinada. En esta idea, podemos tomar en cuenta lo global, para lo cual son útiles los resultados que arrojan encuestas y reportes demográficos, pues dan un panorama general del fenómeno; pero es fundamental conocer las situaciones particulares, las narrativas “locales” como plantea Gergen (2006), logrando así emprender acciones acordes a la realidad de los hombres y mujeres mayores.

Una forma de orientar acciones que modifiquen las visiones negativas de la vejez dependiente y que los actores tengan alternativas diferentes de vivir la experiencia, será comenzar desde ahora a cuestionar nuestros supuestos acerca de lo que significa envejecer desde las familias en formación. Pues la esencia de las familias se encuentra en la forma en que las interpretamos, no en formas sociales idealizadas. Es necesario el análisis sobre las formas en

que las familias se relacionan con aspectos vitales (como el envejecimiento, la enfermedad y el cuidado) dentro de distintos escenarios sociales, pues muchas veces la manera en que se organizan está determinada “desde afuera”, es decir, desde el ideal de familia que se construye en la sociedad.

Se requiere crear espacios de reflexión en los que se discutan y cuestionen las formas de relación familiar que generan valoraciones negativas de los viejos. Desde lo individual, esperar que a través de narrativas “de anticipación” (es decir, los discursos previos a la etapa de vejez), las personas puedan imaginarse y planear cómo se quiere vivir la vejez. Con esto no queremos decir que el contexto no influye, sino que desde lo subjetivo, se puede re-significar la experiencia futura.

En las nuevas familias, a través de trabajos de orientación o terapéuticos, será necesario promover la modificación de los actuales patrones de dominación masculina (aún presentes en muchas familias), con el propósito de que los padres jóvenes asuman una mayor cercanía, más afectividad con sus hijos y demás familiares, para que en la vejez cuenten al igual que las mujeres, con mejores redes de apoyo. Esto permitirá además, que las mujeres se sientan apoyadas y acompañadas en esa función de cuidadoras que inicia desde la crianza de los hijos.

El promover la equidad de género y relaciones más cercanas con la familia extensa hace posible que en la vejez, estas mujeres se apoyen en otros cuidadores y tengan oportunidad de cuidar mejor de sí mismas. La posibilidad de establecer relaciones vecinales solidarias es algo útil para los ancianos que viven solos, como es el caso de Rigoberto y su esposa cuidadora. Es necesario reflexionar sobre estrategias que recuperen lo que se ha perdido con las formas de vida moderna.

Será importante además una mejor sincronía entre los cambios demográficos, las necesidades de salud y el surgimiento de enfermedades de la vejez con la ampliación de la cobertura y con la reestructuración y calidad de los servicios de salud disponibles para los ancianos. En donde también se incida en la visión hacia la vejez que tienen los profesionales de la salud, aspecto que sólo se logrará si desde la formación profesional, desde las escuelas, se adquiere una perspectiva más inclusiva y menos discriminatoria.

Los servicios de salud mental son fundamentales para ofrecer atención al problema de la dependencia y el cuidado en la vejez. La creación de espacios preventivos y terapéuticos para los ancianos y sus familiares, son aspectos que demandan todos los entrevistados. El abordaje de las emociones en esta experiencia de vida requiere de un modelo de terapia que cuestione los aprendizajes y los saberes acerca de la discapacidad, la dependencia y la obligación femenina del cuidado. Los nuevos abordajes terapéuticos deben ofrecer alternativas de resignificación de las creencias y los estereotipos. El cuestionar los paradigmas de la discapacidad y las deficiencias de la vejez deberán tomar en cuenta como dice Sanders (1998), un análisis de las fronteras culturales, pues cada contexto local cuenta con saberes específicos acerca de la discapacidad y el deterioro.

La atención de las emociones en los ancianos y los cuidadores es una tarea que los programas de salud mental y envejecimiento no pueden relegar por más tiempo. Los adultos mayores y quienes los cuidan demandan atención y contención independientemente de una capacitación y adiestramiento en la tarea de cuidar. Alteraciones tales como la depresión, el estrés, el enojo, el síndrome de burnout entre otros, requieren de ser informadas y atendidas en espacios protegidos y de contención profesional.

La opción de los cuidados domiciliarios que se implementa en otros países es una alternativa que debe convocar a los diversos sectores de la sociedad, tanto para la capacitación como para la prestación del servicio (Arias, 2009). Los recursos disponibles como son los prestadores de servicio social, los grupos de las organizaciones civiles o religiosos, los apoyos de vecindario se puedan constituir en *posibilidades* de respuesta ante el dilema del cuidado en la vejez. Es necesario también volver la mirada a los resultados de investigaciones en este campo, para que las voces de las cuidadoras sean escuchadas; se necesitan políticas abiertas, abiertas a *lo político*.

Será de utilidad promover la capacidad de resiliencia en los actores de la vejez, la dependencia y el cuidado a través de la organización de talleres, de trabajo grupal o individual, buscando lograr una continuidad de la identidad y evitando el “quiebre” identitario que caracteriza el envejecimiento patológico, tal como lo proponen los expertos en resiliencia.

5.4. Relación teoría-método-datos-investigador

Una característica esencial de este trabajo es que desde el momento en que se definió el objeto de estudio, las preguntas de investigación y los objetivos, la decisión de cuál o cuáles teorías serían los “lentes” apropiados para observarlo; de cuáles procedimientos eran los más apropiados para saber el cómo acceder al objeto de estudio, fue lo que hizo posible recorrer el camino que implica realizar un proceso de investigación.

Las perspectivas teóricas que sustentan este trabajo permitieron, como argumenta Mills (1986:23), percibir la interrelación del hombre y la sociedad, de la biografía y de la historia, del yo y el mundo; es decir, en este caso, de la vejez subjetiva, con la vejez social y todas sus implicaciones. Este marco de referencia permitió seleccionar una estrategia metodológica que descubriera esa interrelación, esas historias, esas subjetividades. De tal forma que la observación y las entrevistas abiertas adquirieron relevancia para aproximarse a los datos. Estas técnicas son más adecuadas para identificar la visión del mundo y de la vida de los participantes, para apreciar la subjetividad y las emociones, para entender las relaciones.

La teoría narrativa permitió hacer una lectura diferente del tema de investigación. El lenguaje, lo que se habla y se dice de la vejez y la dependencia, es central para el conocimiento del fenómeno de estudio, pues es ahí, en los discursos en torno a él, donde se crea el problema de investigación. Asimismo, al analizar los relatos de los ancianos se obtuvo una dimensión histórica que integra pasado presente y futuro de la experiencia. Al narrarse en el tiempo, los ancianos configuran y re-configuran sus identidades.

En general, la reflexión sobre la teoría posibilitó una actitud flexible hacia los procedimientos y las técnicas con que se llevaría a cabo la investigación. En la práctica real, todo investigador social debe ser un “artesano intelectual” (Mills, 1986). La reflexividad, como parte inherente a la condición de sujeto forma parte también del proceso de investigación.

La aproximación a los datos a través de las técnicas cualitativas, hizo posible captar la singularidad, lo local, lo micro; la teoría permitió entenderlo y a la vez vincularlo con lo contextual, con lo simbólico. No obstante, en este proceso, la realidad desafía constantemente el conocimiento teórico, ésta es cambiante y dinámica, de tal forma que el investigador nunca sabe con certeza lo que va a encontrar en el mundo de la vida de los participantes. Desde la postura construccionista, la vida es una evolución constante, en la que todos los elementos cuentan, y ninguna forma de análisis capta todas las partes de una imagen, es decir, las explicaciones son inevitablemente parciales.

En este sentido, la interpretación que se logró realizar acerca de la realidad de los participantes es sólo una parte de la verdad, no es la verdad completa, es la verdad del intérprete, del investigador (Gadamer, 2005). Como analistas, no tenemos la capacidad de “ver todo”, siempre habrá aspectos que no se pueden ver, es por ello que no se puede hablar de que un texto tenga un significado único. En el investigador, están presentes sus propios juicios, su ideología, que le hacen tomar decisiones y posicionarse de tal o cual manera ante el objeto de estudio. Es decir, el investigador también es un “instrumento” de investigación.

En este trabajo también el investigador no sólo se expresa en el campo intelectual, también se expresan los sentidos subjetivos marcados por su historia de vida, sus creencias, sus representaciones del mundo y sus valores (González (2007). El investigador no está en el vacío, su interpretación está ligada una tradición disciplinar o ideológica; como dice Mills (1986:27): “no hay modo de que un investigador social pueda evitar el hacer juicios de valor e implicarlos en el conjunto de su trabajo”. En este trabajo investigativo se estableció una relación dialéctica, circular, entre la teoría, el método, los datos y el investigador, lo cual en determinados momentos puede ser una desventaja, pero, de manera general ofrece la posibilidad de conjuntar la experiencia personal y la creatividad profesional.

5.5. Áreas de oportunidad para futuras investigaciones

Los resultados obtenidos en este trabajo han sido vastos y enriquecedores, además abren una línea hasta ahora poco explorada en la investigación del envejecimiento, como es el análisis de la subjetividad, de la emoción en ancianos y cuidadores, y su relación con la construcción de la identidades, del estigma y de la imagen negativa de esta experiencia de vida. Pero por otro lado, fue posible rescatar las fortalezas de los participantes, aspecto que generalmente no se conoce en la literatura sobre el tema.

Como en la mayoría de las investigaciones, en este estudio surgieron temas o *themas* que no fue posible explorarlos a profundidad y que plantean tareas y compromisos futuros. Los

estudios a realizar habrán de indagar más ampliamente temáticas relevantes en el campo del envejecimiento, la dependencia y el cuidado, como son:

- La relación entre la dinámica familiar y las respuestas de apoyo en la vejez, ya que, al parecer, el tipo de relaciones entre los miembros y los conflictos previos con los adultos mayores, influyen para contar o no con soporte familiar.
- Otra línea de investigación futura es explorar las características del vínculo entre ancianos y cuidadores a fin de clarificar las motivaciones individuales y familiares que determinan que un miembro específico de la familia asuma la responsabilidad del cuidado.
- Asimismo, el papel del género es fundamental; el cuidado masculino es un aspecto que demanda un mayor análisis. Ampliar y profundizar la exploración de las respuestas instrumentales y emocionales del cuidador de acuerdo al tipo y gravedad del padecimiento, también es un aspecto que queda pendiente.
- Una inquietud que dejó también este estudio es la indagación de las diferencias del fenómeno entre el contexto urbano y el rural. Los dos casos que provenían del medio rural permitieron identificar diferentes procesos y visiones en los participantes acerca de la realidad de la vejez.

Finalmente, es relevante concluir que el aproximarse a un fenómeno social tan complejo y que conlleva un sinnúmero de dilemas para la mayoría de los participantes, fue una experiencia de investigación al mismo tiempo difícil y enriquecedora. La convivencia, la conversación con ancianos y cuidadores permitieron conocer a la investigadora una parte de la “verdad” sobre la que se conforma la cuarta edad. Las otras verdades por conocer serán motivo de futuras investigaciones.

Hay un largo camino por recorrer, experiencias y aprendizajes que harán posible explorar distintos escenarios de la vejez y el envejecimiento. La pasión por el tema de estudio, seguramente conducirá a explorar nuevas realidades.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberg, A.; B. Sidenvall, H. Lithell, K. O'Reilly y M. Hepworth (2005) [en línea]. On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – a qualitative study of patients' perceptions. En *Quality of Life Research*, 14: 1111–1125.
- Adroher, S. (2000). *Mayores y Familia*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Aguirre, R. (2008). El Futuro del cuidado. En: *Futuro para las Familias y Desafíos para las Políticas. Serie Seminarios y Conferencias*. Irma Arriagada (ed.). Santiago de Chile: CEPAL.
- Albala, C., A. J. Hennis, A. Palloni, E. M. León, M. L. Lebrão y R. Ham-Chande (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6):307–22.
- – (2007) [En línea]. Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada. En *Revista Española de Sociología*. No. (2): 117–127. Disponible en http://www.invenia.es/oai:unirioja.es:ART_0000047128. (Página consultada el 12 de julio de 2007).
- Algado, M. T.; A. Basterra y J. I. Garrigós (1997). Familia y Enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. En *Anales de Psicología*, 13(1): 19–29.
- Alvaro J. L. y A. Garrido (2003). *Psicología Social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas*. Madrid: Ed. McGraw Hill.
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad*. México: Ed. Trillas.
- Allen, K.R., C. A. Fruhauf y S. E. Jarrott (2006) [en línea]. Grandchildren's Perceptions of Caring for Grandparents. En *Journal of Family Issues*, 27(7), July 2006: 887–911. Colorado State University and Argelia Polytechnic Institute. Disponible en <http://jfi.sagepub.com> (Página consultada el 13 de enero de 2008).

- Ancizu I. y M. T. Bazo (2001). The caregiving dimension. En *Ageing, international relations, care systems and quality of life: An introduction to de OASIS Project*. S. O. Daatland y K. Herlofson (eds.). Oslo: Norwegian Research: 41–51.
- Anderson, J. (2004) *Mundos en transformación: familias, políticas públicas y su intersección*. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos *Cambios de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*. Santiago de Chile: CEPALC-ONU.
- Anderson, H. (1999). Conocimiento y Lenguaje. En *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andrés, H.; L. Gastrón; J. Oddone y J. Vujosevich (2003). Género, Representaciones Sociales de la Vejez y Derechos Humanos. Ponencia presentada en el *Simposio Viejos y Viejas, Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas*. Santiago de Chile, del 14 al 18 de julio de 2003.
- Andrew, P. (2005) [En línea]. *La Construcción de la Edad: Una Mirada a los Discursos*. Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM. Disponible en <http://www.ometeca.org/html/conf2005/Andrew-spanish.htm> (Página consultada el 14 de julio de 2007).
- Aparicio, R. (2002) [En línea]. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. En *Situación demográfica en México*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2002/12.pdf> (Página consultada el 11 de marzo de 2007).
- Aramburu, I.; A. Izquierdo y I. Romo (2001) [En línea]. Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de alzheimer y ancianos con patología invalidante. En *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 11(2): 64–71. Disponible en www.nexusediciones.com/pdf/gero2001_2/gi-11-2-002.pdf (Página consultada el 23 de agosto de 2007).
- Aranibar, P. (2004) [En línea]. Entorno y vejez. Artículo publicado por Asociación Adulto Feliz. Disponible en www.aafeliz.org/doc/Publicaciones/pub0038.pdf (Página consultada el 12 de mayo de 2008).
- Aranibar, P. (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor. En *Serie Población y Desarrollo*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. En *Cuadernos de Ciencias Sociales*. Octubre, 2002. San Jorge de Costa Rica: FLACSO.
- Arber, S. y N. Gilbert (1989) [En línea]. Men: the forgotten careers. En *Sociology*, 23(1): 111–118. Disponible en www.sagepublications.com (página consultada el 30 de abril de 2009).
- – (1990) [En línea]. The meaning of informal care: gender and the contribution of elderly people. En *Ageing and Society*, (10): 429–454. Londres: Sage Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).

- (1991). *Gender and Later Life: a sociological analysis of resources and constraints*. London: SAGE Publications.
- (1992) [En línea]. Class and caring: a forgotten dimension. En *Sociology*, 26(4): 619–634. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).
- (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea.
- Arias, C. (2009). Los cuidados domiciliarios en situaciones de pobreza y dependencia en la vejez: la experiencia argentina. En *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Arriagada, I. (2002) [En línea]. Cambios y desigualdades en las familias latinoamericanas. En *Revista de la CEPAL*, (77). Disponible en <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/revista/noticias/articuloCEPALC/0/19350/P19350.xml&xml=/revista/tpl/p39f.xslybase=/revista/tpl/top-bottom.xslt> (Página consultada el 8 de abril de 2008).
- Ariza, M. y O. De Oliveira (2003). Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica. En *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Wainerman Catalina (comp.). Buenos Aires: FCE.
- Armon-Jones, C. (1986). The thesis of the constructionism. En *The Social Construction of Emotion*. Rom Harré (ed). Oxford, Inglaterra: Basil Blackwell.
- Aronson, J. (1992) [En línea]. Womens sense of responsibility for the care of old people: ‘but who else is going to do it?’. En *Gender y Society*, 6(1), march 1992: 8–29. Ontario: SAGE Social Science Collection. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 3 de abril de marzo de 2009).
- Ávila-Funes, J. A.; E. Melano-Carranza; H. Payette y H. Amieva (2007) [En línea]. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. En *Revista de Salud Pública de México*, 2007; 49:367-375. Disponible en <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002082> (Página consultada el 4 de enero de 2008).
- Bailey, S. J.; B. L. Letiecq y F. Porterfield (2008) [En línea]. We Have No Rights, We Get No Help. The Legal and Policy Dilemmas Facing Grandparent Caregivers. En *Journal of Family Issues*. Montana State University, Bozeman. 29(8), August 2008: 995–1012 Disponible en <http://jfi.sagepub.com> (Página consultada el 12 de noviembre de 2008).
- Balbi, J. (2004). *La mente narrativa. Hacia una Asunción posracionalista de la identidad personal*. Buenos Aires: Paidós.
- Banchs, M. A. (1996) [En línea]. El Papel de la Emoción en la Contrucción de Representaciones Sociales: Invitación para una Reflexión Teórica. En *Papers on Social Representations*, 5(2): 113–125. Disponible en http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf (Página consultada el 15 de agosto de 2007).

- – (2000) [En línea]. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. En *Papers on Social Representations*, 9(15): 1–3. Disponible en http://www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf (Página consultada el 15 de agosto de 2007).
- Banco Mundial (1994). *Envejecimiento sin crisis. Políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*. Banco Mundial: Washington, D.C.
- Bhavnani, K. (1993). Coments on M. J. Spink's Paper "Qualitative Research on Social Representations". En *Papers on Social Representations*. Vol. 2 (1), 55-60.
- Barrantes, M.; E. J. García; L. M. Gutiérrez y A. Jaimes (2007) [En línea]. Dependencia Funcional y Enfermedades Crónicas en Ancianos Mexicanos. En *Salud Publica*, 49 supl. 4:S459-S466. Disponible en http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%204/3-cronicas.pdf (Página consultada el 4 de marzo de 2008).
- Barrio, M. I.; J. M. Barreiro y M. J. Pascau (2006) [En línea]. La dependencia en el decir de los mayores. En *Gerokomos*, 7(2). Madrid, junio 2006. Disponible en http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000200002 (Página consultada el 20 de marzo de 2007).
- Bauman, Z. (2008). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.
- Bazo, M. T. (1990). *La Sociedad Anciana*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- – (2002). Dar y Recibir: Análisis Comparativo de las Prácticas de Intercambio entre Generaciones, Preferencias y Valores en las Familias Españolas. En *Revista Universitaria de Formación del Profesorado*, (45): 55–65. Universidad de Zaragoza.
- – (2007) [En línea]. Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: una perspectiva internacional comparada. En *Revista Española de Sociología*, (2): 117–127, Disponible en http://www.invenia.es/oai:unirioja.es:ART_0000047128 (Página consultada el 12 de julio de 2007).
- Berger, P. y T. Luckmann (2005). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires – Madrid: Amorrortu.
- Bobbio, N. (1997). *De Senectute*. Madrid. Taurus.
- Bolivar, A.; J. Domingo y M. Fernández (2001). *La investigación biográfica- narrativa en educación*. Madrid: La Muralla.
- Borobio, G. (2000). La Perspectiva Ética. En *Mayores y Familia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y Universidad Pontificia Comillas.
- Boyd, C.; X. Quian-Li; J. Guralnick y L. Fried (2005) [En línea]. Hospitalization and Development of Dependence in Activities of Daily Living in a Cohort of Disabled Older Women: The Women's Health and Aging Study 1. En *The Journals of Gerontology*, (60A): 888, 7 Julio 2005. ProQuest Medical Library. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 17 de mayo de 2009).

- Bouchet, D. (2007). The ambiguity of the modern conception of autonomy and the paradox of culture. En *Thesis Eleven*, (88): 31–54, February 2007. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Breuil-Genier, P. (1999) [en línea]. Caring for the Dependent Elderly: More Informal than formal. Disponible en http://www.insee.fr/fr/ffc/does_ffc/Is39_316-317.pdf (Página consultada el 30 de enero de 2003).
- Burque, J. (1999). Examining the validity structure of qualitative research. En *Cases in Qualitative Research*. A. Millinki. Los Angeles: Pycszak Publishing.
- Bury, M. (1982) [En línea]. Chronic illness as Biographical Disruption. En *Sociology of Health and Illness*. Col. 4, no. 2, pp. 167-182. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 17 de marzo de 2009).
- – (1991) [En línea]. The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. En *Sociology of Health y Illness*, 13(4): 451–468. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 17 de marzo de 2009).
- Bury, M. y D. Taylor (2007) [En línea]. Chronic illness, expert patients and care transition. En *Sociology of Health y Illness* 29(1): 27-45, ISSN 0141-9889. Blackwell Publishing Ltd. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 17 de marzo de 2009).
- Casas, R. y otros (1998). *Las políticas sociales de México en los años noventa*. México: Plaza y Valdés
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM.
- Camdessus, B. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- Campos, R.; D. Torrez y E. Afganis (2002) [En línea]. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la ciudad de México. En *Cuadernos de Saude Pública*, 18(5). Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/dgbuanl/Doc?id=10073424yppg=1> (Página consultada el 30 de marzo de 2007).
- Casado, D. y G. López (2001) [En línea]. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas a futuro. En *Revista Colección de Estudios Sociales*, (6). Fundación La Caixa. Disponible en <http://www.fcm.unc.edu.ar/biblio/LIBROSPDF/12.pdf> (Página consultada el 26 de febrero de 2007).
- Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets (tomo 2).
- Castorina, J. A. (2003). *Representaciones sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Charmaz, K. (1980). [En línea]. The social construction of Self-Pity in the chronically ill. En *Studies in Symbolic Interaction*, 3: 123–145. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 18 de noviembre de 2008).

- (1983) [En línea]. Loss of Self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. En *Sociology of Health and Illness*, vol 5, no. 2, pp 168-195. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 18 de noviembre de 2008).
 - (2002) [En línea]. Stories and silences: disclosures and self in chronic illness. En *Qualitative Inquire*, 8: 302-328. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 18 de noviembre de 2008).
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (s/f) [En línea]. *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Disponible en <http://www.eclac.cl/celade/noticias.paginas.3.132333.DLE1973-Sintesis.pdf> (Página consultada el 18 de julio 2005).
- (2005) [En línea]. *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Disponible en <http://www.eclac.cl/celade/noticias.paginas.3.132333.DLE1973-Sintesis.pdf> (Página consultada el 18 de julio 2005).
- CEPAL (2002) [En línea]. Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. En *Comisión Económica para América Latina*. Disponible en <http://www.CEPALC.org/publicaciones/xml/0/9640/DGE2170-SES29-16.pdf> (Página consultada el 8 de febrero de 2008).
- (2003). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Síntesis. En *Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003
- Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el Trabajo Social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- CONAPO (1997). *La situación demográfica en México 1996*. México: Consejo Nacional de Población.
- (1999). *El Envejecimiento Demográfico en México: retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población.
- Consejo de Desarrollo Social (2006). Programa de Atención al Adulto Mayor. En *Cuadernos del Consejo de Desarrollo Social*. Monterrey: Consejo de Desarrollo Social de Nuevo León.
- Creswell, J. (2009). *Research Design. Qualitative, quantitative, and Mixed Methods approaches*. California: Sage Publications.
- Dabas, E.N. (1993). *Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Ed. Paidós
- De Beauvoir, S. (1970). *La Vejez*. Buenos Aires: Sudamericana
- (1993). *Una muerte muy dulce*. México: Ed. Hermes

- Delicado, V. (2006) [En línea]. Características sociodemográficas y motivación de las Cuidadoras de personas dependientes. En *Praxis Sociológica*, (10): 200–234. Universidad de Castilla-La Mancha, Fac. de Ciencias Jurídicas y Sociales. Disponible en http://www.praxissociologica.org/_Praxis/documents/Revista_n6.pdf (Página consultada el 14 de noviembre de 2008).
- Denzin, N. (1970). *The Research Act*. Chicago: Aldine.
- De los Reyes, M. (s/f) [En línea]. *Identidad y Exclusión de la Vejez en la Sociedad Globalizada*. Disponible en <http://www.redadultosmayores.cor.ar/> (Página consultada el 23 de noviembre de 2006).
- Deví, J. y I. Ruiz (2002) [En línea]. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador enfermo con demencia. En *Mult Gerontol*, 12(1): 31–37. Disponible en http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2002_1/g-12-1-005.pdf (Página consultada el 18 de diciembre de 2007).
- Díaz, R. M. (2006) [En línea]. Visibilizando a las mujeres en los contextos de dependencia. En *Comunicación e Ciudadanía*. Disponible en <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200611/comunicacions/artigo6.pdf> (Página consultada el 23 de marzo de 2007).
- Díaz, R. (2007) [En línea]. El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. En *Cipra. Círculo de Psicoterapia Cognitivo-Constructivista*. Disponible en: www.cipra.cl/documentos/Narrativa%20y%20psicoterapia%20constructivista%20y%20 (Página consultada el 2 de febrero 2009).
- Dorantes, G., J. Ávila, S. Mejía y L. M. Gutiérrez (2007) [En línea]. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. En *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1):1–11. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf> (página consultada el 23 de mayo de 2008).
- Drewer, W.; J. Winslade y G. Monk (2000). Resisting the dominating story: toward a deeper understanding of narrative therapy. En *Construction of Disorder*. R. A. Neimeyer y J. Raskin (ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Efran, J. S. y R. L. Fauber (1998). El constructivismo radical: preguntas y respuestas. En, *Constructivismo en Psicoterapia*. Robert Neimeyer y Michael Mahoney (comp.). Barcelona: Paidós.
- Engler, T. y Peláez, M. (2002). Pasos hacia una nueva cultura y praxis del envejecimiento. En *Más vale por viejo. Lecciones de longevidad en un estudio en el cono sur*. Tomas Engler y Martha Peláez, (ed.), cap. 11, pp. 231-265. BID-OPS: Washington, D.C.
- Enriquez, R. y Aldrete, A. (2006). Envejecimiento y redes de apoyo social en contextos urbanos de pobreza extrema: un estudio de caso. En *Alternancia, políticas sociales y*

desarrollo regional en México, Gerardo Ordóñez, Rocío Enríquez, Ignacio Román y Enrique Valencia (coord.). Guadalajara: COLEF, ITESO, Univ. de Guadalajara.

- Erikson, E. (1970). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Ed. Hormé.
- Estes, C. (2001). *Social Policy & Aging*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Estrada Inda, L. (1991). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Fericgla, J. M. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Herder.
- Fernández, L. y L. Reyes (1996) [En línea]. La Vejez y su Representación Social: Estudio de Casos. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Disponible en www.ipasme.gob.ve/modules.php?name=seguridad_sociayfile=seguridad_social/temas/adultomayor/venezuela (Página consultada el 17 de julio de 2006).
- Finch, J. y J. Mason (2005). *Obligaciones de parentesco en la Inglaterra contemporánea: ¿Hay acuerdos normativos?* Documento revisado en la clase de Familia y Política Social. FTS-UANL, 2005.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata
- Gadamer, G. (2005). *Verdad y Método*. (3ª ed). Salamanca: Ediciones Sígueme.
- García, A.; J. Rabadán y A. Sánchez (2006). *Dependencia y Vejez. Una aproximación al debate social*. Madrid: Arán Ediciones.
- Gardner, D. K. y E. Helemes (2006) [En línea]. Interpersonal dependency in older adults and the risks of developing mood and mobility problems when receiving care at home. En *Aging y Mental Health*, 10(1): 63–68. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338816> (Página consultada el 12 de diciembre de 2007).
- Gastrón, L.; J. Vujosevich; H. Andrés y J. Odone (2003) [En línea]. *La vejez como objeto de las representaciones sociales*. Disponible en <http://www.redadultosmayores.com.ar/> (Página consultada el 13 de marzo de 2007).
- Gergen, K. (1985) [En línea]. The social constructionist movement in modern psychology. En *Construccionismo y constructivismo: dos extremos de la cuerda floja*. Boletín de Psicología, (69). E. Laso; A. Ponce y E. Jubes, Dic. 2000. Disponible en estebanlaso.com/pdfs/constructivismo-construccionismo.pdf (Página consultada el 2 de febrero de 2009).
- (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. y M. Gergen (2006a) [En línea]. *The New Aging: Self Construction and Social Values*. Disponible en <http://www.swarthmore.edu/Soc.Sci/kgergen1/web/page.phtml?id=manu16yst=manuscriptyhf=1> (Página consultada el 23 de octubre, 2006).
- Gergen, K. (2006b). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.

- Gil Calvo, E. (2003). *El Poder Gris. Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Mondadori.
- Gil M., J. y S. Schmidt (2002). *Análisis de Redes. Aplicaciones en Ciencias Sociales*. México: Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, UNAM.
- Giménez, G. (1992). La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. En *Versión*, no. 2, Univ. Autónoma Metropolitana.
- Glasser, B. y A. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Paidós.
- Gomes, C. (2001). *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica*. México: FLACSO y Grupo Editorial Porrúa.
- – (2006) [En línea]. Sistemas de protección social en salud para el adulto mayor. Trabajo presentado en el *Foro Inter-Académico en Problemas de Salud Global* por la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM) Disponible en www.anm.org.ve/FTPANM/online/2006/Foro_México/inversión%20en%20investigación.pdf (Página consultada el 8 de marzo de 2007).
- Gomez, M. C. y Montes de Oca (2004). Ageing in Mexico. Families, informal care and reciprocity. En *Living Longer, Ageing, Development and Social Protection*. Peter Lloyd-Sherlock (ed.). ZED Books. 230–248.
- Gómez, V. (2004) [En línea]. *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de costa Rica*. Tesis de Maestría, Universidad de Costa Rica, San Jorge de Costa Rica. Disponible en http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_rocampo.pdf (Página consultada el 4 de febrero de 2007).
- González, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad*. México: McGraw Hill.
- Graham, H. (1983). Caring: a labour of love, en Janet Finch y Dulcie Groves (eds.), *A labour of love*; Londres, Routledge. En *La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social*. Leticia Robles. Revista *Papeles de Población*, (45): 49–69, 2005. Toluca: Universidad Autónoma del Edo. de México.
- – (2000). El bienestar del sector informal. ¿Una crisis de cuidado? Artículo revisado en la Clase de Familia y Política social.
- Gutiérrez, L. (2004) [En línea]. La Salud del Anciano en México y la Nueva Epidemiología del Envejecimiento. En *La situación demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm26.pdf> (Página consultada el 26 de octubre, 2006).

- Gutiérrez, L.M. y E. J. García (2005) [En línea]. Salud y Envejecimiento de la Población en México. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Populations Age Structure. Population Division. Department of Economic and Social Affairs. United Nations Secretariat. Disponible en http://www.un.org/esa/population/meetings/EGMPopAge/15_Gutierrez_Garcia.pdf (Página consultada el 4 de febrero de 2008).
- Gutmann, D. (1994). *Reclaimed powers: men and women in later life*. Chicago: Northwestern University Press.
- Guzmán, A. y J. Alvarado (2009). *Fases y operaciones metodológicas en la investigación educativa*. Durango, México: COCYTED-ICED
- Guzmán, J. M. (2002). Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie *Población y Desarrollo*. CEPALC-ECLAC.
- Guzmán J. M. y S. Huenchuan (2005) [En línea]. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. Ponencia presentada en la *Reunión de Expertos 'Políticas Hacia las Familias, Protección e Inclusión Sociales'*. CEPALC, 28 y 29 de junio de 2005. Disponible en www.eclac.org/dds/noticias/paginas/2/21682/JGuzman_SHuenchuan.pdf (Página consultada el 21 de octubre de 2007).
- Ham, Ch. R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Colegio de la Frontera Norte.
- Hareven, T. K. (1995) [En línea]. Changing images of aging and the social construction of the life course, pp. 119-134. En *Images of Aging: Cultural Representations of Later Life*. M. Featherstone y A. Wernick (eds.). London: Routledge. Disponible en <http://www.questiaschool.com/read/108339653> (Página consultada el 21 de mayo de 2006).
- Harris, S.R. (2006) [En línea]. Social Constructionism and Social Inequality. An Introduction to a Special Issue of JCE. En *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(3): 223–235, June 2006. Saint Louis University. Disponible en <http://jfi.sagepub.com> (Página consultada el 6 de mayo de 2008).
- Help Age Internacional (2002). *Estado mundial de las personas mayores 2002*. Londres: Autor.
- Hernández, E. y González, A. (2000). Cáncer cervicouterino: una mirada desde la perspectiva de género. En *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. F. Mercado y T. Torres. Guadalajara: Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdez
- Hidalgo, G. J., (2001). *El envejecimiento. Aspectos Sociales*. San Jorge de Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz Editores.

- Huenchuan, S. (1999). [en línea] De objetos de protección a sujetos de derechos. Las políticas de vejez en Europa y en Estados Unidos. En *Revista de Trabajo Social Perspectivas. Notas sobre intervención y acción social*. No. 8 Disponible en http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/JURID025_H... (Página consultada el 3 de noviembre de 2007).
- (2004) [En línea]. Pobreza y Redes de Apoyo en la Vejez. Acercamiento desde las Diferencias de Género. Trabajo presentado en el *I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, realizado en Brasil. Disponible en http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_410.PDF (Página consultada el 10 de noviembre de 2006).
- y Roqué, M. (2009) [En línea]. A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento. En *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* CEPAL-UNFPA. Disponible en http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/36631/W263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf#page=8 (Página consultada el 12 de enero de 2010).
- Ibarra, A. (1995). Epistemología, moral y maternidad. En *Debate Feminista*, II (6), abril, 1995.
- INEGI (2001) [En línea]. *XII Censo general de población y vivienda*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espa%F1ol/tematicos/mediano/med.asp>. (Página consultada el 6 de marzo 2004).
- (2005) *Los Adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- IMERSO (2006) [En línea]. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidades de servicios. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Fundación SAR. Disponible en <http://www.seg-social.es/imerso/investigacion/estud2006/caldep.pdf> (Página consultada el 15 de noviembre de 2008).
- INAPAM (2002), Ley de las personas adultas mayores [en línea]. Disponible en: <http://www.INAPAM.gob.mx/INAPAM/leypersonasadultosmayores.doc>.
- Irigoyen, B.A.; A. Goñi y A. Biurrun (2002) [En línea]. Estrategias de afrontamiento de las Cuidadoras informales del paciente con demencia. En *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (60-61). Disponible en <http://www.editorialmedica.com/Cuader-60-61-Trabaj6.pdf> (Página consultada el 4 de mayo de 2006).
- Izal, M. y I. Montorio (1999). *Gerontología Conductual*. Madrid: IMERSO.
- Jaramillo, Guillermo (2003) [En línea]. ¿Qué es Epistemología? Mi mirar epistemológico y el progreso de la ciencia. *Cinta de Moebio*. No. 18. Diciembre 2003 Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.moebio.uchile.cl/18/frames01.htm> (Página consultada el 7 de junio 2004).

- Jenson, J. y S. Jacobzone (1999) [En línea]. Head of Publications Service. OECD. En *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, (38). Directorate for Education, Employment and Social Affairs. Disponible en <http://www.oecd.org> (Página consultada el 12 de noviembre de 2008).
- Kehl, S. y J. M. Fernández (2001) [En línea]. La construcción social de la vejez. En *Cuadernos de Trabajo Social*, (14): 125–61. <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUT50101110125A.PDF> (Página consultada el 21 de febrero de 2007).
- Kim, E. Y. y Ch. Kim (2004) [En línea]. Who wants to enter a long-term care facility in a rapidly aging non western society? Attitudes of older Koreans toward long-term care facilities. En *International Health Affairs*. The American Geriatrics Society. Disponible en <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jgs/2004/00000052/00000012/art00024?crawler=true> (Página consultada el 30 de junio de 2007).
- Kittay, E. (1999) [En línea]. *Love's Labour. Essays on Women, Equality and Dependence*. Nueva Cork: Routledge. Disponible en <http://www.smatthewliao.com/texts/kittay.PDF> (Página consultada el 24 de marzo de 2005).
- Kohly, F. D. (1990) [En línea]. The construction of meaning in old age: possibilities and constraints. En *Ageing and Society*, (10): 279–294. Sage Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 17 de marzo de 2009).
- Knopoff, R. Santagostino, L. y Zarebsky, G. (2004). Resiliencia y envejecimiento. En *Resiliencia y subetividad*. Aldo Mellillo, Nestor Suárez y Daniel Rodríguez (comp). Ed. Paidós: Buenos Aires.
- Kopito, M. y S. Greenberg (1995) [En línea]. Reframing Dependence in Old Age: A Positive Transition for Families. En *Social Work Journal*, 40(3). Mayo 1995. Disponible en www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/recordDetail?accno=EJ507890-20k (Página consultada el 13 de junio de 2006).
- Krassoievitch, M. (2005). *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1977). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor.
- Lan, P. (2002) [En línea]. Subcontracting filial piety. Elder care in ethnic chinnese immigrant families in California. En *Journal of Family Issues*, 23(7); 812–835. Sage Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 3 de abril 2009).
- Laso, E.; A. Ponce y E. Jubes (2000) [En línea]. Construccinismo y constructivismo: dos extremos de la cuerda floja. En *Boletín de Psicología*, (69), Dic. 2000. Disponible en estebanlaso.com/pdfs/constructivismo-construccinismo.pdf (Página consultada el 2 de febrero de 2009).
- Lazarus, R. (2000a). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- – (2000b). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. Buenos Aires: Paidós.

- Lehr, U. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Lipovetsky, G. (2008). *El crepúsculo del deber*. (2ª ed.). Barcelona: Anagrama.
- López, G. (2005) [En línea]. Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro. Catalunya: *Estudios Caixa*. Disponible en <http://www.caixacatalunya.es/caixacat/es/ccpublic/particulars/publica/pdf/estudi02.pdf> (Página consultada el 19 de noviembre de 2008).
- Lorber, J. (1994) [En línea]. Paradoxes of gender. En *BNET Research Center*. New Haven y London: Yale University Press. Disponible en http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_n9-10_v34/ai_18781908/pg_2 (Página consultada el 14 de marzo de 2006).
- Lozano D. (1999). Programas de apoyo familiar frente a la salud y el envejecimiento. En *El Envejecimiento en México: retos y perspectivas*. México: CONAPO.
- Ludi, C. (2005). *Envejecer en un contexto de (des)protección social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. (2000). Core ordering and disordering processes: a constructive view of psychological development. En *Construction of Disorder*. Robert A. Neimeyer y Jonathan Raskin (ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Maier, E. (2001) [En línea]. *El mito de la Madre*. Disponible en www.colef.mx/Publicaciones/PublicacionesInicioFicha.asp? (Página consultada el 16 de julio 2007).
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. México: Trillas.
- Martínez, M. A. (2002) [En línea]. Las familias ya no podemos más. Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan enfermos crónicos graves. En *Revista del Ministerio y Asuntos sociales*, (35): 145–16, ISSN 1137-5868. Disponible en <http://www.mtas.es/publica/revista/numeros/35/Informes1.pdf> (Página consultada el 30 de agosto de 2007).
- Martínez, J. L. (2000). *Economía del Envejecimiento. Calidad y financiación de los Cuidados Prolongados para los Ancianos*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Mathieson, C. M., y H. J. Stam (1995) [En línea]. Renegotiating identity: cancer narratives. En *Sociology of Health de Illnes*, 17(3): 283–306. Disponible en <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119244783/abstract?> (Página consultada el 2 de junio de 2008).
- Mercado, F., Robles, L., Ramos, I., Moreno, N. y Alcántara, E. (1999) [En línea]. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cuadernos de Salud Pública, Río de Janeiro*. Vol 15 (1), pp. 179-186.

- Mills, W. (1986). *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mitchel, R, y Charmaz, K. (1996) [En línea]. Telling Tales, Writing Stories, Postmodernist Visions and Realist Images in Ethnographic Writing. En *Journal of contemporary ethnography*, 25(1): 144–166, April 1996. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 18 de noviembre de 2008).
- Montes de Oca, V. (1996). Situaciones sociales de los viejos. En *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*. México, 1996.
- – (1998). Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. En *La población de México al final del siglo XX*. Hernández, H. y C. Menkes (Coords.). V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. México: SOMEDE, CRIM-UNAM: 485-500.
- – (1999). Olvidos sociales y retos previsibles. La investigación sociológica de la vejez. En *Iztapalapa*, (47): 299–326. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- – (2000). Envejecimiento y desarrollo: un nuevo reto para gobiernos y sociedades pobres. En *Problemas contemporáneos de la población mexicana*. Martha Vera (coord.). Toluca: El Colegio Mexiquense.
- – (2001a). Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México. En *Estudios Demográficos y Urbanos*, 16(3): 585–613. México: El Colegio de México.
- – (2001b). *Las personas adultas mayores y sus apoyos informales*. En *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*. México: 34–35.
- – (2004). Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo en el interior del hogar. En *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: UNAM: 519–563.
- – (2005). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- – (2006). Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional. Conferencia dictada en el *Foro Regional de Organizaciones de la Sociedad Civil de América Latina y el Caribe sobre envejecimiento*. Brasilia; 1 al 3 de Diciembre de 2007.
- Montes de Oca, V. y M. Hebrero (2006). Eventos cruciales en ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. En *Papeles de Población*, (50): 97–116. CEAP/UAEM,.
- Montorio, I. y A. Losada (2004). *Una Visión Psicosocial de la Dependencia. Desafiando la Perspectiva Tradicional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montorio, I.; M. I. Fernández; A. López y M. Sánchez (1998) [En línea]. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. En *Anales de Psicología*. 14(2): 229–248. Universidad de Murcia. Disponible en

- http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf (Página consultada el 23 de mayo de 2006).
- Montoro, R. (1998). Fundamentos Teóricos de la Política Social. En: *Política Social*. Carmen Alemán Bracho, y José Garcés Ferrer (coords.), cap. 2, pp. 33-49. McGraw Hill: Madrid.
- Mora, M. (2002) [En línea]. La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. En *Athenea Digital*, (2). Disponible en <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf> (Página consultada el 12 de abril de 2006).
- Moragas, R. (1999). *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder.
- Moragas, R.; R. C. Allué y G.I.E. (2003). *El coste de la dependencia al envejecer*. España: Herder.
- Morse, J. y otros (2002) [En línea]. Verifications strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. En *International Journal of Qualitative Methods*. Disponible en <http://www.ualberta.ca/~ijgm> (Página consultada el 12 de abril de 2006).
- Morro, L. (2000). Seneca on old age. En *Cuadernos de filosofía clásica. Estudios latinos*, No. 19: 125–139.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- Muñoz, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. España: Pirámide.
- Muñoz, O. C.; García, y L. Durán (2004) [En línea]. *La Salud del adulto Mayor. Temas y debates*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en <http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/publin1/index/assoc/HASHd0ef.dir/doc.pdf> (Página consultada el 29 de noviembre de 2004).
- Neurgarten, B. (1999). *Los Significados de la Edad*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self. En *Construction of Disorder*. Robert A. Neimeyer y Jonathan Raskin (ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- OCDE (2005) [En línea]. Long-term Care for Older People. Disponible en www.oecd.org/health/longtermcare (Página consultada el 12 de noviembre de 2008)
- – (2006) [En línea]. Projecting OCDE health and long-term care expenditure: what are the main drivers? Disponible en www.oecd.org/health/longtermcare (Página consultada el 12 de noviembre de 2008)
- – (2006) [En línea]. *Disability Trends and Costs of Care for Older Populations*. Paris: OCDE. Disponible en www.oecd.org/health/longtermcare (Página consultada el 12 de noviembre de 2008).
- – (2007) [En línea]. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. En *OECD Health*

- Working Papers*, (26). Disponible en www.oecd.org/health/longtermcare (Página consultada el 12 de noviembre de 2008).
- Offe, C. (1991). *Contradicciones del Estado del Bienestar*. México: Ed. Alianza y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Olaiz-Fernández G, J. Rivera-Dommarco, M. Hernández-Avila, T. Shamah-Levy, R. Rojas, S. Villalpando-Hernández, J. Sepúlveda-Amor. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- ONU (1999) [En línea]. *Derechos humanos y personas de edad*. Disponible en <http://www.onu.org> (Página consultada el 27 de octubre de 2005).
- OPS (2006) [En línea]. “Vinculan ansiedad intensa con el riesgo de morir en adultos mayores de una población multiétnica”. En *Revista Panamericana de la Salud*, Vol. 19, (5), pp. 349. <http://journal.paho.org/index.php?aID=449> (Página consultada el 13 de julio de 2007).
- Ordoñez, G. (2003). Hacia el Estado de bienestar en México: una propuesta de agenda mínima para el desarrollo. En *Hacia la transformación de la política social en México*. Vol. único, pp. 23-51. U. de G./ITESO/UNICEF/SEDESOL: Guadalajara, Mexico.
- Orozco, I. (2006). Imágenes de la vejez. En *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. Robles, Vázquez, Reyes y Orozco, pp. 221-246). México: El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdez.
- O’Shea, E. (2003) [En línea]. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. En *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, (6), febrero 2006. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf> (Página consultada el 12 de marzo de 2006).
- Osorio, P. (2006) [En línea]. La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. En *Papeles del CEIC*, (22). Disponible en: <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/22.pdf> (Página consultada el 12 de septiembre de 2006).
- Otero, A.; M. V. Zunzunegui; A. Rodríguez; M. D. Aguilar y P. Lázaro (2004) [En línea]. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. En *Revista Española de Salud Pública*, V. 78, No. 2, pp. 201-213. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000200007yscript=sci_arttext (Página consultada el 12 de octubre de 2006).
- Páez, D. y A. Echebarría (1989). *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Passanante, M.I. (1983). *Políticas sociales para la tercera edad*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- Patient, D.; T. Lawrence y S. Maitlis (2003) [En línea]. Understanding workplace envy through narrative fiction. En *Organization Studies*, 24(7), 1015-1044. Sage,

- Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 12 de febrero de 2009).
- Pautassi, L. (2008). Nuevos desafíos para el abordaje del cuidado desde el enfoque de derechos. En *Futuro de las familias y desafío para las políticas*. Irma Arriagada (ed). Serie Seminarios y Conferencias, (52), CEPAL, Santiago de Chile: ONU.
- Pérez, J. (2000). Envejecimiento poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de cuidados. En *II Jornada Gerontológica. Recursos Asistenciales*. Pamplona, 25 de octubre de 2000.
- Pérez, M. y J. Yanguas (1998) [En línea]. Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. En *Anales de Psicología*, 14: 51–104. Disponible en http://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv09v14-1.pdf (Página consultada el 26 de octubre, 2006).
- Pérez, J. y G. Brenes (2006) [En línea]. Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. En *Estudios demográficos y Urbanos*, 21(3) (63): 625–661. Disponible en <http://148.215.1.:89/redalyc/pdf/f312/31200303.pdf> (Página consultada el 23 de diciembre de 2007).
- Peters, S. (1998). La política de la identidad de la discapacidad. En *Discapacidad y sociedad*. Len Barton (comp.), cap. XI, pp. 230-249. Ediciones Morata: Madrid.
- Pinazo, S. y J. Bueno (2004) [En línea]. Reflexiones acerca del final de la vida. Un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años. En *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*; 14(1): 22-56. Disponible en http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_1/g-14-1-004.pdf (Página consultada el 16 de julio de 2007).
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 [En línea]. Eje 3. Igualdad de Oportunidades. Disponible en <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=igualdad-de-oportunidades> (Página consultada el 12 de enero de 2008).
- Powell, J. L. (2001). Theorising Social Gerontology: The case of Social Philosophies of Age. En *Sincronía*. Guadalajara: Departamento de Letras, Centro Universitarios de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Ramírez, B. y R. Anzaldúa (2005). *Subjetividad y relación educativa*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.
- Reyes, J. (2006) [En línea]. Cuidados prolongados y vejez en la ciudad de México: un diagnóstico situacional. Trabajo presentado en el *Foro Inter-Académico en Problemas de Salud Global* por la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal (ALANAM). Disponible en www.anm.org.ve/FTPANM/online/2006/Foro_México/inversión%20%en%20investigación.pdf (Página consultada el 8 de marzo de 2007).

- Ribeiro, M. (2002). Vejez, Familia y Política Social. En *Revista Perspectivas Sociales*, 4(1): 147–168, Otoño de 2002.
- (2004). *Hacia una política social de la Familia*. Senado de la República.
- Riera, J. (2005). *Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas la edades*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Riessman, C. K. (2001) [En línea]. Analysis of personal narrative. En *Handbook of Interviewing*. J. F. Gubrium y J. A. Holstein (eds.). Sage Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 18 de noviembre de 2008).
- Rivera, J. y Y. Garza (2005). *Gerontología Social*. Cd. Victoria, Tamaulipas: Universidad Autónoma de Tamaulipas.
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia*. Madrid: Consejo Económico y Social y Comunidad de Madrid.
- Robles, L. (s/f). [En línea] El Cuidado de los Ancianos: de por qué es mejor una mujer. Santiago de Chile: 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*. Disponible en www.debate.iteso.mx/Numero12/Articulos/Nec.htm (Página consultada el 23 de enero de 2007).
- (2001) [En línea]. El fenómeno de las Cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. En *Estudios Demográficos y Urbanos*, no. 048, pp. 561-584. México: El Colegio de México. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx> (Página consultada el 21 de abril, 2007).
- (2003) [En línea]. 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*. Disponible en www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALIDO19.pdf (Página consultada el 18 de enero de 2007).
- (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. En *Papeles de Población*, (45): 49–69. Toluca: Universidad Autónoma del Edo. de México.
- (2006) [En línea]. La Vejez. Nuevos Actores, Relaciones Sociales y Demandas Políticas. En *Relaciones*, XXVII(105). El Colegio de Michoacán. Disponible en: <http://www.colmich.edu.mx/relaciones/105/pdf/LeticiaRoblesSilva.pdf> (Página consultada el 23 de enero de 2007).
- Robles, L.; F. Vázquez; L. Reyes e I. Orozco (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. México: El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdez.
- (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: Editorial Universitaria.

- Rodríguez, T. (2003) [En línea]. El Debate de las Representaciones Sociales en la Psicología Social. En *Revista Relaciones*, 34(39): 51–80. El Colegio de Michoacán. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/dgbuanl/Doc?id=10147411yppg=2> (Página consultada el 9 de mayo de 2007).
- Rodríguez, T. (2006) [En línea]. El Debate de las Representaciones Sociales en la Psicología Social. En *Revista Relaciones*, 34(39): 51-80. El Colegio de Michoacán. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/dgbuanl/Doc?id=10147411yppg=2> (página consultada el 30 de enero de 2008).
- Rodríguez, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En *Representaciones Sociales. Teoría e Investigación*. Tania Rodríguez Salazar y Ma. de Lourdes García Curiel. Guadalajara: Univ. de Guadalajara.
- Roudinesco, E. y M. Plon (1976). *Diccionario de Psicoanálisis*. México: Paidós.
- Rowland, D. T. (1982) [En línea]. The vulnerability of the aged in Sidney. En *Journal of Sociology*, 18:229. Disponible en <http://jos.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/2/229> (Página consultada el 27 de octubre de 2008).
- Saad, P. (2003) [En línea]. Transferencias informales de apoyo a los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Estudio comparativo en encuestas. En *Notas de Población*, (77), CELADE-CEPAL, Santiago de Chile. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/25874/lcg2276-P5.pdf> (Página consultada el 23 de octubre de 2007).
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., Elbert, R. (2005) [En línea]. Recomendaciones para la redacción del marco teórico, los objetivos y la propuesta metodológica de proyectos de investigación en ciencias sociales. En *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO, Colección Campus Virtual. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/libros/campus-metodo/RSCapitulo3.pdf>. (Página consultada el 2 de abril de 2007).
- Sánchez, C. (2005). Familia y persona de edad mayor. En *Memorias del II Seminario Centroamérica y el Caribe*. Puerto Rico: Red de Estudios de la Vejez. Atlantea: 1-19.
- SEDESOL (2005). Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. México: Secretaría de Desarrollo Social.
- Sevenhuijsen, S. (1998) [En línea]. Too good to be true? En *IWM Working Papers*, no. 3, 1998. Viena: IWM Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).
- – (1999) [En línea]. Citizens and the Ethics of Care. Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics. En *The Journal of Politics*, 61(4): 1199–1201. Disponible en [http://links.jstor.org/sici?sici=0022-3816\(199911\)61%3A4%3C1199%3ACATEOC%3E2.0.CO%3B2-K](http://links.jstor.org/sici?sici=0022-3816(199911)61%3A4%3C1199%3ACATEOC%3E2.0.CO%3B2-K) (Página consultada el 14 de marzo de 2006).

- (2003) [En línea]. The place of care: The relevance of the feminist ethic of care for social policy. En *Feminist Theory*, 4(2): 179–197. Londres: SAGE Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).
- Severini, S. (2002). *Trabajo Social y Mundialización*. Madrid: Ed. Espacio
- Svab, A. (2007) [En línea]. Combining work and family life in Slovenia: an ethic of care perspective for normative policy analysis. En *ZAGREB GOD*, 16: 4–5 (90–91), STR 95–987. University of Ljubljana, Slovenia. Disponible en www.questia.com (Página consultada el 2 de mayo de 2009).
- Sluzky, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Solís, P. (1999) [En línea]. El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario e implicaciones en el apoyo familiar y social a los ancianos. En *Papeles de Población*, (19): 43–63. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11201904.pdf> (Página consultada el 12 de septiembre de 2007).
- SSA (2001) [En línea]. Programa de Atención al Envejecimiento. Disponible en www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf (Página consultada el 12 de enero de 2008).
- (2008). Programa de atención al Envejecimiento 2008. Durango, México: Autor.
- Szasz, I. y S. Lerner (2002). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Tanner, D. y Harris, J. (2008). *Working with older people*. New York: Routledge
- Tena, O. (2006). Valoración Retrospectiva y Prospectiva del Ejercicio de la Paternidad a Partir de la Experiencia de Hijos Adultos en Soltería. Historia de Caso. En *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. Juan Guillermo Figueroa, Lucero Jiménez y Olivia Tena (coords.). México: El Colegio de México: 285-320.
- Treviño, S.; B. Pelcastre y M. Márquez (2006). Experiencias del Envejecimiento en el México Rural. En *Revista Salud Pública de México*, 48(1), enero-febrero de 2006.
- Tryssenaar, J. y M. Tremblay (2002) [En línea]. Againg with a serious disability in rural Northern Ontario: family members' experiences. En *Psychiatric Rehabilitation Journal*; Winter, 2002; 25, 3, ProQuest Medical Library. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&yuid=11859998&cmd=showdetailview&index=google (Página consultada el 18 de diciembre de 2007).
- Tuirán R. (1999) [En línea]. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. Disponible en www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm00.pdf (Página consultada el 24 de septiembre de 2005).

- Tulle, E. (2008) [En línea]. The ageing body and the ontology of ageing: athletic competence in later life. En *Body and Society*, 14(3): 1–19. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, P. F. (2003). *Contando nuestros días. Un estudio antropológico de la vejez*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Villarreal, M. (2005) [En línea]. La legislación a favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. CELADE – División de Población de la CEPALC/ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Santiago de Chile, diciembre de 2005. Disponible en <http://www.ccp.ucr.ac.cr/bup/pdf/CEPALC/lcl2468-P.pdf> (Página consultada el 17 de marzo de 2007).
- Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y atención social*. Barcelona: Ed. Herder.
- Waerness, K. (2001) [En línea]. Social Research, political theory and ethics of care. En *Research Review*, 17(1): 5–16. London: SAGE Publications. Disponible en www.sagepublications.com (Página consultada el 30 de abril de 2009).
- Wagner, W. y F. Elejabarrieta (1994). Representaciones Sociales. En *Psicología Social*. J. F. Morales, (Coord.). Madrid: McGraw-Hill.
- – (1998) [En línea]. Social Representations and beyond: Brute facts, symbolic coping and domesticated worlds. *Culture & Psychology*, 4, pp 297-329. Disponible en <http://www.questiaschool.com/read/108339653> (Página consultada el 12 de abril de 2008).
- – y N. Hayes (2005). *Every Day Discourse and Common Sense-The Theory of Social Representations*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Walter, A. y C. Walter (1998) [En línea]. Normalisation and “Normal” Ageing: the social construction of dependency among older people with learning difficulties. En *Disability y Society*, 13(1): 125–142. Disponible en www.ingentaconnect.com/search/expand?pub=infobike://carfax/cdso/1998/00000013/0000001/art00008yunc= (Página consultada el 23 de junio de 2007).
- Wang, F. T. Y. (2001). Resistencia y tercera edad. En *Foucault y el Trabajo Social*. Granada: Ed. Maristán.
- Winter, G. (2000) [En línea]. A comparative discussion of the notion of validity in qualitative research. En *The Qualitative Report*. Disponible en <http://www.nova.edu/ssw/QR4-winter.html> (Página consultada el 11 de abril de 2006).
- Wong, R. y M. Espinoza (2002). Bienestar económico de la población de edad media y avanzada en México: Primeros resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. 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*. Santiago de Chile.

- Wong, R.; M. Espinoza y A. Palloni (2005) [En línea]. Salud de Adultos Mayores en un Contexto Socioeconómico Amplio: el Estudio Nacional de salud y Envejecimiento en México. En *Revista de Salud Pública de México*, Agosto, 2005. Disponible en <http://www.exbecarios.org/documentos/SaluddeAdultosMayoresMonicaEspinoza.pdf> (Página consultada el 2 de febrero de 2008).
- Yanes, R. P. (1999) [En línea]. Una ciudad para todas las edades. En *El Envejecimiento en México: retos y perspectivas*. Disponible en www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm00.pdf (Página consultada el 24 de septiembre de 2005).
- Zunzunegui, V., Pinzón, S., Béland, F., Pantelides, E., Albarla, C., Prats, O., (2002). Estado de salud, capacidad funcional y necesidades. En Engler, T. y Pélaez, M. (Eds.) *Más vale por Viejo*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario para el adulto mayor

CUESTIONARIO PARA EL ADULTO MAYOR

No. Caso _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1. Nombre: _____

2. Domicilio: _____

3. Edad: _____

4. Sexo:

1) Femenino 2) Masculino

5. Estado Civil:

1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a)

5) Unión libre

6. Escolaridad:

1) Sin instrucción 2) Prim. incompleta 3) Prim. completa
4) Secundaria inc. 5) Sec. Completa 6) Bach. o carrera técnica
7) Licenciatura o más 0) No sabe o no contestó

HISTORIA LABORAL:

7. ¿Qué tipo de empleos tuvo durante su vida laboral?

1) Formales 2) Informales 3) Ambos
4) No tuvo empleos 0) No sabe o no contestó

8. ¿A qué edad dejó de trabajar? _____

9. ¿Realiza alguna actividad u ocupación actualmente? (que le genere algún ingreso)

1) Sí 2) No

SEGURIDAD SOCIAL:

10. ¿Tiene algún tipo de pensión?

1) Sí 2) No 3) No sabe o no contestó
(en caso afirmativo pase a la siguiente pregunta)
(en caso negativo pase a la pregunta 13)

11. Institución que otorga la pensión:

1) IMSS 2) ISSSTE 3) PEMEX 4) E.U.
5) Otro 0) no sabe o no contestó

12. La pensión la tiene porque:

1) Fue el trabajador 2) Lo adquirió por su cuenta 3) Por su cónyuge
4) Por uno de sus hijos 5) Otro 0) no sabe o no contestó

INGRESOS**13. ¿Cuenta con algún tipo de ingreso?**

- 1) Sí 2) No 0) No sabe o no contestó

14. ¿De dónde proviene su principal fuente de ingresos?

- 1) Pensión 2) Cónyuge 3) Hijos 4) Otros familiares
 5) Ahorros 6) Rentas 7) Pensión E.U.
 8) Apoyo de programas sociales ¿cuál? _____
 9) Otro
 0) No sabe o no contestó

15. ¿A cuánto ascienden sus ingresos?

- 1) De 1 a 500 pesos 2) De 501 a 1000 pesos 3) De 1001 a 1500 pesos
 4) De 1501 a 2000 pesos 5) De 2001 a 2500 pesos 6) De 2501 a 3000 pesos
 7) De 3001 a 5000 pesos 8) De 5001 a 10,000 9) Más de 10,000
 10) No tiene ingresos 0) No sabe o no contestó

16. ¿A cuánto asciende su gasto mensual (aproximado)? _____**17. ¿En qué distribuye su gasto?**

- 1) En su propia manutención 2) Mantiene o ayuda a su familia
 3) Ayuda a otros parientes 4) Paga por apoyo o cuidados
 5) Otro 6) No sabe o no contestó

VIVIENDA**18. ¿Tiene vivienda propia:**

- 1) Si 2) No 0) No sabe o no contestó

19. La vivienda en la que vive actualmente es:

- 1) Propia (de usted y de su cónyuge)
 2) Rentada (por usted o por su cónyuge)
 3) Propia o rentada por uno de sus hijos que viven en la casa
 4) Propia o rentada por uno de sus hijos que no vive en la casa
 5) Prestada o rentada por otro familiar
 6) Prestada o rentada por otra persona no familiar
 7) Otro
 0) No sabe o no contestó

20. ¿Tiene otras propiedades?

- 1) Si Cuáles? _____
 2) No
 0) No sabe o no contestó

RELIGION**21. ¿Profesa alguna religión?**

- 1) Sí cuál? _____
 2) No (Pasar a la preg. 23)
 0) No sabe o no contestó

22. ¿Participa en actividades de su iglesia?

- 1) Sí ¿cuáles? _____
 2) No ¿por qué? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

23. ¿Tuvo Usted hijos?

- 1) Sí 2) No

24. En total, ¿cuántos hijos tuvo Usted? _____

25. ¿Cuántos viven actualmente? _____

26. Sus hijos son producto de:

- 1) Una sola unión 2) dos uniones 3) tres o más uniones

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

27. ¿Quiénes forman su familia? (anotar en primer lugar a la familia nuclear o de procreación vivan o no con el A.M. y después a otros integrantes en el caso de que vivan con él)

Parentesco con el A.M. (incluir al adulto mayor)	Sexo 1. Fem. 2. Masc.	Edad	Edo. civil 1 Soltero 2 Casado 3 Viudo 4 Divorciado 5 U. libre	Escolaridad 1 Sin inst. 2 Prim. inc. 3 Prim. com. 4 Sec. Inc. 5 Sec. Com. 6 Bach.-tec. 7 Lic. o más	Ocupación	Vive con el adulto mayor 1) Si 2) No	Tipo de ayuda proporcionada al A.M. 1 económica 2 cuidado 3 quehaceres dom. 4 en especie (despensa, medicina, ropa, pagos, trámites o gestiones) 5 otra 6 ninguna 7 dos o más de las anteriores

28. ¿Quién es el jefe del hogar? _____

29. ¿Hay alguna persona ajena a la familia que le dé algún tipo de ayuda de las ya mencionadas?

- 1) Sí ¿quién? _____

2) No

0) No sabe o no contestó

CONDICIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD**30. ¿Cómo percibe su estado de salud?**

1) Muy bueno 2) Bueno 3) Regular 4) Malo 5) Muy malo

0) No sabe o no contestó

31. ¿Tiene algún tipo de discapacidad motriz o física?

1) Si 2) No

32. La discapacidad motriz o física se produjo por:

1) Enfermedad crónico-degenerativa ¿Cuál? _____

2) Fractura por accidente o caída

3) Efecto natural del envejecimiento

4) Otra

0) No sabe o no contestó

33. Tiempo de padecer la discapacidad motriz:

1) De 6 meses a 1 año

2) De 1 a 3 años

3) De 3 a 5 años

4) De 5 años o más

34. ¿Donde se atiende de sus problemas de salud?:

1) IMSS

2) ISSSTE

3) SSA

4) Seguro Popular

5) Privado

6) Atención médica INAPAM

7) Remedios Caseros

8) Otro

0) No sabe o no contestó

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA FISICA**35. ¿Realiza las siguientes actividades sin ayuda, con ayuda o no las realiza?**

ACTIVIDAD	SIN AYUDA	CON AYUDA	NO LA REALIZA
Levantarse de la cama			
Caminar por la habitación			
Vestirse			
Ponerse o abrocharse los zapatos			
Peinarse			
Bañarse			
Cepillarse los dientes			
Ir al servicio			
Comer por sí mismo			
Preparar sus alimentos			

36. Comorbilidad: ¿Padece otras enfermedades (físicas o emocionales)?

- 1) Sí ¿Cuál (es)? _____
2) No
3) No sabe o no contestó

37. ¿Usa algún tratamiento actualmente?

- 1) Sí 2) No 0) no sabe o no contestó

38. ¿De qué tipo?

- 1) Farmacológico (alópata) 2) homeopatía 3) naturista 4) otro
5) combina dos o más de los anteriores 0) no sabe o no contestó

APOYOS INSTITUCIONALES**39. ¿Recibe algún tipo de ayuda institucional?**

- 1) Sí 2) No 0) No sabe o no contestó
(en caso de respuesta negativa omitir la pregunta siguiente)

40. ¿De cuál institución proviene la ayuda?

- 1) INAPAM 2) PROGRAMAS DE DIF 3) PROGRAMA DE SEDESOL
4) ONG 5) ORGANIZACIÓN POLITICA 6) ORGANIZACIÓN RELIGIOSA
7) OTRA 0) NO SABE O NO CONTESTÓ

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Anexo 2. Cuestionario para el familiar (cuidador principal)**CUESTIONARIO PARA EL FAMILIAR (CUIDADOR PRINCIPAL) No. Caso _____****DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL****1. Nombre:** _____**2. Domicilio:** _____**3. Edad:** _____**4. Sexo:**

1) Femenino 2) Masculino

5. Estado Civil:

1) Soltero(a) 2) Casado(a) 3) Viudo(a) 4) Divorciado(a)

5) Unión libre

6. Escolaridad:

1) Sin instrucción 2) Prim. incompleta 3) Prim. completa

4) Secundaria inc. 5) Sec. Completa 6) Bach. o carrera técnica

7) Licenciatura o más 0) No sabe o no contestó

DATOS LABORALES:**7. ¿Tiene empleo/ocupación actualmente?**

1) Sí ¿cuál? _____

2) No

8. ¿Anteriormente tuvo Usted algún empleo/ocupación?

1) Sí 2) No 0) no sabe o no contestó

9. ¿Cuál fue el motivo por el que dejó de trabajar?

1) Por jubilación 2) Pensión por enfermedad 3) Lo despidieron

4) Ganaba poco 5) Por cuidar a sus hijos 6) Por cuidar al adulto mayor

7) Otro

SEGURIDAD SOCIAL:**10. ¿Tiene seguridad social?**

1) Sí 2) No

(en caso afirmativo pase a la siguiente pregunta)

(en caso negativo pase a la pregunta 14)

11. Institución que otorga la seguridad social:

1) IMSS 2) ISSSTE 3) PEMEX 4) OTRO

0) no sabe o no contestó

12. La seguridad social la tiene porque:

- 1) Es el trabajador 2) Lo adquirió por su cuenta 3) Por su cónyuge
4) Por uno de sus hijos 5) Otro 0) no sabe o no contestó

13. ¿Donde se atiende de sus problemas de salud?

- 1) IMSS 2) ISSSTE 3) SSA 4) Seguro Popular
5) Privado 6) Otro 0) No sabe o no contestó

INGRESOS**14. ¿Cuenta con algún tipo de ingreso?**

- 1) Si 2) No 0) No sabe o no contestó

15. De donde proviene su principal fuente de ingresos?

- 1) Empleo 2) Cónyuge 3) Hijos 4) Otros familiares
5) Ahorros 6) Rentas 7) Pensión
8) Apoyo de programas sociales ¿cuál? _____
9) Otro
0) No sabe o no contestó

16. ¿A cuánto ascienden sus ingresos?

- 1) De 1 a 500 pesos 2) De 501 a 1000 pesos 3) De 1001 a 1500 pesos
4) De 1501 a 2000 pesos 5) De 2001 a 2500 pesos 6) De 2501 a 3000 pesos
7) De 3001 a 5000 pesos 8) De 5001 a 10,000 9) Más de 10,000
10) No tiene ingresos 0) no sabe o no contestó

17. ¿A cuánto asciende su gasto mensual? _____**18. ¿En qué distribuye su gasto?**

- 1) En su propia manutención 2) Mantiene o ayuda a su propia familia
3) Mantiene o ayuda al adulto mayor 4) Dos o más de las anteriores
5) Otra 0) No sabe o no contestó

VIVIENDA**19. ¿Tiene vivienda propia?**

- 1) Si 2) No 0) no sabe o no contestó

20. La vivienda en la que vive actualmente es:

- 1) Propia (de usted y de su cónyuge)
2) rentada (por usted o por su cónyuge)
3) prestada o rentada por uno de sus hijos que viven en la casa
4) prestada o rentada por uno de sus hijos que no vive en la casa
5) prestada o rentada por otro familiar
6) prestada o rentada por otra persona no familiar
7) del adulto mayor

RELIGION**21. ¿Profesa alguna religión?**

- 1) Sí ¿cuál? _____
2) No
0) No sabe o no contestó

COMPOSICIÓN FAMILIAR

22. ¿Quiénes forman su familia? (anotar en el cuadro)

Parentesco con el cuidador	Sexo 1. Fem. 2. Masc.	Edad	Edo. Civil 1 Soltero 2 Casado 3 Viudo 4 Divorciado 5 U. libre	Escolaridad 1 Sin inst. 2 Prim. inc. 3 Prim. com. 4 Sec. Inc. 5 Sec. Com. 6 Bach.-tec. 7 Lic. o más	Ocupación	Tipo de ayuda proporcionada al A.M. 1 económica 2 cuidado 3 quehaceres dom. 4 en especie (despensa, medicina, ropa, pagos, trámites o gestiones) 5 otra 6 ninguna 7 dos o más de las anteriores

23. ¿Quién es el jefe del hogar en que vive? _____

CONDICIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD

24. ¿Cuál es su estado de salud actual?

- 1) Muy bueno 2) Bueno 3) Regular 4) Malo
5) Muy malo 0) No sabe o no contestó

25. ¿Padece alguna enfermedad?

- 1) Sí ¿Cuál? _____
2) No
0) No sabe o no contestó

26. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?

- 1) Sí 2) No 0) No sabe o no contestó
(en caso negativo pasar a la preg. 29)

27. ¿De qué tipo?

- 1) Motriz 2) Visual 3) Auditiva 4) Lenguaje 5) Mental

28. ¿La discapacidad le limita para realizar algún tipo de actividad?

- 1) Sí ¿Cuál (es)? _____
2) No
0) no sabe o no contestó

29. ¿Usa algún tratamiento o medicamento actualmente?

- 1) Sí ¿cuál(es)? _____
2) No
0) no sabe o no contestó

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

Anexo 3. Guía de entrevista para el adulto mayor

Tema o categoría	Dimensión cognitiva	Dimensión emocional-afectiva	Dimensión conductual
<i>Percepción de la cuarta edad</i>	<p>*Explorar significados y creencias atribuidas a la vejez con deterioro</p> <p><i>¿Cómo es para usted la experiencia de la vejez?</i> <i>¿De qué forma ha impactado la enfermedad en su vida cotidiana?</i> <i>¿Qué ha sucedido en sus relaciones familiares a partir de la falta de autonomía?</i> <i>¿Ha cambiado la idea que tiene de sí mismo?</i></p> <p>*Explorar la experiencia desde el rol familiar y de género. <i>¿Qué cambios han sucedido en su familia a consecuencia de su enfermedad?</i> <i>¿De qué manera le ha afectado?</i> <i>¿En qué forma esta experiencia puede ser igual o diferente para hombres y mujeres?</i></p>	<p>*Explorar emociones y sentimientos que surgen como parte de su vivencia</p> <p><i>¿Cuáles son las emociones más frecuentes que ha tenido desde que está enfermo?</i> <i>¿Cómo se siente consigo mismo?</i> <i>¿La situación que vive le ha permitido tener alguna experiencia positiva? ¿Respecto a qué?</i></p> <p>*Sentimientos que se generan a partir de las diferencias de género. Explorar: -aceptación -inconformidad -frustración -enojo -impotencia, etc.</p>	<p>Identificar conductas o comportamientos que se generan a partir de las dimensiones cognitiva y afectiva, (pensamientos y emociones), que orienten las acciones para enfrentar la experiencia (Se desglosan en la siguiente categoría)</p>
<i>Formas de enfrentar las dificultades</i>	<p>*Explorar las necesidades que tiene una persona con dependencia física.</p> <p><i>¿Qué necesidades identifica en la situación que vive? (económicas, afectivas, de cuidados, instrumentales etc.)</i> <i>¿Cuáles considera las más importantes?</i></p>	<p>*Explorar sentimientos y emociones generados</p> <p><i>¿Cómo se siente ante las dificultades que enfrenta?</i> <i>¿Qué tipo de emoción le surge cuando se resuelven?</i> <i>¿Qué tipo de emoción le surge cuando no se solucionan?</i></p>	<p>*Identificar comportamientos y acciones para enfrentar la experiencia.</p> <p><i>¿De qué forma enfrenta la situación?</i> -lleva el tratamiento indicado. -cuida su alimentación. -tiene socialización con familia o amistades. -tiene actividades ocupacionales, de esparcimiento o espirituales-religiosas -expresa o comparte sus sentimientos o preocupaciones. -oculta o disimula sus emociones (tristeza, desesperación, enojo, etc.).</p>

<p><i>Realidad cotidiana de los ancianos</i></p>	<p>*Descripción de la cotidianidad en el hogar.</p> <p><i>¿Cómo es su vida en el hogar?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -descripción de un día ordinario. -actividades o sucesos que ocurren. -participación o colaboración en las tareas del hogar (roles de los miembros de la familia). -lugar (o papel) que ocupa en AM en su familia. -toma de decisiones (cuáles), quién las toma. -presencia de dificultades o conflictos familiares. -formas en que se resuelven. 	<p>*Sentimientos y emociones que se generan en la vida familiar.</p> <p><i>¿Cómo se siente en relación al ambiente familiar?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -situaciones de la vida en familia que le hacen sentir contento o satisfecho. -situaciones que le hacen sentirse mal o insatisfecho. -indagar si la familia le hace sentir importante, útil o si se siente relegado, aislado de la vida familiar. 	<p>*Explorar formas de actuar ante la dinámica de la familia.</p> <p><i>¿Qué es lo que hace usted para tomar parte en la vida de la familia?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Participación en alguna actividad doméstica -Participación en decisiones relacionadas con la organización del hogar -intervención en conflictos familiares
<p><i>Percepción del cuidado</i></p>	<p>*Explorar creencias y significados acerca del cuidado recibido.</p> <p><i>¿Qué significa para usted el requerir de los cuidados de su familiar?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -quién o quiénes deben cuidar y por qué. -diferencias entre hombres y mujeres para dar apoyo a los ancianos. -percepción del apoyo y cuidado recibidos. -percepción de cuidador -relación que establece con el cuidador (a). 	<p>*Explorar sentimientos que surgen de la experiencia de recibir cuidado.</p> <p><i>¿Cómo se siente con el apoyo y cuidado que recibe?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -indagar sentimientos positivos (de satisfacción, bienestar agradecimiento) -explorar sentimientos negativos (de incomodidad - impotencia – vergüenza) – ver por qué? -tipo de apoyo que más aprecia o valora (el económico, el instrumental o el cuidado). 	<p>*Explorar formas de respuesta ante el cuidado recibido.</p> <p><i>¿Qué hace ante el apoyo y cuidado que recibe?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -expresa agradecimiento. -muestra indiferencia. -muestra reciprocidad apoyando de alguna manera.
<p>Percepción de futuro</p>	<p>*Explorar expectativas y percepción de futuro.</p> <p><i>¿Qué desearía que ocurriera en los próximos meses o años?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -¿Espera algún apoyo a futuro?; ¿Cuál sería este apoyo?; ¿De quién? -¿Qué espera de su familia? -¿Qué espera del gobierno o de las instituciones?; 	<p>*Explorar emociones generadas ante el futuro</p> <p>Observación de alguna emoción expresada ante las narrativas sobre el futuro</p>	

Anexo 4. Guía de entrevista para los cuidadores

Tema o categoría	Dimensión informativa	Dimensión emocional-afectiva	Dimensión conductual
<i>Percepción del cuidado en la vejez</i>	<p>* Explorar significados y creencias que le atribuye al cuidado de los ancianos dependientes-</p> <p>Pregunta: <i>¿Qué representa para Usted el cuidado a los ancianos?</i> Percepción que tiene de cuidar a un anciano. Principales motivaciones para el cuidado. <i>¿Qué impacto ha tenido esta experiencia en su vida personal?</i> Repercusiones y cambios en la vida personal a partir de las acciones de cuidado. <i>¿Cuáles son las dificultades que enfrenta al cuidar a su familiar?</i></p>	<p>*Explorar emociones y sentimientos que le genera la dependencia de su familiar.</p>	
<i>Percepción del Papel de la familia</i>	<p>* Explorar la percepción del cuidado desde la posición de género</p> <p>Explorar-auto-percepción como cuidador (a). Satisfacción-insatisfacción con la labor que desempeña</p> <p>*Creencias acerca del apoyo familiar a los ancianos dependientes.</p> <p>-papel atribuido a la familia en la atención al anciano dependiente. -imagen acerca de los familiares que no apoyan -problemas que enfrenta la familia cuando se presenta la dependencia. -repercusiones positivas y negativas de la dependencia en las relaciones familiares. -estrategias utilizadas por la familia ante la dependencia. -recursos familiares con que se cuenta</p>	<p><i>¿Qué sentimientos le genera el cuidado de su familiar?</i></p> <p>-emociones o sentimientos que surgen con mayor frecuencia. -identificación de sentimientos “positivos” (afecto, agradecimiento, compasión, aceptación, esperanza, optimismo) -identificación de sentimientos negativos (enojo, frustración, tristeza, desesperación, impotencia, inseguridad, temor). -significados atribuidos a las emociones</p>	

<p><i>Formas de enfrentar la experiencia</i></p>	<p>* Explorar acciones de cuidado Pregunta: ¿Qué tipo de actividades realiza para cuidar a su familiar? -realiza actividades domésticas (preparación de alimentos, aseo del hogar, lavar, planchar, etc); -actividades de cuidado y apoyo (dar de comer, dar medicamentos, asistir en el baño, ayuda a movilizar, etc); -de acompañamiento (al médico, a realizar trámites, compras, etc.). -tiempo transcurrido realizando acciones de cuidado -tiempo dedicado al cuidado (Cuántas horas le dedica a estas tareas) -formas de organización de las actividades. -repercusiones del cuidado en la salud (física y mental)</p>	<p>*Explorar sentimientos positivos y negativos que surgen a partir de cuidar. ¿Cómo se siente ante la responsabilidad de cuidar a su familiar? ¿Realiza con agrado/desagrado la tarea de cuidar? ¿Alguna vez ha querido abandonar esta tarea? ¿por qué? (explorar cansancio, fatiga, enfado, tensión) ¿Cómo me describiría la relación entre usted y su familiar? ¿Cuáles son los aspectos positivos de su relación con él? Y ¿los negativos?</p>	<p>*Identificar tareas y prácticas de cuidado Preguntas ¿Tiene usted información acerca del padecimiento y los cuidados que requiere su familiar? ¿Ha buscado ayuda en alguien (personas, familia, instituciones) para cuidar al adulto mayor? ¿de qué tipo? ¿De qué forma la han apoyado? ¿Dispone de tiempo para sus actividades personales?, ¿cuáles? (recreación, convivencia social o familiar, de tipo espiritual o religioso). ¿Comunica y expresa lo que piensa o siente acerca de su labor de cuidado?, ¿con quién lo hace? ¿qué resultados tiene esto para usted? ¿Cómo reacciona ante las dificultades que implica cuidar al adulto mayor? (por ejemplo cuando no quiere aceptar las cosas o se queja, o usted no puede moverlo, qué hace usted: se enoja, lo regaña, se resigna, trata de “hacerlo entender” quién debe colaborar.</p>
<p><i>Perspectiva del futuro</i></p>	<p>¿Considera que la situación puede mejorar/empeorar? (respecto de su salud, su economía, su vida personal) ¿Qué espera de su familia? ¿Qué espera del gobierno y las instituciones?</p>		<p>¿Acciones o planes que pretende realizar a futuro?</p>