

LA VEJEZ AVANZADA Y SUS CUIDADOS

Historias, subjetividad y significados
sociales



LA VEJEZ AVANZADA Y SUS CUIDADOS

Historias, subjetividad y significados
sociales

MARÍA CONCEPCIÓN ARROYO RUEDA
MANUEL RIBEIRO FERREIRA
SANDRA ELIZABET MANCINAS ESPINOZA



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



Universidad Juárez
del Estado de Durango

Jesús Ancer Rodríguez

Rector

Rogelio G. Garza Rivera

Secretario General

Rogelio Villarreal Elizondo

Secretario de Extensión y Cultura

Celso José Garza Acuña

Director de Publicaciones

Ma. Teresa Obregón Morales

Directora de la Facultad de Trabajo

Social y Desarrollo Humano

Luis Tomás Castro Hidalgo

Rector

Vicente Reyes Espino

Secretario General

Gabino Martínez Guzmán

Coordinador de Editorial UJED

Ana María Álvarez del Castillo

González

Directora de la Facultad de Trabajo

Social

Padre Mier No. 909 poniente, esquina con Vallarta

Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64000

Teléfono: (5281) 8329 4111 / Fax: (5281) 8329 4095

e-mail: publicaciones@seyc.uanl.mx

Página web: www.uanl.mx/publicaciones

Primera edición, 2011

© Universidad Autónoma de Nuevo León

© María Concepción Arroyo Rueda, Manuel Ribeiro Ferreira

y Sandra Elizabet Mancinas Espinoza

ISBN: 978-607-433-756-3

Impreso en Monterrey, México

Printed in Monterrey, Mexico

*Vejez, voces múltiples que se expresan en datos
que se dibujan en la demografía
Cuerpos visibles, cuerpos invisibles
Experiencias que precisan ser narradas
Historias que reclaman ser re-significadas*

Dedicatoria

A mis padres, por su ejemplo de lucha y tenacidad. Esta obra es en su honor.

María Concepción

A Martha, mi esposa, compañera y amiga que siempre me ha brindado su apoyo.

Manuel

A mis abuelos ausentes (Ofelia y Antonio) y a mis abuelos presentes (Paula y Leonardo), gracias por la vida.

Sandra

A todos aquellos que contaron sus historias... que aunque la mayoría se ha ido, seguirán presentes en cada lector de este libro y en la memoria de quienes tuvimos la oportunidad de adentrarnos en ellas y compartirlas.

María Concepción, Manuel y Sandra

Agradecimientos

A la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León,

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), y,

A la Universidad Juárez del Estado de Durango,

Instancias académicas que contribuyeron a mi formación doctoral, de la cual se desprende la investigación que dio origen a este libro que hoy es posible compartir a los lectores interesados en el tema de envejecimiento.

Dra. María Concepción Arroyo Rueda

Prólogo

Del envejecimiento al cuidado: de la historia al sentido

Verónica Montes de Oca Zavala¹

¿Quién cuidará de mí? ¿Quién cuidará de nosotros? es una pregunta sin respuesta que nos acompaña desde que nacemos hasta que morimos. Todos somos frágiles en ciertas etapas de nuestra vida, e interdependientes durante todo el tiempo que estamos en el planeta. Nuestra especie no puede vivir sin mutua ayuda, apoyo y cuidado de otros seres como nosotros. Sin embargo, por alguna razón, en los últimos tiempos nos hemos creído absolutamente independientes, invencibles, egoístas, porque el culto a lo individual facilita al mercado lucrar más rápidamente, crear demanda y satisfacer necesidades atomizadas a través de un circuito mercantil frío e ignorante de las acciones colectivas.

¹ Verónica Montes de Oca Zavala es socióloga por la UNAM y doctora en Ciencias Sociales con especialidad en población por el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Ha sido consultora del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE-CEPAL) y del Instituto de Investigación sobre Desarrollo Social de Naciones Unidas (UNRISD). Es autora de los libros: *Redes comunitarias, Género y Envejecimiento; Migración, redes transnacionales y envejecimiento* e *Historias detenidas en el tiempo. El fenómeno migratorio desde la mirada de la vejez*. Actualmente trabaja como investigadora de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Nuestra sociedad ha perdido el referente del bien social, del beneficio colectivo y de la satisfacción social. En este contexto estamos presenciando un proceso silencioso e irremediable, un envejecimiento demográfico que propicia una oportunidad fantástica de aprendizaje para las poblaciones. Me refiero a la histórica opción de vivir más años, de poder convivir más tiempo con nuestros seres queridos, de emprender nuevos desafíos personales y colectivos con más tiempo de vida, de encontrar el amor y la amistad durante más años.

No obstante el envejecimiento también implica retos que sortear, familiar y socialmente, y uno de ellos radica en saber: ¿quién cuidará de nosotros cuando envejecamos? Junto al envejecimiento demográfico se transformó el perfil epidemiológico de nuestras poblaciones. Es cierto que vivimos más tiempo, pero con enfermedades, algunas de ellas discapacitantes; padecimientos crónicos que propician un deterioro en la salud física y mental, y un incremento de la dependencia. Tal situación confirma nuestra fragilidad humana. Qué lección presenciamos y qué estamos haciendo como sociedad para enfrentarla. Las experiencias que se improvisan sin dejar registro son un conocimiento que no se transfiere y una memoria que se olvida; una palabra que no es dicha. Este libro busca rescatar no sólo esta experiencia sino también lo que implica en nuestros significados y sentidos. ¿Qué propicia el cuidado? ¿Qué sentido tiene en nuestras vidas?

Este libro es valioso porque rescata los procesos sociales que generan la dependencia y las acciones colectivas familiares para el cuidado en la vejez. Dejar registro impreso de esta experiencia es la principal riqueza de este texto. Pero desmenuemos con mayor detalle su valía. Si bien el texto parte del piso firme de la descripción con datos que ubican el territorio social y geográfico de su análisis, lo cierto es que tiene una gran aportación teórica, que se percibe insaciable por la búsqueda de marcos de referencia que den cauce a sus interrogantes originarias.

La primera aportación es valiosa por su riqueza y trascendencia teórica. Pocos trabajos hay que se inserten desde este primer punto y sean cautelosos ante la seducción que provocan las cifras y las tendencias antes de llegar a lo sustantivo. Por eso la lectura de este libro implica un desafío teórico conceptual desde el constructivismo que vincula la vejez, la dependencia y el cuidado desde diferentes miradas de análisis que raramente se edifican en la discusión sobre el tema.

La segunda gran aportación de este libro es encontrar un tema fundamental dentro del mar de posibles inquietudes sobre la vejez: la dependencia en hombres y mujeres ancianos. Personas en edad avanzada que residen en la ciudad de Durango y que enfrentan diferentes enfermedades en la última etapa de la vida, lo cual adquiere un sentido dual ineludible y complejo. Son casos todos con diferentes pobreza, enfermedades y vicisitudes.

La tercera gran aportación es que no se queda solo en estudiar a los ancianos enfermos, sino en husmear desde una perspectiva científica en los entornos, en la primera pieza clave de la red social: las y los cuidadores. Las preguntas que surgen tienen que ver con los significados y sentidos que imantan la relación entre cuidadores y enfermos, ¿cómo se construye esta solidaridad y qué afrontamientos experimentan? La interacción íntima entre el cuidado y el cuidador no es pacífica ni tendría porque ser así, como tampoco lo es el amor. Desde esta lógica la reflexión sobre las mujeres, principales cuidadoras, es inobjetable y un resquicio compensatorio ante su invisibilidad en las políticas públicas de nuestro país.

La cuarta gran aportación tiene que ver con el aspecto subjetivo que ve minadas las capacidades del cuerpo y de la mente, y que impacta las emociones tanto de las mujeres y hombres ancianos como de sus cuidadores. Las reflexiones en torno al cuerpo son muy alumbradoras y muy poco trabajadas en la lite-

ratura sobre envejecimiento. Este texto inspira ir por más al respecto.

El libro surge de la experiencia personal transcendida de quien comparte su aprendizaje a las siguientes generaciones. No es sólo transferencia de conocimiento, sino recreación del mismo; una experiencia guardada y no callada. Es un regalo de solidaridad para quienes viven lo mismo y para quienes lo viviremos. El texto y sus autores nos comparten así el don de su transformación existencial. Vida privada que se vuelve conocimiento social.

Finalmente el libro arroja una reflexión sobre el papel del investigador en el estudio de cómo su subjetividad, valores e ideología, son parte del instrumento por el cual es posible hacer visible, a través de medios científicos, las experiencias particulares y colectivas que son necesarias de comprender y no sólo conocer.

Para mí el envejecimiento es una temática altamente existencial, que remite no sólo a las políticas y al deber ser gubernamental, o a la acción de la sociedad, sino a la búsqueda de sentido de la vida. No es casual que los grandes filósofos de la humanidad hayan dedicado parte de su pensamiento a comprender la vejez: Sócrates, Platón, Norbert Elías, Simone de Beauvoir y Norberto Bobbio, entre otros. Tampoco existe pintor o literato que no se haya cuestionado aspectos tan profundamente humanos sobre la vejez y el envejecimiento, por lo cual el tema trasciende las cifras y nos conduce a pensar el sentido de la dependencia y el cuidado en México.

Este libro cobra importancia en un contexto en el que se pretende dar respuestas reducidas al envejecimiento, al acontecer de la vejez y a la vida de las personas adultas mayores desde perspectivas economicistas o geriátricas, sin tomar en cuenta el sentir de estas experiencias silenciosas y el necesario humanismo del envejecimiento. *Una sociedad que dignifica a la vejez es una sociedad que asegura la dignidad de su futuro.*

Introducción

El objetivo primordial de este libro fue explorar los significados de la vejez, la dependencia y el cuidado que se tiene con hombres y mujeres de edad avanzada, y cómo lo realizan sus cuidadores. La narrativa de su experiencia de vejez, de enfermedad y del cuidado que reciben, así como la percepción de sus necesidades y fortalezas para enfrentar tal experiencia, nos aproximó al conocimiento de la construcción de identidades sociales que surgen en esta etapa de la vida. Explorar las múltiples dimensiones de la vejez, la dependencia y el cuidado, es algo que comparten investigadores, gobernantes, familias e instituciones, por lo que el propósito de nuestro trabajo consistió en explorar la experiencia de hombres y mujeres en condiciones de dependencia física y con necesidad de cuidados en la ciudad de Durango, México, a fin de contribuir al conocimiento de este fenómeno social, de tal forma que a partir del discurso de los participantes se encuentran los sentidos y los significados de la propia experiencia de envejecer con discapacidad, con dificultades familiares, y no se diga: con distintas modalidades de atención.

Paralelo a ello no podíamos ignorar otra cara del problema: indagar la experiencia de mujeres y de hombres dedicados al cuidado, lo que hizo posible observar nuestro objeto de estudio

como un todo integrado. De esta manera, explorar en estos últimos las motivaciones para cuidar, las necesidades y los recursos para enfrentar las dificultades que el cuidado conlleva, fue también una tarea investigativa de los autores.

El problema de dependencia en la vejez, en el contexto en el que nos hemos situado, se ha convertido en un fenómeno de enorme relevancia, dado que afecta la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Surge como consecuencia de las enfermedades crónicas, los 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.² La dependencia, el deterioro y la falta de autonomía son las situaciones más temidas por todo ser humano, pues se les asocia con discapacidad, invalidez y pérdida de roles sociales, haciendo que la persona mayor se torne frágil y vulnerable, afectándose la confianza en sí mismo, el bienestar y la calidad de vida.³

Otras repercusiones en los adultos mayores que se convierten en sujetos dependientes ocurren en el cuerpo físico, lo que también afecta las esferas psíquica y social. El impacto puede tener diferencias significativas según el tipo y grado de discapacidad,⁴ aunque también según el género y la clase social. Además, cuando se tiene que recurrir al uso de equipo o aparatos especiales para la realización de actividades básicas⁵ es más fácil que los adultos mayores tengan una auto-percepción más negativa de la propia salud, lo que afecta más a las mujeres, pues son ellas quienes presentan mayores enfermedades incapacitantes y

² Moragas, 1999; Adroher, 2000.

³ Gutiérrez y García, 2005; Montes de Oca, 1999.

⁴ Dimond, 1984; en Martínez, 2002.

⁵ El funcionamiento físico y la percepción de la salud son, entre otros, indicadores de la calidad de vida. De acuerdo con un estudio del Instituto Mexicano de Seguridad Social 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 (Muñoz, García y Durán, 2004).

por más largo tiempo, lo que remite nuevamente a considerar la importancia del género en el análisis de la dependencia en la vejez.

Otro aspecto relevante de esta problemática es la gran cantidad de adultos mayores que no disponen de seguridad social, y sus redes de apoyo se debilitan cada vez más a causa de la muerte de sus contemporáneos. En el caso de las personas mayores con limitaciones el 24 % se encuentra sin derechohabencia, y un 12 % sin apoyo familiar.⁶

Un riesgo más que surge de las nuevas configuraciones familiares es el que la presencia de hogares unipersonales en los que reside un adulto mayor tiende a aumentar. Montes de Oca y Hebrero reportan que en México existe un 11.9% de adultos mayores con algún tipo de limitación, que además viven de manera solitaria. Las condiciones mencionadas traen aparejado un dilema intrínseco a la dependencia en la vejez: el tema del cuidado y de quiénes deben de cuidar. En el tema del cuidado, la cultura y la tradición determinan que las mujeres son las personas idóneas para el cuidado de los ancianos (tal como lo hacen en el caso de los niños y los enfermos). Las repercusiones que el cuidado conlleva son asumidas y aceptadas por las cuidadoras de forma casi altruista, afectando su salud física, emocional y su bienestar familiar. No obstante, ante un mandato social que les asigna ese rol, es complicado involucrar a los hombres en esa tarea, y más aún: en la red de apoyo social.

La importancia de explorar el tema de la dependencia en la vejez implica poner el foco en el tema de la subjetividad, de la equidad de género, de los conflictos familiares, y del derecho a la protección social en un sentido amplio. El presente estudio adquiere importancia entonces 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,

⁶ Montes de Oca y Hebrero, 2006.

el replanteamiento y la reformulación de las políticas sociales a nivel local y nacional.

El decidir sobre perspectivas teóricas como el construccionismo y las representaciones sociales para sustentar este trabajo permitió, como argumenta Mills:⁷ 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 hizo posible 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, a fin de entender las relaciones.

La aproximación a los datos, por medio de las técnicas cualitativas, facilitó 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 tal sentido la interpretación que se logró realizar acerca de la realidad de los participantes –ancianos y cuidadores– es sólo una parte de la verdad. No es la verdad completa; es la verdad del intérprete, del investigador.⁸ Como analistas no tenemos la capacidad de “verlo todo”; siempre habrá aspectos que no se pueden ver; es por ello que no se puede hablar de

⁷ Mills, 1986: 23.

⁸ Gadamer, 2005.

que un texto tenga un significado único. En el investigador están presentes sus propios juicios y su ideología, que le hacen tomar decisiones y posicionarse de tal o cual manera ante el objeto de estudio. Es decir, el investigador es también un “instrumento” de investigación.

Por último, cabe decir que este trabajo es fruto de mi propia experiencia como cuidadora principal de mi madre, durante el largo proceso de su enfermedad, lo que me despertó un enorme interés por descifrar las múltiples implicaciones de la vejez y de la dependencia, tanto para el anciano que la vive como para quienes le rodean. La reflexión y análisis que tuve en ese tiempo, como mujer e hija, además de soltera, dio pie a ideas y sentimientos encontrados sobre la visión “tradicional” que la familia tiene acerca del proceso de envejecer, así como de la tarea del cuidado. Me encontré muchas veces, por ejemplo, ante situaciones paradójicas en las que por ser la cuidadora principal tuve que tomar decisiones que desde mi percepción de bienestar no siempre fueron las mejores. De esta forma la conexión personal con la dimensión social del envejecimiento y la dependencia me impulsaron a buscar nuevos entendimientos de este fenómeno social. La colaboración de Manuel Ribeiro y Sandra Elizabet Mancinas en este trabajo contribuyó sin duda en la decisión para enriquecer y profundizar estos nuevos saberes.

Las narraciones de los participantes reflejaron la parte subjetiva del problema e hicieron posible relacionar la dimensión local con la global. Es decir, nuestra aproximación a los aspectos personales, individuales, familiares y sociales que rodean a la dependencia y la vejez, permitieron identificar la configuración de identidades deterioradas que se construyen y reconstruyen a partir de discursos particulares que reflejan estigmas y estereotipos acerca de la vejez, el deterioro y la incapacidad.⁹

⁹ Goffman, 2006.

La percepción de una imagen negativa de sí tiene además implicaciones emocionales y genera sentimientos de tristeza, vergüenza y enojo:

—Ya no sirvo para nada, porque no me puedo ni mover.

—La vejez es triste...

—Ya siento que les doy mucha lata.

—En esta edad ya no hay esperanza...

Estas afectaciones emocionales son compartidas por los cuidadores dado que ambos participantes están envueltos en una misma dinámica. En este contexto la atención de la salud mental de las familias que enfrentan esta experiencia se vuelve imprescindible. Las políticas sociales de apoyo al cuidado en la vejez deben de replantear con base en las necesidades derivadas no sólo de los aspectos objetivos presentes en el discurso de los participantes, como es la provisión de servicios adecuados de salud y de apoyo económico, sino también desde la dimensión subjetiva.

Cuestionarse y replantear las creencias y las imágenes negativas acerca de la vejez, la dependencia y el cuidado, implica un desafío para todos y cada uno de los actores que participan en este fenómeno social. Pero sólo afrontándolo será posible construir nuevos escenarios de política pública de atención a la vejez.

Dra. María Concepción Arroyo Rueda
Noviembre de 2011

El contexto de la vejez y de la dependencia

El envejecimiento de la población “es sólo una de las múltiples facetas de un cambio revolucionario y mucho más amplio de las dinámicas demográficas humanas”.¹⁰ Este aumento en los grupos de la tercera edad está determinado en palabras de Montes de Oca¹¹ por “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 vida,¹² 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”.

Es así como la población mundial de adultos mayores ha tenido un aumento considerable. Mientras que en la década

¹⁰ Pérez, 2000: 17.

¹¹ Montes de Oca, 1994.

¹² 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).

1950-1960 se integraron al grupo de 60 años y más cuatro millones de personas al año, en la primera década de este siglo esta cifra ascenderá a más de quince millones, alcanzando un máximo de 32.6 millones anuales en la década de 2030. La tasa anual de crecimiento de este grupo en la actualidad es de 2.2%, y llegará a ser hasta de tres por ciento en la segunda década del siglo XXI. Debido a esta dinámica, el número de adultos mayores se triplicó entre 1950 y 2000, pasando de 205.3 a 606.4 millones. Asimismo, se espera que aumente a 1,348.3 millones en 2030 y a 1,907.3 millones en 2050¹³ (véase Gráfico 1).

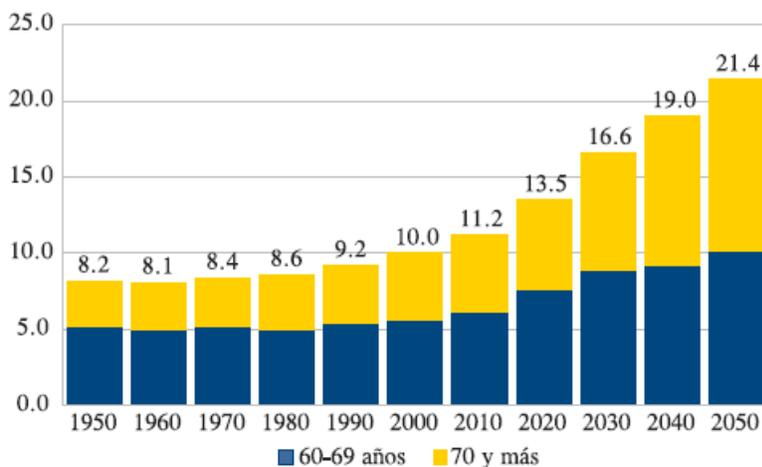
En lo que respecta a nuestro continente, estudios realizados en América Latina nos indican que las personas de 60 años o más representan por primera vez en la historia el 10% de la población en el continente, equivalente a 57.3 millones de habitantes. Este proceso seguirá profundizándose en los próximos años de manera acelerada, sobre todo en el período 2010-2030, cuando la tasa de crecimiento de este grupo poblacional sea de 2,3%, la que si bien disminuirá en el siguiente período (2030-2050) a 1,5%, seguirá siendo la más elevada del conjunto de la población. Así en 2050 las personas mayores sumarán 182.8 millones, equivalente a un cuarto de la población regional, vale decir se habrán triplicado en el lapso de los próximos 40 años.¹⁴

¹³ CONAPO, 2010: 12.

¹⁴ CEPAL, 2008: 14.

Gráfico 1

Porcentaje de la población mundial de 60 años y más respecto a la población total, 1950-2050



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Un aspecto de especial importancia es que la población mayor crece rápidamente 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 el Gráfico 2). Como es de prever, una transformación demográfica de este carácter tendrá profundas repercusiones en la sociedad y las familias, además de poner en cuestionamiento la cohesión social, los derechos humanos y el papel del Estado.

Dos características de este fenómeno despiertan gran preocupación: en primer lugar, el envejecimiento ha sido más rápido que el registrado históricamente en los países hoy desarrollados. En segundo lugar, se da en un contexto caracterizado

por una alta incidencia de pobreza, una persistente desigualdad, un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social y una sobrecargada institución familiar que, junto con hacerse cargo de atender las necesidades de las personas de edad avanzada, se está haciendo responsable de los vacíos derivados de la exigua presencia de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y de cohesión.¹⁵

Por otra parte, debido principalmente a situaciones de carácter demográfico, el aumento de las personas de 75 años y más se incrementará intensamente durante los próximos 50 años y con ello crecerá además el número de hogares unipersonales envejecidos,¹⁶ lo cual representa un reto ante las necesidades de cuidados que este grupo demanda. Reportes de la CEPAL¹⁷ estiman que en las próximas cuatro décadas se duplicará el número de personas con dependencia moderada-severa (pasando de 23 a 50 millones en Latinoamérica), de los cuales la mitad serán personas de 60 años y más.¹⁸

¹⁵ Huenchuan, 2009: 20.

¹⁶ CEPAL, 2009.

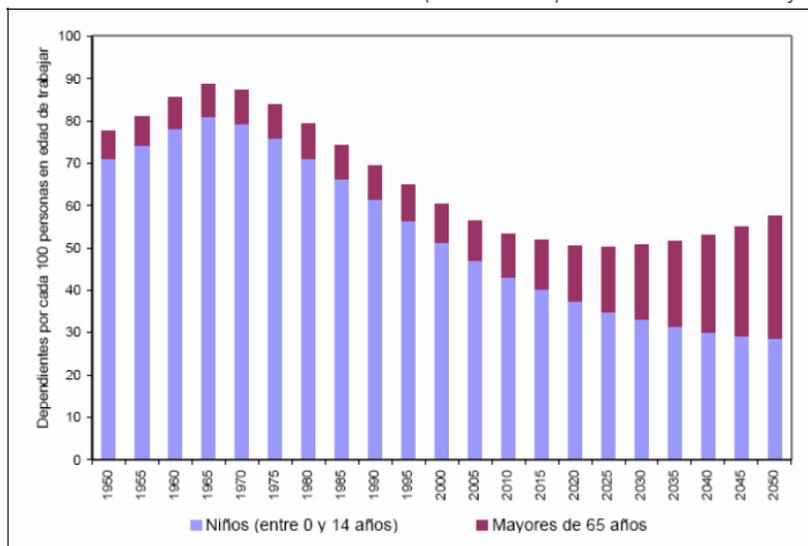
¹⁷ CEPAL, 2011.

¹⁸ Huenchuan, 2011.

Gráfico 2

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADOR TRADICIONAL DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA, 1950-2050

(Por cada cien personas en edad de trabajar)



Fuente: CEPAL (2006a).

En México, aunque existe un índice de envejecimiento moderado, el incremento de la población mayor ha sido notable en los últimos años. En 2010 teníamos 6.4 millones de personas mayores de 65 años y se estima que se incrementará a 14.3 en 2030 y 25.9 millones para el año 2050.¹⁹ Los cuestionamientos que surgen para el caso de nuestro país es cómo resolver los aspectos de atención a la salud, de la seguridad económica y de las respuestas de apoyo social y familiar ante el inminente aumento de personas que envejecen sin contar con los mecanismos adecuados para enfrentar el fenómeno.

¹⁹ Ibidem.

En un acercamiento a los hogares de los adultos mayores, Guzmán y Huenchuan²⁰ realizaron un estudio en 19 países latinoamericanos, y 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.²¹

En el contexto nacional, en el año 2000, México contaba con 6.9 millones de personas de 60 años y más; y para 2005 aumentó a 7.6%, con una esperanza de vida de 74.6 años. Cabe destacar que el 72% de este incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que brinda al país apenas dos décadas para preparar las condiciones que permitan encarar adecuadamente este proceso. El grupo de adultos mayores en las edades más avanzadas es el que registra mayor crecimiento. Se puede anticipar que la proporción de personas de 70 y más años respecto al total de adultos mayores aumentará de 43% en 2000 a 45.9% en 2030 y a 55.5% en 2050.²² En el siguiente gráfico se muestra el incremento de la población mayor podrá tener en el periodo 2000-2050.

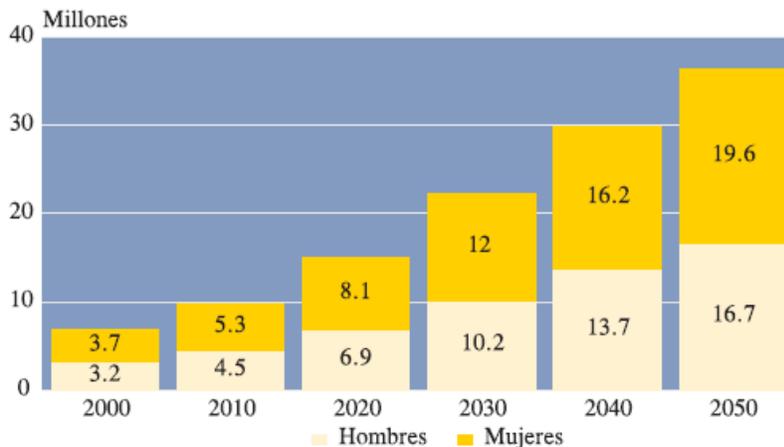
²⁰ Guzmán y Huenchuan, 2005.

²¹ Saad, 2003.

²² CONAPO, 2010: 6.

Gráfico 3

Población de adultos mayores según sexo, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

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.

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 haberlos, o de no contarse con seguridad social, incrementan o complejizan los trastornos ya existentes. A veces el tratamiento médico suele estar fuera del alcance allí donde se supone que es gratuito.²³ 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.²⁴

Además, 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,²⁵ 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 México, muchos de nuestros adultos mayores, inevitablemente presentan varios padecimientos, así como la combinación de enfermedades crónicas con las de tipo agudo y los accidentes.²⁶ De igual manera, en las condiciones de salud diferenciadas por grupos de edad, el patrón de causas de mortalidad muestra cambios conforme aumenta la edad²⁷ y según el género.²⁸ Además, como

²³ Help Age International, 2002.

²⁴ Albala, Lebrão, León, Ham, Hennis y Palloni, 2005 y 2007.

²⁵ Aparicio, 2002. Frenk, 1990; en CONAPO, 1999.

²⁶ INEGI, 2005.

²⁷ En 2005, 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).

²⁸ En cuanto a problemas crónicos de salud, la encuesta SABE ha puesto de relieve en el caso de México, Distrito Federal, 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 diabe-

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.

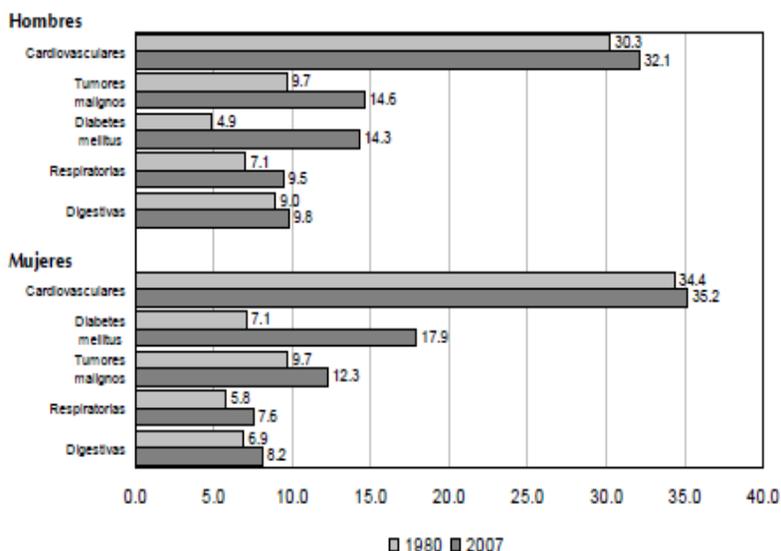
En nuestra población mayor las enfermedades más frecuentes en la edad avanzada son las enfermedades cardiovasculares, que ocasionaron alrededor de 32.1% de las muertes de adultos mayores en 2007. Como segunda causa de muerte en hombres se encuentran los tumores malignos, que aumentaron su proporción en poco menos de 5 puntos porcentuales, entre 1980 y 2007, para ubicarse en 14.6% de las muertes de mexicanos de 65 años o más. Como tercera causa de muerte se encuentra la diabetes mellitus, la cual presenta un aumento durante el periodo, y ocasiona poco más de 14.3% de las muertes de los adultos mayores. En el Gráfico 4 se identifican las principales causas de muerte en este grupo de población (periodo de 1989 a 2007).²⁹

tes 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 se da entre los varones (ENSA, 2000; Albala, Ham-Chande, Hennis, León, Lebrão, Peláez, Pratts, Palloni, 2005; Wong, Espinoza y Palloni, 2005).

²⁹ CONAPO, 2010.

Gráfico 4

República Mexicana: distribución de las principales causas de muerte entre los adultos mayores (65 años o más), 1980-2007



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las defunciones de INEGI/SSA, 1979-2007.

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”.³⁰ 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 en transición demográfica y epidemiológica avanzadas, sino que tendrá manifestaciones y características propias de los procesos socioeconómicos, culturales, demográficos y de salud de la sociedad mexicana.

³⁰ SINAIS, 2006; en Montes de Oca, 2007.

El panorama de la dependencia y la discapacidad

La 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.³¹ 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;³² 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.³³

En los países que integran el grupo de la OCDE³⁴ el grupo de las personas mayores de 80 años, crece más rápidamente (véase Tabla 2). 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 Cari-

³¹ Pérez y Yanguas, 1998.

³² Pérez y Yanguas, 1998.

³³ OPS, 2006.

³⁴ OCDE, 2006.

be, realizada en siete ciudades latinoamericanas, entre ellas el Distrito Federal 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.³⁵ En el citado estudio 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.³⁶ Así mismo se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años, pues muchas personas mayores gozan de buena salud y un alto grado de independencia, siempre está presente el riesgo de entrar en una situación de fragilidad o discapacidad en tanto se aumenta la edad.³⁷

En México, datos recientes de la Encuesta Nacional de Discriminación³⁸ reportan que 6 de cada 100 adultos mayores tienen alguna limitación para moverse, caminar o lo hacen con ayuda de alguien. Adicionalmente, se da por hecho que casi la tercera parte de la población mayor de 85 años tiene estas limitaciones.³⁹ Por otro lado, el Consejo Nacional de Población⁴⁰ 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,

³⁵ OPS, 2006.

³⁶ Menéndez y otros, 2005; citado en OPS, 2006.

³⁷ Huenchuan, 2009.

³⁸ Enadis, 2010.

³⁹ INEGI, 2005.

⁴⁰ CONAPO, 1999.

Montes de Oca⁴¹ 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.⁴²

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.⁴³ 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.⁴⁴ Gran parte de los huecos que

⁴¹ Montes de Oca, 2007.

⁴² Bazo, 2002; Guzmán y Huenchuan, 2005; Huenchuan, 2004; Montes de Oca, 2004; Pinazo y Bueno, 2005; Sluzky, 1998.

⁴³ Gutiérrez y García, 2005.

⁴⁴ INAPAM, 2002.

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.

Las políticas sociales de apoyo a la vejez

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, etcétera. 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.⁴⁵ 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.⁴⁶ 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.⁴⁷ De tal forma, dice Bauman, que el Estado benefactor, a través de las instituciones dependientes de

⁴⁵ Casas y otros, 1998.

⁴⁶ Offe, 1990.

⁴⁷ Bauman, 2008; Offe, 1990.

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.⁴⁸ Por su parte, Vizcaíno⁴⁹ 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 cincuenta, 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.⁵⁰ Al mismo tiempo cobran 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”.⁵¹ Dicha política buscaba evitar a toda costa la segregación de los ancianos. Una propuesta más reciente sobre políticas de vejez propuesta por Huenchuan⁵² se refiere a “aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económi-

⁴⁸ Huenchuan, 2001.

⁴⁹ Vizcaíno, 2000: 26.

⁵⁰ Tanner y Harris, 2008.

⁵¹ Passanante, 1983: 38.

⁵² Huenchuan, 1999.

cas 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”.

Las políticas de vejez en 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 promueve el bienestar de los mayores. Se buscaba mayor consideración según el tipo de atención que requería la gente enferma (institucional y privada). Sin embargo es hasta la década de los años noventa cuando se logra un papel más destacado en la promulgación de las políticas de Estado.⁵³

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 europea, según datos de IMSERSO,⁵⁴ tienen distintas vertientes, como son:

⁵³ IMSERSO, 2006.

⁵⁴ *Ibidem*.

- 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.
- 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.
- 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.⁵⁵ 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

⁵⁵ Casado y López, 2001.

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.⁵⁶

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.⁵⁷ A la iniciativa de la ONU se suma 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 aquellas surgen. Es indudable que el envejecer en un país desarrollado determina en mucho el bienestar y la calidad de vida de la población mayor. A continuación se mencionan las características

⁵⁶ IMSERSO, 2006.

⁵⁷ Passanante, 1983.

más importantes de las políticas de vejez en diferentes contextos.

Las políticas de vejez en 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 apoyo no tienen el impacto esperado.⁵⁸

Ejemplo de lo mencionado es que los ingresos por jubilaciones y pensiones en la mayoría de los países latinoamericanos proveen escasos beneficios a esta población, ubicando a muchos de ellos en condición de vulnerabilidad.⁵⁹ 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 Huenchuan⁶⁰ 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

⁵⁸ Huenchuan, 2009.

⁵⁹ Aranibar, 2001.

⁶⁰ Guzmán y Huenchuan, 2005.

los mayores. Cabe destacar que, desde el punto de vista de Huenchuan,⁶¹ 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.

La realidad nacional de las políticas de vejez

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”.⁶²

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.⁶³

En relación a la protección de los adultos mayores vulnerables, como son aquellos con dependencia y necesidad de cuidados, se aprecia que a pesar de la existencia de legislación para la protección de los viejos, hay un espacio jurídico incompleto,

⁶¹ Huenchuan, 2009: 206.

⁶² *Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012.*

⁶³ INAPAM, 2002.

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 discapacidad; en el primer caso, sólo una pequeña minoría puede acceder a ellas (aquellos que con recursos propios o de sus familias pueden pagar este servicio). En el 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.⁶⁴ 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.⁶⁵

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 vulnerable, lo cual no siempre es así.⁶⁶ No obstante, si

⁶⁴ Wong; en Montes de Oca, 2004.

⁶⁵ Ordoñez, 2003.

⁶⁶ Ribeiro, 2004.

analizamos el contexto de los países “en desarrollo” como el nuestro, vemos que la proporción de servicios existentes para la población mayor, tanto de seguridad social y atención médica, resultan en gran medida 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 además carecen de recursos suficientes y por ende son de baja calidad. Además hay una reducida cantidad de espacios privados que cuenta con mejor atención, pero están destinados a atender a una pequeña élite de ancianos que poseen una adecuada solvencia económica.⁶⁷

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, con base en las condiciones en que surgen, son políticas “pobres” para una población “pobre” (en todos los sentidos), que está excluida de los beneficios de otras políticas, como la de seguridad social, la de salud o la 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 sus condiciones de enfermedad y deterioro. Estes 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

⁶⁷ Ibidem.

con carencias económicas físicas y sociales, lo que ha generado consecuentemente una crisis de ayuda social e incremento de desigualdad.⁶⁸

Por otro lado el Estado benefactor, al garantizar como un derecho el acceso a una vida decente y digna para todos, ampara la idea de que ese derecho se otorga independientemente de ser productivo, económicamente activo y/o potencialmente competente (lo que lleva implícito el concepto de democracia); no obstante esta premisa pone en contradicción los intereses del sistema capitalista⁶⁹ 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.⁷⁰ Como plantea Ribeiro:⁷¹ “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 absoluta a las políticas de vejez, pues el grupo de adultos mayores más envejecidos está más lejos de acceder a la protección del Estado. Las políticas de vejez no contemplan dentro de sus acciones prioritarias a los viejos que han perdido su autonomía ni tampoco incluyen a quienes se hacen responsables de su cuidado. En cambio los mensajes y discursos oficia-

⁶⁸ Estes, 2001: 101.

⁶⁹ Bauman, 2008.

⁷⁰ Offe, 1990.

⁷¹ Ribeiro, 2004: 212.

les y de la sociedad en general enaltecen los valores familiares que enfatizan la solidaridad familiar y el cuidado de 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 provoca 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 cualquier otro, suele dejar de participar en las tareas de cuidado. En este sentido la falta de una política social para la familia, que atienda las necesidades que sus miembros enfrentan ante el cuidado de los mayores, deja al descubierto la satisfacción de necesidades emocionales de ancianos y cuidadores. En la vejez avanzada, cuando 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 personas inútiles.⁷²

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 los nudos problemáticos de este fenómeno social que cada vez cobra mayor presencia.

⁷² Ribeiro, 2004.

El escenario 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 vejez avanzada 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; y las personas se concentran en una serie de actividades que dificultan y limitan el cuidado de los ancianos.
4. Los ancianos llegan a la vejez avanzada con cada vez mayores niveles de dependencia física y económica,⁷³ 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 vivienda,⁷⁴ entre otros factores, repercute directa-

⁷³ Orozco, 2005, citada en Sánchez, 2005.

⁷⁴ 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 al 6.2% del PIB. Nuestro país ocupó el séptimo

mente 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 presenta falta de apoyo familiar en sus domicilios.⁷⁵ En otro sentido, las principales instituciones de seguridad social en México⁷⁶ 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.⁷⁷ Esto adquiere matices cada vez más dramáticos en cuanto más aumenta el grupo de ancianos que está excluido de los beneficios de la política social, y como resultado adquiere una situación de vulnerabilidad en cuanto a su condición económica y de salud, principalmente;⁷⁸ pero también porque el apoyo familiar no siempre es suficiente y de calidad,⁷⁹ lo cual hace que sean doblemente vulnerables.

Es así como los apoyos sociales, tanto formales como informales,⁸⁰ 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 aumento en el tiempo y

lugar en este rubro, entre varios países latinoamericanos con similares características de desarrollo Gutiérrez y García (2005).

⁷⁵ Montes de Oca y Hebrero, 2007.

⁷⁶ Representadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

⁷⁷ Gutiérrez y García, 2005.

⁷⁸ INEGI, 2005.

⁷⁹ Montes de Oca, 1999 y 2006.

⁸⁰ 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).

dedicación de la familia para sobrellevar las diversas dificultades que conlleva al 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, sobre todo cuando los beneficios de la seguridad social y el apoyo familiar son insuficientes.⁸¹

Respecto a la presencia de la familia, Montes de Oca⁸² plantea que no por el hecho de ser corresidentes se garantiza el apoyo a los ancianos, pues muchas veces la situación económica, la dinámica familiar y la actividad laboral de sus integrantes, obstaculizan o impiden la ayuda esperada. De este modo, en el ámbito familiar, el ingreso de los mayores a una etapa avanzada de vejez está produciendo cambios profundos en la organización de la vida cotidiana y en la dinámica de las relaciones familiares.⁸³ 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 multi-generacionales), y al surgimiento de nuevos arreglos residenciales y domésticos.⁸⁴

Hombres y mujeres mayores y sus familias inician la experiencia de la vejez avanzada de muy diversas formas, con efectos positivos y negativos, con esperanza o incertidumbre y con protección o vulnerabilidad. Aunque en muchas familias existen lazos de solidaridad y de afecto, la reciprocidad y el apoyo no siempre surgen espontáneamente, sino como respuesta a las crisis inevitables cuando se inicia el deterioro de la salud y la autonomía de los mayores. Ante esta experiencia surge el riesgo

⁸¹ Montes de Oca, 2000.

⁸² *Ibidem*.

⁸³ Camdessus, 1995.

⁸⁴ Montes de Oca y Hebrero, 2006.

de una “reducción” o deterioro de la protección al adulto mayor, sobre todo cuando no existe apoyo institucional y las relaciones inter-generacionales son débiles y distantes. Lo anterior genera conflictos interpersonales y 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 casi siempre en un solo miembro) se genera un ambiente de tensión en las relaciones entre el propio anciano y su grupo familiar. Lo anterior genera lo que se denomina un “evento crucial” ligado a los ciclos familiares avanzados.⁸⁵

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.⁸⁶ 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 mencionadas anteriormente.⁸⁷ A pesar de lo anterior surge el riesgo de que ante la inminente

⁸⁵ Ludi, 2005; Montes de Oca, 2001; Montes de Oca y Hebrero, 2006.

⁸⁶ Montes de Oca y Hebrero, 2006.

⁸⁷ Montes de Oca, 1999 y 2001.

necesidad de cuidado; la familia se perciba frágil e insegura, por lo que pueden presentarse casos de abandono y alejamiento familiar.⁸⁸

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 familias⁸⁹ (predomina el tipo de familia nuclear) con un miembro mayor de 60 años,⁹⁰ 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 aquí hace que surja un primer cuestionamiento: *¿Cómo es el contexto familiar de los ancianos y ancianas con dependencia física y cómo responde la familia ante sus necesidades?* Actualmente 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.⁹¹ 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.

⁸⁸ Según Montes de Oca (2007) la ENASEM muestra datos de casi un 12% de personas ancianas con limitaciones funcionales viviendo solas (Algado, Basterra y Garrigós, 1997; De los Reyes, 2007; Ludi, 2005; Montes de Oca, 2004; Robles, 2005).

⁸⁹ 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).

⁹⁰ Menéndez y otros, 2005; citados en OPS, 2006.

⁹¹ Camdessus, 1995.

Según Camdessus⁹² 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 un nuevo cuestionamiento es: *¿Qué dilemas enfrentan adultos mayores y sus familias cuando surge la necesidad del cuidado?*⁹³ Y por otra parte: *¿Cuál es la respuesta que ofrece el Estado y las políticas de vejez?*

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 demuestra que en mayor proporción son las mujeres 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 lo tanto las nuevas formas de organización familiar y las propias dinámicas familiares 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,⁹⁴ 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

⁹² Ibidem.

⁹³ 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.

⁹⁴ Robles, 2005.

compartida que permita a éstas conciliar su vida en lo laboral, familiar, personal y social.⁹⁵ 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), psicológico (depresión, ira, hostilidad) y social (disminución del tiempo de recreación y descanso, aislamiento).

Otro aspecto relevante es la relación género-envejecimiento, pues 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.⁹⁶ 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 a sus propios cónyuges o a 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.⁹⁷ Nuevas preguntas emergen 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 cuando se experimentan como seres dependientes, sin ser capaces de realizar por sí mismos las actividades básicas de la vida diaria, ni ser capaces de autocuidarse, por lo tanto, asumir y aceptar que requieren del cuidado de otros.

⁹⁵ Díaz, 2006.

⁹⁶ Montes de Oca, 1999.

⁹⁷ Robles, 2003.

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.⁹⁸ 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”.⁹⁹ 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.¹⁰⁰ Del planteamiento anterior nace un nuevo cuestionamiento: *¿Cómo es la experiencia subjetiva de la enfermedad y la dependencia en los participantes?*

Adicionalmente, a nivel afectivo se produce una variedad de sentimientos que pueden oscilar de la tristeza a la depresión, del enojo a la frustración o al temor ante los cambios producidos, tanto en su cuerpo y sus capacidades, como en la percepción del apoyo y cuidado de quienes que le rodean. Sabemos que los ancianos que presentan una imagen de deterioro se convierten en un grupo socialmente estigmatizado en muchos discursos cotidianos,¹⁰¹ a los que se les etiqueta como personas “ociosas”, “improductivas”, como “carga familiar”, etcétera.¹⁰² Desde esta óptica una reflexión importante sería: *¿Cuáles emociones surgen a consecuencia de transitar por la vejez avanzada?*

⁹⁸ Robles, 2005.

⁹⁹ Minkler y Cole 1991: 42, citado en Robles, 2001.

¹⁰⁰ García, Rabadán y Sánchez, 2006.

¹⁰¹ 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.

¹⁰² Andrews, 2005; Robles y otros, 2006.

Ahora bien, como muchos eventos vitales, la vejez avanzada 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,¹⁰³ 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.¹⁰⁴

Como vemos, las diversas formas en que los adultos mayores y sus familias experimentan la dependencia y el cuidado pueden ser contradictorias y paradójicas según sean los valores, creencias y discursos que prevalecen en el grupo social.¹⁰⁵ 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.¹⁰⁶ La vejez avanzada, 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. Si de manera general se considera que 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.¹⁰⁷

¹⁰³ García, Rabadán y Sánchez, 2006.

¹⁰⁴ Gomes y Montes de Oca, 2004; y Montes de Oca, 1996 y 1998.

¹⁰⁵ Andrew, 2005.

¹⁰⁶ Montes de Oca, 1996.

¹⁰⁷ 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 la vuelven 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 el presente trabajo fue: *¿Cuáles son los significados de la dependencia y el cuidado en la vejez avanzada y cómo se construyen las identidades de los participantes desde la dimensión subjetiva y la dimensión social?*

De esta forma, nuestro interés investigativo nos impulsó a recorrer un camino que si bien tenía respuestas, también planteaba otras tantas interrogantes. Ambas: respuestas e interrogantes, están presentes a lo largo de este trabajo.

Envejecimiento, dependencia y cuidados: una tríada que se construye socialmente

En la inmensa mayoría de las personas la vejez avanzada hace que surjan ideas de enfermedad, de dependencia, de deterioro y muerte. La imagen de ser viejo y ser cuidado por otros tiene que ver estrechamente con una construcción social, es decir, con el significado que le damos al suceso en un determinado ambiente, partiendo desde luego de una cierta ideología.

También influye lo que se sabe a partir de la experiencia histórica del individuo; de los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, ya sea con base en mera literatura, o bien en referencias directas de quienes nos antecedieron. A partir de todos esos saberes se conforma y construye nuestra propia noción de envejecer, la cual coincide casi siempre con otras que se configuran desde las mismas bases, y con los mismos sustentos.

El envejecimiento: un referente socio-histórico

Si bien ciertas culturas a lo largo del tiempo han exaltado la vejez como una experiencia llena de sabiduría y dignidad, también existen otras posturas que la presentan muy negativamente, como la de Aristóteles, quien afirma que en esta etapa la gente se vuelve “quisquillosa” y la conceptualiza como una en-

fermedad natural.¹⁰⁸ Así mismo, Bobbio en su clásica obra *De Senectute*¹⁰⁹ hace una fuerte crítica a las posturas optimistas de la vejez, considerando que éstas minimizan el drama de la enfermedad y la muerte; agrega que el prestigio del que antes gozaban los ancianos, ha perdido peso en la actualidad.

Se dan enfoques teóricos también como la llamada *Teoría del etiquetado*, que sostiene que el grupo de los viejos responde más a una identidad impuesta por la sociedad que a un proceso de auto-identificación. La “etiqueta” va relacionada de manera general con conceptos como decrepitud, dependencia y enfermedad.¹¹⁰ 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.¹¹¹

Kehl y Fernández¹¹² 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, la que para Aranibar¹¹³ 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 aproximaciones teóricas que propician fuertes discusiones acerca de dos controversias: el tema del envejecimiento y la adaptación social. Ejemplo de esto es la *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”.

¹⁰⁸ Lehr, 2003: 22.

¹⁰⁹ Bobbio, 1996.

¹¹⁰ Aranibar, 2001.

¹¹¹ Laslet, 1989, en Arber y Ginn, 1996.

¹¹² Kehl y Fernández, 2001.

¹¹³ Aranibar, 2001.

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”.¹¹⁴ Los autores reconocen en la pérdida de roles la fuente principal de inadaptación de los adultos mayores 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.¹¹⁵

Es indiscutible entonces reflexionar acerca de la influencia que las posturas filosóficas y teóricas tienen en la forma en que definimos la vejez que se acompaña de enfermedad, de fragilidad y falta de autonomía. Es pertinente entonces revisar cómo se han elaborado estas nociones para acceder a una mejor comprensión de nuestro tema de interés.

¹¹⁴ Cumming y Henry, 1997; en Aranibar, 2001: 16.

¹¹⁵ Rodríguez, s/f; en Kehl y Fernández, 2001.

Envejecimiento y dependencia: ¿cómo se definen?

El término *envejecimiento* hace referencia tanto al proceso individual como al poblacional, lo que 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 esta etapa se da a partir de los 60 años. Por otra parte, el término vejez, se ha utilizado como sinónimo de envejecimiento, no obstante, hay que diferenciarlos, pues éste último hace referencia a la etapa final del curso vital del individuo y que al igual que las otras etapas precedentes incluye una serie de características psicosociales que se orienta hacia la integridad vs. la desesperación, en términos de Erickson.¹¹⁶

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.¹¹⁷ Sin embargo, en contextos como el nuestro, la edad establecida para ubicar a los mayores en los programas y políticas sociales de esta población se da a partir de los 60 años, y sólo se considera la edad de 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 que no puede ser estu-

¹¹⁶ Erickson, 1985.

¹¹⁷ Rodríguez, s/f; en Kehl y Fernández, 2001.

diado desde un paradigma único ni 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 dificultades de dicha etapa de vida, más que a su comprensión; de tal forma que se sabe más de lo empírico que de lo teórico.¹¹⁸

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.¹¹⁹ El contexto y la cultura son determinantes, pues si bien la visión de que los adultos mayores constituyen el patrimonio cultural de la comunidad aún permanece, existen sociedades en donde no es así. Los avances acelerados, las transformaciones en las tradiciones, las costumbres, la tecnología de la información y la comunicación han quedado fuera del alcance de la mayoría de las personas 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 negativas de la vejez que representan estereotipos que devalúan a los adultos mayores.¹²⁰ Así, la vejez y la dependencia conforman una díada a la que Simone de Beauvoir¹²¹ insiste se considere como un proceso biológico, pero también como una construcción socio-cultural. Sin embargo

¹¹⁸ Bury, 1996; en Aranibar, 2001.

¹¹⁹ Ludi, 2005.

¹²⁰ Aranibar, 2001: 8.

¹²¹ Simone de Beauvoir, 1970.

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 representan la “verdadera cara de la vejez”, lo que significa una posición devaluada y estigmatizada, pues tradicionalmente, la concepción predominante de la vejez ha sido la de una etapa de carencias de todo tipo: económicas físicas y sociales¹²², por lo que este grupo vive situaciones ambivalentes y contradictorias que generan problemas complejos, entre ellos el cuidado. Ambos actores: adultos mayores y cuidadores, forman parte de una experiencia que produce múltiples ideas, emociones y acciones que dan cuenta de los aspectos subjetivos y sociales de esta experiencia de vida.

La noción de dependencia¹²³

Actualmente es necesario hacer una distinción entre los “viejos jóvenes” y los “viejos-viejos”.¹²⁴ Estos últimos integran el grupo de los mayores de 75 años: aquellos que presentan deterioro funcional y discapacidad (manifestados en la disminución de las capacidades físicas o mentales, y la enfermedad). Hay explicaciones que destacan los aspectos de la deficiencia, la discapacidad y las desventajas para la realización de las actividades bási-

¹²² Huenchuan, 2010. Esta autora, al igual que otros trabajos en la literatura sobre envejecimiento, coinciden en que es muy raro que las personas mayores se conciban como sujetos capaces de aportar a la sociedad y a sus familias. Aunque existen este tipo de personas, lo que predomina en el imaginario social es la visión de vejez como deterioro.

¹²³ Si bien el concepto de dependencia es utilizado para definir la relación entre la población en edades potencialmente inactivas y la población en edades potencialmente activas desde el punto de vista económico, en este trabajo utilizaremos el término desde el punto de vista de salud; es decir, para denominar a las personas que han perdido su autonomía y requieren de otros para desempeñar actividades cotidianas.

¹²⁴ Ludi, 2005.

cas de la vida diaria;¹²⁵ y otras que integran elementos culturales, contextuales, emocionales y afectivos como determinantes o influyentes en la interacción de las personas dependientes con su familia.¹²⁶ De esta forma, como ya hemos dicho en párrafos precedentes, en todas las culturas se ha documentado que a las personas con deficiencias se les asigna un status diferenciado, pues la sociedad ha puesto el acento en la desviación.¹²⁷

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 “la 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 entretajan 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.¹²⁸ Lo que predomina en las imágenes culturales es la caracterización de los adultos mayores discapacitados como “carga” o “un gran peso social”. A dichas personas se les infantiliza y se les niega el status de sujetos activos, es decir, al igual que a 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 les daña.

En otro plano, Kittay¹²⁹ 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

¹²⁵ García, Rabadán y Sánchez, 2006.

¹²⁶ Montorio y Losada, 2004.

¹²⁷ Becker y Goffman, 1963; en Peters, 1998.

¹²⁸ Peters, 1998.

¹²⁹ Kittay, 1999; en Robles, 2006.

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.¹³⁰ 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.¹³¹ Al producirse una pérdida de autonomía surge la necesidad de un tipo de ayuda humana y técnica para realizar las actividades cotidianas.¹³²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca 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 dis-

¹³⁰ Kehl y Fernández, 2001; Osorio, 2006.

¹³¹ Moragas y otros, 2003.

¹³² García, Rabadán y Sánchez, 2006.

capacidad/capacidad. Pero en la práctica existe un deslizamiento hacia el nivel de la traducción social de la discapacidad: la situación de desventaja.¹³³

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.¹³⁴ 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.¹³⁵

Por su parte Robles, en su estudio sobre el cuidado a enfermos crónicos, retoma a Kittay¹³⁶ 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.¹³⁷

El significado de la enfermedad en la vejez

Las enfermedades crónico-degenerativas están asociadas a la vejez avanzada. Desde un enfoque fenomenológico, las enfer-

¹³³ Ibidem.

¹³⁴ Montorio y Losada, 2004; Allen, Fruhauf y Jarrot, 2006.

¹³⁵ Izal y Montorio, 1999.

¹³⁶ Kittay, 1999; en Robles, 2007.

¹³⁷ Ibidem.

medades 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 enfrentarse.

Charmaz,¹³⁸ 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.¹³⁹

Bury¹⁴⁰ por su parte 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 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

¹³⁸ Charmaz, 1983.

¹³⁹ Charmaz, 1980.

¹⁴⁰ Bury, 1982.

de las marcas de la enfermedad y el deterioro.¹⁴¹ En muchos casos el aislamiento y estigmatización a que conduce la enfermedad crónica produce lo que Gergen¹⁴² 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 adultos mayores 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.

Con base en 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 hombres y mujeres de edad avanzada surge como una dimensión relevante en el análisis de la dependencia en la vejez. Por tal motivo es importante explorar el impacto que reciben los adultos mayores no sólo a nivel físico, sino también en sus emociones, al identificarse a sí mismos como sujetas deteriorados y con poco valor social. En el plano físico la enfermedad representa un ataque a la identidad, dando lugar a lo que Bury¹⁴³ denomina una *biografía interrumpida*, en la cual se suspenden tanto los supuestos y los comportamientos que se daban por seguros; se replantea y redefine el concepto del yo y surge una alteración de los recursos personales cotidianos.

¹⁴¹ Bury, 1991; Bury y Taylor, 2007.

¹⁴² Gergen, 2006.

¹⁴³ Bury, 1991.

Las “marcas” del deterioro

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 asigna un determinado papel en la sociedad. Aportes de teóricos como el de Goffman: *Estigma: la identidad deteriorada*, son de utilidad para entender la construcción de las identidades en la vejez avanzada. Según este autor el proceso de envejecimiento se representa 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*¹⁴⁴ llega a sentirse atrapado en un cuerpo que ya no puede expresar físicamente su verdadera identidad. La persona mayor pierde su capacidad de autocontrol, de manejar las impresiones de los demás en su presentación, y la expresión de su identidad en la vida cotidiana.¹⁴⁵

Vinculado con lo anterior encontramos el concepto de identidad deteriorada con la desvalorización, estigma que se da a las personas que se perciben inutilizadas, discapacitadas, dependientes de los demás. El estigma “a veces también recibe el nombre de defecto, falla o desventaja”;¹⁴⁶ en este tipo de falla o desventaja se encuentra el deterioro físico en la vejez. En la vejez avanzada, con falta de autonomía, se es poseedor de una identidad que refleja información de la individualidad, del yo. Tal información, que se transmite por la persona vieja, se manifiesta a través de la expresión del cuerpo ante aquellos que son observadores.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Sí mismo.

¹⁴⁵ Goffman, 2006.

¹⁴⁶ Ibidem.

¹⁴⁷ Ibid.

Goffman llama “social” a todos los signos de información corporal que reúnen estas propiedades. En tanto estos signos son accesibles de forma regular y recibidos rutinariamente, éstos pueden recibir el nombre de “símbolos”. Según él existen “símbolos de prestigio” y “símbolos de estigma”, refiriéndose con estos últimos a los que se reflejan a través de “marcas” corporales.

En este estudio se intenta explorar la dependencia en los adultos mayores en el sentido no sólo de las “marcas” que deja en el cuerpo de quien envejece, sino en la inmovilidad de la cama, la silla de ruedas, el bastón o la andadera, por mencionar algunas. 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 adultos mayores, sino de quienes viven con ellos tal experiencia: sus cuidadores.

La identidad deteriorada

Al viejo se le percibe como alguien “extraño”, quien posee un atributo que lo hace 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”.¹⁴⁸ El significado construido socialmente no sólo es una cuestión de índole biológica, sino que abarca otros ámbitos de la experiencia personal, social y cultural.¹⁴⁹ Podría decirse, de acuerdo con Gergen,¹⁵⁰ que la imagen de la vejez con deterioro ha sido tradicionalmente etiquetada como una experiencia negativa a partir de declaraciones conjuntas surgidas en los

¹⁴⁸ De los Reyes, 2003.

¹⁴⁹ Robles, 2005.

¹⁵⁰ Gergen, 1996.

distintos grupos sociales. Las palabras adquieren su significado solo en el contexto de relaciones socialmente vigentes.

Ciertas premisas construccionistas fueron útiles para este estudio, sobre todo aquellas que establecen que los diferentes significados de los discursos sociales crean realidades múltiples.¹⁵¹ 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”.¹⁵² 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.¹⁵³

Según Gergen la sociedad ubica a los adultos mayores como gente “decrépita y senil”; no obstante, si bien aquellos que sufren dependencia están realmente incapacitados para realizar actividades físicas, esto no quiere decir que no tengan otro tipo de capacidades. Llega sin embargo el momento en que la vejez avanzada y enfermedad crónica se conjugan para que en esta etapa surja un elemento inevitable: el cuidado, aspecto que también está rodeado de múltiples matices y significados, como veremos a continuación.

La noción del cuidado: sus implicaciones socio-culturales

La experiencia de cuidar personas mayores –como otras experiencias– se construye en la realidad de la vida cotidiana; en la interacción con los otros; involucra emociones que se expresan

¹⁵¹ Ibidem.

¹⁵² Gergen, 1996: 73.

¹⁵³ Ibidem: 143.

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 se traduce en una conducta motivada al logro de un fin, es decir, adquiere sentido.¹⁵⁴ Cuidar es una experiencia humana universal que tiene una dimensión social muy especial.¹⁵⁵ El cuidado en general, atañe a los bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio.¹⁵⁶ Por su parte Aguirre¹⁵⁷ plantea que el cuidado 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, “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”.¹⁵⁸

En sentido similar, 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 de dicho 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 adultos mayores, llegando de la misma forma a requerir de apoyo en su padecimiento.¹⁵⁹

Existe gran diversidad de formas de construir la noción de cuidado. Lo que no cambia es la percepción de *a quién le corresponde cuidar* (véase Gráfico 5). Se ha discutido mucho sobre quiénes deben participar en el cuidado de las personas que han

¹⁵⁴ Robles, 2007.

¹⁵⁵ Ancizu y Bazo, 2001: 47.

¹⁵⁶ Batthyány, 2004; en CEPAL, 2009: 174

¹⁵⁷ Aguirre, 2008.

¹⁵⁸ Hochschild, 2008: 310.

¹⁵⁹ Robles, 2005.

perdido su autonomía; en algunos países desarrollados incluso se ha legislado al respecto;¹⁶⁰ 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 ciertos autores, el Estado y el mercado no dan una respuesta satisfactoria a los requerimientos de cuidado que necesitan las personas, dado que es una tarea que se ubica en el ámbito de lo doméstico.¹⁶¹ Es así que por siglos, en las distintas esferas económicas se ha pasado por alto la esfera doméstica y sus relaciones con el resto del sistema económico.¹⁶² No obstante, distintos análisis han hecho alusión a que, tenga o no valor monetario, el cuidado, dentro de la gama de acciones que incluye el trabajo doméstico es trabajo productivo y realmente genera valor para la sociedad en gran escala y para quienes se benefician de dicho trabajo.¹⁶³

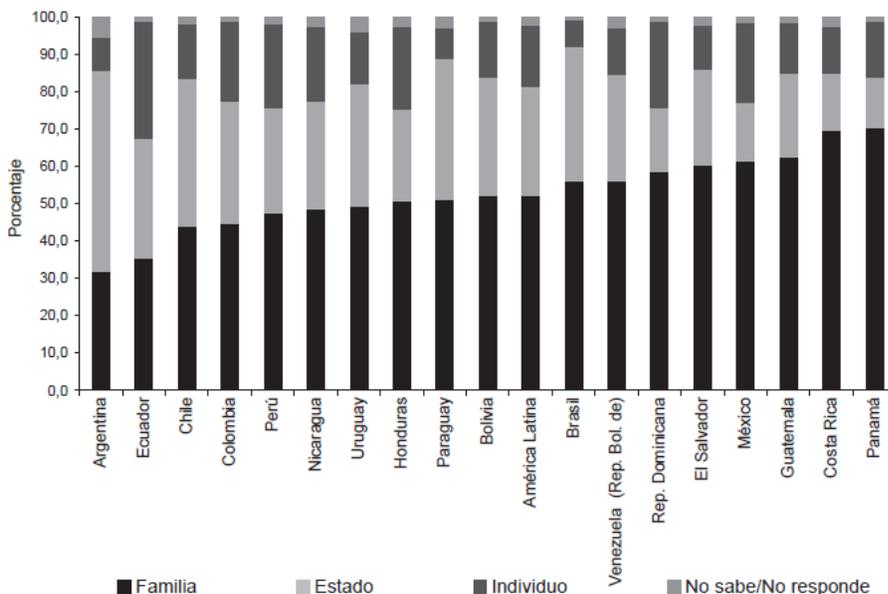
¹⁶⁰ En el año 2006 se aprobó la Ley de Dependencia en España, que promueve la atención a las personas en situación de dependencia.

¹⁶¹ Hochschild, 2008; Huenchuan, 2009; Robles, 2001.

¹⁶² CEPAL, 2009.

¹⁶³ La CEPAL informa que el trabajo doméstico no remunerado, que incluye la provisión de cuidado a los miembros de la familia, representó el 22.6% del PIB en 1996.

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: OPINIÓN SOBRE QUIÉN ES RESPONSABLE DE ASEGURAR BUENAS CONDICIONES DE VIDA PARA LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: CEPAL 2010

En el caso de las personas mayores 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, por medio de guarderías públicas y privadas, tales recursos no están en la misma proporción para ofrecerlos a los adultos mayores: tener acceso a asilos o “residencias” es una opción muy cara que solo unas cuantas familias pueden pagar. El cuidado se erige así como un asunto complejo que requiere de análisis más amplios.

Principales explicaciones acerca del cuidado

Según Waerness¹⁶⁴ la investigación acerca del cuidado se ha realizado desde dos perspectivas: la de la 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.

El cuidado femenino en la vejez adquiere importantes matices de género, pues si bien es cierto que hay excepciones en donde un hombre quien otorga cuidado a los adultos mayores, 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 la cuidadora innata.¹⁶⁵ 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, o dicho de otro modo: a las múltiples realidades en las que surge éste.

¹⁶⁴ Año 2001.

¹⁶⁵ Aronson, 1992.

Figura 1. Principales explicaciones del cuidado



Fuente: elaboración propia.

El cuidado desde la perspectiva de género: la postura feminista

El que sean las mujeres quienes se ocupen principalmente del 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.¹⁶⁶ 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 auto-percepción de sus propias necesidades.

En nuestro país, por ejemplo, la proporción de mujeres que realiza cuidados de los miembros vulnerables de la familia (entre ellos a los adultos mayores) es mayor que la de los hombres. Resultados de INEGI, de hace más de una década, de un total de 922 mil personas que realizaban tal actividad, 721 mil son mujeres y 201 mil son hombres; esto es: 78.2% y 21.8% respec-

¹⁶⁶ Maier, 2001.

tivamente.¹⁶⁷ Además, también dedican más tiempo al cuidado: 40.6% de las mujeres utiliza 21 o más horas de cuidado a la semana, mientras que este mismo tiempo lo realiza sólo el 15.6% de los hombres.¹⁶⁸ La situación parece ahora más preocupante, si se revisan los datos de 2009 de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en la que se muestran resultados de quienes no cuentan con un trabajo remunerado (hombres y mujeres). De este grupo, el 91.4% de las mujeres contra el 8.6% de los hombres realizan cuidados de niños, enfermos y ancianos. La diferencia de horas dedicadas a estas tareas también sigue siendo mayor en las mujeres, lo que da certeza de la arraigada división del trabajo al interior de los hogares y de los pocos cambios que se han producido en la esfera doméstica.¹⁶⁹

La postura feminista que maneja Waerness hace una revisión crítica de las principales aportaciones en el 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.¹⁷⁰ Esta autora hace referencia a Guilligan¹⁷¹ 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.

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,¹⁷² argumenta que no necesariamente las cualidades morales son indispensables para una acti-

¹⁶⁷ INEGI, 1996.

¹⁶⁸ Ibidem.

¹⁶⁹ INEGI, 2010. Mujeres y Hombres en México 2010.

¹⁷⁰ Finch y Groves, 1983; en Waerness, 2001.

¹⁷¹ Guilligan, 1982; en Waerness, 2001.

¹⁷² Tronto, 1993; en Waerness, 2001.

tud 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”.¹⁷³

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.¹⁷⁴ 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.

El cuidado como obligación filial

Desde el punto de vista del deber filial cobran importancia los aspectos éticos y morales que obligan a la familia a cumplir con la responsabilidad del cuidado. Al respecto García, Rabadán y Sánchez¹⁷⁵ 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

¹⁷³ Waerness, 2001: 13.

¹⁷⁴ Graham, 1983; Kittay, 1999; Pautassi, 2008; Robles, 2007; Sevenhuijsen, 1998.

¹⁷⁵ García, Rabadán y Sánchez, 2006.

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.¹⁷⁶ No obstante los planteamientos anteriores, consideramos que no son excluyentes uno del otro, ya que la primera 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 una cultura patriarcal dominante. En este sentido resulta importante identificar cómo se contextualiza el cuidado en los participantes de este estudio y cuáles son las dimensiones que lo caracterizan. A través de los discursos que se analizarán en capítulos subsiguientes, se identifican tanto los valores y la ideología de las y los responsables¹⁷⁷ del cuidado a los adultos mayores participantes.

El cuidado desde la perspectiva de los derechos humanos

El cuidado también se ha ubicado en la dimensión de los derechos humanos. 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

¹⁷⁶ Guberman y colaboradores, 1992; en García, Rabadán y Sánchez, 2006.

¹⁷⁷ En esta investigación hubo cuatro varones que realizaron tareas de cuidado.

de los cuidados,¹⁷⁸ responsabilidad que tendría que ser compartida por miembros de la familia y por el Estado, no solamente a cargo de las mujeres.¹⁷⁹ 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.¹⁸⁰

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*.¹⁸¹ 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 la iglesia -independientemente de la creencia- y los grupos conservadores) que sostienen este modelo y es el que prevalece en contextos como el nuestro.¹⁸² 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-

¹⁷⁸ 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, y la Declaración de Viena (Pautassi, 2008).

¹⁷⁹ 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 responsables al 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).

¹⁸⁰ Pautassi, 2008.

¹⁸¹ Sarraceno, 2004; Sainsbury, 2000; en Aguirre, 2008.

¹⁸² Aguirre, 2008.

na. En nuestro contexto sigue estando presente un “ideal” de la familia que ofrece contención y apoyo en las situaciones adversas que confrontan sus integrantes, independientemente de los conflictos inherentes a la dinámica que se genera al interior de la misma.

Como ya mencionamos en el capítulo inicial de este trabajo, en el contexto europeo. La legislación sobre el derecho al cuidado en condiciones de dependencia, proviene principalmente de la seguridad social a que tienen acceso los adultos mayores. El derecho al cuidado tiene diferentes expresiones en distintos países latinoamericanos. En algunos se establece como una garantía particular (Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela). Entre las acciones desarrolladas en algunas regiones de América Latina se destaca la implementación de programas de cuidadores domiciliarios en la Argentina, Cuba y el Ecuador, es decir, la capacitación de personas de la comunidad para asistir a las personas de edad en situación de dependencia. También en Chile, Colombia, Costa Rica, México, Nicaragua y la República Dominicana se han creado centros de día o residencias diurnas, amparadas por la institución nacional a cargo del tema. Ambas instancias facilitan la opción de las personas mayores y sus familias por una alternativa más óptima para vivir la vejez: la propia comunidad.

En nuestro país, si bien a partir del año 2002, se promulgaron 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), el caso del cuidado en la vejez presenta un espacio jurídico incompleto, inespecífico y poco definido cuando se hace mención de instituciones que se responsabilicen de otorgar cuidado a quienes presentan esta condición. Si bien, la legislación existente tiene entre sus objetivos garantizar a este grupo poblacional una serie de derechos, entre ellos el de la salud, la alimentación y apoyo

familiar (INAPAM, 2002), la realidad nos muestra que existe un escaso número de instituciones de tipo civil, públicas y privadas que atienden casos de adultos mayores con ciertos grados de discapacidad y existe la tendencia de que la población con discapacidad o limitaciones funcionales tiende a aumentar¹⁸³. Esta circunstancia hace que las miradas se dirijan hacia la familia, quien de manera universal es la que más responde a las demandas de cuidado de los miembros que lo requieren.

Aguirre (2008), propone considerar el derecho al cuidado como un derecho universal, dentro de políticas públicas y programas sociales que promuevan una responsabilidad equitativa en cuestión de los cuidados¹⁸⁴, responsabilidad que tendría que ser compartida por otros miembros de la familia, no solamente por las mujeres y por el Estado. En el caso de las personas mayores, interesa resaltar que son titulares de derechos individuales, pero también son titulares de derechos de grupo, por lo que se requiere que junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales, puedan disfrutar también del ejercicio de derechos sociales y lograr envejecer con seguridad y dignidad.¹⁸⁵ Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con otros grupos sociales, no existe todavía una amplia convención internacional en relación con los derechos de las personas mayores, por lo que la garantía de sus derechos emana de diferentes fuentes de la doctrina internacional de derechos humanos.

¹⁸³ En nuestro país, seis de cada cien hombres y mujeres adultas mayores tienen alguna limitación para moverse, caminar o lo hacen con ayuda de alguien (Encuesta Nacional de Discriminación, Enadis, 2010).

¹⁸⁴ 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 Salvador, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, el Consenso de Quito, la Declaración de Viena, etc. (Pautassi, 2008).

¹⁸⁵ Guzmán y Huenchuan, 2005.

Hasta aquí, mostramos cómo los saberes y significados del envejecimiento, la dependencia y los cuidados provienen de múltiples fuentes: de la historia, de la academia, de la legislación, de la medicina, del mercado y del Estado, pero también del sentido común y de las creencias que predominan en el imaginario colectivo. De cada uno de nosotros depende que empecemos a cuestionar los conocimientos que tienden a mantener imágenes negativas de los viejos, de la vejez y del cuidado que ellos requieren.

Ser viejo, enfermo y dependiente...

De manera general utilizamos el término *ser* para describir lo que somos, lo que hacemos, lo que pensamos y cómo nos posicionamos ante el mundo. También lo utilizamos para mostrar el rol que ejercitamos en tal o cual circunstancia. Así decimos: *soy profesionalista, soy ama de casa, soy fuerte, débil, hostil, cariñoso, etcétera*. Asumimos también que *somos* en función de otros. O para otros. En este trabajo sostenemos 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, Gergen¹⁸⁶ 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,¹⁸⁷ que viene a reforzar a aquél:

...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

¹⁸⁶ Gergen, 1985.

¹⁸⁷ Neymeyer, 2000: 216.

otro, en donde cada expresión es siempre una respuesta, en mayor o menor grado, a expresiones previas de otros.

De igual forma, para Neimeyer,¹⁸⁸ 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 presente 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. Adicionalmente, algunos constructivistas¹⁸⁹ asumen que cada persona opera en un marco de significado diferente y único, en el que desempeña papeles a través de la participación en un consenso social, a través de las conversaciones con la gente.¹⁹⁰ Para esta perspectiva, la persona cuenta, pero el significado de sus acciones sólo se puede entender mediante la referencia a la red social.¹⁹¹ Similar planteamiento hace Joy: “podemos decir que la vida de una persona es una combinación de muchas líneas narrativas diferentes”.¹⁹²

Como veremos más adelante, los datos recolectados de los adultos mayores, así como las expresiones acerca de sus vivencias, se constituyen en diálogos que reflejan tanto su ser individual como los pensamientos, ideas y creencias que se conectan con un pensamiento social dominante sobre la vejez y los viejos.

¹⁸⁸ Ibidem.

¹⁸⁹ Entre ellos Goncalves, Mahoney y Neimeyer.

¹⁹⁰ Goncalves, Mahoney y Neimeyer, al igual que otros autores 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.

¹⁹¹ Efran y Fauber, 1998; en Neimeyer y Mahoney, 1998.

¹⁹² Joy, 1993; en Anderson, 1999: 282.

Una primera “fotografía” de los participantes que muestra la parte objetiva de su identidad¹⁹³ la conforman sus características socio-demográficas y el padecimiento que los constituye como sujetos dependientes de otros, es decir: damos cuenta de quiénes son y cómo se presentan en su vida cotidiana. En este sentido la *fachada*¹⁹⁴ en la que se insertan como actores de la vejez es su habitación, lugar en donde se realizó la mayoría de las entrevistas, debido a sus limitaciones para movilizarse. Este escenario contiene elementos simbólicos que son acordes a la experiencia de vida y a los significados que a ésta le dan los adultos mayores.¹⁹⁵ Por ejemplo: es usual la presencia de cuadros con imágenes religiosas, ofrendas, veladoras, entre otros objetos religiosos que en su conjunto dan soporte espiritual y se convierten en un dispositivo de fe para esperar que disminuya el dolor o mejore la enfermedad.

¹⁹³ 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 y 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 demás con quienes interactuamos, y que también configura el sí mismo. En los ancianos de la cuarta edad el cuerpo es un elemento importante de identidad.

¹⁹⁴ Goffman da el nombre de fachada a la parte de la actuación del individuo que funciona regularmente de un modo general y prefijado, a fin de definir la situación con respecto a aquellos que observan dicha actuación. Una de las partes que integran una fachada es el medio (*setting*) que incluye el mobiliario, el decorado, equipos y otros elementos propios del trasfondo escénico.

¹⁹⁵ En Latinoamérica y en el mundo se ha definido a las personas mayores de diferentes formas: adultos mayores, personas de la tercera edad, ancianos, jubilados, pensionados. La palabra “viejos” también se ha utilizado en algunos congresos latinoamericanos. En este trabajo y a fin de hacer más ligero el discurso utilizaremos los términos más comunes de México: adultos mayores, personas mayores, hombres y mujeres mayores, y viejos, por ser un término muy común en la autodenominación de los participantes.

Tabla 1. Características socio-demográficas de los adultos mayores participantes

| Adulto mayor* | Edad | Edo. civil | Escolaridad | Ocupación previa | Recibe pensión |
|---------------|------|------------|--------------|-------------------|----------------|
| Ma. Dolores | 93 | Viuda | Sec. Inc. | Hogar | No |
| Rigoberto | 82 | Casado | Sin instruc. | Obrero/E.U. | Sí |
| María Santos | 92 | Soltera | Prim. Inc. | Cocinera | No |
| Roberto | 75 | Casado | Primaria | Obrero | Sí |
| Juan Lorenzo | 83 | Casado | Secundaria | obrero | Sí |
| Rosa Ma. | 86 | Viuda | Sin instruc. | Hogar | No |
| Cosme | 82 | Casado | Prim. Inc. | obrero | Sí |
| Rosalba | 93 | Viuda | Prim. Inc. | Hogar | No |
| Eulogio | 74 | Casado | Prim. inc. | Jornale-ro/E.U. | No |
| Jorge | 75 | Casado | Técnico | Emp. Of. Gob. | Sí |
| Leonel | 87 | Casado | Prim.inc. | Rotulista | No |
| Genoveva | 78 | Viuda | Prim. inc. | Hogar | No |
| Pablo | 80 | Viudo | Prim. inc. | Campesino | Sí |
| Ana María | 90 | Viuda | Prim. inc. | Ho-gar/emp.dom. | No |
| Imelda | 77 | Casada | Prim. inc. | Hogar | No |
| Irene | 91 | Casada | Prim. inc. | Hogar | No |
| Consuelo | 95 | Viuda | Prim. inc. | Hogar | No |
| Abelardo | 84 | Casado | Prim. inc. | Agricultor | Sí |
| Ma. Elena | 70 | Viuda | Sec.inc | Asisten-te/médico | No |
| Rosenda | 88 | Viuda | Prim. inc. | Hogar | Sí |

*Los nombres son ficticios para conservar el anonimato. Fuente: entrevistas.

Las edades de los adultos mayores oscilan entre los 70 y los 95 años; 25 años de diferencia entre el menos viejo y el mayor. Como podemos apreciar, las más longevas son las mujeres; tal como lo refieren los expertos: la expectativa de vida es más alta en ellas, aunque también se dice que las condiciones de salud son más desfavorables.¹⁹⁶ Asimismo, también la viudez predomina

¹⁹⁶ Según datos del CONAPO, en el año 2010 la esperanza de vida para los hombres es de 73.1 años; y para las mujeres, de 77.8, al nacer.

mina entre las mujeres, lo cual refuerza el planteamiento anterior y da origen a lo que se ha denominado *feminización de la vejez*.¹⁹⁷ La mayoría de los adultos mayores cuenta con una escolaridad baja, por lo que las actividades laborales previas son acordes a la escasa instrucción escolar. Lo anterior también determinó que muchos de ellos no se hayan podido ubicar en el mercado formal de trabajo, impidiendo acceder al beneficio de una pensión, tal como sucede con una gran mayoría de la población mayor en nuestro país.¹⁹⁸

En el caso de Leonel, quien trabajó hasta los 78 años como pintor de rótulos, nunca solicitó su afiliación; sus patrones tampoco ofrecieron hacerlo; entonces él “dio por hecho” que así eran las condiciones de su trabajo. Su razonamiento explica el predominio del trabajo informal, el desconocimiento de los derechos laborales, aspecto que se retroalimenta con la falta de cumplimiento por parte de las empresas para las que trabajó.¹⁹⁹

El caso de María Santos refiere que aunque laboró durante varios años en una “fonda” en el “mercado del centro” nunca solicitó la afiliación al Seguro Social, pues “antes eso no se usaba oiga... y menos a uno de mujer”. Igual que el caso de Leonel, pero de manera más aguda en el caso de las mujeres, el desconocimiento de sus derechos laborales, la devaluación del trabajo femenino y la “omisión” de muchos empleadores de otorgar protección social a sus trabajadores, crea las condiciones propicias para que surja el fenómeno de la *feminización de la pobreza*; es decir, condiciones socioeconómicas desfavorables para las mujeres y debilidad de las políticas sociales de equidad de género. Por otra parte sus condiciones de salud los colocan

¹⁹⁷ Pérez, 2000.

¹⁹⁸ En 2004, del total de personas de 60 años y más, sólo una de cada cinco gozaba de algún tipo de pensión. De éstas el 61.7% eran hombres y 38.3% mujeres (INEGI, 2005).

¹⁹⁹ El empleo informal no se presenta sólo entre personas en edades avanzadas, pero es más frecuente en este grupo. Datos de *XII Censo General de Población y Vivienda* reflejan que más del 80% de los adultos mayores tiene un empleo considerado informal (CONAPO, 2010).

en una situación vulnerable tanto física como socialmente, pues la discapacidad y el deterioro que son consecuencia de ello, los limita para realizar *las funciones básicas de la vida diaria*. Los adultos mayores que aquí aparecen tienen entre tres y seis actividades básicas de la vida diaria que no pueden realizar sin ayuda.²⁰⁰ Además, aunque la mayoría tiene acceso a servicios de salud, ya sea porque son derechohabientes directos o indirectos, el impacto en la salud que las repercusiones de la discapacidad y el deterioro tienen en la economía de las personas mayores y sus familias, son severas, pues es ampliamente sabido que los padecimientos en la vejez se caracterizan por ser crónicos y con múltiples complicaciones (como se muestra en la Tabla 2). Esta circunstancia lleva a quienes la viven a realizar “gastos catastróficos”, lo que lesiona fuertemente el ingreso de los adultos mayores y sus familias.

Tabla 2. Tipología de las enfermedades, co-morbilidad y limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

| C A S O | Adulto mayor | Enfermedad/ padecimiento | Comorbilidad | ABVD que realiza con ayuda |
|------------------|---------------|---|--------------------------------|---|
| 1 | María Dolores | Artritis/ osteoporosis (fractura por caída) | Depresión/ insomnio/ gastritis | Levantarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habitación, ir al sanitario. |
| 2 | Rigo- | Diabetes | Enfermedad prostáti- | Levan- |

²⁰⁰ Por actividades básicas de la vida diaria se entienden aquellas como bañarse, vestirse, hacer uso del sanitario, levantarse, controlar esfínteres y comer.

| | | | | |
|---|-----------------|---------------------------------|--|--|
| | berto | | ca/ problema cardiaco/ gastritis | tarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habita- ción, ir al sanitario. |
| 3 | María Santos | Problema de columna | Artritis/ bronquitis | Levan- tarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habita- ción, ir al sanitario |
| 4 | Roberto | Problema de columna (caídas) | Enfermedad prostáti- ca/ depresión/ problema cardíaco | Levan- tarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habita- ción, ir al sanitario. |
| 5 | Juan Lorenzo | Cáncer de colon | Parkinson | Levan- tarse de la cama, vestirse, bañarse, caminar por la habita- ción, ir al sanitario. |
| 6 | Rosa María | Asma (EPOC) | Arritmia | Levan- tarse 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/ enfermedad prostática | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, |

| | | | | |
|--------|----------|---------------------|--------------------------------------|---|
| | | | | caminar por la habitación. |
| 1 1 | Leonel | Embolia | Bronquitis crónica | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación, comer por sí mismo. |
| 1 2 | Genoveva | Cirrosis hepática | Diabetes/ problemas renales | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación |
| 1 3 | Pablo | Insuficiencia renal | Problemas/ columna/ secuelas embolia | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación. |
| 1 4 | Imelda | Parkinson | Fractura de cadera | Levantarse de |

| | | | | |
|--------|--------------|--------|---|---|
| | | | | la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación. |
| 1 5 | Ana María | Caída | Tromboflebitis | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación. |
| 1 6 | Irene | Cáncer | Fractura de cadera | Levantarse de la cama, bañarse, vestirse, ir al sanitario, caminar por la habitación. |
| 1 7 | Consuelo | Caída | Gastritis/ problemas 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 | María Elena | Mielopatía cervical/cuadriplejia | 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. |

Fuente: entrevistas.

Por otro lado, la percepción subjetiva de la enfermedad y el deterioro tiene mayor trascendencia cuando las deficiencias impactan la imagen corporal, la funcionalidad del cuerpo, su

autonomía, pues las actividades cotidianas que se solían realizar se han ido abandonando paulatinamente a causa de la enfermedad o el efecto del propio envejecimiento. En las siguientes narrativas²⁰¹ iremos analizando de qué manera la afectación del cuerpo va construyendo una nueva identidad: la identidad deteriorada con que se asumen los adultos mayores dependientes.

El cuerpo y la construcción de identidad

Abelardo: 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...

María Dolores: 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...

Investigadora: ¿Qué es lo que le gusta comer?

María Dolores: 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...

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 adultos mayores en la evidencia más clara del deterioro y la discapacidad, y los efectos son fatales. En ma-

²⁰¹ En este trabajo mencionamos de manera indistinta los términos, narrativas, relatos y discursos para referirnos a las respuestas amplias y espontáneas de los hombres y mujeres que participaron en la investigación.

yor o menor medida, nadie escapa de eso.²⁰² 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 viejos su principal instrumento. Como dice Herzlich: el lenguaje de la enfermedad es el lenguaje del cuerpo.²⁰³

Las imágenes del cuerpo en los adultos mayores se construyen en torno al dolor y a la falla o deficiencia. Sus cuerpos “ya no 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, duré 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 adultos mayores 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 medicación para disminuir las manifestaciones biológicas producto del inevitable declive.²⁰⁴

²⁰² Simone de Beauvoir, 1970.

²⁰³ Herzlich, 1995; en Castro, 2002.

²⁰⁴ Tulle, 2008.

Ana María: *Sí, 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...*

Investigadora: ¿Ya no quiere tomar pastillas?

Ana María: *Me 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...*

El cuerpo para los adultos mayores también sufre deterioro por deficiencias en la alimentación. Ellos dejan de comer adecuadamente en parte por las dificultades para digerir ciertos alimentos, también por desgano y apatía provocados por el mal estado de salud y por la ingesta excesiva de medicamentos, entre otros. Los modos de control que los tratamientos médicos imponen presentan límites difusos entre lo recomendable, lo seguro, lo saludable y la percepción del sujeto que los recibe, el cual en muchas ocasiones los identifica como formas de agresión que vulneran su cuerpo y por consiguiente su identidad.

En otra visión de su imagen corporal, Imelda y María Dolores, en sus relatos, nos muestran un panorama de total pasividad y dependencia, pues pareciera que transfieren el manejo de sus cuerpos a los cuidadores:

Imelda (78 años): *Sí: me paran aquí al tanteo. Me paran y me sientan en una silla y ahí me estoy hasta que 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...*

María Dolores (93 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...

Además, las emociones que se producen a partir de la imagen corporal en las ancianas, difiere en los 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...

Figura 2. Significados del cuerpo en la vejez



| | |
|--------------------------------|---|
| Imagen de su cuerpo | <ul style="list-style-type: none"> •deteriorado •enfermo |
| Emociones | <ul style="list-style-type: none"> •Autoconcepto y autoestima devaluados |
| Sentimientos | <ul style="list-style-type: none"> •de ser una carga •de pérdida |
| Pensamientos | <ul style="list-style-type: none"> •negativos |
| Creencias | <ul style="list-style-type: none"> •ser improductivo •ser inútil |
| Ideas | <ul style="list-style-type: none"> •juventud: sinónimo de autonomía •autosuficiencia como valor |
| Pérdida de su identidad | |

Fuente: elaboración propia.

Estas formas de representación subjetiva del cuerpo en los adultos mayores integran lo que Goffman²⁰⁵ denomina “signos corporizados” de un cuerpo “acabado” y deteriorado. Dichos signos son reveladores de estigma social y 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.²⁰⁶ En este escenario indudablemente el envejecimiento del cuerpo representa una fuerte amenaza para la identidad de quienes pertenecen a la cuarta edad. El autoconcepto parece irse diluyendo, desmoronando, de tal forma que es mejor ocultarlo.²⁰⁷ Se presenta entonces una “interrupción biográfica” como consecuencia de dejar de *ser* y de *hacer* lo que definía y sustentaba el concepto del yo.²⁰⁸

María Elena (70 años, cuadripléjica): *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 vejez avanzada las “marcas” se reflejan en el deterioro de las funciones, en la deformación de alguna de las partes del cuerpo y también del uso de instrumentos que suplen algunas funciones básicas, como es la silla de ruedas, el bastón, los aparatos auditivos, lentes o respiradores artificiales. Dichos instrumentos y dispositivos pasan a formar parte del esquema corpo-

²⁰⁵ Goffman, 2006.

²⁰⁶ Wainwright y Turner, 2003; en Tulle, 2008.

²⁰⁷ Bury, 1991.

²⁰⁸ Bury, 1982.

ral y por tanto del propio cuerpo, en tanto van revelándose los rastros del pasado individual, pero sobre todo: social.²⁰⁹ Es así como se desencadena una vergüenza del cuerpo, un estigma de la imagen corporal en quienes ya no se apegan a un modelo corporal propuesto, a una imagen predominante de un cuerpo joven, sano y competente.²¹⁰

La manifestación de un sí mismo devaluado, deteriorado por las deficiencias de la edad y la enfermedad, afectan la interacción social, tanto con la familia directa como con las personas cercanas. Se tiene la percepción de que el hecho de estar viejo, enfermo, y con evidente deterioro en las funciones vitales, hace perder el interés para quienes están alrededor. Las conversaciones dejan de ser atractivas para los otros, puesto que sólo se puede hablar de enfermedad y dolencias, por lo que surge la amenaza del aislamiento y la soledad.

La amenaza del aislamiento social

Es así que “el no funcionar del cuerpo” ya ni para platicar, porque se seca la garganta, se cansa de hablar, hace que muchos adultos mayores, como María Dolores, vayan abandonando el campo de las relaciones sociales. Es como un dejar de estar en el mundo y meterse en otro que no esperábamos vivir.

María 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 cómo estoy, pues han de decir: “al cabo no puede ni platicar”. No; no es que no pueda, sino que no

²⁰⁹ Bourdieu, 1999; en Ferrante y Ferreira, 2008; Merleau-Ponty, 1975.

²¹⁰ Baz, 2000; Goffman, 2006.

platico ni nada, y han de decir: “¿Para qué? ¿Para qué vamos a verla? Nomás preguntamos por ella”.

Desde un enfoque socio-construccionista el cuerpo en la vejez es representado por un discurso del déficit por medio de la presencia de la enfermedad y del deterioro. Como consecuencia de ello surge una transgresión a la identidad, pues se afecta la autoestima y la seguridad a partir de abandonar roles sociales y familiares. Los discursos del déficit se construyen desde la enfermedad, la patología y la disfuncionalidad, y son compartidos por los profesionales de la salud, por la sociedad y por los propios participantes.²¹¹

Las representaciones del cuerpo en lo médico coexisten y se entremezclan. Los discursos médicos del cuerpo son producto de la sociedad, orientando conductas y produciendo efectos sobre ella. Si bien en la actualidad el discurso médico no es el único existente con relación a la salud y la enfermedad, no podemos evitar el hecho de que con frecuencia somos incapaces de hablar de nuestro cuerpo y de su funcionamiento sin recurrir al vocabulario médico. En el saber acerca del cuerpo están implícitos tanto discursos como prácticas científicas, religiosas y populares que definen donde empieza y termina la enfermedad.²¹²

La biografía de los viejos con un cuerpo enfermo es matizada por el temor y la vulnerabilidad ante la declinación de la productividad; por la precariedad de un cuerpo que ya no responde a las demandas mínimas de la autonomía y la independencia. Es así que surge en los hombres y mujeres de edad avanzada y con deterioro físico un discurso del déficit utilizado por ellos y en consonancia con los discursos médicos y sociales. Este discurso se construye a partir de la enfermedad, la patología y

²¹¹ Gergen, 2006.

²¹² Olvera y Sabido, 2007.

la disfuncionalidad.²¹³ El discurso del déficit, generado a través del deterioro del cuerpo, y en algunos casos de la expectativa de la una muerte cercana, produce una transgresión a la identidad, pues se afecta la autoestima.²¹⁴ De este modo, la existencia se ve minada por una pérdida constante del sentido de integridad, y por una disminución de la certidumbre con la que generalmente viven los individuos.²¹⁵ Esta nueva identidad 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 quienes cuentan sus narrativas: el concepto de “carga”.

El concepto de “carga” surge como una idea de sí mismo que configura la identidad de quien padece dependencia física. El sentirse una carga está penetrado por elementos cognitivos y afectivos que producen o generan 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, 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 adultos mayores el sentirse una carga.

El sentimiento de “carga”

La percepción de “ser una carga” se construye en una relación dialéctica, en la interacción con los otros significativos como son la familia, los amigos, las personas representativas para los

²¹³ Gergen, 2006.

²¹⁴ Coupland y Giles, 1991.

²¹⁵ Castro, 2002.

adultos mayores. 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 especialmente cuando se trata de cuidar personas ancianas, enfermas o discapacitadas.²¹⁶ El mismo concepto adquiere otras dimensiones cuando se trata del adulto mayor: 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.²¹⁷ En otras palabras: las narraciones de la vejez, la dependencia y el cuidado, orientan 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 ellos tienden a la discriminación, a la exclusión, y al aislamiento de este grupo social.

Entonces, la auto-percepción negativa de sí mismo va conformando la identidad a lo largo del proceso de envejecimiento, lo que da como resultado una crisis del *self*. Más adelante se muestran los relatos que emanan de la percepción de ser una carga. Se aprecia que si bien los adultos mayores provienen de contextos socioeconómicos distintos, las imágenes de la deva-

²¹⁶ Montorio y otros, 1998; Rivera, 2001.

²¹⁷ Anderson, 1997.

luación son similares, lo que indica un cierto consenso social en el que predominan los estereotipos negativos.

En los discursos se identifican tanto aspectos cognitivos como emocionales que corresponden a una visión predominantemente negativa de la vejez. También se muestra cómo los adultos mayores establecen sus relaciones 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*.²¹⁸ Los planteamientos citados nos llevan a formular preguntas como: ¿de dónde surge el sentimiento de ser una carga?, ¿cómo se construye este estereotipo?, ¿qué elementos del contexto están presentes en la subjetividad de los adultos mayores y cómo ese contexto contribuye a reproducir una imagen negativa sobre la vejez?

Del sentimiento de "carga" en los entrevistados se derivan emociones, pensamientos, sentimientos, ideas y creencias de inutilidad, pasividad e inactividad. Es decir, los adultos mayores se construyen como seres no productivos en el caso de los hombres, y en el caso de las mujeres como personas que ya no sirven a los demás. Ello tiene que ver con el papel que culturalmente se les asigna; un rol que ellos han dejado atrás a causa de envejecer, de estar enfermos y de requerir de cuidados, no obstante que ese rol social ha sido parte de su identidad. Las narrativas que se muestran a continuación dan sentido y significado a lo que se ha mencionado.

²¹⁸ González 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" (2007: 14).

Narrativas

María Dolores (93 años): *¡Ay! Yo al principio le pedía a Diosito: acuérdate de mí, ya que estoy dando tanto trabajo... Aquí yo, ya para nada...*

María Santos (92 años): *Sí, eso sí, pues ya me preguntan: ¿quiere esto? Y en ese sentido les doy mucha "lata"...*

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

María Elena (70 años): *Para dejar vivir a éstos [sus hijos] que formen sus vidas... 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...*

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

Ana María (87 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...*

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

Juan Lorenzo (83 años): *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...

Tras el discurso del sentimiento de “carga” en los adultos mayores se identifica una exigencia del trabajo socialmente construida, pues el trabajo es un aspecto central que constituye identidad en los sujetos en general.²¹⁹ 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, status, rol social. De acuerdo con este planteamiento el sentimiento de carga trastoca la identidad del viejo que poco a poco va dejando de ser, siendo: viejo-enfermo, viejo-deteriorado, viejo-dependiente, viejo-pobre, viejo-inactivo, identidades que no se hacen presentes en tanto se puede realizar alguna actividad, mantener cierta autonomía, tener reconocimiento, lo que da la certidumbre de ser “alguien”, “servir para algo”, “sentirse útil”; esto los hace sentirse mejor. En síntesis, los viejos 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 3 son espejo y reflejo de dichas necesidades, así como de la añoranza y nostalgia por el trabajo; los adultos mayores de esta generación suelen ser individuos que valoran y exaltan el trabajo.²²⁰ 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

²¹⁹ 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.

²²⁰ Autores como Bauman (2008) y Lipovetsky (2008) plantean que, en las nuevas generaciones, este valor ha entrado en decadencia.

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 status y orgullo; no trabajar se considera “anormal”.²²¹ Así, el trabajo es un aspecto central de motivación en la vida de los individuos,²²² que si se trastoca puede generar patrones “trastornados” de existencia (tales como frustración, tristeza, ansiedad).

Tabla 3. Añoranza por el trabajo

| Hombres | Mujeres |
|--|--|
| <i>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...</i> | <i>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.</i> |
| <i>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 sí es bonito estar haciendo algo...</i> | <i>Rosa María: Pues le digo: nada más en rezarle a mi Padre Dios, pues sí, antes yo le ensartaba la aguja a ella y rezaba mis oraciones en el libro y ya no; si yo me hacía vestido de lo que yo cosía, ensartaba la aguja bien, me iba para el patio, lavaba mi ropita de abajo [la ropa interior], mi baño, lavaba los trastes y ya no, pues ya qué gano si ya no puedo...</i> |
| <i>Jorge: Pues a veces reniego. Reniego conmigo porque yo era un hombre ágil y ahora estoy maleado y me enojo 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.</i> | <i>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 sí: es feo porque ya uno no puede hacer todo lo que hacía, ¿verdad? Todo lo que hay que hacer.</i> |

²²¹ Bauman, 2008.

²²² Lipovetsky, 2008.

| | |
|---|--|
| | <i>Antes hacía uno el trabajo que tiene 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.</i> |
| Rigoberto: ... <i>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.</i> | Ana María: ... <i>y sacábamos buen dinero, y mi papá era orgulloso conmigo; tenía a mis hermanos y los tenía que mantener, pues teníamos que trabajar...</i> |

Fuente: entrevistas

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 adultos mayores, 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, etcétera. 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) dado que “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 trabajo²²³ se

²²³ 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”.

promueve desde la familia, la escuela, y los púlpitos en las iglesias para que nunca se nos olvide que tenemos que trabajar.²²⁴

Por otro lado, Lipovetsky,²²⁵ 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”.²²⁶ Los planteamientos hasta aquí mencionados cobran relevancia en función de lo que generan los discursos en la nueva identidad de los adultos mayores. 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,²²⁷ los aspectos centrales que conforman identidad²²⁸ 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 María Dolores:

...siempre estaba tejiendo. Tejía ya sea estambre o hilaza, pero no me estaba dioquis. Dioquis no.

²²⁴ Bauman, 2008.

²²⁵ Lipovetsky, 2008.

²²⁶ Lipovetsky, 2008: 121.

²²⁷ Neymeyer, 2000.

²²⁸ 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, etcétera.

Los adultos mayores 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, etcétera, y que ponen en “agitación” al sistema de ordenamiento central²²⁹ del individuo. 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 los discursos de los participantes se encuentran distintos *yoes* que conforman su identidad. Como dice Hermans:²³⁰ “el propio ser, el narrador, es muchos yo, ocupa muchas posiciones y tiene muchas voces”. De esta forma el *yo* de los adultos mayores no existe fuera del discurso; se crea y se sostiene en el lenguaje; no es tampoco un sujeto o sustancia preexistente, es un sujeto hablante.²³¹ En la expresión de estos *yoes*, unos predominan sobre otros, entran en lucha y se encuentran en tensión constante.

Muchos de los planteamientos de Gergen²³² se consideran relevantes para entender, en este tema que nos ocupa, cómo las problemáticas individuales de quienes experimentan la dependencia en la vejez y su significado, son referidas externamente al dominio inmediato de su funcionamiento individual, explicado como resultado de una dinámica compleja (muchas veces dolorosa) entre la narrativa que define la identidad del adulto mayor y el discurso de devaluación social más general en que se

²²⁹ 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.

²³⁰ En Anderson, 1999: 287.

²³¹ Gadamer, 1975.

²³² Gergen, 2006.

desenvuelve. De esta forma se puede entender que el *self* (sí mismo) surge en la construcción de un diálogo entre el individuo con otros, incluidas las instituciones sociales. Al concepto de sí mismo Gergen lo denomina “self relacional”²³³ 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,²³⁴ que 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.”

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” (la familia y la red social cercana) los refuerzan. A continuación vemos como en el imaginario de los adultos mayores se mantiene la idea de que representan una pesada carga para quienes les rodean.

María Dolores: *Estando aquí los molesto. Ya no pueden hacer lo que ellos quieren, a la hora que quieren.*

²³³ Gergen, 1985.

²³⁴ Neymeyer, 2000: 216.

Consuelo: *Aquí me ve sentada, acostada, sin hacer nada porque pues para levantarme a hacer algo, a tomar agua, necesito valirme de la andadera para irme, y con la andadera en la mano ¿qué voy a hacer? ¡Nada!*

Juan Lorenzo: *Es lo que le digo: llega uno a la vejez y es cuando estorba. Se le va a uno relegando...*

Rigoberto: *No pues, me da tristeza porque ya no puedo valer por mí mismo. A veces se enfada uno...*

Las narrativas de los adultos mayores van acompañadas de contenidos emocionales que configuran una identidad total, construida en el campo de relaciones en las que los entrevistados están inmersos. 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 adultos mayores 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 adultos mayores manifiestan estados emocionales en los que generalmente está incluida la red de relaciones cercana²³⁵ (el cuidador, la familia y los amigos). Las expresiones emocionales que describen los adultos mayores, como tristeza, desesperación o vergüenza, corresponden de alguna manera con una situación real y “objetiva” como lo es la enfermedad, el sufrimiento o el dolor que ésta genera, pero también a condiciones subjetivas particulares. La segunda mitad de la vida trae consigo el reconocimiento gradual de limitaciones temporales,

²³⁵ Hablaremos más ampliamente sobre la dimensión emocional del cuidado en el capítulo 5.

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

Irene: *Querer uno; poder; querer hacer las cosas y ya no poder alcanzar uno algo que necesita... ¡Nada! Me da pena...*

Roberto: *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.*

Juan Lorenzo: *Cuando veo que ya anda muy cansada sí me da vergüenza pedirle un apoyo, pero ella lo ve y lo hace.*

Jorge: *Pues a veces reniego. Reniego conmigo porque yo era un hombre muy ágil... pues a ella [su esposa] se le hace difícil, ya la tengo aburrida, ya la tengo harta.*

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.²³⁶ Desde un entendimiento social de las emociones predominantes en los adultos mayores, 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 la pérdida encuentre una nueva significación que disminuya los estados anímicos negativos en las personas. Esto podría suceder sólo en contextos terapéuticos.

²³⁶ Kohli, 1990.

El narrarse a sí mismo cuando ya no se tiene la capacidad de ser autónomo, de cuidarse a sí mismo, refleja sentimientos que se *adecuan* 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.²³⁷ 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”.²³⁸

El futuro, ¿cómo se construye?

Para la mayoría de los viejos 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 mejora 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 Erickson²³⁹ en cada etapa de la existencia surge una crisis que, al resolverse, se avanza a otra etapa de vida. En la vejez avanzada ya no hay etapa posterior, y los adultos mayores

²³⁷ Lazarus, 2000.

²³⁸ Armon-Jones, 1986: 33.

²³⁹ Erickson, 1970.

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,²⁴⁰ aludiendo a la integridad del yo: que se defienda la dignidad y el estilo de vida que los adultos mayores quieren llevar. Como ya hemos visto: los adultos mayores participantes tienen, en su mayoría, 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.²⁴¹ Ellos son quienes deciden sobre su vida la mayor parte de las veces:

María Santos: *¿Cómo le diré? A veces no entiendo las cosas y pues lo dejo a como ella [la hija cuidadora] 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.*

De esta forma, se podría decir que su futuro lo deciden otros. O como ellos dicen: “lo decide Dios”.

Rosa María: *Hay 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...”*

O cuando los pensamientos de futuro giran en torno a la experiencia de la muerte:

²⁴⁰ Krassoievitch, 2005: 57.

²⁴¹ De Beauvoir, 1983.

Rigoberto: *Pienso sobre cómo irá a ser mi vida, cómo iré a acabar...*

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 vejez avanzada, de la enfermedad y la dependencia, o bien el tener una “muerte digna” no siempre es posible cuando se carece de los apoyos indispensables para lograrlo. Gil,²⁴² 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 viejos 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.

Los participantes se aferran a la fe para esperar un final menos doloroso, o bien practican la oración y el rezo en un afán de evitar confrontarse con la angustia que genera la incertidumbre del final de la vida. Para ellos es mejor decir: “Sólo Dios sabe”. Finalmente “cada cual ha de descubrir su propio camino mientras lo recorre sobre la marcha”.²⁴³ 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 adultos mayores. ¿Pero cómo lograr

²⁴² Gil, 2003: 279.

²⁴³ Gil, 2003.

que se convierta en una experiencia positiva, o al menos, no tan amenazante?

No hay respuesta, pues como plantea Gadamer,²⁴⁴ 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”.²⁴⁵

De esta forma, hablar de esta consciencia resulta un dilema que los adultos mayores muchas veces prefieren evitar. Para los adultos mayores 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 también 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.

²⁴⁴ Gadamer, 2005: 432.

²⁴⁵ Gadamer, 2005: 433.

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 foto].

Es decir: ellos se quieren *mostrarse* 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 más 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.

La mayoría de los entrevistados expresan un sentimiento de temor respecto al futuro, aunque algunos se aferran a sus creencias religiosas o a su espiritualidad para adaptarse a sus condiciones de vida y afrontar el destino que les espera, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Investigadora: *¿Usted qué piensa de que logró llegar a esta edad?*

Rosa María: *No, pues, yo pienso que tiene que ser bueno porque que dios es el que se lo manda a uno. ¿Con quién se va a quedar? Con nadie, más que con la voluntad de dios...*

La ambivalencia que se identifica en algunos discursos de los adultos mayores se relaciona con la lucha entre dos fuerzas que generan tensión: la vida y la muerte. Sin embargo, en el caso de la mayoría de los entrevistados, existe una dimensión que también encuentra eco en lo social: la lucha contra la adversidad, es decir: aquella parte del individuo en la que rescata los elementos positivos de su entorno y de su personalidad que le permite enfrentar las situaciones difíciles en mayor o menor medida, como en este caso: la enfermedad y la discapacidad. Se podría entonces hablar de que adquieren *resiliencia* en la vejez.²⁴⁶

Para ser *resilientes* en la vejez, algunos 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 de “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

²⁴⁶ El enfoque de la resiliencia permite de manera general reconocer y potenciar recursos personales e intrapersonales que protegen el desarrollo del individuo 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).

resistir el deterioro y a veces trascender más allá de la muerte.²⁴⁷

Lo fundamental para adoptar una posición positiva ante el envejecimiento se sostiene en la calidad del narcisismo.²⁴⁸ 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 por medio de dichos cambios.²⁴⁹ Es decir, asumir el proyecto de metamorfosis que se plantea el sí mismo (*self*) en cada uno de ellos y que se presenta de manera cruda a partir de la incapacidad para seguir siendo autónomo.

Las actitudes positivas que produce la resiliencia fortalecen el sí mismo de los viejos, y en la medida en que lo logran pareciera que se preparan mejor para los acontecimientos venideros, como vemos en el siguiente ejemplo:

Investigadora: Usted ya ha salido bien librado de muchas. ¿Eso le hace sentir confianza para el futuro, que todo se va a resolver y que va a poder volver a caminar?

Rosendo: Así es, porque en lugar de tener miedo tengo valor de que ni nervioso me pongo. Incluso cuando me hicieron la operación del corazón, ya sabe que lo duermen a uno y ya no es como antes: que lo pican a uno por la columna; ya es con una mascarilla. Y antes de que hiciera efecto me dice el que me iba a operar, el doctor: “¿Está listo?” Sí, doctor. “¿No tiene nervios?” No, ninguno, adelante, y ya me quedé dormido... Pues

²⁴⁷ Knopoff, Santagostino y Zarebsky, 2004: 223.

²⁴⁸ 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 objetales (Laplanche y Pontalis, 1977).

²⁴⁹ Knopoff, Santagostino y Zarebsky, 2004: 223.

duraron como cuatro horas para hacer este trabajo y ahí me llevé como tres o cuatro días y ya me dieron de alta... Me operaron allá en México también...

Reflexionando sobre el ser en la vejez

La imagen o *fachada* que nos muestran los hombres y mujeres mayores en este trabajo tiene varias aristas importantes, que van configurando y reconfigurando nuevas identidades. Por una parte, la propia condición de convertirse en “viejo, pobre, enfermo y dependiente” hace alusión a la experiencia más temida por todos,²⁵⁰ sobre todo cuando las redes de apoyo social y familiar no son suficientes. En algunos de nuestros participantes —tal como sucede con una buena parte de la población mayor— las carencias económicas, de servicios de salud y falta de apoyo social contribuyen a una imagen devaluada de sí mismos. Esta devaluación trasciende la dimensión personal y se extiende a una posición social poco visible que los margina de los derechos a la protección social, siendo el derecho a la salud el más importante, dadas las condiciones de fragilidad y deterioro que presentan.

La devaluación personal, como social, de los viejos con dependencia física afecta la esfera emocional y su mundo de relaciones, configurando identidades que se sustentan en 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. La percepción de ser una “carga” se constituye en una verdad que se reafirma con los estereotipos que se construyen alrededor del hecho de ser viejo (senil, decrepito, obsoleto). Estas imágenes negativas que predominan en el contexto, tienen significados similares indepen-

²⁵⁰ Robles, 2005.

dientemente de las condiciones de clase o género en todos los participantes. Las imágenes y representaciones que los viejos interiorizan a partir de sus narrativas, son las que constituyen la subjetividad que les es propia. Para ellos el valor de la autonomía, de la autosuficiencia y de la independencia, representa un valor personal que surge de esta subjetividad, pero que también se construye socialmente, pues dentro del intercambio social estos valores se establecen como “verdades universales”, como “deberes globalmente valorados”.

Adicionalmente, la categoría del trabajo como un valor que han dejado de poseer, genera tensiones en la constitución de la identidad, generando un estigma social que se reproduce constantemente en los discursos cotidianos. Por lo tanto, a los adultos mayores se les dificulta cambiar la percepción de sí mismos, pensar la vejez en forma diferente, pues cambiar significaría adoptar actitudes, emociones y comportamientos que desafían mandatos sociales que impactan fuertemente la identidad, como es la veneración de la juventud, la actividad, la productividad y la competencia.²⁵¹ 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 lo tanto, rescatando los hallazgos de la investigación, pareciera que lo único que podrá sostenerlos 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 esperaban, pues la persona propone y el cuerpo dispone”.²⁵² En última instancia con lo que se puede seguir contando es con la propia historia, como señala Gil: se trata de seguir siendo fiel a la trayectoria previa, tanto biográfica como generacional.

²⁵¹ Powell, 2001; Aberg, Sidenvall, Hepworth, O’Reilly y Lithell, 2005.

²⁵² Gil, 2003: 281.

Seguir reproduciendo estos discursos impide que los adultos mayores accedan a mejores condiciones de un desarrollo integral y de una re-significación positiva como sujetos de la vejez. Más bien ellos recurren a sus fortalezas internas; adoptan actitudes *resilientes* que les permiten afrontar la adversidad de la vejez, la enfermedad y en ocasiones la inminencia de la muerte. Que de otra manera no resistirían.

El cuidado en la vejez: una responsabilidad que se asigna y se asume por género

La necesidad de cuidado no es un asunto nuevo. Lo que sí es nuevo es la dificultad para otorgarlo, sobre todo por las peculiaridades de la situación actual.²⁵³ En este sentido el cuidado ha tomado relevancia como tema de estudio en las ciencias sociales. Los datos que se dan a conocer a través de las investigaciones ponen el tema del cuidado en el centro de un debate social y político.

Los estudios que se centran en analizar los efectos psicosociales y la salud física de quienes cuidan adultos mayores enfermos son abundantes.²⁵⁴ Un aspecto relevante que destacan estos estudios hace alusión a la "carga" del cuidador, en función del impacto que el cuidado tiene en la salud mental de los cuidadores. Adicionalmente, los conflictos familiares que surgen alrededor del cuidado contribuyen a que éste se otorgue en un contexto difícil para ambos: cuidador y adulto mayor.

²⁵³ Como ya se dijo en capítulos precedentes: los cambios en la distribución sexual del trabajo, la incorporación de la mujer al empleo remunerado y las transformaciones en la vida de las familias han limitado la posibilidad de otorgar cuidado a quien lo necesita.

²⁵⁴ Están, por ejemplo: Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly y Lithell, 2005; Aramburu, Izquierdo y Romo, 2001; Deví y Ruiz, 2002; y Rivera, 2001.

Otros análisis sobre este tema ponen el foco en el entorno y la dinámica familiar que se produce ante la situación de cuidado. Se ha encontrado que la principal motivación de los cuidadores para realizar tareas de cuidado en la vejez es la obligación filial y el ser mujer. En cuanto a los intercambios entre personas mayores y cuidadores son de tipo instrumental y afectivo, siendo el apoyo emocional el recurso más importante en el proceso de dar y recibir.²⁵⁵ Sin embargo, el principal análisis realizado sobre el tema es el que pone de manifiesto su relación con la cuestión de género, como ya vimos en el capítulo dos. En términos generales, se concibe al cuidado como una actividad generalmente femenina no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social, y comprende tanto el cuidado material como el inmaterial, que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental.²⁵⁶ El cuidado realizado por varones es poco común y con diferentes características, como ya veremos.

A las mujeres les resulta más fácil asumir la responsabilidad de cuidar tanto por su papel en la familia, como por la influencia cultural y de género. La acción de cuidar se construye como una tarea femenina que está permeada por símbolos y reglas sociales que significan un “deber” para las mujeres.²⁵⁷ El aprendizaje social se adquiere a edades tempranas y promueve en ellas la responsabilidad de ocuparse y preocuparse por otros; de cuidar y proteger a los más vulnerables, como en este caso a los adultos mayores con pérdida de su autonomía. Las características que poseen tanto en lo individual como en lo social contribuyen a ello.

²⁵⁵ Bazo, 2002; Delicado 2006; Montes de Oca, 1996 y 1998.

²⁵⁶ Aguirre, 2008.

²⁵⁷ Maier, 2001; Robles, 2007; Sevenhuijsen, 1998.

Las cuidadoras: atributos y particularidades

Los escenarios en que se ubican las cuidadoras²⁵⁸ de este estudio son heterogéneos, con características muy particulares. En ese sentido no se puede pensar en un “perfil” sino en muchos “perfiles” de cuidadoras, y diversos tipos y formas de otorgar el cuidado. No obstante también hay rasgos comunes entre las mujeres que desempeñan el cuidado, como son: ser esposa o hija, y en el caso de estas últimas generalmente se caracterizan por ser solteras, divorciadas o viudas, con baja escolaridad y sin empleo.²⁵⁹ Dichas características son las adecuadas para ser designadas como cuidadoras “ideales”, según Robles. En nuestras participantes se cumplen muchos de los criterios planteados por esta autora, como vemos en la siguiente tabla.

Tabla 4. Las cuidadoras y sus características socio-demográficas

| Caso | Edad | Estado civil | Escolaridad | Fuente de ingreso | Ocupación actual | Parentesco con el adulto mayor |
|----------|------|--------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Mauricia | 54 | Casada | Técnica | Cónyuge/pensión | Hogar/cuidado | Hija |
| Asunción | 67 | Casada | Primaria inc. | Cónyuge | Hogar/cuidado | Esposa |
| Rosalía | 48 | Viuda | Secundaria | Pensión/empleo | Cuidado/hogar/empleo informal | Hija |
| Nora | 73 | Casada | Secundaria inc. | Cónyuge/hijos | Hogar/cuidado | Esposa |

²⁵⁸ De los 20 casos que conformaron este trabajo sólo en cuatro el cuidado fue otorgado por varones, de tal forma que de manera general haremos referencia al término cuidadoras en los principales resultados.

²⁵⁹ Robles, 2007.

| | | | | | | |
|----------------|----|---------------|---------------|--------------------|-------------------------------|--------|
| Eréndira | 64 | Casada | Secundaria | Cónyuge/hijos | Hogar/cuidado | Esposa |
| Pina | 63 | Viuda | Primaria | Pensión | Hogar/cuidado | Hija |
| Isabel | 75 | Casada | Primaria | Cónyuge/hijos | Hogar/cuidado | Esposa |
| Ma. Auxilio | 68 | Madre soltera | Técnica | Pensión | Hogar/cuidado | Hija |
| Celia | 30 | Casada | Técnica | Cónyuge/hermanos | Hogar/cuidado | Hija |
| Jovita | 54 | Casada | Secundaria | Cónyuge/empleo | Hogar/cuidado/empleo informal | Esposa |
| Consuelo | 75 | Casada | Primaria inc. | Hijos/negocio fam. | Hogar/cuidado | Esposa |
| Tina | 38 | Viuda | Lic. Derecho | Pensión/empleo | Cuidado/hogar/empleo informal | Hija |
| Manuela | 57 | Casada | Primaria inc. | Cónyuge | Hogar/cuidado | Hija |
| Argelia | 57 | Viuda | Secundaria | Hermanos | Hogar/cuidado | Hija |
| France- lia | 75 | Casada | Ninguna | Cónyuge/hijos | Hogar/cuidado | Esposa |

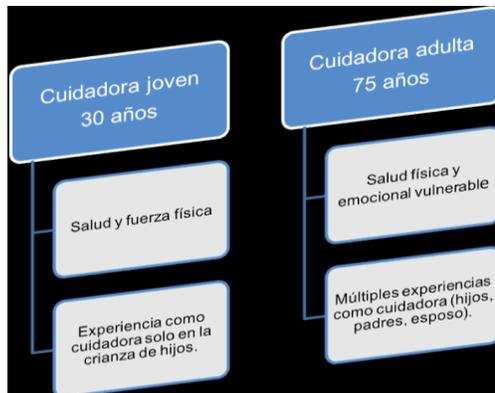
Fuente: entrevistas.

Es importante notar la diferencia en la edad de las cuidadoras, que oscila entre los 30 y 75 años de edad. La edad arrojó información relevante 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 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 esposas) tienen una condición física y emocional más vulnerable, como es el caso de

Francelia, Isabel, Nora y Consuelo. Además, han desarrollado en sus etapas previas del ciclo vital, tareas de cuidado como hijas (a su propios padres), como madres (a su hijos), y continúan siendo cuidadoras de sus esposos.

Como dice Robles:²⁶⁰ 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.²⁶¹ En cuanto a la escolaridad, se observan diferencias que tienen relación directa con las edades; pues mientras que 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 el varón era 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.

Figura 3. Caracterización de las cuidadoras



²⁶⁰ Robles, 2003.

²⁶¹ Arber y Ginn, 1991.

Por otra parte, 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 adultos mayores 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 adulto mayor. Un caso especial es el de Argelia, quien es viuda y tiene 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.

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 esa tarea. Jovita, por su 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, con las 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”, dice. Esta circunstancia trae repercusiones que afectan la situación de cuida-

do. 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 adultos mayores reclaman su presencia constante y permanente. Las demás mujeres, que se desempeñan como cuidadoras y “encargadas” del hogar, realizan una serie de tareas agotadoras en mayor o menor medida.

El grado de cansancio y estrés que produce el ser cuidadora y encargada del hogar al mismo tiempo, se incrementa o se reduce según se cuente o no con una red de apoyo. Por ejemplo, hay quienes tienen la posibilidad económica de pagar 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. Mauricio cuenta con una empleada doméstica que la apoya en dichas tareas, lo que de alguna forma le concede la libertad de salir ocasionalmente para satisfacer necesidades personales tanto como familiares.

Manuela, Isabel y Consuelo, cuidadoras de mayor edad, con una mermada condición de salud, reciben apoyo de sus hijas, que fungen como cuidadoras secundarias. En estos casos (de las cuidadoras secundarias) las repercusiones derivadas del cuidado son mayores, 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 y emocional, dado que en ellas la oportunidad de “tener un respiro” es casi nula, sobre todo porque las condiciones de salud de sus parientes demandan de un mayor cuidado. En estas circunstancias el hogar se convierte en “un encierro”, una especie de “prisión” donde las cuidadoras trabajan sin parar y los tiempos de “descanso” los pasan al lado del enfermo, brindándole compañía, situación que no les permite desprenderse, negándoles 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: ésa es mi rutina...

(Consuelo, esposa cuidadora).

Acciones de cuidado

De acuerdo con Robles²⁶² el trabajo de las cuidadoras se convierte en acción vital para el enfermo: satisface necesidades de éste, ofreciéndole los recursos necesarios para su sobrevivencia. La misma autora categoriza las acciones de cuidado 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.

²⁶² Robles 2007.

Algunas de las acciones de cuidado mencionadas por Robles son reconocidas como tales por las cuidadoras; no obstante, otras pasan inadvertidas. Las participantes les dan mayor importancia a las tareas de cuidado más difíciles como es el bañarlo, cambiarlo, moverlo, darle de comer, llevarlo al médico o a internar. Las tareas que pasan inadvertidas son: prepararle la comida (que a veces es comida especial, diferente a la que consume la familia), platicar con él para tranquilizarlo, informar a los familiares sobre las condiciones de salud, etcétera. Dichas actividades las perciben como “obvias”; piensan que “son cosas que de todas formas se tienen que hacer”, lo cual naturaliza muchas de las acciones de cuidado, haciéndolas “invisibles” incluso para las mismas cuidadoras. ¿Qué se puede esperar de los demás miembros de la familia, de las instituciones que atienden a los adultos mayores, o de las propias políticas sociales para la vejez?

Tabla 5. Actividades de cuidado

| Tipo de cuidado | Actividades de cuidado |
|---|---|
| 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. |
| 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 adulto mayor: 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, etcétera. |
| Acciones de cuidado en torno al trabajo biográfico del enfermo. | Brindarle soporte emocional: platicarle, leerle, animarlo, orar juntos, tranquilizarlo. |

Fuente: entrevistas.

Los discursos sobre el cuidado se ubican simultáneamente en polos opuestos; revelan ambivalencias y luchas de tensión. En otras palabras, esta parte conflictiva para las cuidadoras integra 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 adulto mayor, 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 (a veces explícito) de querer abandonar este escenario. Es decir, el cuidado puede ser experimentado como un acto de amor que genera tensión. De esta forma vemos que en el cuidado no existe un patrón a seguir, sino pautas que surgen en función del contexto en el que se realiza.

La satisfacción del deber cumplido y la construcción de la identidad femenina

En el imaginario social predomina la idea de que cuidar es una virtud que tiene reconocimiento social; se identifica como una virtud femenina, y si alguien de este grupo no la realiza, corre el riesgo de tener una “sanción social” o de recibir un “castigo divino”, como se muestra en los siguientes ejemplos.

Eréndira (esposa cuidadora): *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...*

Ma. Auxilio (hija cuidadora): *Sí, siento que lo hago bien, y que estoy al pendiente, y que sí 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...

Pina (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 comida, su atención, que esté al pendiente de ella: que debemos de tratar de darles cariño; estar siempre cerca de ella...

Mauricia (hija 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, ¿cómo 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...

Celia (hija cuidadora): Yo me siento bien de tenerlo limpio a él, de darle de comer, yo me siento bien. Útil, me siento útil. ¿Cómo? 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...

Rosalía (hija cuidadora): O sea, yo siento que yo no puedo dejar a mi mamá ahí, a ver quien le hace caso, o sea: no, por-

que ella siempre cuando mi mamá pudo fue una mujer muy activa y ella siempre me ayudó...

Los relatos muestran un auto-reconocimiento por ser cuidadora que es respaldado por el contexto social. Dicho contexto otorga cierto “honor” a quien se encarga de otros; por tanto, realizar tareas de cuidado resulta gratificante. Como plantea Hochschild:²⁶³ 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 al cuidado se vincula con lo femenino y además es una función *bien vista* por la sociedad debido a que hace alusión a un tipo “ideal” de mujer.

El cuidado femenino es una acción exaltada en la esfera privada y en el discurso cotidiano. Pero ¿por qué nada más las mujeres? ¿Acaso son valores exclusivos de un solo género? ¿Qué o quién favorece esta división de valores? El discurso de orden religioso también penetra en los relatos de las cuidadoras. 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 la recompensa que da el reconocimiento social no siempre es suficiente: también existe otra cara de la moneda, que muchas veces se acompaña de carencias económicas y falta de apoyo familiar. La cuidadora sin decirlo parece expresar insatisfacción con su rol y enojo por la falta de apoyo familiar y social; necesita y requiere de atender sus propias necesidades, pero no se atreve a abandonar su función de cuidadora, pues la

²⁶³ Hochschild, 2008.

sociedad, la familia y ella misma no se lo perdonarían. Debe continuar en el deber ser del ideal femenino, pues esto es lo que apuntala su identidad.

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 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”—.²⁶⁴ Las encomiendas que se adjudican a las mujeres, especialmente el cuidado de los ancianos, genera en las cuidadoras la idea de llevar una pesada carga de la cual no se pueden despojar. Los discursos que aparecen a continuación ejemplifican este planteamiento.

El cuidado como una “carga”: las implicaciones psicosociales

Como se ha dicho anteriormente: el concepto de “carga” tiene una doble implicación: no sólo significa “ser una carga”, percepción que corresponde a los adultos mayores con falta de autonomía, sino también significa “llevar una carga a costas”, visto desde el otro lado: el del cuidador. Las narrativas más significativas de las participantes se muestran a continuación:

²⁶⁴ Ibarra, 1995; Maier, 2001.

Ma. Auxilio (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. 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...*

Pina (hija 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 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...*

Celia (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! Me pongo a rezar... rezar, yo creo: sí, pedirle a Dios que me de fuerzas...*

Eréndira (esposa cuidadora): *Pues difícil [la experiencia de cuidar a su esposo]. Yo tengo mucho miedo. Tengo miedo, no sé...*

Tina (hija cuidadora): *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...*

El cuidado de un adulto mayor 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. En el ejemplo de Tina intervienen distintos factores: ella ha sido cuidadora de otros familiares, viene desempeñando una “carrera como cuidadora”.²⁶⁵ 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 existiese, no sería necesario el rol de “cuidador principal”, sino que existirían muchos “cuidadores principales”.

En el caso de Ma. Auxilio, además de lo ya planteado, existe un conflicto con su madre. El tipo de relación establecida y los conflictos previos entre los participantes predisponen la forma en que se otorgará el cuidado. 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 devastadora. Ma. Auxilio, por otra parte, resiste “un sistema de vigilancia familiar”, que le exige un buen cumplimiento como cuidadora. Al respecto, Robles²⁶⁶ 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, esto como parte de un dispositivo de control establecido por la familia. Son de tales dimensiones las exigencias de los que no están presentes en el acto de cuidar, que pareciera que sus demandas ocultan una culpa inconsciente por incumplir ellos mismos los mandatos sociales establecidos para esta responsabilidad universal.

²⁶⁵ Robles, 2003: 2.

²⁶⁶ Robles, 2007.

La resignación y la conformidad de las cuidadoras ante la tarea que asumen contrarrestan de alguna manera las ambivalencias que enfrentan y que no pueden resolver; es mejor aceptar su papel resignadamente. Esta “apropiación” del cuidado del enfermo como una responsabilidad exclusivamente familiar, y sobre todo femenina, forma parte de un sistema de creencias que limita la capacidad de protestar, de inconformarse, de demandar apoyo y atención a estas problemáticas. No obstante los sentimientos ambivalentes surgen inevitablemente: por un lado quien cuida 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”.

Dicha situación paradójica encuentra su origen en la multiplicidad de voces que refieren los construccionistas sociales. Como plantean Gergen y Neimeyer:²⁶⁷ 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 define las tareas y funciones específicas para 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 dominantes, que influyen en la asignación de tareas por sexo. Dichos discursos son compartidos socialmente y adquieren mayor fuerza cuando quien los comparte es el propio adulto mayor sujeto de cuidado. Además, las percepciones de éste

²⁶⁷ Gergen, 2006 y Neimeyer, 2000.

van configurando “el mundo real del cuidado” que cada una de las cuidadoras experimenta.

La percepción del cuidado en los hombres y mujeres mayores

Las acciones, funciones y tareas de cuidado generan satisfacción y bienestar en los adultos mayores, o bien sentimientos de tristeza, frustración y enojo. 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 y actual que mantienen ambos participantes, y por las dificultades que implica realizar el propio cuidado, pero también por el género del adulto mayor y también por la condición de género del cuidador.

El cuidado difiere además según sean las necesidades del adulto mayor en cada etapa del padecimiento.²⁶⁸ Los hombres mayores 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 los 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; prevalece la expresión de opiniones positivas. Podría considerarse también que el no dar una opinión que refleje

²⁶⁸ Robles, 2007.

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 Rigoberto, Juan Lorenzo y Jorge, 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.

Juan Lorenzo (83 años): *Bueno, tiene que haber altos y bajos, que se ve que pues hay veces que no está de humor [su esposa cuidadora], pero de todos modos lo hace [cuidarlo], porque así es. Pero todo lo hace bien.*

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 su relato:

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.*

El cuidado adquiere una tonalidad distinta si quien lo realiza es una esposa, un esposo, una hija o un hijo varón. Aunque en este estudio participaron cuatro varones cuidadores, de manera general el cuidado recibido por esposas e hijas es más valorado por los adultos mayores. Como ya se ha planteado reiteradamente, dentro del orden social dominante: el cuidado es una “virtud esencialmente femenina”.

Las mujeres mayores reciben el cuidado de sus hijas en mayor medida. Las hijas cuidadoras de madres enfermas han establecido una relación de mayor apego, a diferencia de las otras mujeres de la familia. Como dice Robles: las hijas ideales para cuidar reúnen ciertas características que las hicieron ser las más adecuadas. La preferencia por una determinada cuidadora entre varias pareciera ser una ventaja que otorga mayor status y poder familiar.

En los siguientes ejemplos se muestra cómo las mujeres mayores perciben el cuidado recibido por sus hijas, cómo se determina quién cuida y quién no, y los sentimientos que generan las cuidadoras. Se asume que 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 experiencia en la acción de cuidar. Como dice Baier:²⁶⁹ la confianza surge cuando se confía en la competencia y la buena voluntad de otros para cuidar.

²⁶⁹ Baier, 1994; en Sevenhuijsen, 1998.

Narrativas sobre la percepción de las mujeres mayores acerca del cuidado

María Dolores (93 años): *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].*

Rosa María (86 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.*

En el segundo ejemplo el adulto mayor, además de preferencia por la cuidadora, muestra cierta compasión por ésta. El caso de Rosalba, en cambio, nos habla de la insatisfacción por el cuidado recibido, caracterizada por una demanda de cuidado de tiempo completo que no se otorga a satisfacción:

Investigadora: *¿Le gusta la forma en que la cuidan?*

Rosalba (93 años): *No, porque se molesta la gente [hace alusión a su hija cuidadora].*

Investigadora: *¿Qué necesitaría para estar bien?*

Rosalba (93 años): *Pues una persona que solamente me cuidara. Que se dedicara a cuidarme.*

Dado que el cuidado se da y se recibe en un contexto de la relación cuidadora-adulto mayor, la percepción que se tiene de ello está basada en el vínculo que se ha establecido con el primero.

“A toda ley una mujer”

Como lo hemos venido reiterando, 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, en su estudio sobre el cuidado,²⁷⁰ 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 adultos mayores, cómo se integran esas “verdades” establecidas para lo femenino.

Rosalía (hija cuidadora): *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 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.*

Nora (esposa 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*

²⁷⁰ Robles, 2007.

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”...

Consuelo (esposa cuidadora): *Sí, 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...*

Celia (hija 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...*

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 son posicionados de modo jerárquico.²⁷¹ 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

²⁷¹ Sevenhuijsen, 1998 y 1999.

de ser un trabajo devaluado y que devalúa a quien lo realiza.²⁷² Este planteamiento se ejemplifica en el texto de Jorge:

Investigadora: ¿Quién de los hijos lo cuida más o lo cuida mejor?

Jorge: *Pues igual, nada más que de todos modos a la “pobre vieja” [esposa cuidadora] le echan la carga encima y yo junto con ellos...*

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, con 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”.²⁷³ 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.²⁷⁴ 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 hom-

²⁷² Lan, 2002; Robles, 2007.

²⁷³ Robles, 2002: 13.

²⁷⁴ Robles y otros, 2006: 276.

bres y mujeres reproducen recíprocamente estas creencias que se vuelven verdades absolutas, realidades validadas y legitimadas familiar y socialmente, pues como dice Mauricia, en el caso de sus hermanos: “mi madre los educó así”.

En este contexto el cuidado se otorga y se recibe 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:²⁷⁵ 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 externarlas son “como voces en el desierto que nadie escucha”, por lo que el discurso generalizado y dominante vuelve a tomar fuerza en su interior.

Las necesidades sentidas por las cuidadoras

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 6). Usualmente sus discursos giran en torno a necesidades económicas, a problemas de salud física o emocional, y a dificultades para movilizar a los adultos mayores. A las necesidades planteadas por estas mujeres se agregan cuestiones estructurales que no es fácil resolver en virtud de la carencia de políticas públicas y programas sociales que promuevan el bienestar 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;

²⁷⁵ Robles, 2007.

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 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 6. Necesidades percibidas por las cuidadoras

| Tipo de necesidad | Narrativas sobre las necesidades |
|--------------------------------|--|
| Información | <i>Más información de cómo cuidarlos, o qué hacerles cuando les pasa esto o aquello, fíjese, 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... (Celia, hija cuidadora)</i> |
| De compartir el cuidado | <i>Pues yo lo que necesitaría es ayuda de... con él... Me vienen a visitar [los hijos], pero hasta ahí, a platicarme que “guiuri guiuri”, 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, 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)</i> |
| Económicas | <i>Yo pediría de todo corazón que me dotaran de pañales... (...) Pues mis necesidades son, pos de medicamento de él. Es lo más urgente... (Asunción, esposa cuidadora)... Pues dinero para todo, pedimos prestado para la resonancia magnética; pedimos prestado. ¿De dónde agarramos? (Tina hija cuidadora)</i> |

| | |
|--------------------|---|
| Emocionales | <i>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, ¿cómo le quiero decir? No económica: yo estoy deseosa de ayuda moral. Como que necesito mucho amor, mucha comprensión (Asunción, esposa cuidadora)</i> |
|--------------------|---|

Fuente: entrevistas.

Las necesidades de las cuidadoras son múltiples y diversas, y todas son importantes, pero las que adquieren un peso especial 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 adultos mayores 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 con la familia no sólo las tareas de cuidado, sino también sus angustias. Necesitan confiar en que cuentan con el apoyo preciso para resolver las necesidades del tratamiento del enfermo y además cubrir las necesidades de los demás miembros de la familia. 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.

Estrategias utilizadas por las cuidadoras

Las estrategias de las cuidadoras para “sobrevivir” a 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 7 las principales alternativas que desarrollan las cuidadoras con el propósito de mantenerse “al pie del cañón”, en el desempeño de su tarea.

Tabla 7. 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 las 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 máquina...</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 sí salgo, sí hago ya “conchita”, porque le digo: 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 [el templo] y aparte, ahí en la parroquia pinto. Entonces, meterme en la pintura es volver a recargar las pilas 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> |

Fuente: entrevistas.

Hasta aquí hemos recorrido el camino que transitan las cuidadoras al cumplir con una responsabilidad asignada y asumida bajo fuertes condicionamientos culturales y de género. A continuación vemos el caso excepcional de cuatro cuidadores varones y las características del cuidado que desempeñan.

La excepción de la regla: los cuidadores varones

Las experiencias masculinas de cuidado son muy escasas, como lo demuestra la literatura revisada. Los varones como cuidadores son una novedad, no obstante se espera que con la creciente participación de las mujeres en el mundo laboral y profesional, los varones empiecen a tener mayor participación en las funciones de cuidado. 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 14). 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, mas 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.²⁷⁶

²⁷⁶ Ungerson, 1987; en Arber y Gilbert, 1989.

Joel (hijo cuidador): *¿Sabe qué? 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 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...” “Sí, 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...*

Sergio (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 la forma en que nos trataba a todos: a todos nos trató por el mismo parejo. No hubo, no hubo distinción ni nada, y yo la admiraba a ella desde muy chico, por la forma en que cómo nos trataba; de cómo nos cuidaba; de querer a las ocho de la mañana a todos arreglados para irnos a la escuela; de que andaba atrás de nosotros: “Y tu tarea, y tú esto, y tú lo otro...” 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 que me ha hecho ser; aparte que el carácter tanto de ella como el mío son muy parecidos y por eso no nos dejamos...*

Tabla 8. Varones cuidadores y sus características sociodemográficas

| Caso | Edad | Estado civil | Escolaridad | Fuente de ingreso | Ocupación actual | Parentesco con el AM |
|------------------|------|--------------|---------------------|-------------------|------------------|----------------------|
| Joel | 31 | Soltero | Primaria incompleta | Sin ingreso | Hogar/cuidador | Hijo |
| Sergio | 45 | Soltero | Secundaria completa | Empleo/sec. pub. | Maestro/cuidador | Hijo |
| Samuel | 78 | Casado | Primaria | Pensión | Cuidador | Esposo |
| J. Ismael | 72 | Casado | Primaria | Pensión | Cuidador | Esposo |

Fuente: entrevistas.

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 su padre viudo, quien reside en una comunidad rural. Para él ha sido difícil enfrentar la responsabilidad del 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. En la familia la constante es la pobreza y los conflictos de relación con el cuidador. El hijo cuidador por su parte tiene una percepción negativa de su familia. La identifica como poco solidaria y con actitudes abusivas hacia el adulto mayor. Como vemos a continuación, los siguientes relatos reflejan una parte de los conflictos que se viven al interior de los hogares donde se realiza el cuidado.

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, sí me vas a pegar... yo no te voy poner las manos, pa' qué: te friegas a ti, tu familia, qué vas 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.²⁷⁷ En los casos de Samuel, Sergio e Ismael, hay una experiencia diferente, pues los ingresos y la colaboración familiar con que ellos cuentan les permiten llevar a cabo el cuidado de manera distinta. Ellos desempeñan las acciones de cuidado con ayuda, principalmente de hijas, nueras, hermanas o empleadas domésticas 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 9).

²⁷⁷ González de la Rocha, 2006.

Tabla 9. 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 e 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: 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, etcétera | Samuel, Sergio e 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 e Ismael reciben apoyo. Joel las realiza solo. |

Fuente: entrevistas.

Por ejemplo, los tiempos de cuidado que Sergio otorga a su madre son a partir de las seis de la tarde, cuando 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 seis 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, especialmente de dos de sus hijas. La idea de apoyar a los varones en el cuidado, según Arber y Gilbert²⁷⁸ se debe a que los hombres son vistos como menos adecuados para hacer el papel de cuidador principal, y cuando llegan a representar este rol es más fácil que reciban ayuda de otros miembros de la familia. Es así que a los varones no se les percibe como cuidadores reales. Además, 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, no lleva a cabo las actividades mencionadas. Por lo tanto, podemos pensar que son tareas exclusivamente “femeninas”.

Otra actividad difícil de realizar por los varones se refiere a los “cuidados íntimos” cuando la enferma es la madre.²⁷⁹ En estos casos los hijos buscan el apoyo de 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 está la intimidad conyugal de por medio, y en el segundo, el hecho de ser del mismo sexo permite que realizar todo tipo de cuidado con el enfermo. Es común que en la familia, incluyendo al propio adulto mayor, se visualice al hombre cuidador como una

²⁷⁸ Arber y Gilbert, 1989.

²⁷⁹ Aunque la situación es diferente cuando el cuidador es el cónyuge, pues en este caso la confianza que da la relación matrimonial permite realizar dicha tarea.

persona fuera de lo común, como una “víctima” de las circunstancias:

Ma. Elena (madre de Sergio): *Así enferma, me da pena la parte de él: que él puede dedicarse a distraerse, pasearse, pero no lo hace, porque sabe que aquí estoy... ¡Cómo le retribuyo al pobre! ¡No tiene, el pobre, alivio conmigo!*

Pero si bien en el contexto familiar las diferencias de género en el cuidador hacen que surjan actitudes compasivas, ocasionalmente en el contexto más amplio, que involucra a los amigos, vecinos o la comunidad, se identifican actitudes contradictorias. En el caso de Joel, el hecho de que no trabaje por dedicarse al cuidado, propicia en los demás lo imagen como “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, pues ahí se esperaría la presencia de una mujer. De esta forma, las representaciones masculinas y femeninas de quien realiza el cuidado, siguen teniendo connotaciones que reproducen las desigualdades de género. Son miradas diferentes que tanto al interior del hogar como en el ámbito comunitario hacen que la tarea de cuidar se siga construyendo desde lo femenino.

A modo de reflexión podemos decir que así como el trabajo, la vida familiar, el descanso, la interacción social, son aspectos que se suspenden y/o relegan cuando se cuida a un enfermo, el cuidado también requiere de espacio y reorganización de los tiempos para cumplir con las necesidades de los adultos mayores. Cobran importancia los relatos que expresan los múltiples roles que protagonizan las cuidadoras. Por ello es necesario visualizar el fenómeno del cuidado como un todo homogéneo y

entender las contradicciones que le son inherentes, para reformular y re-construir nuevos significados de esta responsabilidad social. Las familias, y especialmente las mujeres, presentan dificultades cada vez mayores para cumplir con la “obligación filial” del cuidado debido sobre todo al estigma que representa la disminución de las capacidades físicas, en donde se devalúa la vejez, así como a quienes cuidan.²⁸⁰ De ahí que múltiples estudios han calificado la necesidad del cuidado como un nuevo riesgo social para las mujeres (o para quien lo realice), propio de las sociedades en transición o ya maduras, que exige una serie de servicios especializados de protección pública y políticas de equidad de género.

²⁸⁰ Robles, 2007.

La dimensión emocional del cuidado

Las creencias, las imágenes y las percepciones forman parte de lo que se conoce como “representaciones sociales”, las cuales se constituyen a partir de creencias paradigmáticas, organizaciones de creencias, organizaciones de conocimiento, así como de lenguaje; y las encontramos en distintos tipos de estructuras del conocimiento. 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.²⁸¹ Estos tres elementos configuran nuestras creencias acerca de algo o de alguien.

Hemos mencionado de manera insistente que las creencias con las que se relaciona a la vejez tienen que ver con imágenes negativas y devaluadas de los sujetos que viven esta etapa de vida. Las creencias influyen de manera poderosa en nuestro pensamiento. Lo mismo ocurre en el caso del 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.²⁸²

²⁸¹ Lazarus, 2000b.

²⁸² Robles, 2005. Orozco, 2006; en Robles y otros, 2006.

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 sus cuidadores surge en un contexto subjetivo, emocional, pero también social, de *relaciones*, en donde se crean y recrean realidades objetivas y significados personales.

En este proceso están presentes tanto aspectos objetivos (la enfermedad, la discapacidad, la falta de autonomía) y subjetivos (la interpretación, significados, emociones que se generan ante la experiencia) que se ponen en juego en la relación de adultos mayores y cuidadores y se configuran y reconstruyen a medida que se comparten las vivencias, los discursos, los pensamientos y las acciones. La subjetividad en este sentido se construye en la relación con el *otro* (orden simbólico, legado de la cultura). Según Ramírez y Anzaldúa²⁸³ estaríamos hablando de una conjugación de subjetividades, es decir, de intersubjetividad.²⁸⁴

Para muchos la imagen social de la vejez como algo negativo y temido está presente en nuestra cultura, pero penetra en los pensamientos y las auto-percepciones de las personas mayores, de tal forma que muchos de ellos se conciben como seres inútiles y deteriorados. De esta forma vemos que lo objetivo de lo

²⁸³ Ramírez y Anzaldúa, 2005.

²⁸⁴ 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. 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.

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.²⁸⁵

La noción de subjetividad integra un conjunto de procesos que constituyen al sujeto siempre en construcción, como son las representaciones, las fantasías, las identificaciones, las transferencias, es decir, los elementos que conforman la realidad psíquica y emocional que está inserta en un orden cultural de gran complejidad como en este caso lo son las imágenes contradictorias de la vejez y de los viejos.²⁸⁶ Todos los elementos mencionados se mezclan además con un componente emocional que está presente en las representaciones de la vejez, sobre todo cuando predominan las experiencias de enfermedad, discapacidad, dolor y sufrimiento por la enfermedad y el aislamiento social. Lo emocional 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.²⁸⁷

La vejez como objeto de representación social se configura en un proceso de interacción social que despliega una serie de emociones y afectos que surgen en los protagonistas instituyendo y fortaleciendo núcleos de significado de acciones, creencias y relaciones. Además las creencias sobre la vejez y los que envejecen se nutren de informaciones selectivas, favorables o desfavorables sobre este grupo social. Las personas mayores y la posición en que se les coloca se representan y se construyen en un discurso social que implica múltiples significados y que no está exento de contenido emocional, pues en un discurso emocional convergen la subjetividad individual y la subjetividad social.²⁸⁸

²⁸⁵ González, 2007.

²⁸⁶ Ramírez y Anzaldúa, 2005.

²⁸⁷ González, 2007.

²⁸⁸ Según González (2007) en el discurso emocional convergen la subjetividad individual y la subjetividad social, pues "cada una de las formas de la subjetividad social expresa la

Para Gergen²⁸⁹ 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 emoción.²⁹⁰ En este sentido, las emociones adquieren un *significado relacional*, que varía de un contexto cultural a otro,²⁹¹ 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”.²⁹²

Las creencias, las imágenes predominantes y los supuestos culturales tanto de la vejez como de la acción de cuidado involucró a ambos participantes (adultos mayores y cuidadores) en una relación circular, de interdependencia y de retroalimentación en base a procesos que aunque se viven de manera diferente por cada uno de ellos, se experimentan pensamientos, emociones y sentimientos que son similares o equivalentes. 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.

La manifestación de las emociones en el cuidador surge invariablemente en el contexto de la *relación* con el receptor del

síntesis, a nivel simbólico y de sentido subjetivo, del conjunto de aspectos objetivos, macro y micro que se articulan en el funcionamiento social.

²⁸⁹ Gergen, 1996.

²⁹⁰ Gergen formula que si las emociones fueran simples acontecimientos biológicos tejidos por las hormonas 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.

²⁹¹ Gergen, 1996; Lazarus, 2000.

²⁹² Lazarus, 2000: 189.

cuidado, es decir, el adulto mayor, pero están presentes también otras relaciones con los demás miembros de la familia. Las narrativas de las emociones, como se dijo anteriormente, si bien se ubican en un marco subjetivo, se originan en lógicas de razonamiento social, de tal forma que reflejan también un marco de referencia objetivo, de orden cultural.

En los diversos mundos del cuidado surge la interacción entre lo social y lo individual, en donde la interacción emocional entrelaza las subjetividades, construye la intersubjetividad.²⁹³ Aquí también es posible distinguir entonces que la subjetividad no se concibe aislada, pues se integra por un sujeto individual pero también por los espacios sociales en que este vive. Es en la unidad inseparable de los procesos simbólicos y las emociones insertados en un sistema discursivo donde se construyen los significados de la vejez. Es en el discurso emocional donde convergen la subjetividad individual y la subjetividad social de la vejez-dependencia-cuidado, donde se conjuntan los aspectos micro y macro social de este tema de estudio.

Para entender las respuestas emocionales y su origen es necesario comprender el contexto en el que surgen. Esto implica conocer cómo se construyen las relaciones y lo que es importante o no para las personas. La forma en que las personas jerarquizan lo que es o no es relevante modela las reacciones emocionales,²⁹⁴ lo que orienta la acción de los participantes. En este trabajo, aún a riesgo de parecer repetitivos en lo que se refiere a las emociones, preferimos asumir el reto de presentarlas en un esquema de 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, 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

²⁹³ Ramírez y Anzaldúa, 2005.

²⁹⁴ Lazarus, 2000b.

y la depresión. Dichas emociones se relacionan de manera fundamental con el tema que nos ocupa. En los relatos de los participantes aparecen las denominadas *emociones empáticas*, como la gratitud y la compasión,²⁹⁵ como otra dimensión que posibilita tener una visión distinta 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; es decir, entre el adulto mayor y quien lo cuida.

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.

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 Lazarus²⁹⁶ 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.

²⁹⁵ Lazarus, 2000b.

²⁹⁶ Ibidem.

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, etcétera. 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, sí...

...Me da miedo que llegue la noche. Y a veces me da miedo a lo que será de mi vida. A veces me da miedillo...

Investigadora: ¿A qué le tiene miedillo?

...A morirme sola...

Cuidadores

...Yo nada más quiero que se sienten un día, como cuando estubo mi papá, que se hubieran sentando una noche; que hubieran visto cómo se desgastó. Cómo 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 mí me dio mucho miedo. Le dije yo a mi mamá: “¿sabe qué? fíjese que mi papá ya no se quiso tomar el ácido acetilsalicílico”. Eso es una cosa pero que no le debe de fallar a mi papá.

Investigadora: Pero aquí está su hija y sus nietos...

Sí, pero ellos tienen que salir a trabajar, todos, y a veces estoy sola. ¿Qué tal si es en ese rato?

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 incurren en algo moralmente malo, sino en *creer* que lo han hecho. La emoción de la culpa se centra en el sentimiento subjetivo de culpabilidad.²⁹⁷ 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 transgredir ese imperativo moral. En ellos la culpa surge generalmente por dejar al enfermo solo o al cuidado de otros, o bien por no haberle dado los cuidados necesarios.

²⁹⁷ Lazarus, 2000b.

Narrativas de la emoción de culpa

Ancianos

Me siento con ganas de morirme para no seguir dando guerra ya; dando molestia...

...No, pues yo digo: nada más pedirle a Dios que me dé licencia de valerme por mí misma pa' no cansar a la gente.

...A ver si me quieren [en un hogar de ancianos] para dejar vivir a éstos [dos hijos que la cuidan] que formen su vida. Ya son diez años que no han vivido su vida...

Cuidadores

...Pero también me queda eso: de que a lo mejor no era su tiempo de irse [de morir], pero que desafortunadamente por mi mal situación económica no pude decir: yo la llevo y yo la dejo [en el hospital]... veo que le den atención... Eso.

...El día primero de marzo y de abril, pues ya la dejé sola, pero ya no me puedo ir a la misa porque 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...

...Pues nada más los mandados de Jorge [el adulto mayor] 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 y 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...

Emoción: vergüenza

Según Lazarus²⁹⁸ muchas veces 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 *super ego*, que se desarrolla en el proceso de crecimiento.²⁹⁹ 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.³⁰⁰

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... ya no poder alcanzar uno algo que necesita. ¡Nada! Me da

²⁹⁸ Lazarus, 2000.

²⁹⁹ Roudinesco y Plon, 1976.

³⁰⁰ Lazarus, 2000b.

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 status personal.³⁰¹ Entre las emociones de este grupo que se consideran vinculadas a nuestro tema de estudio están la esperanza, la tristeza y la depresión.

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.³⁰² La esperanza es esencialmente un antídoto contra la desesperanza; es a través de ella como se pueden disminuir los pensamientos negativos y sombríos que son provocados por una condición vital desfavorable, cuyo pronóstico 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 Lazarus³⁰³ 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

³⁰¹ Lazarus, 2000.

³⁰² Lazarus, 2000b.

³⁰³ Ibidem.

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,³⁰⁴ 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, 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,³⁰⁵ 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 siem-

Cuidadores

...Me he fortalecido mucho, porque a pesar de todas estas cosas

³⁰⁴ Ibid.

³⁰⁵ Vázquez, 2003:189.

pre 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...

que han pasado [la enfermedad de su familiar], 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 no debe uno de perder es la esperanza, la fe. Aun así, como está él [el adulto mayor] 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 cómo 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.

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 no se puede...

...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?”

...Para mí no hay futuro, así como ando [enfermo] no hay futuro... Yo tengo dónde trabajar, ¿y qué gano? Si no estoy bien no tengo alientos ni para ordenar...

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 status o posición social que otorga identidad.³⁰⁶

³⁰⁶ 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 de tipo emocional, pero no una emoción concreta; más bien es una combinación de varias emociones como el enojo, la ansiedad y la culpabilidad.

Narrativas de tristeza-depresión

Ancianos

...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...

Cuidadores

...Mire nada más: mi compañero que me busqué [su esposo enfermo] para vivir, para "navegar" los dos. Mire nada más dónde está y que no se mueve, y que en lugar de ayudarme lo ayudo; y eso es lo que me deprime, me da tristeza.

...Moralmente, pues hay veces; hay ratos en que me ataca la tristeza. Porque recuerdo yo los momentos en que trabajaba... Me sentía a gusto.

...Pero luego viene lo de mi mamá [la enfermedad] y vuelvo a caer, y no he podido salir. Trato, pero no. Ha sido... como más 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...

...Trabajar [extraña la actividad] porque así siento que ya se me acabó todo [llora]...

...Me da tristeza porque como que creo yo que ya entramos a una edad que ya no hacemos falta; que al contrario: podemos estorbar [ella y su esposo enfermo] o tal vez no; pero ya uno por lo mismo que está sensible uno así lo piensa...

(...) siento tristeza y digo, -gente malagradecida, tanto que les ayudé-, cómo nunca me dan una vuelta...

Finalmente integramos en este apartado 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,³⁰⁷ estas son importantes en la vida cotidiana de las personas, especialmente en situaciones de enfermedad y dependencia.

Emoción: gratitud

Según Lazarus 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 emo-

³⁰⁷ Lazarus, 2000b.

cional. Para Hoschild³⁰⁸ 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.

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

³⁰⁸ Hoschild, 2008: 157.

la dejaba con mi hermano no iba a estar bien atendida, porque es tiempo de agradecer lo que me dio [hija cuidadora].

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. El argumento 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 siguientes narrativas.

Narrativas de la emoción de compasión

Ancianos

Cuidadores

Investigadora: ¿Quién de su familia lo cuida más o lo cuida mejor?

...Sí es cierto: uno se dedica a ellos, a darle su medicamento, su comida especial. Deja uno todo, o sea: todo lo que se tiene

Jorge: *Pues igual. Nada más que de todos modos a la "pobre vieja" [la esposa] pues le echan la carga*

que dejar. En mi caso yo dejé mi trabajo, mi vida personal, o sea: todo, y el resultado es que ellos

encima; y yo junto con ellos...

tienen un poquito mejor de calidad de vida.

Investigadora: *¿Quién de su familia se preocupa más por Usted?*

...Ay, hija [la cuidadora se dirige a su propia hija], yo pienso que si Dios me deja vivir me van a “navegar” como yo

Rosa María: *No, pues, a mi'ja [se dirige a la cuidadora] le “puedo” de todas maneras: me ha ayudado mucho “mi'ja”. Pobrecita...*

“navego” a mi mamá, o como yo estoy cuidando a mi mamá.

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 son difíciles de llevar auestas. No obstante, en muchos de los casos, algunas emociones se reprimen, ya sea porque “no es adecuado mostrarlas”, 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.³⁰⁹

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

³⁰⁹ Hoshchild, 2008; Lazarus, 2000b.

emoción, sino también negarla. A continuación, las narrativas nos ejemplifican lo anterior.

Rosa María: *De primero sí, ande [lloraba], sólo que yo lo hacía oculto, que no se diera cuenta ella [la cuidadora] porque pues yo extrañaba mi casa...*

María Dolores: *Intranquila. A veces se me va el sueño pensando [en su enfermedad], pero no digo nada para no preocuparlos...*

En el caso de Argelia, hija cuidadora, ella niega expresar el malestar, aún y cuando su propia hija lo detecta.

Escena 1: *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 a diario, pero ahora con los niños no puedo. Pero me fijo que a veces no come, nada más 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”.

Las emociones en este trabajo constituyen una expresión de la subjetividad de los participantes, de su identidad en un contexto de relación interdependiente del adulto mayor y cuidador, pero también interdependiente de las creencias predominantes sobre la vejez y el cuidado. La manifestación de la contradicción y la ambivalencia en la expresión emocional de los participantes da cuenta del dilema humano que se vive en el mundo real del cuidado.

Una mirada a los principales proveedores de cuidado: la familia y el estado

Como se mencionó anteriormente: las tres fuentes de provisión de cuidados son: la familia, el Estado y el mercado. En nuestra cultura latinoamericana la mayoría de las personas ven a la familia como la principal responsable del cuidado, a diferencia de los países europeos, donde el Estado tiene una fuerte participación.³¹⁰ En cuanto al mercado, como proveedor de cuidado, su presencia es casi inexistente dadas las desigualdades económicas y el bajo monto de las pensiones que recibe la población mayor.

Para los viejos 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.³¹¹ De manera general las relaciones familiares son las que el anciano vive con mayor intensidad y asiduidad. La importancia de la estructura familiar, cuando se es dependiente, es fundamental en muchos sentidos.³¹² No obstante, las familias actuales experimentan una serie de dificultades para cum-

³¹⁰ Aguirre, 2008.

³¹¹ Sánchez, 2005.

³¹² Fericgla, 2002; Montes de Oca, 2004.

plir con la responsabilidad del cuidar a los viejos. Ya al inicio de este trabajo habíamos mencionado algunos aspectos problemáticos que enfrentan las familias y específicamente las mujeres al responder a las demandas de cuidado que requieren las personas mayores. Las problemáticas en cuestión se relacionan estrechamente con las transformaciones políticas, económicas, sociales y culturales que han impactado a la familia en las últimas décadas,³¹³ y que puntualizamos a continuación:

- Cambios en la organización doméstica a partir del embate de las recurrentes crisis económicas.
- Distintas encuestas revelan que el tamaño del hogar ha disminuido de 5.4 a 4.2 miembros, entre 1960 y 2000.
- Se atestigua una significativa reducción del peso relativo de los hijos en la estructura familiar (resultado de la disminución de la fecundidad) y una mayor presencia de personas de la tercera edad en los hogares, hecho que refleja el proceso gradual de envejecimiento de la población.
- El creciente peso relativo de los hogares encabezados por mujeres.
- Los hogares integrados solamente por personas de la tercera edad ofrecen un desafío particular.
- Cambios en la percepción y los valores que se generan al interior de las familias y el desligamiento físico y afectivo de las mismas, además de la creciente influencia de los medios de comunicación y la incertidumbre que esto genera, haciendo más complejo el fenómeno del cuidado en la vejez.

³¹³ Rabell, 2009; Arriagada, 2001; Ariza y Oliveira, 2003; Ribeiro, 2002.

Las condiciones enunciadas generan que en la díada adulto mayor-familia aparezcan circunstancias que afectan la experiencia del cuidado. La tendencia a la nuclearización,³¹⁴ por ejemplo, produce nuevas formas de organización familiar, así como cambios en la percepción y los valores que se generan dentro y fuera de la familia.³¹⁵ De esta forma, alrededor del cuidado de los mayores con pérdida de autonomía y deterioro funcional, se pueden producir multiplicidad de conflictos que ponen en entredicho el papel de las instituciones, pues la respuesta del Estado como principal defensor de los derechos sociales de la familia y de la población mayor es débil y a veces inexistente.

En nuestro estudio las familias de tipo nuclear se constituyen sobre todo por la pareja en la que el enfermo es el adulto varón principalmente. La dinámica familiar gira en torno al cuidado otorgado por la esposa, anciana también, y en ocasiones con apoyo de una hija, o bien con apoyo de algún cuidador formal cuando los recursos económicos lo permiten. Se encontraron cuatro casos de cuidadores varones (dos hijos y dos cónyuges) en donde éstos contaron con una importante ayuda de cuidadores secundarios (familiares o empleada doméstica). El cuidado realizado por los hijos presentó mayores dificultades que el otorgado por los cónyuges, dado que estos últimos siempre contaron con mayor apoyo tanto instrumental como afectivo para llevar a cabo el cuidado.

En esta investigación se coincide con resultados de diversos estudios en donde se ha encontrado que las mujeres en la vejez tienen menores oportunidades de ayuda que los varones, pues a ellos (los hombres) los cuida la esposa, pero cuando la esposa es la enferma, sucede que los hijos e hijas generalmente viven fuera del hogar y las distancias geográficas, las condiciones laborales o la escasa vinculación afectiva, limitan el contacto cercano y

³¹⁴ Menor número de integrantes en la familia.

³¹⁵ Ariza y Oliveira, 2003; Ribeiro, 2002.

el apoyo en el cuidado de sus madres. Con esto no se quiere decir que las familias nucleares son menos protectoras de los viejos, pues intervienen distintas circunstancias. Lo que sí queda claro es que existe una realidad heterogénea en la configuración familiar que impiden generalizar o predecir qué pasará en las futuras condiciones de los hombres y mujeres mayores. Por otro lado las familias extensas (aquellas que están constituidas por más de dos generaciones) presentan algunas complicaciones particulares. Esta clase de familias otorga mayor apoyo con base en el afecto y solidaridad a sus viejos, pero se identifican otros motivos:

1. Algunos de los familiares que viven con los ancianos no cuentan con recursos suficientes para tener su propia vivienda.
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 viejos, en el afán de apoyar las acciones de cuidado.
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.
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.
5. Otra situación es el caso de ancianas que ya vivían con las hijas que hoy son las cuidadoras. Estas madres realizaron cuidado de nietos y apoyo doméstico en etapas previas, y ahora en su etapa de vejez reciben el apoyo y cuidado como una forma de reciprocidad.

Otro aspecto que influye para que surja el apoyo a los padres enfermos es que los hombres mayores mantienen el control de los recursos casi hasta su muerte (solvencia o propiedades), por lo que surge en los hijos la expectativa de contar con un patrimonio o ayuda económica en el futuro. Esto representa un incentivo para el cuidado, dado que los adultos mayores siguen ayudando a sus hijos como una forma de agradecer el cuidado recibido. Cobra importancia también el valor que se le da a la “reputación familiar”, pues dentro del orden social imperante es mal visto que una familia deje desprotegidos 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 viejos. 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 son definitivos para dar mejores y oportunas respuestas. En este estudio aquellas familias que están carentes de la protección social enfrentan situaciones no sólo problemáticas, sino de crisis ante la imposibilidad de resolver las dificultades de tipo material y económico de la enfermedad. 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 parte del adulto mayor, sino también por los cuidadores, quienes lo acompañan en este proceso.

Los relatos que se muestran a continuación identifican la necesidad que conlleva el cuidar y las respuestas de la familia y del Estado, en donde queda claro el mayor peso que la primera asume para llevar a costas la responsabilidad social de cuidar a los viejos. Es necesario identificar los nudos problemáticos a los

que se debe prestar atención, lo que nos conducirá a serias y concienzudas reflexiones sobre qué o cuánta responsabilidad falta por asumir por parte de los distintos actores sociales involucrados en este fenómeno social.

El papel de la familia

Al igual que en otros estudios, en éste se identificó que es el aprecio a los ancianos lo que determina el apoyo que reciben. También influyó el valor que se le da a la imagen ideal de familia, en donde algunos de sus miembros se esfuerzan por responder a una construcción social que predomina en nuestra cultura:

...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” (hija cuidadora).

Sin embargo la acción de cuidar también implica para las familias serios conflictos que generan tensiones y distanciamientos. En este sentido es importante tomar en cuenta que al interior de los grupos familiares se dan relaciones desiguales de poder basadas en las diferencias de género y coexiste una responsabilidad familiar en la creación de ideologías y prejuicios personales enlazados con los imaginarios sociales.³¹⁶ Así, la desigualdad al interior es notable también en términos de distribución de tiempo, recursos y trabajo.³¹⁷ Mantener el mito de la familia armónica y la división tradicional de funciones preserva la inequidad y el conflicto.

³¹⁶ Giberti, 2005.

³¹⁷ Arriagada, 2007.

...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 (hijo cuidador, 32 años).

...No he ido ni a ver a mi mamá al panteón a Canatlán. No salgo. Voy a Soriana a comprarle medicina [a su esposo enfermo] 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 (esposa cuidadora, 58 años).

Los relatos nos describen una visión de la necesidad de cuidado diferenciada no sólo por género, sino por las propias percepciones y el vínculo que cada miembro de la familia establece con los viejos. De acuerdo con Anderson³¹⁸ se puede decir que 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 en la vejez, cada uno de los miembros de la familia los vive de manera distinta, tiene una visión particular y un significado personal.

Las cuidadoras, al hacerse cargo de cuidar, no sólo enfrentan conflictos con el resto de la familia que no comparte esta responsabilidad, sino también surgen tensiones en la relación con el propio adulto mayor que recibe el cuidado. Aunque en este trabajo esta condición no se presentó en la mayor parte de los casos, en la literatura sobre el tema se menciona que la disposición ética hacia el cuidado tiene su lado oscuro:

³¹⁸ Anderson, 1999: 68.

...No, porque mira, nunca quiere platicar conmigo, no [su madre enferma]. Lo que sí sabe es decirme cosas: “Bien que cuidé a tus hijos”, y cuando la regaño: “Así vas a estar tú: así como estoy yo, así vas a estar”, y yo le digo: “Anda, no me estés echando sal...

...Pues a veces sí me acuerdo de lo mal que me trataba ella [la anciana], y sí se lo digo. Me llega coraje y le digo: Fíjate lo mal que me trataste y cómo me golpeabas, y soy la que te veo aquí, y no te doy gusto, para ti la mejor es tu hija [hermana de la cuidadora]. Y que no hable mal de su hija porque se molesta. Cuando le digo: Tu hija esto y esto y esto: ella podía llevarte a su casa, bañarte, darte de comer... “Ay, no puede ella”, la defiende (hija cuidadora, 67 años).

María de Jesús Izquierdo³¹⁹ menciona que el cuidado está íntimamente relacionado con el maltrato, y de hecho las relaciones de cuidado tienen un carácter fuertemente ambivalente. Por otra parte quienes son objeto de cuidados también desarrollan sentimientos contradictorios: de gratitud, de resentimiento. La necesidad de atención los pone en contacto con su vulnerabilidad y dependencia. Su percepción es que se está contrayendo una pesada deuda personal que ya no se podrá saldar. Esto genera en algunos adultos mayores una respuesta de devaluación de los cuidados que reciben y quienes los cuidan, reaccionando con hostilidad ante las atenciones.

El viejo y el cuidador experimentan una relación que se construye en un ambiente difícil y estresante, pues cuidar no es una cosa sencilla, y aceptar que se requiere la ayuda de otros tampoco lo es. La experiencia individual, personal, de cada uno de ellos, está inmersa en un vaivén emocional. Es decir: la con-

³¹⁹ Izquierdo, M. J., 2003.

tradicción no solamente está presente en los discursos sociales de la vejez, sino también en el mundo subjetivo, personal, de los participantes. Como vemos: el papel de la familia en el asunto del cuidado integra una diversidad de representaciones. Si bien predomina su función como protectora de los miembros vulnerables, la familia no puede sustraerse a los cambios en los valores culturales y en los procesos sociales y políticos que se dan en cada momento histórico.³²⁰ Tampoco es ajena a la dinámica interna de sus relaciones, a los conflictos intergeneracionales y a la ambivalencia que surge en la experiencia de cuidar. Las familias en este contexto no pueden atender solas sus necesidades: requieren de la participación de la comunidad, de la sociedad y del Estado.

El papel del Estado y sus instituciones

Existe una abundante literatura que coincide en que la respuesta frente a las demandas del cuidado se ha trasladado a la familia (como ya se dijo al inicio de este trabajo), entre otras razones, debido a que la acción estatal se limita a una reducida oferta de programas que tienen una ubicación marginal en el quehacer público. Así, el cuidado ha pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, y de las mujeres en particular, en la medida en que el Estado asume un rol secundario. Veamos los siguientes relatos de los participantes de esta investigación, los cuales ubicamos en cuatro categorías que hacen evidente la enorme deficiencia de las políticas de apoyo a la familia.

³²⁰ Arriagada, 2008.

- Servicios insuficientes e inadecuados:

...Sí, a mí en el seguro siempre me han dicho, en trabajo social, y en todas partes: “Es que no eres la única” [cuando lleva a su padre a urgencias]. Yo sé que no soy la única; hay muchos, pero alguna manera que se pudiera hacer... con ellos... Eso es a lo mejor lo que yo pediría: a lo mejor un poquito más de atención o diferente a los demás pacientes (hija cuidadora).

- Falta de programas universales:

...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” (hija, cuidadora).

...La albúmina humana [proteína para enfermedad hepática], esa cuesta mil setecientos cada una. La más barata la consiguen en setecientos y tanto, pero son cinco albúminas por cada cinco litros de agua que le saque. Entonces tiene que estar teniendo las albúminas, más albúminas, más albúminas, y aparte el hospital general es otra situación que si lo van a considerar ya no es como antes, que decían: “te consiguen el descuento y pagas poquito”. No es cierto, ahora ya no (hija cuidadora).

Los costos del cuidado generalmente los absorbe la familia o la propia persona mayor cuando ésta tiene recursos o acceso a una pensión. Sin embargo, en un buen número de casos los gastos de la enfermedad y la discapacidad generan costos elevados,

considerando el ingreso³²¹ promedio de las familias y de los adultos mayores.

- Falta de programas de apoyo a las familias:

...Un sueldo o una ayuda más, 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 (esposa cuidadora).

...Sí es cierto: uno se dedica a ellos, a darles su medicamento, su comida especial. Deja uno todo, o sea: todo lo que se tiene que dejar. En mi caso yo dejé mi trabajo, mi vida personal, o sea: todo, y el resultado es que ellos tienen un poquito mejor de calidad de vida (hija cuidadora, 38 años).

...Mire nada más: mi compañero que me busqué para vivir [esposo enfermo], 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 (esposa cuidadora de 75 años).

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

³²¹ En México solamente el 27% de los adultos mayores percibe un ingreso proveniente de una pensión o jubilación, mientras que la cobertura entre la población en el quintil más pobre es prácticamente nula, según Rubio y Garfías (2010). Estos autores agregan que, de aquellos que tienen más de 70 años, un porcentaje superior al 40% no goza de este ingreso, pero además tampoco de un programa social. Es decir, a mayor edad, mayor desprotección.

o del propio adulto mayor. Dicho aspecto permitió dar una mejor respuesta a situaciones críticas. El riesgo aquí es que, según la magnitud de los gastos, las familias, aunque sean solidarias, 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.

También hubo casos en los 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 señala como una “reducción de la protección próxima” debido a 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”.³²² Ante esta realidad las familias entran en lo que se denomina “espirales de acumulación de desventajas: escasez de ingresos, enfermedad, discapacidad para el trabajo y aislamiento social,³²³ de tal forma que los recursos económicos resultan determinantes para responder a las demandas de atención (Figura 4).

³²² Ludi, 2005: 87.

³²³ González de la Rocha, 2006: 79.

Figura 4. Representación de las familias con ventaja y desventajas para el cuidado en la vejez



Elaboración propia, con aportaciones de González de la Rocha y Villagómez y Ludi, 2005.

Arber y Ginn³²⁴ argumentan que cuando los cuidadores y demás familiares pertenecen a una clase media tienen más opciones para proveer el cuidado, pagar por cuidadores sustitutos, comprar ayudas o aditamentos, o bien modificar la vivienda para reducir la necesidad del cuidado informal. Es importante además identificar las necesidades en la salud mental de quienes cuidan, pues aunque las repercusiones se reportan en múltiples trabajos de investigación, este aspecto aún no es una prioridad en las políticas sociales de salud.

³²⁴ Arber y Ginn, 1992.

- Falta de programas de apoyo a los cuidadores:

...No, pues, siento mucho vértigo. Siento que se me va la cabeza. Todo entonces a mí me dio mucho miedo, le dije yo a mi mamá (hija cuidadora, 49 años).

...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. Necesito hablar con una psicóloga... Ya lo viví con mi papá, con mi hermana, la que se murió, ¿y otra vez? (hija cuidadora, 38 años).

Los cuidadores, sobre todo las mujeres, llevan una fuerte carga de trabajo durante largos períodos, con el riesgo de disminuir no sólo su capital financiero, sus relaciones sociales y su salud. Lo anterior, se opone a todo principio de solidaridad comunitaria y familiar.³²⁵ En palabras de Franzoni y Camacho:³²⁶ se necesitan acciones de una política de cuidado que contribuyan a paliar las condiciones de vida de “equilibristas” y “malabaristas” de las mujeres cuidadoras, pues la división sexual del cuidado implica que las mujeres contribuyan en forma desproporcionada al bienestar social, especialmente de los hogares pobres, a través de la prestación de servicios no remunerados de asistencia.³²⁷ Además de las afectaciones en la salud física otras repercusiones en quienes realizan cuidados son las secuelas emocionales que eso conlleva; los estados depresivos y el estrés por la situación de su enfermo y por el esfuerzo que significa el cuida-

³²⁵ Arber y Ginn, 1990.

³²⁶ Franzoni y Camacho; en Arriagada, 2008.

³²⁷ Basta mencionar que en México el trabajo doméstico no remunerado, que incluye la provisión de cuidado a los miembros de la familia, representó el 22,6% del PIB en 1996, ocupando el primer lugar en la composición de este indicador, seguido de la industria manufacturera: 21,5% (CEPAL, 2009).

do son de los más referidos y que habitualmente no son atendidos; también se destacan los conflictos familiares por la falta de apoyo y participación en el cuidado. La ausencia de servicios de salud mental orientados a esta dimensión del cuidado es un aspecto poco atendido en los programas de envejecimiento.

Ante este panorama es necesario modificar el lugar incidental que hasta hoy han ocupado los Estados en materia de cuidado en la vejez, y realizar los esfuerzos necesarios dirigidos a apoyar a las personas mayores dependientes y sus familias para lograr cada vez mayor independencia y una mejor calidad de vida. En este sentido, el derecho a la protección social tendría que privilegiarse en las políticas de envejecimiento. Todo ello supone examinar la normatividad de la protección social en relación con las dimensiones del cuidado. Al respecto es posible distinguir al menos tres principios para guiar las reformas dirigidas a incorporar los cuidados como un nuevo pilar de la protección social.³²⁸

- En primer lugar, la protección social debe promover una mayor igualdad y calidad de acceso entre personas con distintos recursos que requieren cuidados, a fin de revertir las desigualdades de origen, sobre todo familiar y social. Entre otras cosas esto significaría involucrar tanto a los hombres como a las mujeres en las tareas de apoyo y permitir que ambos concilien la vida familiar con el trabajo remunerado.
- Un segundo principio normativo es la universalidad de los servicios, prestaciones y beneficios dirigidos a las personas que precisan asistencia y a las que prestan cuidados.

³²⁸ CEPAL, 2009.

- El tercer principio normativo de la protección social respecto del cuidado es la solidaridad entre generaciones. Para ello se necesitan políticas especiales que ofrezcan a todos los miembros de la familia una mejor protección sobre todo en el asunto del cuidado en la vejez.

Como menciona Aguirre:³²⁹ la preocupación fundamental es contribuir a la construcción del cuidado como problema público objeto de políticas. Se aspira a que adquiera visibilidad y que sea valorado por su contribución al bienestar social y al funcionamiento del sistema económico. Visto desde la perspectiva de la equidad se trata de lograr que disminuya la desigual e injusta división del trabajo según sexo en el cumplimiento de las funciones familiares, a fin de promover la equidad de oportunidades y el ejercicio efectivo de derechos. La gama de situaciones familiares que se presentan aunadas a la falta de presencia del Estado como proveedor de cuidados, problematizan el fenómeno de la dependencia en la vejez. Como señala Camdessus:³³⁰ 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.

La familia, como capital social, es un recurso estratégico de gran valor que ante los vacíos de la protección social se instituye como la única que protege y apoya las necesidades de sus integrantes ante situaciones de adversidad. Como ya mencionamos: existen distintas transformaciones de índole social, económica y cultural que han erosionado la capacidad de la familia de ofrecer apoyo en la vejez. Las familias no siempre cuentan con los recursos, la estabilidad y la cooperación entre sus miembros. La mejor opción de cuidado la ofrece la familia extendida, tal co-

³²⁹ Aguirre, 2008.

³³⁰ Camdessus, 1995.

mo se documenta en los diversos análisis sobre el apoyo familiar.

Finalmente, cabe decir que las tensiones entre el Estado y la familia colocan a ésta en una difícil posición cuando se trata de constituirse en una red de apoyo en la vejez. Es importante, sin embargo, destacar que la familia ha estado por generaciones con una sobrecarga en lo que a cuidados se refiere. Es urgente establecer un equilibrio de responsabilidades también con el elemento *sociedad*. De lo contrario nos hallaremos en el futuro con el resquebrajamiento de los grupos familiares y con el riesgo de que los adultos mayores vulnerables se enfrenten solos a la experiencia de envejecer.

Conclusiones

Hablar de conclusiones nos obliga a pensar en que algo requiere ponerle punto final al tema. En este caso surge una importante reflexión: más que dar por terminada esta obra es preferible hacer una pausa para re-pensar el trabajo realizado; hacer un alto en un camino que inevitablemente ha de continuar. En tal sentido, concluir tampoco quiere decir que a todo se le ha dado respuesta. Al contrario: consideramos que en todo trabajo investigativo se hallan algunas respuestas, aunque quedan siempre interrogantes que serán motivo de futuras investigaciones.

Los aspectos a los que este estudio responde se circunscriben al contexto en el que se llevó a cabo, si bien esto puede establecer coincidencias con otros hallazgos de investigación. En este trabajo hemos hecho un esfuerzo por tener una mirada amplia del tema, y mostrar dos dimensiones de un objeto de estudio que tiene múltiples puntos de intersección.

Inevitablemente el incremento de la población mayor ha despertado gran preocupación a familias, gobiernos y los propios adultos mayores. Una importante problemática es que este fenómeno se da en un contexto caracterizado por una alta incidencia de pobreza, persistente desigualdad, escaso desarrollo

institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social, y una sobrecargada institución familiar que, junto con hacerse cargo de atender las necesidades de los viejos, se está haciendo responsable del vacío derivado de la exigua presencia de otras instituciones sociales como dispositivos de protección y de cohesión.³³¹

Los cuestionamientos que surgen para el caso de México es cómo resolver los aspectos de atención a la salud, de la seguridad económica y social, ante el inminente aumento de personas que envejecen sin contar con los mecanismos adecuados para enfrentar el fenómeno. Ante este panorama surge la reflexión: ¿A quién le toca cuidar a los hombres y mujeres mayores con envejecimiento avanzado? ¿Quién o quiénes deben ser los responsables? En la literatura sobre el cuidado se mencionan tres fuentes que cumplen con esta función: la familia, el Estado y el mercado. Tanto el Estado como el mercado no dan una respuesta adecuada a esta necesidad en la vejez. Tal circunstancia hace que las miradas se dirijan a la familia, quien de manera universal es la que más responde a las demandas de cuidado de los miembros que lo requieren.

Similar a otros estudios, nosotros observamos que cuando el deterioro es severo la familia generalmente está presente, aunque los tipos de arreglos familiares son variados. No obstante en la actualidad hay una crisis del cuidado (infantil, a los enfermos y a los ancianos), que se produce al aumentar el número de personas que lo necesitan (en este caso, las personas mayores), al mismo tiempo que decrece la proporción de personas (tradicionalmente mujeres) en condiciones de responder a tal necesidad.³³² Es decir, hay un aumento en la demanda (transición demográfica) y una disminución de la oferta (mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo).

³³¹ Huenchuan, 2009.

³³² CEPAL, 2009.

Los recursos tanto familiares como institucionales con que la familia cuenta para hacer frente al fenómeno marcan diferencias notables. Un número reducido de personas 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 obtienen apoyos concretos como es la atención médica y la seguridad social. A este tipo de redes Dabas las denomina “redes verticales o de bordes definidos”.³³³ Si bien está documentado ampliamente que las redes de apoyo familiar se activan cuando aparecen casos críticos³³⁴ ello no significa la ausencia de problemas. En México el sistema de seguridad y protección social deja al descubierto a un elevado número de adultos mayores que viven en condiciones sociales precarias.

Existen distintas dimensiones de desigualdad que repercuten en la calidad y cantidad de cuidado otorgado a los adultos mayores que están excluidos de los beneficios de la política social. Como dicen Ludi, González de la Rocha y Villagómez:³³⁵ esta clase de familias se convierten en “inseguras” para cuidar ancianos, pues entran en una “espiral de acumulación de desventajas”, en donde se conjuntan la pobreza, la ausencia de redes de apoyo y los conflictos familiares que limitan una mejor respuesta a la situación de los participantes. Es en este contexto donde surge una situación de riesgo, en la que los adultos mayores experimentan un medio ambiente también inseguro, ante un cuerpo “quebrantado” por los años, por la enfermedad y por una larga vida de trabajo, y una red familiar rebasada por una realidad que ofrece más desventajas que ventajas,³³⁶ lo mismo que más incertidumbre que certezas ante la enfermedad y la muerte.

³³³ Dabas, 1993: 123.

³³⁴ Enríquez y Aldrete, 2006; Montes de Oca, 2004.

³³⁵ Ludi, 2005: 114; González de la Rocha y Villagómez, 2005: 87.

³³⁶ Enríquez, 2006: 393.

El tema del cuidado surge siempre en una arena de lucha entre el cuidado mismo y las necesidades del enfermo.³³⁷ Los conflictos familiares son el ingrediente que está presente cuando se requiere apoyar a un viejo enfermo. Es necesario entonces dejar de centrar toda la expectativa en el grupo familiar. La familia de hoy tiene circunstancias y necesidades distintas que surgen de las transformaciones de la vida moderna. Las familias no son las mismas de antes. Las necesidades planteadas por las y los cuidadores dan cuenta de ello en sus narrativas: demandan soluciones políticas en distintas direcciones. Por eso debe contemplarse la posibilidad de establecer el derecho al cuidado y el apoyo a quienes cuidan. 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. De acuerdo con Hanish³³⁸ en el análisis de la política de la discapacidad (de los adultos mayores en este caso) 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, para lo cual 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 negativas, pues ellas limitan las posibilidades de un mayor desarrollo social integral de los adultos mayores. Es necesario rescatar, por medio de la investigación, imágenes diferentes, historias y discursos alternativos, que nos muestren una vejez más positiva, pero 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 la propia familia, los espacios educativos, la sociedad en general, pero sobre todo desde los propios ancianos (lo que no es tarea fácil). Lo anterior

³³⁷ Robles, 2007.

³³⁸ Hanish, 2001; en Estes, 2001: 243.

corresponde a una transformación 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 insiste es la necesidad de la universalidad de los programas de apoyo a la vejez, pues es en esta etapa del ciclo vital donde las modernas políticas deban considerar la desigual posición económica de los individuos, como por ejemplo en el caso de las raquíticas pensiones con que cuenta una gran mayoría de adultos mayores.³³⁹

Las políticas de apoyo a la vejez deben dejar de ser “políticas pobres” para una población pobre; dejar de usar meros 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 ciudadanía³⁴⁰ al otorgar seguridad de empleo en etapas previas a la vejez, ingresos suficientes para una pensión digna, y sobre todo: acceso a los servicios de salud de calidad *para todos*, en el afán de evitar gastos catastróficos ya sea por carecer de atención médica o bien porque ésta no responde a las necesidades de los padecimientos de los viejos.

Sobre la subjetividad en la vejez avanzada

Las creencias sociales 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 identidad de viejos. Dicha identidad se configura a través de discursos socialmente valorados, como es el valor del trabajo, ya dijimos: un trabajo que ya no pueden desempeñar y que no es posible recuperar. La inactividad y la pasividad en que se encuentran los viejos como consecuencia de la edad, la enfermedad y el dete-

³³⁹ Montoro, 1998.

³⁴⁰ *Ibidem*.

rioro, se perciben como un anti-valor que genera el sentimiento de ser “carga”. Dicha imagen se refuerza con discursos “legítimos” e “institucionalizados” de la familia, de los especialistas o de los responsables de las políticas sociales,³⁴¹ quienes también consideran que las personas dependientes representan una carga para la sociedad.

La dimensión emocional es un hallazgo que da cuenta de la identidad del *self*, y de cómo las emociones son interdependientes de las creencias sociales. La presencia de ambivalencia en la expresión emocional de los viejos está presente en sentimientos positivos como la gratitud, la esperanza y la fe, permitiéndoles un mejor afrontamiento y fortaleza para resistir el sufrimiento y la adversidad.³⁴² Pareciera que lo único que podría 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 esperaban, pues la persona propone y el cuerpo dispone”.³⁴³ En última instancia, con lo que se puede seguir contando es con la propia historia, como señala Gil: seguir siendo fiel a la trayectoria previa, tanto biográfica como generacional.

El cuidado y las implicaciones de género

La situación actual del cuidado y las cuidadoras tiene sus orígenes en los valores del amor filial y del deber moral, aspectos que están fuertemente inculcados en nuestra ideología, y las mujeres han sido hasta hoy las protagonistas esenciales. El cuidado lo visualizan las mujeres como fuente de satisfacción y de felicidad; y si la felicidad, como dice Hochschild,³⁴⁴ deriva en

³⁴¹ Belgich, 2006; Gergen, 2006b; Neymeyer y Mahoney, 2000.

³⁴² Vázquez, Reyes y Villasana, 2010.

³⁴³ Gil, 2003: 281.

³⁴⁴ Hochschild, 2008.

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 nos guían, pero debemos cuestionar nuestros valores continuamente, re-significarlos, reconstruirlos, para llegar a encontrar “nuevas verdades” sobre el cuidado y la obligación filial.

La categoría social del cuidado se construye por una parte en función del discurso cultural de las diferencias de género, de un orden social que divide las tareas para los hombres como para las mujeres; pero también se construye en torno a prioridades de una agenda política, la cual asume si es importante o no atender tal necesidad. En nuestro contexto, al igual que otros países latinoamericanos, las políticas de envejecimiento y de apoyo contienen un vacío en el asunto del cuidado; es necesario iniciar la discusión de ello, en el plano político y en el de las políticas. Es necesario comenzar a darle un lugar, a hacerlo visible, iniciando con la responsabilidad de promover la participación equitativa de hombres y mujeres en la labor cuidar. El tema de la equidad de género es crucial.

La atención a la salud mental de las cuidadoras es fundamental, pues el cuidado es una tarea que demanda atención y contención independientemente de capacitación y adiestramiento para realizarlo. Alteraciones tales como la depresión, el estrés, el enojo y el síndrome de Burnout, entre otras, requieren de atención en espacios protegidos, bajo cuidado profesional.

La opción de los cuidados domiciliarios como se lleva en otros países es una alternativa que debe convocar a los diversos sectores sociales, tanto para la capacitación como para la prestación del servicio.³⁴⁵ Los recursos disponibles, como son los prestadores de servicio social, los grupos de las organizaciones civiles o religiosas, y los apoyos de vecindario, se puedan consti-

³⁴⁵ Arias, 2009.

tuir en *posibilidades* de respuesta ante el dilema del cuidado a 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 requieren políticas abiertas, abiertas a *lo político*. Es relevante destacar 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 sus cuidadores nos permitieron conocer 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 trecho por recorrer en este tema, experiencias y aprendizajes que harán posible explorar distintos escenarios de la vejez y el envejecimiento. La pasión por el tema seguramente conducirá a explorar nuevas realidades. Como investigadores, en este trabajo no sólo nos expresamos en el campo intelectual, también expresamos los sentidos subjetivos marcados por nuestra historia de vida, nuestras creencias, nuestras representaciones del mundo y nuestros valores. Como dice Mills:³⁴⁶ el investigador no está en el vacío, su interpretación está ligada una tradición disciplinar o ideológica; es decir: “no hay modo de que un investigador social pueda evitar el hacer juicios de valor e implicarlos en el conjunto de su trabajo”.

Con este trabajo intentamos establecer 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.

³⁴⁶ Mills, 1986: 27.

Bibliografía

- Aberg, A. y otros (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age –a qualitative study of patient’s 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. y otros (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.
- Albala, C., A. J. Hennis, A. Palloni, E. M. León, M. L. Lebrão y R. Ham-Chande (2007). 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:ART0000047128>. (recuperado 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.
- Allen, K.R., C. A. Fruhauf y S. E. Jarrott (2006). 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> (recuperado el 13 de enero de 2008).
- Ancizu, I. y T. Bazo (2001). The caregiving dimension. En: Daatland, S.O. y K. Herlofson (eds.) *Ageing, International Relations, Care Systems and Quality of Life: An Introduction to de OASIS Project*. Oslo: Norwegian Research: 41-51. Disponible en <http://oasis.haifa.ac.il/downloads/oasis-final-report.pdf> (recuperado el 24 de diciembre de 2008).
- Anderson, H. (1999). *Conversación, Lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Andrew, P. (2005). *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> (recuperado el 14 de julio de 2007).
- Aparicio, R. (2002). 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> (recuperado el 11 de marzo de 2007).
- Aramburu, I.; A. Izquierdo y I. Romo (2001). 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 (recuperado el 23 de agosto de 2007).

- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor. En: *Serie Población y Desarrollo*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU.
- Arber, S. y N. Gilbert (1989). Men: the forgotten careers. En: *Sociology*, 23(1): 111-118. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 30 de abril de 2009).
- Arber, S. y Ginn, J. (1990). The meaning of informal care: gender and the contribution of elderly people. En: *Ageing and Society*, no. 10, 429-454. Londres: Sage Publications. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 30 de abril de 2009).
- Arber, S. y N. Gilbert (1992). Class and caring: a forgotten dimension. En: *Sociology*, 26(4): 619-634. Disponible en www.sagepublications.com (recuperado el 30 de abril de 2009).
- 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.
- 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). Womens sense of responsibility for the care of old people: 'but who else is going to do it?' En: *Gender y Society*, 6(1): 8-29. Ontario: SAGE Social Science Collection. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 3 de abril de 2009).
- Arriagada, I.(2007). Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. Rev. *Papeles de Población*, no. 53 (versión impresa): 1405-7425. UAEM, México.
- Arriagada, I. (2008). Familias y políticas públicas. Una historia de desencuentros. Santiago de Chile: CEPAL-ONU. Disponible en www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/31999/LP96_Familia_lcg2345.pdf (recuperado el 8 de abril de 2010).
- Arroyo, M. C. (2009). *Dependencia y cuidados en la vejez avanzada en hombres y mujeres en la ciudad de Durango. Un análisis de la subjetividad y la formación de identidades*. Tesis Doctoral. FTS-UANL.
- Bauman, Z. (2008). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.
- Baz, M. (2000). Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza. México: Ed. Porrúa-PUEG.
- Bazo, M.T. (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*. Universidad de Zaragoza, Diciembre, No. 45, pp. 55-65. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27404505> (recuperado el 4 de enero de 2008).
- Bobbio, N. (1997). *De Senectute*. Madrid. Taurus.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as Biographical Disruption. En: *Sociology og Health and Illness*. Col. 4, no. 2, pp. 167-182. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 17 de marzo de 2009).

- Bury, M. (1991). 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 (recuperado el 17 de marzo de 2009).
- Bury, M. y D. Taylor (2007). 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 (recuperado el 17 de marzo de 2009).
- Camdessus, B. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- Casado, D. y G. López (2001). 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> (recuperado el 26 de febrero de 2007).
- 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.
- CEPAL (2008). *Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU. Disponible en <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/33075/lcl2864-P.pdf> (recuperado el 12 de agosto de 2009).
- CEPAL (2009). Impactos de la dinámica demográfica sobre las generaciones y los cuidados en el marco de la protección social. En: *Panorama Social de América Latina 2009*, cap. V. CEPAL-ONU: Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.oei.es/pdf2/PSE2009-Cap-V-demografia.pdf> (recuperado el 12 de febrero de 2010).
- CEPAL (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. Santiago de Chile: CEPAL-ONU. Disponible en [ww.eclac.org/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf). (recuperado el 3 de mayo de 2011).
- CEPAL (2011). La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y de los derechos. Santiago de Chile: CEPAL-ONU. Disponible en www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm? (recuperado el 23 de agosto de 2011).
- Charmaz, K. (1980). The social construction of Self-Pity in the chronically ill. En: *Studies in Symbolic Interaction*, 3: 123-145. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 18 de noviembre de 2008).
- Charmaz, K. (1983). 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 (recuperado el 18 de noviembre de 2008).
- Charmaz, K. (2002). Stories and silences: disclosures and self in chronic illness. En: *Qualitative Inquire*, 8: 302-328. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 18 de noviembre de 2008).
- CONAPO (1999). *El Envejecimiento Demográfico en México: retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población.
- CONAPO (2010). Principales causas de mortalidad en México 1980-2007. Documento de Trabajo para el XLIII Periodo de Sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo

- “Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo”. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf (Recuperado el 23 de febrero de 2011).
- Dabas, E. (1999). *El Lenguaje de los Vínculos. Hacia la Reconstrucción y el fortalecimiento de la Sociedad Civil*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
 - De Beauvoir, S. (1970). *La Vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.
 - De Beauvoir, S. (1983). *Una muerte muy dulce*. México: Ed. Hermes
 - De los Reyes, M. (2003). *Identidad y Exclusión de la Vejez en la Sociedad Globalizada*. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.cor.ar/> (recuperado el 23 de noviembre de 2006).
 - Delicado, V. (2006). 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.praxisociologica.org/_Praxis/documents/Revista_n6.pdf (recuperado el 14 de noviembre de 2008).
 - 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/> (recuperado el 23 de noviembre de 2006).
 - Deví, J. y I. Ruiz (2002). 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 (recuperado el 18 de diciembre de 2007).
 - Díaz, R. M. (2006). Visibilizando a las mujeres en los contextos de dependencia. En: *Comunicación y Ciudadanía*. Disponible en: <http://www.observatoriodosmedios.org/mediateca/observatorio/xornadas/200611/comunicacions/artigo6.pdf> (recuperado el 23 de marzo de 2007).
 - 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.
 - ENADIS (2010). Encuesta Nacional de Discriminación en México. Resultados Generales. México: Consejo Nacional para prevenir la Discriminación.
 - ENASEM (2001). Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Disponible en: http://www.mhas.pop.upenn.edu/english/documents/Methodological/Doc_metodologico-v2.pdf. (recuperado el 13 de abril de 2006).
 - Enríquez, 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 (coords.). Guadalajara: COLEF, ITESO, Univ. de Guadalajara.
 - Erikson, E. (1970). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
 - Estes, C. (2001). *Social Policy & Aging*. Thousand Oaks: Sage Publications.
 - Ferićglá, J.M. (2002). Envejecer. Una antropología de la ancianidad. Barcelona: Herder.
 - Ferrante, C. y Ferreira, M. (2008). Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: Dos estudios de caso comparados. *Revista de Antropología Experimental*. No. 8, Texto 29: 403-428. Disponible en:

<http://www.ujen.es/huesped/rae/articulos2008/29ferrante08.pdf> (recuperado el 13 de octubre de 2010).

- 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.
- Gadamer, G. (2005). *Verdad y Método*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- García, A.; J. Rabadán y A. Sánchez (2006). *Dependencia y Vejez. Una aproximación al debate social*. Madrid: Arán Ediciones.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. En: E. Laso; A. Ponce y E. Jubes. *Construccionismo y constructivismo: dos extremos de la cuerda floja*. *Boletín de Psicología*, (69), Diciembre. Disponible en: estebanlaso.com/pdfs/constructivismo-construccionismo.pdf (recuperado el 2 de febrero de 2009).
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Gergen Giberti, E. (2005). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Gil Calvo, E. (2003). *El Poder Gris. Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Mondadori.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Paidós.
- González de la Rocha, M. y Paloma Villagómez (2006). Espirales de desventajas: pobreza, ciclo vital y aislamiento social. En: *Pobreza estructural y exclusión social en América Latina*, Ciesas, p.137.
- 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. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 30 de junio de 2006).
- Gutiérrez, L.M. y E. J. García (2005). 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 (recuperado el 4 de febrero de 2008).
- Guzmán J. M. y S. Huenchuan (2005). 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 (recuperado el 21 de octubre de 2007).
- Help Age Internacional (2002). *Estado mundial de las personas mayores 2002*. Londres: Autor.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Huenchuan, S. (2004). 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 (recuperado el 10 de noviembre de 2006).

- Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En: *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* CEPAL. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/36631/W263_Envejecimiento_y_cuidados.pdf#page=8 (recuperado el 12 de enero de 2010).
- Huenchuan, S. y Rodríguez, L. (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. CEPAL-ONU. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf> (recuperado el 15 de enero de 2011).
- Ibarra, A. (1995). Epistemología, moral y maternidad. En *Debate Feminista*, II (6), abril, 1995.
- IMERSO (2006). 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> (recuperado el 15 de noviembre de 2008).
- INAPAM (2002). Ley de las personas adultas mayores. Disponible en: <http://www.INAPAM.gob.mx/INAPAM/leypersonasadultosmayores.doc>.
- INEGI (1996). *Encuesta Nacional de Empleo*. Morelos, Ed. 1996. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enc/1996/mor/4430471.pdf (recuperado el 4 de mayo de 2006).
- INEGI (2005). *Los Adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI (2009). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en: www.inegi.org.mx (recuperado el 12 de abril de 2011).
- Kehl, S. y J. M. Fernández (2001). La construcción social de la vejez. En: *Cuadernos de Trabajo Social*, (14): 125-61. <http://www.ucm.es/BUCEM/revistas/trs/02140314/articulos/CUT50101110125A.PDF> (recuperado el 21 de febrero de 2007).
- Kittay, E. (1999). *Love's Labour. Essays on Women, Equality and Dependence*. Nueva Cork: Routledge. Disponible en: <http://www.smatthewliao.com/texts/kittay.PDF> (recuperado el 24 de marzo de 2005).
- Knopoff, R. Santagostino, L. y Zarebsky, G. (2004). Resiliencia y envejecimiento. En: *Resiliencia y subetividad*. Aldo Mellillo, Nestor Suárez y Daniel Rodríguez (comps.). Ed. Paidós: Buenos Aires.
- Kohly, F. D. (1990). The construction of meaning in old age: possibilities and constraints. En: *Ageing and Society*, (10): 279-294. Sage Publications. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 17 de marzo de 2009).
- Lan, P. (2002). Subcontracting filial piety. Elder care in ethnic chinese immigrant families in California. En: *Journal of Family Issues*, 23(7): 812-835. Sage Publications. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 3 de abril de 2009).
- Lazarus, R. (2000a). *Estrés y emoción*. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. (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.
- 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. (1998). El mito de la Madre. En: *Revista Iztapalapa*, 1998; No. 45, 79-106 Disponible en: <http://148.206.53.230/revistasuam/iztapalapa/search.php?op=s...> (recuperado el 16 de julio 2007).
- Martínez, M. A. (2002). 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): 145-146, ISSN 1137-5868. Disponible en: <http://www.mtas.es/publica/revista/numeros/35/Informes1.pdf> (recuperado el 30 de agosto de 2007).
- Merleau-Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la Percepción*. Madrid: Ed. Península.
- Mills, W. (1986). *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mitchel, R, y Charmaz, K. (1996). Telling Tales, Writing Stories, Postmodernist Views and Realist Images in Ethnographic Writing. En: *Journal of contemporary ethnography*, 25(1): 144-166, April 1996. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 18 de noviembre de 2008).
- Montes de Oca, V. (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.
- Montes de Oca, V. (1999). Olvidos sociales y retos previsibles. La investigación sociológica de la vejez. En: *Iztapalapa*, (47): 299-326. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Montes de Oca, V. (2001). *Las personas adultas mayores y sus apoyos informales*. En: *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*. México: 34-35.
- Montes de Oca, V. (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.
- Montes de Oca, V. (1996). Situaciones sociales de los viejos. En: *DEMOS, Carta Demográfica sobre México*. México, 1996.
- Montes de Oca, V. (2007). 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). 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 (recuperado el 23 de mayo 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.
- Muñoz, O. C.; García, y L. Durán (2004). *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> (recuperado el 29 de noviembre de 2004).
- Neimeyer, R. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self. En: Robert A. Neimeyer y Jonathan Raskin (ed.) *Construction of Disorder*. Washington, DC: American Psychological Association.
- OCDE (2006). *Disability Trends and Costs of Care for Older Populations*. Paris: OCDE. Disponible en: www.oecd.org/health/longtermcare (recuperado el 12 de noviembre de 2008).
- Ofte, C. (1991). *Contradicciones del Estado del Bienestar*. México: Ed. Alianza y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Olvera, M. y Olga Sabido. (2007). Un marco de análisis sociológico de los tiempos modernos: vejez, enfermedad y muerte. *Rev. Sociológica*, no. 64, pp. 119-149. Disponible en www.revistasociologica.com.mx (recuperado el 13 de octubre de 2010).
- OPS (2006). "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/in`ex.php?aID=449> (recuperado 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.
- 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 Valdés.
- Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. En: *Papeles del CEIC*, (22). Disponible en: <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/22.pdf> (recuperado el 12 de septiembre de 2006).
- Passanante, M.I. (1983). *Políticas sociales para la tercera edad*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- 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, J. y G. Brener (2006). 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/pd/f312/31200303.pdf> (recuperado el 23 de diciembre de 2007).

- Pérez, M. y J. Yanguas (1998). 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 (recuperado el 26 de octubre, 2006).
- 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). 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 (recuperado el 16 de julio de 2007).
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Eje 3. Igualdad de Oportunidades. Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=igualdad-de-oportunidades> (recuperado 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.
- Rabell, C. (2009). *Tramas Familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*. México: UNAM-IIS
- Ramírez, B. y R. Anzaldúa (2005). *Subjetividad y relación educativa*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.
- Reyes, J. (2006). 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%20en%20investigación.pdf (recuperado 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.
- Ribeiro, M. (2004). *Hacia una política social de la Familia*. Senado de la República.
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia*. Madrid: Consejo Económico y Social y Comunidad de Madrid.
- Robles, L. (2001). El fenómeno de las Cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. En: *Estudios Demográficos y Urbanos*, no. 48, pp. 561-584. México: El Colegio de México. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx> (recuperado el 21 de abril, 2007).
- Robles, L. (2003). Una vida cuidando a los demás. Una "carrera" de vida en ancianas cuidadoras. Ponencia presentada en la *Reunión de Expertos en Redes Sociales de apoyo a las Personas Adultas Mayores: El rol del Estado, la familia y la comunidad*. Disponible en: www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALIDO19.pdf (recuperado el 18 de enero de 2007).
- Robles, L. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. En: *Papeles de Población*, (45): 49-69. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.
- 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.

- Robles, L.; F. Vázquez; L. Reyes e I. Orozco (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: Editorial Universitaria.
- Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: Editorial Universitaria.
- Roudinesco, E. y M. Plon (1976). *Diccionario de Psicoanálisis*. México: Paidós.
- Rowland, D. T. (1982). 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> (recuperado el 27 de octubre de 2008).
- Rubio, G. y Francisco Garfias (2010). Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México. *Serie Políticas Sociales*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU. Disponible en: www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/.../xml/0 (recuperado el 21 de julio de 2011).
- Saad, P. (2003). 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> (recuperado el 23 de octubre 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.
- Sevenhuijsen, S. (1998). Too good to be true? En: *IWM Working Papers*, no. 3, 1998. Viena: IWM Publications. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 30 de abril de 2009).
- Sevenhuijsen, S. (1999). 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) (recuperado el 14 de marzo de 2006).
- Sluzky, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Tanner, D. y Harris, J. (2008). *Working with Older People*. Ed. London and New York: Routledge and Community Care.
- Tulle, E. (2008). 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 (recuperado el 30 de abril de 2009).
- Vázquez, P. F. (2003). *Contando nuestros días. Un estudio antropológico de la vejez*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y atención social*. Barcelona: Ed. Herder.
- Waerness, K. (2001). Social Research, political theory and ethics of care. En: *Research Review*, 17(1): 5-16. London: SAGE Publications. Disponible en: www.sagepublications.com (recuperado el 30 de abril de 2009).

Índice

| | |
|--|-----------|
| Dedicatoria | 11 |
| Agradecimientos | 13 |
| Prólogo | 15 |
| Introducción | 19 |
| | |
| El contexto de la vejez y de la dependencia | 25 |
| | |
| La situación de salud en los mayores | 29 |
| El panorama de la dependencia y la discapacidad | 33 |
| Las políticas sociales de apoyo a la vejez | 36 |
| Las políticas de vejez en el contexto internacional | 38 |
| Las políticas de vejez en el contexto latinoamericano | 41 |
| La realidad nacional de las políticas de vejez | 42 |
| Reflexión sobre las políticas de vejez | 43 |
| El escenario del problema | 47 |
| | |
| Envejecimiento, dependencia y cuidados: una tríada que se construye socialmente | 59 |
| | |
| El envejecimiento: un referente socio-histórico | 59 |
| Envejecimiento y dependencia: ¿cómo se definen? | 62 |
| La noción de dependencia | 64 |
| El significado de la enfermedad en la vejez | 67 |
| Las “marcas” del deterioro | 70 |
| La identidad deteriorada | 71 |
| La noción del cuidado: sus implicaciones socio-culturales | 72 |
| Principales explicaciones acerca del cuidado | 76 |
| El cuidado desde la perspectiva de género: | |

| | |
|--|-----|
| la postura feminista | 77 |
| El cuidado como obligación filial | 79 |
| El cuidado desde la perspectiva de los derechos humanos | 80 |
| | |
| Ser viejo, enfermo y dependiente... | 85 |
| | |
| El cuerpo y la construcción de identidad | 96 |
| La amenaza del aislamiento social | 101 |
| El sentimiento de “carga” | 103 |
| Narrativas | 106 |
| Narrativas de emociones asociadas al sentimiento de carga | 114 |
| El futuro, ¿cómo se construye? | 115 |
| Reflexionando sobre el <i>ser</i> en la vejez | 122 |
| | |
| El cuidado en la vejez: una responsabilidad que se asigna y se asume por género | 125 |
| | |
| Las cuidadoras: atributos y particularidades | 127 |
| Acciones de cuidado | 132 |
| La satisfacción del deber cumplido y la construcción de la identidad femenina | 134 |
| El cuidado como una “carga”: las implicaciones psicosociales | 137 |
| La percepción del cuidado en los hombres y mujeres Mayores | 141 |
| Narrativas sobre la percepción de las mujeres mayores acerca del cuidado | 144 |
| “A toda ley una mujer” | 145 |
| Las necesidades sentidas por las cuidadoras | 148 |
| Estrategias utilizadas por las cuidadoras | 151 |
| La excepción de la regla: los cuidadores varones | 152 |

| | |
|--|-----|
| La dimensión emocional del cuidado | 161 |
| Emoción: ansiedad-miedo | 166 |
| Narrativas de la emoción de ansiedad-miedo | 167 |
| Emoción: culpa | 168 |
| Narrativas de la emoción de culpa | 169 |
| Emoción: vergüenza | 170 |
| Narrativas de la emoción de vergüenza | 170 |
| Emoción: esperanza | 171 |
| Narrativas de fe y esperanza | 172 |
| Narrativas de desesperanza | 174 |
| Emoción: tristeza y depresión | 174 |
| Narrativas de tristeza-depresión | 175 |
| Emoción: gratitud | 176 |
| Narrativas de la emoción de gratitud | 177 |
| Emoción: compasión | 178 |
| Narrativas de la emoción de compasión | 178 |
| | |
| Una mirada a los principales proveedores de cuidado: la familia y el estado | 183 |
| | |
| El papel de la familia | 188 |
| El papel del Estado y sus instituciones | 190 |
| | |
| Conclusiones | 201 |
| | |
| Sobre la subjetividad en la vejez avanzada | 205 |
| El cuidado y las implicaciones de género | 206 |
| Bibliografía | 209 |

La vejez avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales, de María Concepción Arroyo Rueda, Manuel Ribeiro Ferreira y Sandra Elizabet Mancinas Espinoza, terminó de imprimirse en abril de 2012, en los talleres de la imprenta Universitaria de la UANL. En su composición se utilizaron los tipos NewBskvll BT 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15 y 48. El cuidado de la edición estuvo a cargo de Armando de León. Formato interior y diseño de portada de Claudio Tamez Garza.

