



**EL COLEGIO
DE SONORA**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

Generación 2018-2019

**Construcción social de la vejez en mujeres mayores con diabetes y/o
hipertensión en Hermosillo, Sonora**

Tesis presentada por

Brenda Judith Millanes Campa

Para obtener el grado de:

Maestra en Ciencias Sociales

en la línea de investigación Estudios en Salud y Sociedad

Directora de tesis:

Dra. María del Carmen Castro Vásquez

Hermosillo, Sonora

Junio 2020

A la Lala
Y a la Maxi,
Mis abuelas.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico otorgado para la realización de este trabajo de investigación.

A todas las personas mayores que participaron en esta investigación, ya que sin su colaboración y confianza esta investigación no hubiera sido posible; especialmente a las 12 mujeres que se sentaron a conversar conmigo y me compartieron un pedacito de su vida.

Al Colegio de Sonora que desde hace años me abrió las puertas y ha sido una institución clave en mi aprendizaje y desarrollo profesional. Un agradecimiento especial al Centro de Estudios en Salud y Sociedad (CESS), así como a las y los profesores del mismo centro que compartieron sus conocimientos y experiencias en las aulas: por su tiempo y compromiso.

A mi directora, Carmen Castro por sus sugerencias, comentarios y pertinente asesoría. A Catalina Denman y Gabriela Grijalva por el tiempo dedicado a revisar y comentar este trabajo. Mi admiración y reconocimiento a estas tres grandes mujeres por su inteligencia y experiencia.

A Damaris y Karhol de biblioteca, por toda su ayuda en la documentación bibliográfica.

A mis compañeras de generación que se hicieron amigas: Thelma, Fernanda, Rasha, Zelma y Esbayde.

A David Contreras, por sus consejos, apoyo y amistad.

A Sarah Bernal, que aún en la distancia está siempre presente.

A José, por su amor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I. ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES PARA ENTENDER LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO DE LAS MUJERES MAYORES	19
1.1 Distinciones conceptuales: envejecimiento, vejez y personas mayores	19
1.2 El envejecimiento y la vejez como construcciones sociales	25
Elementos de la construcción social de la vejez: imágenes, estereotipos y (auto) percepciones.....	27
1.3 Enfermedad y salud en la vejez	29
1.4 La perspectiva de género para comprender la vejez de las mujeres mayores.....	32
CAPÍTULO II. ASPECTOS CONTEXTUALES DEL ENVEJECIMIENTO, LA VEJEZ Y LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES	35
2.1 Los números del envejecimiento poblacional.....	35
2.2 Envejecimiento y salud.....	39
2.3 Respuestas institucionales al envejecimiento y la salud de las personas mayores	42
2.4 La situación de actividad y dependencia de las personas mayores en México.....	46
2.5 Contexto local: Sonora	47
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	51
3.1 La complementariedad de las técnicas de investigación	51
3.2 La encuesta exploratoria	52
Población y tipo de muestreo	53
Diseño del instrumento	54
3.3 Las entrevistas semiestructuradas	56
Población de estudio, grupos y estrategias de contacto	56
La guía de entrevista	60
La realización de entrevistas	62
Procesamiento y análisis de la información.....	63

CAPÍTULO IV. EXPLORANDO LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ: LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA	67
4.1 Características sociodemográficas de las personas mayores encuestadas	67
4.2 Imágenes sobre la vejez	71
4.3 Estereotipos de la vejez	80
4.4 Autopercepciones de la vejez	82
4.5 La relación salud-enfermedad-vejez en las personas mayores	86
CAPÍTULO V. ESCUCHANDO LAS VOCES DE LAS MUJERES MAYORES: IMÁGENES, ESTEREOTIPOS Y RESISTENCIAS DESDE Y SOBRE LA VEJEZ	91
5.1 Características sociodemográficas y contextos de las mujeres entrevistadas	91
5.2 “ <i>Si tú quieres te haces viejita luego, luego</i> ” Imágenes y estereotipos de la vejez y las personas mayores.....	97
5.3 Percepciones de carga y expectativas de cuidado en la vejez.....	105
5.4 “ <i>A mí no me van a hacer inútil antes</i> ” El valor de la actividad y resistencias a los estereotipos de la vejez	115
CAPÍTULO VI. EXPERIMENTANDO LA VEJEZ: VIVENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO EN LAS MUJERES MAYORES CON DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN	121
6.1 Aceptación y entrada a la vejez	121
6.2 Envejecer con enfermedades: la experiencia de tener diabetes y/o hipertensión	128
6.3 Otras formas de envejecer son posibles: el paradigma del envejecimiento activo	139
Envejecer con participación social: la experiencia de asistir y pertenecer a grupos.....	144
CONCLUSIONES	155
REFERENCIAS	169

Índice de tablas, figuras y cuadros

Tabla 1. Esperanza de vida de la población por región en el mundo, 2010-2015	36
Tabla 2. Porcentaje de la población con 60 años y más en el mundo por región, 2017	36
Tabla 3. Porcentaje de personas mayores por sexo con diagnóstico médico previo de diabetes en México.....	41

Tabla 4. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad en Sonora, 2015	48
Tabla 5. Número de personas mayores encuestadas por sexo y grupos de edad.....	67
Tabla 6. Distribución por sexo de la situación conyugal de las personas mayores encuestadas	68
Tabla 7. Distribución por sexo sobre con quiénes viven las personas mayores encuestadas	68
Tabla 8. Distribución por sexo del nivel de escolaridad de las personas mayores encuestadas .	69
Tabla 9. Distribución por sexo de los motivos por los que las personas mayores encuestadas no realizan alguna actividad económica remunerada	70
Tabla 10. Actividades por sexo que realizan las personas mayores encuestadas	71
Tabla 11. Distribución por sexo de las características que definen a una persona como persona mayor.....	73
Tabla 12. Consideraciones por sexo sobre quiénes deben cuidar a las personas mayores	74
Tabla 13. Distribución de las razones por las que las personas mayores sí deben recibir apoyos sociales o del gobierno	75
Tabla 14. Distribución por sexo de las percepciones sobre las diferencias en la forma en que envejecen hombres y mujeres.....	76
Tabla 15. Distribución por sexo sobre quiénes consideran que disfrutan más de la vejez.....	78
Tabla 16. Distribución por sexo de las razones por las que las mujeres disfrutan más de la vejez	79
Tabla 17. Distribución por sexo de las razones por las que los hombres disfrutan más de la vejez	79
Tabla 18. Distribución por sexo sobre la consideración de las personas mayores como una carga	81
Tabla 19. Distribución por sexo de las razones por las que las personas mayores califican como buena su experiencia en la vejez.....	84
Tabla 20. Distribución por sexo sobre sentimientos de rechazo, maltrato o incomprensión de las personas mayores encuestadas	85
Tabla 21. Distribución por grupos de edad sobre la necesidad de ayuda para realizar sus actividades diarias	85
Tabla 22. Distribución por sexo de las enfermedades que tienen las personas mayores encuestadas	87
Tabla 23. Distribución de la autopercepción de salud de las personas mayores encuestadas según sexo.....	88

Tabla 24. Distribución por sexo sobre la percepción de salud de las personas mayores	88
Figura 1. Proporción de personas mayores por regiones en el estado de Sonora, 2015	49
Figura 2. Estereotipos de las personas mayores	81
Figura 3. Estereotipos de las personas mayores (2).....	82
Cuadro 1. Esquema de categorías y códigos	66
Cuadro 2. Características sociodemográficas de las mujeres mayores entrevistadas	93
Cuadro 4. Condición de actividad que realizan las mujeres entrevistadas	96
Cuadro 5. Características de la situación laboral de las mujeres entrevistadas	123
Cuadro 6. Enfermedades y padecimientos de las mujeres entrevistadas	129
Cuadro 7. Participantes por grupo y tiempo que tienen asistiendo	149
ANEXOS	187
Anexo 1. La encuesta en acción	187
Anexo 2. Cuestionario	189
Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada	195
Anexo 4. Relación encuesta-entrevista.....	198
Anexo 5. Consentimiento informado	201
Anexo 6. Oficio para instituciones	202

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una realidad para la mayoría de las regiones del mundo. La esperanza de vida ha aumentado y, como consecuencia, también la cantidad de personas que pueden aspirar a vivir más de 60 años. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), este proceso está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI. De acuerdo con el último reporte de esta organización, casi todos los continentes del mundo -a excepción de África- tienen una esperanza de vida que supera los 70 años y el 13% de la población mundial cuenta con 60 años o más (ONU, 2017).

México no es ajeno a este proceso. En el año 2017, el 10.5% de la población mexicana tenía 60 años y más y se espera que este porcentaje aumente significativamente proyectándose un 14.8% para el año 2030 y un 22.5% en 2050 (CONAPO, 2018). En este país, el envejecimiento poblacional ocurre a la par de la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales ocupan los primeros lugares como causas de morbilidad y mortalidad en los grupos de personas mayores (INEGI, 2016). Esta carga de enfermedades reflejan la acumulación de riesgos a lo largo de la vida de las personas asociadas a sus condiciones sociales, culturales, económicas y de acceso a servicios de salud. Las enfermedades crónicas que se presentan con mayor frecuencia en estas edades son las no trasmisibles: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome metabólico y dislipidemias (Martínez, Maya, Durán, y Casas, 2016).

Según sostienen algunas autoras sobre el tema (Arroyo, 2011; Montes de Oca, 2013; Tamez, 2015; Salas et al., 2015; Ramos, 2017; Zetina, 1999), en los imaginarios sociales no se favorecen a las personas mayores puesto que suelen asociarse a estereotipos como la enfermedad, discapacidad, dependencia y deterioro. Pero, cabe preguntarse ¿las personas mayores se perciben de esta manera? La presente investigación parte de considerar que el

envejecimiento no es un proceso homogéneo, sino que existen diversas “vejeces” (Dulcey, 2019), y que las vivencias del envejecimiento, la vejez y las autopercepciones de las personas mayores son construidas socialmente.

En esta tesis comprenderemos al envejecimiento y la vejez como construcciones sociales que delinear imágenes, estereotipos y (auto) percepciones, definidas y compartidas dentro de un contexto social específico y dinámico, pero que, además, son interpretadas por la persona que envejece (Kehl y Fernández, 2001; Montes de Oca, 2010; Osorio y Sadler, 2005; Robles, Vázquez, Reyes, y Orozco, 2006). Estas construcciones se ven influidas por el estado de salud de una persona, el nivel educativo y el tipo de trabajo que realizó a lo largo de su vida (Montes de Oca, 2010). Además, se encuentran atravesadas por el género ya que éste diferencia la posición social de los sujetos y el envejecimiento no se vive igual siendo hombre o siendo mujer (Garay y Montes de Oca, 2011).

En México el envejecimiento poblacional se caracteriza por estar “feminizado”, ya que cuenta con una mayor proporción de mujeres con 60 años y más, la cual va aumentando conforme avanzan los grupos de edad. Por ejemplo, en 2010, por cada 100 hombres entre los 75 años y 79 años, habían 114 mujeres, pero en el grupo de 85 años y más, habían 135 (CONAPO, 2011). En investigaciones de principios de la década del 2000 se señala que la experiencia del envejecimiento es radicalmente diferente según la condición de género (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano, 2006), siendo las mujeres quienes padecen mayores desigualdades sociales frente a las condiciones de salud y dependencia (Castrejón, 2014). Ellas son quienes generalmente tienen menos recursos educativos, materiales y económicos, y presentan en mayor medida ECNT (Adroher, 2000; González, 2004 en Tamez, 2015). Pero también, las mujeres aceptan de mejor forma a la vejez y sus cambios que los varones, ya que por su socialización de género, se desenvuelven

mejor en las tareas del hogar, construyen y mantienen redes sociales y familiares, lo que les permite experimentar su vejez más positivamente que los hombres (Treviño-Siller et al., 2006; Ramos, 2017). Además, algunas mujeres optan por asistir y participar en grupos dirigidos a personas mayores¹ -como es el caso de las participantes de esta investigación- creando así nuevas redes sociales de apoyo y desarrollando nuevas estrategias y habilidades para su vejez.

Para superar la visión de la vejez como una etapa de vulnerabilidad, deterioro y enfermedad, es importante considerar nuevos escenarios e imaginarios como el del envejecimiento activo propuesto por la OMS (2002), el cual, supone un mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, a través de la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, fomentando su autoestima y dignidad (Ibíd.). Conocer diversas experiencias de envejecimiento, nos ayuda a comprender cómo el envejecimiento dentro de diferentes contextos, adquiere -o no- diferentes significados para las personas que lo experimentan.

Ante este escenario, en el que las personas -y en especial las mujeres- están viviendo más años pero acompañadas de una o varias enfermedades, surge la importancia de conocer de qué manera la presencia de estos padecimientos contribuyen a la experiencia de su envejecimiento y a la vivencia de su vejez, así como los recursos que utilizan para optimizar sus oportunidades de salud y participación, mejorando así, su experiencia en esta etapa de la vida.

¹ En este trabajo se entenderá por “grupos” a “espacios comunitarios -institucionales o no- donde se reúnen e interactúan personas de 60 años y más, en los que se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social” (INAPAM, 2010, p. 43).

En esta investigación planteamos como objetivo general conocer las imágenes, estereotipos y autopercepciones de la vejez, entendida como una construcción social, y cómo se expresan en las percepciones y vivencias de las mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión que asisten a tres diferentes grupos en Hermosillo, Sonora. En particular interesa responder las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta general

¿Cómo se expresa la construcción social de la vejez en las percepciones y vivencias de las mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión en Hermosillo, Sonora?

Preguntas específicas:

- ¿Cuáles son las imágenes, estereotipos y autopercepciones de la vejez de las personas mayores en Hermosillo?
- ¿Cómo perciben y experimentan el envejecimiento y la vejez las mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión?

El enfoque de la investigación es cualitativo con complementariedad cuantitativa (Aldana, 2007). Para responder a la pregunta de investigación se utilizaron dos métodos de investigación: una encuesta exploratoria en un grupo de personas mayores y una entrevista semiestructurada cualitativa en mujeres mayores. La segunda profundiza, a partir de los resultados de la encuesta, en la percepción y experiencia del envejecimiento de mujeres mayores que padecen diabetes y/o hipertensión.

Las y los informantes de esta investigación son personas con 60 años y más que aceptaron participar de forma gratuita y voluntaria en responder un cuestionario o una entrevista, y que no presentaran deterioro cognitivo que dificultara la comprensión de las

preguntas y las respuestas. Como estrategia de contacto para la aplicación de las encuestas se visitaron cuatro espacios públicos de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Para la realización de las entrevistas, se visitaron tres grupos dirigidos a personas mayores: grupo de Adultos Mayores Autosustentables (AMA), Abuelos Trabajando por Sonora I.A.P, y Casa de los Abuelos. Explorar el envejecimiento de las mujeres mayores a través de los grupos cumplió dos funciones: primero, como estrategia de contacto al ser una población cautiva, y segundo, porque ofrece la oportunidad de explorar un tipo de envejecimiento influido por la pertenencia a los mismos como se podrá observar a detalle en los capítulos V y VI correspondientes a los resultados cualitativos de esta investigación.

El documento se organiza en seis capítulos. En el primer capítulo se describen las perspectivas y conceptos que guiarán la investigación. En él, se delimitan las diferencias conceptuales entre los conceptos de envejecimiento, vejez y personas mayores. Se expone cómo la vejez y el envejecimiento serán observados y analizados desde la perspectiva de la construcción social. Se definen algunos conceptos para comprender la vivencia de una enfermedad crónica en la vejez y se explica cómo resulta útil la perspectiva de género para explicar y entender las percepciones y vivencias de las mujeres mayores.

En el segundo capítulo se describe el contexto en el que ocurre el problema a investigar, a partir de datos demográficos y estadísticos. En primer lugar, se realiza una breve descripción del envejecimiento poblacional a nivel internacional, regional y local. Después, se expone la relación entre el envejecimiento y las enfermedades crónicas, ya que éstas se presentan con mayor frecuencia en estas edades. Así mismo, se presentan algunas de las respuestas institucionales para la atención de las personas mayores.

El tercer capítulo corresponde a la descripción de la metodología utilizada y se compone de tres apartados: el primero trata sobre la complementariedad de las técnicas donde

se explica la pertinencia de utilizar dos métodos diferentes de investigación; en el segundo se expone el proceso de la encuesta exploratoria, en el cual se describe la construcción del instrumento, un cuestionario cerrado, su aplicación y procesamiento de la información. Enseguida, se detalla el proceso del trabajo de campo cualitativo, la guía de entrevista, los lugares donde se aplicó, la estrategia de contacto, la realización de las entrevistas, así como el análisis de la información.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la información obtenida a través de la encuesta exploratoria, a partir de un análisis estadístico descriptivo. Se compone de cinco subapartados: 1) características sociodemográficas de la población encuestada; 2) imágenes de la vejez; 3) estereotipos de la vejez; 4) autopercepciones de la vejez; 5) y por último, la relación encontrada entre salud-enfermedad-vejez en las percepciones de las personas mayores.

En el capítulo cinco se presenta una primera parte de los resultados cualitativos. Este se organiza en cuatro apartados: en el primero, se describen las características sociodemográficas y los contextos de las mujeres mayores entrevistadas. El segundo presenta tanto las imágenes como los estereotipos que sobre la vejez tienen estas mujeres. En el tercero, se aborda el tema de la percepción de las personas mayores como una carga y las expectativas que las mujeres entrevistadas tienen sobre quién debe cuidarlas. Por último, el cuarto apartado muestra algunas de las resistencias de las entrevistadas hacia algunas de las imágenes y estereotipos de la vejez.

El sexto capítulo es la segunda parte de los resultados cualitativos. En él se presentan las experiencias del envejecimiento y la vejez de las entrevistadas a partir de sus vivencias como mujeres mayores con alguna enfermedad crónica. Además, su experiencia es ubicada bajo el paradigma del envejecimiento activo debido a su pertenencia y participación dentro

de grupos para personas mayores, situación que ayuda a construir su vejez de una manera particular.

Por último, se presentan las conclusiones donde se sintetizan los hallazgos de la investigación, y se responden las preguntas de investigación que guiaron todo el trabajo.

El resto del documento lo componen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I. ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES PARA ENTENDER LA VEJEZ Y EL ENVEJECIMIENTO DE LAS MUJERES MAYORES

La presente investigación parte de tres consideraciones claves: el envejecimiento y la vejez, la salud-enfermedad y el género son construcciones sociales que interrelacionadas dan lugar a una forma de experimentar el envejecimiento y de percibir la vejez. El envejecimiento como proceso y la vejez como etapa adquieren sus significados y valores dependiendo del contexto social en el que tiene lugar, así como sus formas responden a condiciones de género (Rojo, 2007, p. 41) y de la percepción y el estado de salud de las personas mayores.

El presente capítulo describe las perspectivas teóricas que guiarán esta investigación: la construcción social de la vejez y el género. Se compone de cuatro apartados: en el primero se delimitan las diferencias entre los conceptos de envejecimiento, vejez y personas mayores. En el segundo apartado se expone cómo la vejez y el envejecimiento pueden ser comprendidos desde la perspectiva de la construcción social. En el tercero, se explican algunos conceptos necesarios para comprender la vivencia de una enfermedad crónica en la vejez. Por último, se explica cómo resulta útil la perspectiva de género para la comprensión de las percepciones y vivencias de las mujeres mayores.

1.1 Distinciones conceptuales: envejecimiento, vejez y personas mayores

Nombrar a las personas que envejecen representa un problema conceptual y por ello, es preciso definir qué se entiende por cada uno de los términos y las implicaciones que resultan de utilizar cada uno. De acuerdo con Zetina (1999), un estudio científico debe comenzar por redefinir las categorías con las cuales se comprende la vejez y tomar a la persona humana como la protagonista de una vida que llega a esta etapa a través del proceso de su curso vital.

La vejez es una consecuencia del proceso de envejecimiento y la OMS lo define como:

Un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales (OMS, 1974).

Esta definición parte de un enfoque biológico e individual que considera el envejecimiento como un proceso de cambios orgánicos o fisiológicos que generan deterioro y enfermedad. Esta visión favoreció el estudio del envejecimiento como un fenómeno tratable desde el punto de vista médico y fisiológico (Ramos, 2017). Según Bruno y Acevedo (2016) los estudios sobre el envejecimiento en México se iniciaron desde la gerontología y las ciencias médicas, considerando así a la vejez, como un problema patológico, mas que como un fenómeno social.

El envejecimiento no es solamente un proceso individual y biológico, sino que también es psicológico, sociológico y demográfico (Trujillo de los Santos 2007 en Montes de Oca, 2010). En su dimensión demográfica, el concepto de envejecimiento alude al incremento de la cantidad de personas de 60 años y más para países en desarrollo y de 65 y más, para países desarrollados. En este sentido se puede hablar también de un envejecimiento poblacional, es decir, del aumento de personas que alcanzan y rebasan esas edades.

En su dimensión social, el proceso de envejecimiento se ve afectado por situaciones como la posición de las personas en el trabajo y la actividad laboral, sus ingresos, su clase,

raza y género (Montes de Oca, 2010), así como su estado de salud. Dependiendo de qué lugar ocupa una persona en la sociedad, experimentará un determinado tipo de envejecimiento.

En esta investigación definimos el envejecimiento en dos de sus dimensiones: la biológica/individual, que comprende el proceso cronológico ocurrido desde el nacimiento de una persona hasta su muerte; y la social/demográfica, que hace referencia al lugar que ocupa el proceso dentro del desarrollo de una sociedad y como consecuencia el aumento de la población adulta mayor; además de su impacto en la construcción de las valoraciones y percepciones que se construyen en torno a este grupo etario.

Existen diferentes términos con los cuales se hace referencia a las personas que llegan a 60 o 65 años y más, que son vejez, ancianidad o tercera edad (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández, 2009). En los diccionarios, generalmente son tratados como términos sinónimos (Zetina, 1999) y en la literatura científica en ocasiones se utilizan de forma indistinta sin que se defina previamente qué se entiende por cada uno de ellos. En 1983, la *ancianidad* fue definida por la OMS como:

Una etapa de la vida, en un sentido similar a la concepción holística que se ha utilizado ya en los estudios de la niñez y juventud: se toma en cuenta que en cada etapa el humano está caracterizado por el factor biológico, pero necesariamente éste está implicado en las dimensiones de desarrollo personal psicológicas y socioculturales (Zetina, 1999, p. 30).

Este concepto se utilizó para designar una nueva etapa de la vida en la sociedad, el grupo de personas que llegaban a edades avanzadas. En la definición se agregaron las dimensiones psicológicas y socioculturales por considerar que influyen de manera importante en la vivencia individual de las personas que la experimentan. A pesar de que la intención de

la OMS era nombrar o reconocer esta etapa en la vida de las personas, a través de la historia las nociones alrededor de los ancianos han aludido a imágenes antagónicas: por un lado, hay quienes se refieren a la vejez como un periodo de experiencia y sabiduría y por otro, las nociones del anciano que aluden a un ser débil, improductivo y apartado de la sociedad² (Carbajo, 2008; Klein, 2016).

Por otra parte, la noción de la *tercera edad* se encuentra estrechamente ligada con el fin de la vida laboral y la jubilación marca la entrada a una nueva etapa de la vida que puede durar hasta la pérdida de la autonomía y la independencia; una vez que éstas se han perdido se comienza la cuarta edad, generalmente iniciada en los 80 años (Zetina, 1999). Del mismo modo, Solís (1999) “define como cuarta edad aquella en la que una persona no puede realizar la mayor parte de sus funciones básicas” (Solís en Castrejón, 2014, p. 37). Cabe preguntarse en qué medida la noción de la cuarta edad define las imágenes de las personas mayores de 80 años, y en cómo éstas se perciben a sí mismas.

La forma de referirse hacia las *personas mayores* se ha reconceptualizado de forma que, recientemente el concepto más aceptado en la literatura científica es el de *vejez*, la cual puede ser definida como:

Una situación del ser humano, expresada a través de la edad, en la que se sitúan una serie de cambios psicosociales y físicos. Estos cambios son también relativos a las

² Así encontramos que la vejez se comprende, significa y experimenta de manera distinta en las diferentes culturas del mundo. Por ejemplo, en países como China, Japón entre otros del continente asiático existe un gran respeto por las personas mayores. En algunos países de América Latina como Ecuador, Bolivia y México que tienen poblaciones indígenas con tradiciones artístico culturales, las personas mayores desarrollan su creatividad hasta que la salud se los permite (Chaparro, 2016). Al interior de México, la situación de las personas mayores se diferencia enormemente entre aquellos del área urbana, rural o indígena. En algunas poblaciones indígenas mexicana existen los consejos de ancianos, los cuales asignan un alto estatus social a las personas mayores (hombres en su mayoría) y por medio del cual, toman las decisiones en torno a su pueblo (Reyes, Palacios, Fonseca y Villasana, 2013).

características en que la situación se presenta a nivel personal, en función de la cultura y de las especificaciones orgánicas. Lo importante es resaltar que, como situación, la vejez no es una experiencia individual, sino social (...) La vejez no es una etapa del desarrollo, desde el punto de vista causal y cronológico, pues constituye una situación que varía en función de la edad. La edad es relativa, no a los cambios biológicos exclusivamente, sino también a las percepciones y representaciones que se le atribuyen (Ramos et. al, 2009, p.53).

A diferencia de las definiciones de ancianidad, y tercera edad, esta definición integra nociones físicas, psicológicas y sociales por lo que su concepción es más holística, de manera tal, que incorpora también las percepciones y representaciones que ayudan a pensar la vejez, no solo como una etapa en la vida de una persona, sino como una construcción social.

Así mismo, se ha reconceptualizado el concepto de envejecimiento. Con el objetivo de guiar a los gobiernos en la promoción de políticas públicas que favorezcan a las personas mayores, algunos organismos internacionales han implementado sus propias definiciones (Montes de Oca, 2010). De esta manera han surgido diversos conceptos como el de *envejecimiento satisfactorio* (Baltes y Baltes 1990), *envejecimiento saludable* (Larraín, s.f. en Montes de Oca, 2010), *envejecimiento exitoso* (Engler, 2005), y el más reciente, *envejecimiento activo* (OMS, 2002).

En el caso de este último, la OMS, lo definió como un paradigma más avanzado y complejo que el de *envejecimiento saludable*, el cual era entendido como “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS, 2019). Como podemos observar, en este no se contemplaban las dimensiones sociales y culturales del envejecimiento, por lo que en 2002 se propuso el concepto de *envejecimiento*

activo definido como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.” (OMS, 2002, p. 79). Cuando estos conceptos son adoptados por las instituciones, ayudan en la generación de toda una visión desde la cual se parte para atender y comprender a las personas mayores.

Las definiciones que se construyen acerca de cómo nombrar a las personas mayores “pueden crear experiencias más conflictivas que los hechos objetivos...” (Pampel, 1998 en Orozco 2006), así se cree que el problema es cómo los nombramos o definimos y no sus representaciones en la sociedad (Orozco, 2006). De esta manera, las nociones y conceptos que una sociedad construye en torno a la vejez determinan junto con el desarrollo biológico y la posición social de la persona, la experiencia de la misma.

La vejez como situación, es una consecuencia del proceso de envejecimiento que es encarnada por personas, a las cuales, recientemente se les ha comenzado a llamar personas adultas mayores o personas mayores, sin que haya distinciones conceptuales entre ellas. La edad cronológica, es decir, el número de años que tiene una persona es la forma más simple, más conocida y la más utilizada para definir quién entra a la vejez. Por ejemplo, la ONU considera como persona adulta mayor, aquella que tenga 65 años y más en los países desarrollados, o 60 y más en países en desarrollo, lo que colocaría a México en este segundo grupo.

En la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores mexicana, se señala en su artículo 3° que “...se entenderá por personas adultas mayores, a las que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional”. Según la CNDH (2019), en México la edad para considerar a una persona adulta mayor se fijó tomando como base los criterios de jubilación utilizados a nivel mundial

(CNDH, 2019), no obstante que una gran parte de la población mexicana no acceda a este derecho, ya que sólo una cuarta parte de las personas con 60 años y más cuentan con ella (Montes de Oca, 2010).

Considerar a una persona mayor solamente por el número de años que tiene, aunque puede ser útil para fines prácticos, analíticos y estadísticos, puede invisibilizar la heterogeneidad que compone a esta población: que sean hombres o mujeres, sanos o enfermos, dependientes o productivos, etc. Debe tomarse en cuenta que las etapas de la vida tienen diferentes ritmos y se dan en forma diferencial en las personas, por lo que es posible referirnos no solo a “la vejez” sino a “vejezes” en reconocimiento a la heterogeneidad que se origina en el envejecimiento como un proceso individual y social.

En esta investigación se estará utilizando el concepto de *personas mayores* cuando haya que referirse a las personas de 60 años y más; al concepto de envejecimiento cuando hay que referirse al proceso como tal; y el concepto de vejez cuando haya que referirse a la etapa de la vida de las personas como una situación, experiencia o vivencia. Hablar de personas mayores es un reconocimiento a su individualidad, independencia y autonomía, a su identificación como sujetos(as) de derechos con facultad para tomar sus propias decisiones y decidir por ellas mismas.

1.2 El envejecimiento y la vejez como construcciones sociales

Alrededor del envejecimiento y la vejez se crean una diversidad de imágenes, estereotipos y percepciones que se definen y comparten socialmente, estas definiciones tienen a menudo un carácter convencional y arbitrario que lleva a establecer los roles que las personas deben desarrollar (Ramos, 2017).

De acuerdo con Kehl y Fernández (2001) “la construcción social del envejecimiento no se produce en un vacío social sino dentro de un contexto histórico, económico, político y social” (p. 138). Para estos autores, el envejecimiento es un proceso que ocurre dentro de estructuras sociales específicas y debemos identificar qué elementos del contexto social influyen en el proceso de envejecimiento de las personas y estarían condicionando la vivencia de la vejez.

Por su parte Montes de Oca (2010) señala que el envejecimiento “está condicionado por factores externos a los individuos, sobre todo por su posición en el proceso productivo, por su actividad laboral y sus ingresos (...) depende también del condicionamiento de género” (p. 161). Así, la experiencia del envejecimiento y la vivencia de la vejez no será la misma en personas de diferentes géneros, diferentes niveles educativos, o del tipo de trabajo que realizaron a lo largo de su vida. Por lo tanto, la vejez, “cambia con base en la historia y circunstancias de las sociedades, sus valores y aspiraciones como colectivo” (p. 160), en este sentido, se puede entender que es un fenómeno dinámico, cambia a través del tiempo y del espacio tanto social como geográfico.

A su vez, Osorio y Sadler (2005) consideran que la vejez, al igual que el género, es un constructo social que tiene un fundamento biológico y se basa “en una valoración y significación cultural que además es aprendida y transmitida a través de la socialización” (pp. 9-10). Es decir que, para estas autoras, se aprende a envejecer y este aprendizaje se alimenta de imágenes antagónicas -positivas y negativas- sobre cómo debería ser una persona, y si el aprendizaje se da mediante la socialización, las principales referencias de las personas mayores como sujetos que envejecen pueden ser sus padres, parejas, otros familiares y personas cercanas. De igual forma, las autoras señalan que la vejez es algo que se experimenta a través del cuerpo pues éste “cambia en su funcionamiento, configuración, la

interacción con él mismo y su (auto) percepción. De aquí se desprende que la edad cronológica de hombres y mujeres mayores no coincida con su edad sentida y social” (p. 12). Al respecto Del Valle (2002) propone que para conocer la edad sentida debemos comenzar por la definición que la persona hace de sí misma, de lo que quiere hacer, de aquello a que aspiraría, de las cosas que ha hecho y quiere seguir haciendo, de aquellas que desconoce y le gustaría hacer (2002, p. 49). De esta manera, la vivencia de la vejez no depende solamente del número de años cumplidos, sino de cómo se sienten y se viven esos años, pero también, de cómo son percibidos por los otros.

Desde estas proposiciones se entiende que la edad y en específico la vejez pueden observarse como una “condición social que asigna una serie de estatus/roles, y la edad como imagen cultural, que atribuye un conjunto de valores, estereotipos y significados a los mismos” (Feixa 1996 en Ramos 2016, p.64).

Con base en lo anterior, la presente investigación tratará al envejecimiento y a la vejez como construcciones sociales compuestas por imágenes, estereotipos y (auto) percepciones, definidas y compartidas socialmente, que ocurren dentro de un contexto social específico y dinámico, pero que, además, son experimentadas por la persona que envejece (Kehl y Fernández, 2001; Montes de Oca, 2010; Osorio y Sadler, 2005; Robles, Vázquez, Reyes, y Orozco, 2006).

Elementos de la construcción social de la vejez: imágenes, estereotipos y (auto) percepciones

Para comprender cada uno de los elementos que constituyen a la vejez como una construcción social se presentan a continuación la definición de cada uno de ellos.

Para indagar sobre las imágenes que sobre la vejez tienen las personas mayores, se parte en este trabajo de la postura de Robles, Vázquez, Reyes y Orozco (2006) quienes consideran que “las personas mayores son construcciones sociales a partir de sus relaciones personales dentro de contextos de interacción y comunicación, donde se utilizan los recursos conceptuales disponibles para interpretar y comprender al mundo” (p. 39). Es decir, que es a partir de la interacción que las personas tienen con otras, así como con su contexto, que estas imágenes son construidas. Según Montes de Oca (2013) las imágenes de la vejez comúnmente “se sostienen con base en prejuicios, representaciones sociales y percepciones que acompañan las formas de relacionamiento entre los viejos y las viejas con el resto de las generaciones” (p. 8).

Los prejuicios se expresan en forma de estereotipos, los cuales son comúnmente imágenes estructuradas fijas -generalmente negativas- aceptadas por la mayoría de las personas como características representativas de un grupo específico. Para el caso de la población adulta mayor, estos estereotipos se traducen en “atributos negativos como: improductividad, ineficiencia, enfermedad, decrepitud o decadencia” (Montes de Oca, 2013, p. 8).

Estas imágenes y estereotipos de la vejez de origen social son asimiladas por las personas en general y se manifiestan en forma de percepciones; pero también, por las mismas personas que envejecen lo que da como resultado autopercepciones que pueden llegar a tener “una relación muy directa entre cómo la sociedad percibe al anciano y cómo este, en consecuencia, se ve a sí mismo” (Callís-Fernández, 2011, p. 31-32).

La literatura previa sobre el tema señala que la vejez es percibida como una etapa de deterioro estrechamente asociada a la enfermedad (Arroyo, 2011; Tamez, 2015; Salas et al., 2015; Ramos, 2017; Zetina, 1999). Esta percepción contribuye a construir imágenes y

estereotipar a las personas mayores como discapacitadas, dependientes y vulnerables. Desde la academia debemos cuidar los conceptos que utilizamos para definirlos y no usar categorías rígidas sobre las concepciones que ya se tienen sobre la vejez y el desarrollo de las personas mayores (Zetina, 1999).

1.3 Enfermedad y salud en la vejez

Las imágenes, estereotipos y percepciones que giran alrededor de la vejez y de las personas mayores tienen una fuerte base en la idea de enfermedad y el deterioro. Es por lo que resulta pertinente comprender qué se entiende por enfermedad y salud, pero, sobre todo, cómo es concebida y vivida por la población que investigamos.

En el aspecto biológico, la enfermedad rompe un continuo en el funcionamiento del cuerpo, pero, es la sociedad quien asigna el título de enfermedad mediante la medicina, institución que legitima dicho título, esto ocurre a través una interacción médico-paciente (Lejarraga, 2004). En este sentido, la enfermedad “es el término que da cuenta del concepto construido por la biomedicina para aludir a las anormalidades en la estructura y/o función de los órganos o sistemas, así como a los estados patológicos” (Mercado-Martínez, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara, 1999, p. 182). La medicina, además de designar quién es considerada una persona sana o enferma, indica las pautas a seguir en caso de que se presente esta última.

Sin embargo, la enfermedad no solo ocurre en lo individual, sino que tiene lugar dentro de una sociedad y cultura determinada. Al igual que la vejez, la vivencia de una enfermedad depende, además de la condición de la enfermedad misma, de factores sociales como el acceso a la atención a la salud, medicamentos, condición de clase social, género, entre otras. Pero también, de la serie de significados culturales construidos alrededor de la

enfermedad y de la persona que la padece, de esta manera “la enfermedad adquiere sus cualidades sobre la base de la manera en que las personas la interpretan y a partir de ella moldean sus conductas” (Lejarraga, 2004, p. 272).

Esta serie de interpretaciones y significados culturales que las personas asignan a las vivencias de sus enfermedades pueden ser comprendidas bajo el concepto de *padecimiento* que según Mercado-Martínez et. al (1999) es “la forma como los sujetos y/o miembros de su red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de esta” (p. 182). El concepto de padecimiento marca la diferencia entre la vivencia de la enfermedad como una alteración biológica y la experiencia del padecimiento como una alteración en la vida social de quien la padece. “El acercamiento a esta vivencia permite conocer los saberes involucrados en la forma de atender el padecimiento, los recursos con los que se enfrenta y las consecuencias que tiene en la vida de quienes la padecen” (Velázquez, 2017, p. 53).

Uno de los aspectos más preocupantes del envejecimiento poblacional, es que está ocurriendo a la par de un aumento en la morbilidad y la mortalidad a causa de enfermedades de tipo crónico-degenerativo en la población adulta mayor (Tamez, 2015). Esto implica un cambio en el modelo comúnmente utilizado para describir la enfermedad como un proceso que siempre tiene un fin, a uno en donde el fin no es percibido jamás a lo largo del término (París y Comelles, 1988, p. 43). Para la comprensión de los padecimientos crónicos Mercado-Martínez et. al (1999) proponen explorar la trayectoria del padecimiento como “un proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas hasta la muerte e incluyen las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efectos a corto y largo plazo, tanto en el individuo enfermo como en quienes le rodean a causa del padecimiento” (p. 182-183).

Por su parte, París y Comelles (1988) apuntan que las reacciones ante la enfermedad se ven mediadas por un conjunto de expectativas sociales, económicas e ideológicas de las que forma parte la persona que la padece, siendo la cronicidad de las enfermedades una característica que imprime nociones de morosidad, lentitud en la presentación y evolución de los síntomas, y en algunos casos, hasta la ausencia de estos. Mediante el reconocimiento de la cronicidad de las enfermedades lanzan una crítica a la medicina orientada hacia la curación pues “la cronicidad o la muerte son percibidos como trastornos que ponen en evidencia su eficacia, que acentúan la imagen del fracaso profesional, y constituyen las bases de crítica al sistema (p. 793).

De acuerdo con la condición de cronicidad de las enfermedades como la diabetes y la hipertensión, las personas realizan una serie de prácticas que les ayudan en el tratamiento de sus padecimientos. De acuerdo con Haro (2000) las personas construyen saberes y prácticas alrededor de sus padecimientos que él llama “*cuidado lego de la salud*” el cual se refiere a “todas aquellas actividades sanitarias que no son efectuadas por profesionales de la salud” (Haro, 2000, p. 117). Esto quiere decir que a través de la relación médico-paciente, las personas aprehenden saberes y prácticas de la medicina profesional que llevan a cabo en su vida diaria. Estas prácticas pueden ser de dos tipos: de autocuidado y de autoatención de la salud. Las primeras serían aquellas “prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud que son generalmente cotidianas y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico” (Ibid. p. 114). Mientras que las segundas, corresponderían a las prácticas que se realizan en episodios de enfermedad o sufrimiento (Ibid.).

Explorar las enfermedades crónicas en términos de padecimiento, así como las prácticas de autocuidado y autoatención en las mujeres mayores, es reconocerlas como sujetas activas en el cuidado de su salud. Esta investigación pretende ser una crítica a la

noción de la vejez como enfermedad, reconociendo que las personas mayores, aun cuando presenten una o más enfermedades crónicas pueden considerarse a sí mismas saludables e independientes.

1.4 La perspectiva de género para comprender la vejez de las mujeres mayores

Esta investigación retomará la propuesta de Arber y Ginn (1996) quienes consideran que el envejecimiento y el género son una “mera conexión”, es decir que se encuentran “estrechamente conectados en la vida social, de modo que cada uno sólo puede entenderse en relación con el otro” (p.17).

La categoría analítica del género permite observar que las diferencias entre hombres y mujeres no son naturales (Accati, 2011), sino que son las sociedades quienes atribuyen gran parte de las características que se califican como femeninas o masculinas y que son adquiridas a través de un complejo proceso de aprendizaje social e individual (Lamas, 1996).

Sin embargo, el concepto de género así entendido representa una carencia: “no alude a la organización jerárquica de los géneros, condición esta que es necesario hacer explícita hablando de desigualdades de género. No hacerlo puede llevar a considerar erróneamente que la diferencia entre los géneros responde y se limita a atributos complementarios que no comportan desigual reparto de poder o de reconocimiento simbólico y material” (Maldonado, 2013, p. 34). En este sentido, Joan Scott (1996) propone una vinculación con el poder y menciona que el género es el campo primario dentro del cual –o por medio de– se articula el poder y lo define como “una conexión integral entre dos proposiciones: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y una forma primaria de relaciones significantes de poder” (p. 289). De acuerdo con Arber y Ginn (1996):

Necesitamos comprender cómo se relacionan el género y la edad con la distribución del poder, privilegios y bienestar en la sociedad, y en particular, cómo contribuyen a la creación de la identidad, en el sistema de valores, en el establecimiento de unas redes sociales (p. 17).

En el estudio de las mujeres mayores, el concepto de género permite visibilizar las realidades en que las mujeres viven su vejez, en ocasiones con necesidades y escasos recursos, pero al mismo tiempo con capacidades individuales y colectivas para hacer frente a sus vidas en estructuras sociales especialmente opresoras y uniformantes (Ramos, 2017, p. 91).

La teoría feminista ha permitido cuestionar, y resignificar el ser mujer. Nicholson propone el término “perchero” para referirse a la relación entre la socialización y la biología: “el cuerpo sería una especie de percha en la que se cuelgan o se superponen los distintos mecanismos culturales, especialmente los relacionados con el comportamiento y la personalidad” (Nicholson, 2011). Tomando como base esta idea, aún en la vejez, se siguen “colgando” en el perchero de las mujeres mayores un conjunto de representaciones e interpretaciones sociales acerca de su cuerpo y su comportamiento. Sin embargo, las disposiciones sobre qué deben hacer o no las mujeres, se resignifican durante la vejez, ya sea al acentuar las condiciones de desigualdad ubicándolas dentro de un contexto de vulnerabilidad social, económico y de salud; o, por otro lado, puede suponer una liberación: la presión de ser sexualmente atractiva se elimina, la muerte del marido y la salida de los hijos del hogar puede otorgarles independencia. Hay que reconocer además, que el envejecimiento no solamente es heterogéneo entre los sexos sino también entre las mujeres mayores.

Esta investigación retomará las propuestas de Arber y Ginn (1996) y Ramos (2016) quienes sugieren que género y edad deben manejarse como dos elementos indisolubles uno del otro y no como simples variables independientes y aditivas, que contribuya a la explicación de cómo envejecen las mujeres en una sociedad en la que hombres y mujeres se enfrentan de manera distinta el hecho de hacerse mayor (Ramos, 2017, p. 62).

CAPÍTULO II. ASPECTOS CONTEXTUALES DEL ENVEJECIMIENTO, LA VEJEZ Y LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Una vez que se han definido los conceptos sobre el envejecimiento, la vejez y las personas mayores, el presente apartado describe el contexto en el que ocurre el problema a investigar: el envejecimiento poblacional aunado de una presencia de enfermedades crónicas en la población de 60 años y más, así como algunas de sus implicaciones en la vida social y personal de las personas mayores.

2.1 Los números del envejecimiento poblacional

Desde hace algunos años la mayoría de las regiones del mundo experimentan un proceso de envejecimiento poblacional y se prevé que será una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI (ONU, 2016). Este proceso es conocido como transición demográfica y se refiere a los cambios en la estructura poblacional donde disminuyen las tasas de fecundidad y mortalidad, se incrementan o reducen los flujos migratorios en algunas regiones, aumenta la esperanza de vida de las personas y con ello las proporciones de personas mayores de 60 años.

La esperanza de vida en el mundo ha aumentado significativamente en los últimos 15 años, siendo África la región que más años ha ganado durante este periodo (ONU, 2017, p. 7) (veáse tabla 1).

Según el último informe de la ONU, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando en casi todas las regiones del mundo. En 2017 había 962 millones de personas con 60 años o más, lo que representaba el 13% del total de la población. Se estima que el número de personas mayores sea de 1.4 billones para el 2030 y hasta 3.1 billones en 2100 (ONU, 2017). Pero no todo el mundo envejece al mismo ritmo, por ejemplo, Europa y

Norteamérica son las dos regiones con mayores porcentajes de personas con 60 años o más, mientras que África presenta una proporción incluso menor que la mundial (véase tabla 2).

Tabla 1. Esperanza de vida de la población por región en el mundo, 2010-2015

Región	Esperanza de vida en años
África	60.2
Global	70.8
Asia	71.8
América Latina y el caribe	74.6
Oceanía	77.9
Norteamérica	79.2
Europa	77.2

Fuente: elaboración propia con base en los datos del informe *Perspectivas de la Población Mundial 2017* de la ONU.

Tabla 2. Porcentaje de la población con 60 años y más en el mundo por región, 2017

Región	% de personas mayores
África	5
Asia	12
América Latina y el Caribe	12
Global	13
Oceanía	17
Norteamérica	22
Europa	25

Fuente: elaboración propia con base en los datos del informe *Perspectivas de la Población Mundial 2017* de la ONU.

Se espera que para el año 2050 todas las regiones a excepción de África alcancen alrededor de un 25% de su población adulta mayor (Ibíd.). Además, con el aumento en la esperanza de vida, no solo aumenta la proporción de las personas mayores de 60 años, sino que se prolonga la vejez, por lo que también se dará un aumento en la población mayor de 80 años (Aranco, Stampini, Ibararán, y Medellín, 2018). Este grupo poblacional se triplicará en poco más de 30 años y se multiplicará por siete en poco más de siete décadas: de 137

millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 hasta los 909 millones en 2100 (ONU, 2017).

El envejecimiento poblacional no es un problema por la cantidad de personas mayores que hay en el mundo, sino por las condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y de salud en las que ocurre. Por ejemplo, los países desarrollados comenzaron esta transición desde hace algunas décadas y el proceso ha sido más largo de lo que será en los países en vías de desarrollo. Estas diferencias en los ritmos de la transición demográfica implican diferentes retos según la región en donde se presente y se traduce para los países en preocupaciones económicas (por el aumento de la población económicamente dependiente, pensiones para el retiro); sociales (cambios en la estructura poblacional, conformaciones familiares, necesidad de una nueva cultura de la vejez) y de salud (aumento de enfermedades crónicas y en la demanda de cuidados).

A diferencia de los países de Europa, en los países de América Latina y el Caribe (en adelante ALC) el proceso de envejecimiento está sucediendo de una manera más rápida y se espera que incluso sea más acelerado que en Europa o en Norteamérica. ALC pasó de tener en 1950 una estructura poblacional conformada preferentemente por jóvenes, a una que en la actualidad se encuentra en proceso de envejecimiento y seguirá incrementando sus porcentajes en las próximas décadas (Aranco, Stampini, Ibararán, y Medellín, 2018). Las proyecciones estiman que nuestra región pasará de tener 70 millones de personas mayores en el año 2015 a 119 millones para el año 2050 lo que representa un aumento del 59% (Huenchuan, 2018, p. 11).

No obstante, aún en la región coexisten diferencias entre los países. Por ejemplo, en el año 2015, países como Belice, Guatemala, Haití y Nicaragua presentaban porcentajes de alrededor del 7% en la población de 60 años y más; mientras que Argentina, Barbados, Chile

y Uruguay presentaron los porcentajes más altos superando el 15% (Aranco et al., 2018). Son estos mismos países quienes cuentan con los mayores porcentajes de personas mayores de los 80 años y que aumentarán esta población hasta el 30% para el 2050 en el caso de Chile (Ibíd.).

El envejecimiento de la población en ALC supone verdaderos desafíos para los países que aún no han alcanzado índices de desarrollo humano como los países de otras regiones con similares niveles de envejecimiento (UNFPA, 2017). Según lo señala Huenchuan (2018) “más allá de las cifras, lo más inquietante para la región es el escenario en el que ocurre el envejecimiento poblacional, caracterizado por la desigualdad, la pobreza, el agotamiento de un modelo de crecimiento económico insostenible, y el avance del desempleo y del empleo de baja productividad” (p. 12). Así mismo, otro desafío tiene que ver con la presencia de las enfermedades en edades avanzadas que requiere de la provisión de servicios y atención a la salud más caros que los de atención a otras enfermedades.

En México, el 10.5% de la población total del país tiene 60 años y más, lo que lo coloca en una fase de envejecimiento moderado avanzado según la clasificación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2004). Se espera que este porcentaje aumente significativamente, proyectándose un 14.8% para el año 2030 y un 22.5% en 2050 (CONAPO, 2018). Así mismo, la esperanza de vida del país se ha incrementado, mientras que en 1930 las personas vivían en promedio 34 años en el año 2000, la esperanza de vida era de 74 años y en 2016 de 75.2. Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, teniendo un promedio de 78 años mientras que para los hombres es de casi 73 (INEGI, 2016).

Esta mayor esperanza de vida de las mujeres contribuye al fenómeno conocido como feminización de la vejez, el cual tiene “implicaciones en los campos de la salud, de las relaciones sociales y en el ámbito económico” (CONAPO, 2011). Esta “se concreta en

reconocer que las mujeres según sus características sociodemográficas, económicas y culturales tienen una experiencia distinta del envejecimiento y la vejez, y también experimentan sendas diferencias en relación con los hombres” (Cardoña, 2013, p. 18). Dentro de las diferencias que se encuentran entre los sexos, está el que las adultas mayores generalmente tienen menos recursos educativos, materiales y económicos, y presentan en mayor medida enfermedades no transmisibles (ENT) (Adroher, 2000; González, 2004 en Tamez, 2015, p. 132). Este contexto implica que las mujeres llegan a edades más avanzadas y en mayores proporciones que los hombres y además, viven su vejez acompañadas de la presencia de diversas enfermedades.

2.2 Envejecimiento y salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte” (OMS, 2018). Siguiendo esta definición, encontramos una relación casi directa entre el envejecimiento y el deterioro de la salud que lleva a estereotipar a las personas mayores como enfermizas y dependientes, sin embargo, la misma ONU reconoce que la pérdida de capacidad generalmente asociada al envejecimiento tiene más relación con hábitos poco saludables que con la edad cronológica en sí (OMS, 2015).

Las enfermedades no transmisibles están comúnmente asociadas al envejecimiento por presentarse en mayores porcentajes en personas con edades más avanzadas que en el resto de la población. Estas enfermedades se caracterizan por ser afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta y se agrupan en cuatro categorías principales:

enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2018). Estas enfermedades, de no ser atendidas de manera oportuna, dan lugar a complicaciones que merman la calidad de vida de las personas, afectando directamente su independencia y autonomía, para culminar en la muerte. Actualmente, estas enfermedades son las causantes del 71% de las muertes en el mundo (Ibíd.).

En el caso de la región de ALC las ENT causan el 75% de las muertes, pero son las enfermedades cardiovasculares las que ocupan los mayores porcentajes de causas de muerte entre las ENT. La hipertensión arterial no controlada es una de las principales causas de las enfermedades cardiovasculares (Aranco, Stampini, Ibararán, y Medellín, 2018).

Por otra parte, la diabetes es una ENT que ha incrementado sus porcentajes en los últimos años. En el año 2018 el 15% de las personas mayores de 60 años tenían esta enfermedad y a nivel de la región de ALC su prevalencia es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, así como en los grupos de edades más avanzadas (Ibíd.).

En México, las enfermedades del corazón y la diabetes son las dos principales causas de muerte en la población adulta mayor, con el 27.15% y el 16.6% respectivamente, del total de las muertes de personas de 65 años y más (INEGI, 2017).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) muestra que, del total de personas encuestadas, el 10.3% de mujeres -contra un 8.4% de hombres- contestaron haber recibido diagnóstico previo de diabetes por parte de un médico; siendo los grupos femeninos a partir de los 60 años quienes cuentan con los mayores porcentajes (véase tabla 3).

Respecto a la hipertensión arterial, según los resultados de esta misma encuesta, un 24.9% de los hombres y un 26.1% de las mujeres tienen hipertensión arterial. La diferencia importante en este dato radica en que, solo un 48.6% de los hombres ya sabía que tenía la enfermedad, mientras que, de las mujeres, el 70.5% ya contaba con este conocimiento³. Esto podría ser un indicador de que las mujeres acuden y utilizan más los servicios de salud, y por lo tanto, están más familiarizadas con ellos.

Tabla 3. Porcentaje de personas mayores por sexo con diagnóstico médico previo de diabetes en México

Grupos de edad	Hombres (%)	Mujeres (%)
60 a 69 años	27.7	32.7
70 a 79 años	19.3	29.8
80 y más	12.5	21.8

Fuente: Elaboración propia con base en la información del Informe final de resultado de la ENSANUT 2016.

La importancia de observar la presencia de estas enfermedades en la vida de las personas es que por su carácter crónico, representan una manera diferente de estar en el mundo que puede llevar a una modificación del yo, la autoestima y la identidad (Salas et. al, 2015). Investigaciones previas (Cerquera, Florez y Linares 2011; Márquez-Serrano, 2006; Orozco, 2006; Ronzón 2011; Soriano y López 2010; Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Villegas y Pérez, 2009) dan cuenta de las percepciones negativas del envejecimiento y la vejez relacionadas con la salud en personas mayores de 60 años. Por ejemplo, existe una tendencia a percibirse como más viejo mientras menos actividades pueda desempeñar la persona. Las imágenes de la vejez, así como su autopercepción están estrechamente

3 Como parte de la metodología de la ENSANUT a algunas personas se les toma la presión arterial junto con la realización del cuestionario, es por esta razón que hay personas que no sabían que tenían alta presión y fueron diagnosticadas al momento de la encuesta.

relacionadas con su condición de salud: aquellas personas que declaran disfrutar de la vida son aquellas cuyo estado de salud les permite permanecer activas y realizar todas sus actividades cotidianas (Villegas y Pérez, 2009). Las mujeres tienen una vivencia más positiva que los varones, pero, también son quienes padecen mayores desigualdades sociales frente a las condiciones de salud y dependencia (Castrejón, 2014).

Ante este escenario, en el que las personas -y en especial las mujeres- están viviendo más años pero acompañadas de una o varias enfermedades, surge la importancia de conocer de qué manera la presencia de estos padecimientos contribuyen a la experiencia de su envejecimiento y a la vivencia de su vejez.

2.3 Respuestas institucionales al envejecimiento y la salud de las personas mayores

En los años 80 del siglo XX, se llevaron a cabo reuniones y asambleas internacionales en las que se comenzó a discutir el fenómeno del envejecimiento poblacional, con el fin de elaborar acuerdos de cómo hacerles frente a los cambios por venir. Estas reuniones sucedieron tan rápido que no se dieron el tiempo de reflexionar sobre las posibles tendencias con que los gobiernos deberían abordar el asunto (Montes de Oca, 2003).

Los antecedentes en materia de derechos humanos de las personas mayores tienen su origen en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982. Esta asamblea tuvo como resultado el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, “que guiaría el pensamiento político y científico de un gran número de países asistentes para alcanzar el mayor bienestar posible entre la población adulta mayor” (Montes de Oca, 2003, p. 80). Aquí se abordaron temas con relación a la salud, la nutrición, vivienda, bienestar social, familia, ingresos, empleo entre otros (ONU, 2016). Sin embargo, ante los bajos porcentajes de adultos mayores en aquellos años, comparado con otros grupos vulnerables,

no todos los países colocaron este tema dentro de sus agendas como un asunto primordial, “como si el criterio cuantitativo fuera el único que pudiera justificar la distribución de justicia social y derechos ciudadanos” (Montes de Oca, 2003, p. 84). Esto puede ser considerado como una invisibilización de una población que en la actualidad irreversiblemente apunta hacia su aumento.

En 2002, 20 años después de la primera asamblea, se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo como lema “una sociedad para todas las edades”. En ella, se tomó “como punto de discusión el envejecimiento y la pobreza (...) los derechos de los adultos mayores, la discriminación de género (...)” (Montes de Oca, 2003, p. 85), entre otros. No obstante, Montes de Oca señala que las preocupaciones acerca del envejecimiento eran influenciadas por los países desarrollados, mientras que los países en desarrollo -como México- continúan con políticas sociales insuficientes relacionadas con este grupo poblacional y su entorno.

Dentro de las leyes, normas y programas de México, predomina aún la idea de la población adulta mayor como una población vulnerable, objeto de asistencia social y no como personas de derechos. Por ejemplo, en la Ley General de Salud de 1984 (reformada por última vez en 2014), las personas mayores aparecen como “ancianos desamparados” que deben recibir asistencia social y las ubica dentro de los grupos vulnerables. Aunque México cuenta desde el año 2002 con la Ley de los Derechos de las Personas Mayores, la CNDH reconoce que “el Estado mexicano no ha logrado incorporar plenamente el enfoque de derechos humanos y sus obligaciones internacionales en la materia tanto en las políticas públicas, estrategias, como en las acciones dirigidas a atender los problemas de ese grupo etario” (CNDH, 2019, p. 219). Junto con dicha ley se creó el Instituto Nacional de las Personas mayores, INAPAM, que “tiene por objeto la aplicación y seguimiento de esta ley”.

En este mismo nivel de responsabilidad se coloca a la familia, quien es reconocida como “la institución fundamental en la que debe tener lugar la protección y desarrollo de los adultos mayores” (Ley N°80, 2007). Entre las obligaciones de la familia hacia la persona mayor están el otorgar asistencia permanente y oportuna, así como alimentación, vestido, habitación y el cuidado de su salud física y mental; debe fomentarse la convivencia familiar cotidiana, así como la participación activa de la persona, a la par de su independencia, respetando sus necesidades. Además, también se señala que se debe vigilar que los trabajos o actividades que realicen no impliquen un esfuerzo superior a las condiciones de su salud física y mental.

De esta manera, el Estado legitima el papel preponderante de la familia como la principal responsable del bienestar de las personas mayores. En México se ha documentado que son las mujeres las encargadas del cuidado de las y los miembros de la familia (Robles, 2006). Al considerar a ésta, y a las mujeres, como una de las principales instituciones para el bienestar y desarrollo de las personas mayores, a nivel de las subjetividades, se crea la expectativa de que sean los, y específicamente las hijas, quienes se hagan cargo de ellas.

La mayor participación de la mujer en la actividad económica produjo cambios importantes en su rol tradicional como cuidadora, que durante años ha sido la base de la atención a las personas mayores (INAPAM, 2010). Si desde las leyes y programas de atención al envejecimiento se sigue considerando a la familia como la principal responsable de su bienestar, es razonable que, al cambiar los patrones de conformación familiar, el envejecimiento se convierta en un problema social para el que el Estado aún no está preparado.

No obstante, en 2010 el INAPAM estableció cinco ejes rectores: 1) Cultura del Envejecimiento; 2) Envejecimiento Activo y Saludable; 3) Seguridad Económica; 4) Protección Social; 5) Derechos de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2010). Ejes que

son, según el documento, conceptuales y normativos, a la vez que establecen las acciones que habrán de llevarse a cabo para cumplir con cada uno de ellos.

En el caso del envejecimiento activo y saludable, las acciones están encaminadas a “Promover la participación de las personas adultas mayores en todas las áreas de la vida pública, con la finalidad de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio” (INAPAM, 2010, p. 42). Específicamente, las acciones están orientadas -entre otras- a la promoción de actividad física y la formación de clubes de personas adultas mayores, así como capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre.

Pese a estos lineamientos, México no ha adoptado una perspectiva integral y transversal de derechos humanos de las personas mayores, y como resultado, no existen políticas públicas de envejecimiento. De acuerdo con Vivaldo (2019), es importante diferenciar entre políticas (o acciones) para la vejez y una política pública del envejecimiento. Esta última, estaría orientada a trabajar en todas las etapas de la vida (es decir, en todo el proceso de envejecimiento) de forma que, cuando se llegue a la vejez, esta se consiga con salud, seguridad social, económica y participación social.

Actualmente, una tarea pendiente que tiene el Estado mexicano es ratificar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, recientemente aprobada por la Organización de los Estados Americanos (OEA). En este documento se reconoce que:

“(…) la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que [éstos] dimanen de la dignidad y la igualdad (...) inherentes a todo ser humano”. Consagra que “(…) la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con

salud, seguridad, integración y participación en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades” (CNDH, 2019, p. 45).

El envejecimiento poblacional no es solamente un fenómeno demográfico que tiene implicaciones económicas y de salud pública, además, impacta a nivel social y cultural dando lugar a subjetividades específicas acerca de cómo entender, comprender y aprehender la vejez.

2.4 La situación de actividad y dependencia de las personas mayores en México

Actualmente, las personas con 60 años y más son consideradas como una población dependiente, “el supuesto es que niños, jóvenes y viejos *dependen* de los adultos en edades intermedias, considerados como capaces y activos para otorgar apoyo familiar, social y económico” (CONAPO, 2011). Así, para conocer el nivel de dependencia de una población se calcula la razón de dependencia, la cual, en el año 2015 fue de 60.9 personas mayores y niños por cada 100 personas, entre los 15 y los 59 años (Bienestar, 2015). Sin embargo, ante el proceso de envejecimiento poblacional se comenzó a observar la relación de dependencia específica de la vejez, por lo que, en el año 2014, el 15.7% correspondía a personas mayores de 60 años, porcentaje que se espera aumente a un 24.1% en 2030 (SEDESOL, 2017).

Aunque este es un indicador económico, en la vida cotidiana se generan estereotipos en torno a las personas mayores, marcados principalmente por su condición laboral. Estos estereotipos se generalizan de forma que, no se reconocen otras formas de envejecer y de vivir la vejez. En el año 2015 el 27.2% de las personas mayores se encontraban económicamente activas, es decir, realizaban alguna actividad remunerada. Pero, dentro del resto de la población considerada como no económicamente activa, se encuentra que el 70.1% de mujeres de este grupo realizan el trabajo doméstico de su hogar seguramente sin

remuneración alguna. Esta situación tiene como consecuencia que muchas mujeres mayores dependan de la pensión de sus parejas y de los apoyos económicos de familiares y amigos cercanos (Cardoña, 2013, p. 20).

Según los resultados de la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, el 31% de las personas mayores en México recibía ingresos por pensión y jubilación (CONSAR, 2017). “La distribución por género de los que reciben pensión contributiva y no contributiva permite identificar que son los hombres quienes mayoritariamente reciben una pensión contributiva mientras que las mujeres son mayoría como receptoras de la pensión no contributiva, así como de los que no reciben pensión” (Ibíd). El 40% de las mujeres recibía pensión contributiva y el 59% una pensión no contributiva, debido al contexto social en el que crecieron, son ellas, ahora en la vejez, mayormente beneficiarias de programas sociales.

2.5 Contexto local: Sonora

Como ya se mencionó anteriormente, México enfrenta un proceso de envejecimiento poblacional, sin embargo, no todo el país está envejeciendo al mismo ritmo. Cambios en la fecundidad, la mortalidad y la migración tienen efectos en este proceso y resultan en diferencias entre las entidades federativas del país.

Según González (2015), Sonora se encuentra en una etapa de plena transición demográfica, esto quiere decir que, cuenta con una natalidad intermedia (tasa bruta de 18.1 nacimientos por cada mil habitantes) y una mortalidad baja (5.5 por cada mil habitantes), y se encuentra en el mismo grupo que los estados de Campeche, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Jalisco, México, Morelos, Nayarit, Sinaloa, Tabasco y Yucatán (González, 2015).

Junto con el descenso de la fecundidad y la mortalidad, la esperanza de vida aumenta dando como resultado a una creciente población de personas mayores. De acuerdo con datos

de la encuesta intercensal 2015, la población del estado de Sonora es de 2 850 330 y está compuesta predominantemente por personas jóvenes al tener como edad media los 30.4 años. De este total, 286, 436 personas tienen 60 años o más (véase tabla 4) que representan el 10.1% de la población (INEGI, 2016). La esperanza de vida en el estado es similar a nivel nacional, siendo de 73.2 años para los hombres y de 78.5 para las mujeres (CONAPO, 2016).

Pero, no todas las regiones de Sonora se encuentran envejeciendo al mismo ritmo, por ejemplo, para el año 2000, la región centro, conformada por los municipios de La Colorada, Mazatán, Ónavas, San Javier, San Pedro de la Cueva, Soyopa, Suaqui Grande y Villa Pesqueira, tenía ya el 13.2% de su población con 60 años y más, mientras que Hermosillo tenía un 6 % (INEGI, 2000). Uno de los elementos que explica esta situación es el efecto que tuvo la migración, tanto como para recibir a personas de fuera del estado a mediados del siglo XX que venían a trabajar a zonas agrícolas (Castro, 2015), como la salida de la población joven hacia las zonas costeras y fronterizas del estado, y a Estados Unidos (Monteverde Grijalva, Zuñiga Elizalde, y Zupo Jiménez, 2007).

Así, se tiene que para el año 2015, Sonora presenta diferenciadas proporciones de personas mayores según las regiones en las que habitan (véase Figura1).

Tabla 4. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad en Sonora, 2015

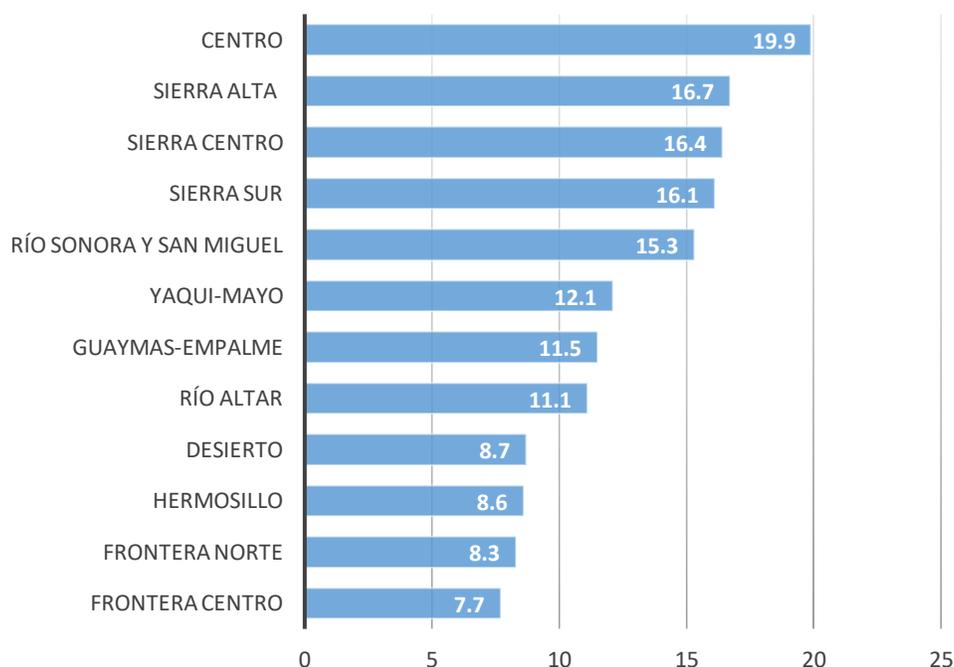
Grupos por edad	Población total	Hombres	Mujeres
60-64 años	96,176	46,957	49,219
65-69 años	69,633	33,596	36,037
70-74 años	49,441	23,579	25,862
75 años y más	71,186	32,923	38,263
Totales	286,436	137,055	149,381

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

Esta investigación tiene lugar en la ciudad de Hermosillo, zona urbana que alberga la mayor cantidad de personas del estado, con un total de 884, 273, de las cuales, 76,418 eran personas con 60 años y más. Del total de la población adulta mayor en este municipio, el 46.9% eran hombres y el 53.1% restante, mujeres.

El envejecimiento viene acompañado de un aumento en enfermedades crónicas, las cuales se encuentran dentro de las primeras veinte causas de enfermedad en el estado (SSA, 2018), así como también, las principales causas de mortalidad en estos grupos de edad (SSA, 2017). La obesidad, la diabetes y la hipertensión son en el estado un problema de salud pública ya que en los últimos años el estado se ha colocado en los primeros lugares del país con estas enfermedades.

Figura 1. Proporción de personas mayores por regiones en el estado de Sonora, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

Tanto para los hombres como las mujeres, la diabetes, los tumores malignos y las enfermedades del corazón ocupan los primeros lugares en causas de muerte en el estado, solo existe una variación entre los sexos: mientras que para los hombres la segunda causa de muerte –después de las enfermedades del corazón- son por tumores malignos, para las mujeres, es a causa de la diabetes. Como se ha descrito antes, a nivel nacional los datos sobre la mayor prevalencia de estas enfermedades afectan a las mujeres. En este contexto, nos preguntamos cómo la vivencia de estas enfermedades abona a la experiencia de envejecimiento, si tomamos en cuenta, además, que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En el presente capítulo se describe la metodología utilizada en esta investigación. Se compone de tres apartados: el primero trata sobre la complementariedad de las técnicas, en el que se explica la pertinencia de utilizar dos métodos diferentes de investigación para responder la pregunta que nos planteamos; en el segundo se describe el proceso de la encuesta exploratoria, donde se aplicó un cuestionario cerrado, cómo fue el levantamiento y procesamiento de la información. Enseguida, se describe el desarrollo del abordaje cualitativo, desde la elaboración de la guía de entrevista semiestructurada, los lugares donde se trabajó, la estrategia de contacto, la realización de las entrevistas, y el procesamiento de análisis de la información.

3.1 La complementariedad de las técnicas de investigación

En reconocimiento de que los objetos de estudio de las ciencias sociales son fenómenos complejos y que por ello, pueden –y en ocasiones deben- ser observados y comprendidos en sus diferentes dimensiones, esta investigación retomará la propuesta del uso de la complementariedad de métodos de investigación (Aldana, 2007). Esta complementariedad hace referencia al uso de dos o más métodos correspondientes a dos diferentes paradigmas de investigación: cuantitativa y cualitativa (Aldana, 2007; Murcia y Jaramillo, 2001; Ramírez y Zwerg, 2012) con el fin de alcanzar un grado de comprensión y explicación más amplio de los fenómenos sociales.

De acuerdo con Gallart (1992), cuando en una investigación se combinan técnicas de investigaciones cuantitativas y cualitativas, se debe tener un cuidado especial en el manejo de la información recopilada por cada uno de los métodos, y ésta debe comenzar por las preguntas de investigación que deben de justificar el uso de cada uno de los métodos. En

palabras de Souza (2004), se abre un camino de posibilidades en el que métodos cuantitativos y cualitativos pueden encontrarse “superando dicotomías y venciendo, desde el punto de vista cuantitativo, los marcos del positivismo; y, bajo la óptica cualitativa, las restricciones relativas a la comprensión de la magnitud de los fenómenos y procesos sociales” (p. 226).

Siguiendo la lógica anterior, para cumplir con los objetivos que se planteó esta investigación, el diseño metodológico está conformado por dos técnicas de recopilación de información: una correspondiente a las técnicas cuantitativas (encuesta exploratoria) y otra de corte cualitativo (entrevistas semiestructuradas).

La primera técnica permitió un acercamiento al tema de investigación mediante una exploración sobre las imágenes, estereotipos y (auto)percepciones de la vejez en un grupo de la población adulta mayor de Hermosillo, Sonora; y la segunda técnica, es una entrevista semiestructurada para profundizar, conocer y comprender, cómo esas imágenes y estereotipos son vividas e interpretadas por las mujeres mayores. Estas dos técnicas se utilizarán de forma complementaria y según las recomendaciones de Cea D’Ancona (1999), serán aplicadas “escalonadamente”, es decir, de forma separada, en dos momentos diferentes.

Con base en los principales resultados de la encuesta se pudieron identificar los temas más relevantes para las personas mayores, pero además, las construcciones de la vejez diferenciadas por género. Esto permitió elaborar con mayor certeza la guía de entrevista que profundizó en las experiencias de las mujeres participantes.

3.2 La encuesta exploratoria

La primera técnica que se utilizó fue diseñar y aplicar una encuesta con fines exploratorios y descriptivos, con el objetivo de conocer las imágenes, estereotipos y autopercepciones que

tienen las personas mayores sobre la vejez en la ciudad de Hermosillo, Sonora, el cual es el primer objetivo específico de esta investigación.

Se decidió optar por la técnica de la encuesta, ya que es “la estrategia de investigación más adecuada, cuando se precisa información (hechos, opiniones, actitudes) de un gran número de personas, localizadas en un área geográfica amplia, en un breve período de tiempo, y a un precio relativamente bajo” (Cea D’Ancona, 1999, p. 57). Esta técnica también permite aplicar las mismas preguntas y en el mismo orden a todas las personas investigadas, lo que permite conocer de manera general el tema que le interesa al investigador (Díaz de Rada, 2002).

La encuesta tiene una finalidad exploratoria: “una primera aproximación a fenómenos poco conocidos, con el objetivo de identificar variables relevantes y, a partir de ellas, extraer hipótesis para comprobar en estudios posteriores” (Cea D’Ancona, 1999, p. 55). Miquel (1997 en Díaz de Rada, 2002) señala que los estudios exploratorios permiten conocer o conseguir intuiciones para desarrollar un enfoque del problema. De esta manera, la encuesta exploratoria permitió un primer acercamiento empírico al tema de la construcción social de la vejez en el contexto geográfico mencionado.

Los resultados de esta exploración aportaron información valiosa para la construcción de la guía de entrevista para las mujeres adultas mayores elegidas.

Población y tipo de muestreo

Para realizar este estudio se consideró trabajar con personas mayores en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Para definir quiénes son consideradas como tales, se utilizó el criterio de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores mexicana que señala en su

artículo 3° que “...se entenderá por personas adultas mayores, a las que cuenten con sesenta años o más de edad...”.

Muestra. El tipo de muestreo es no probabilístico y por conveniencia, en el que la selección de las unidades muestrales responde a criterios de accesibilidad y factibilidad, acordes con los objetivos de la investigación (Cea D’Ancona, 1999). Para este caso se consideró aplicar 100 cuestionarios, buscando la variabilidad por sexo: hombres, mujeres; y por edad, 60 años y más.

Criterios de inclusión. Hombres y mujeres de 60 años y más abordados en cuatro lugares públicos específicos de la ciudad, que acepten participar en esta encuesta de forma gratuita y voluntaria y que no presenten deterioro cognitivo que dificultara la comprensión de las preguntas y sus respuestas.

Diseño del instrumento

La elaboración del instrumento se llevó a cabo mediante dos etapas: diseño primario de un cuestionario y aplicación de una prueba piloto para su validación.

El primer cuestionario constó de 23 reactivos divididos en cuatro apartados: datos generales; percepciones generales de la vejez; estereotipos de la vejez; imágenes de la propia vejez.

La prueba piloto consistió en la aplicación de 10 cuestionarios en diferentes puntos de la ciudad: tres en la colonia Benito Juárez; una en Ley Plaza Solidaridad (1); tres en dos paradas del transporte público en el boulevard Solidaridad a la altura del CUM y un centro comercial cercano y, por último, tres en el centro de la ciudad.

Según los resultados de esta prueba, el cuestionario duraba al menos 5 minutos si era respondido de manera ininterrumpida y hasta los 10 minutos cuando las personas se

extendían en sus respuestas. En términos generales, fue un instrumento bien recibido y entendido por las personas, se consideró que el lenguaje de las preguntas era adecuado y claro y las personas no tenían dificultades para comprender lo que se les preguntaba. Sin embargo, a partir de esta prueba se hicieron algunas modificaciones en algunas preguntas y se agregaron otras nuevas. Además, se cambió el nombre de dos apartados por considerar que estos nuevos títulos correspondían mejor a lo que se intentaba recoger en cada uno de ellos.

Con base en estas modificaciones, el nuevo instrumento quedó compuesto por 28 reactivos en cuatro apartados (véase Anexo 2):

- 1) Datos generales: compuesto por 11 reactivos donde se recoge información sociodemográfica de las personas entrevistadas.
- 2) Imágenes sobre la vejez: conformado por siete preguntas que recogieron las ideas que las personas mayores tienen sobre las características de la vejez, si pueden cuidarse solas, quién debe cuidarlas, si deben recibir apoyos y si existen diferencias en la manera en que envejecen hombres y mujeres.
- 3) Estereotipos de la vejez: donde uno de los reactivos está compuesto por cinco pares de palabras dicotómicas que expresan cualidades positivas y negativas de las personas mayores y tres reactivos a manera de frases, donde la persona tenía que elegir en qué medida estaba o no, de acuerdo con ellas.
- 4) Autopercepción de la vejez: compuesto por seis preguntas con las que se pretende conocer la experiencia propia de la persona mayor acerca de su salud, su necesidad de ayuda en la realización de sus actividades diarias, cómo califica su experiencia, cuáles son sus preocupaciones y si alguna vez ha sufrido de discriminación por ser AM.

Para cerrar se añadió la pregunta “¿le gustaría agregar algo más?”, ya que en la prueba piloto se reconoció la necesidad de hablar de las personas, ya sea para dar algún consejo u opinión acerca de los temas abordados.

Una vez aprobado el cuestionario, se procedió al levantamiento de la información en la cual participaron dos estudiantes de 8vo semestre de la licenciatura en sociología de la Universidad de Sonora campus Hermosillo. Se llevó a cabo la capacitación de encuestadores y se procedió a la aplicación de los cuestionarios en la segunda semana del mes de abril de 2019. El operativo concluyó con la información de 102 cuestionarios válidos⁴. Para la sistematización de los datos, la captura de las encuestas se hizo a través del programa SPSS Statistics versión 24 y en el programa Excel para las preguntas abiertas, obteniendo así dos bases de datos para el análisis de las respuestas. Este análisis se presenta en el capítulo IV del presente documento.

3.3 Las entrevistas semiestructuradas

El objetivo de las entrevistas fue recoger las percepciones y vivencias que sobre la vejez tienen las mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión arterial. La información recopilada mediante esta técnica es complementaria a la que se generó a través de la encuesta para responder las preguntas de investigación planteadas (véase en anexo 4 la relación entre los principales resultados de la entrevista y las preguntas generadas en la guía de entrevista semiestructurada).

Población de estudio, grupos y estrategias de contacto

Los criterios de inclusión para la realización de las entrevistas fueron: mujeres mayores de 60 años con diagnóstico previo de diabetes y/o hipertensión, que participaran en grupos de

⁴ En el Anexo 1 pueden consultarse más detalles sobre el operativo de campo.

personas mayores, que aceptaran participar de forma voluntaria en la investigación y no presentaran algún tipo de deterioro cognitivo que dificultara la comprensión de las preguntas, así como sus respuestas. En total se realizaron 12 entrevistas.

Como lugares de contacto se seleccionaron tres grupos dirigidos a personas mayores, que ofrecen distintos tipos de actividades y con diferentes formas de organización: Grupo AMA (Adultos Mayores Autosustentables), donde se trabajó con el grupo de actividad física; Abuelos Trabajando por Sonora I.A.P, donde se visitó al grupo que se reúne los sábados; y Casa de los Abuelos, programa de asistencia social del Sistema de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) del Estado de Sonora. A excepción del primer grupo que es de carácter independiente, el ingreso a los otros dos se dio a partir de la autorización de sus directores (o responsables), por medio de una carta donde se comunicaba el objetivo de la visita (ver anexo 6), y compartiéndoles el consentimiento informado (veáse anexo 5), así como explicándoles lo que se llevaría a cabo con quien aceptara participar. A continuación se describen brevemente los grupos, así como la estrategia de contacto con cada uno.

Grupo AMA. Este grupo es de organización independiente, fundado por iniciativa de dos mujeres mayores que, una vez jubiladas y recién entrando a la vejez, conscientes y preocupadas por mantenerse activas, decidieron comenzar un grupo en su colonia, que al mismo tiempo que las mantuviera activas, ayudara a otras personas en su misma situación. Se ubica en la colonia Jesús García y actualmente ofrecen una variedad de talleres: canto, baile, manualidades, actividad física, entre otros. Con alguna de las producciones hechas en estos talleres solventan los gastos del grupo. Cuentan con el apoyo de una iglesia local, por lo que también tienen un dispensario de medicamentos. Tanto los talleres, como el servicio del dispensario, están cargo de personas mayores. Para esta investigación se trabajó con uno de los dos grupos de actividad física. Este funciona desde hace tres años y diariamente se

reúnen entre 15 y 20 mujeres a las 6 de la mañana para realizar actividad física dentro de una iglesia de la colonia Apolo.

El contacto con este grupo se dio mediante una compañera de la maestría, cuya suegra asiste al grupo de actividad física y fungió como mi portera al presentarme e introducirme con el grupo. Mi primera visita fue en septiembre de 2018 como parte de un ejercicio para la clase de seminario de investigación. Después, las visité un par de veces más durante ese año, con la promesa de que volvería a buscarlas meses después. Mis siguientes visitas comenzaron en mayo de 2019 para retomar el contacto, por lo que estuve asistiendo y realizando junto con ellas algunas sesiones de actividad física. En agosto de ese mismo año comencé a solicitar voluntarias para realizar las entrevistas. En este grupo se hicieron cinco entrevistas.

Abuelos Trabajando. Esta institución es de asistencia privada, fundada y dirigida por un adulto mayor, quien al igual que las fundadoras de AMA, estaba preocupado por mantener activas a las personas mayores. Hoy en día esta institución ofrece una diversidad de cursos de capacitación y actualización. El grupo con el que nos fue autorizado trabajar se reúne los sábados para recibir “pláticas” y despensas de apoyo para los asistentes. A estas personas no se les cobra ninguna cantidad por asistir. A decir del coordinador, este grupo está conformado por hombres y mujeres entre los 70 y los 85 años y son flotantes, es decir, no asisten las mismas personas todos los sábados, aunque hay quienes sí son regulares.

A diferencia del contacto con el grupo AMA, el contacto con las personas de Abuelos Trabajando fue más impersonal. Mi primera visita consistió en llegar a la asociación para manifestar mi interés por llevar a cabo algunas entrevistas para mi investigación y preguntar sobre el proceso a seguir. La persona que me atendió me indicó que era necesario llevar una carta de la institución dirigida hacia el presidente. Una vez que tuve listo el oficio institucional (anexo 6), volví para entregarlo junto con una copia del consentimiento

informado; ese mismo día se encontraba el coordinador de la asociación, por lo que pude platicar personalmente con él. Se comprometió a preguntarles a las personas si deseaban tener visitas externas, pues me comentó que anteriormente han tenido problemas por ello, y una vez que ellas aceptaran, me hablarían para permitirme visitarlas. La siguiente semana recibí la llamada de confirmación informándome que podía pasar a la asociación el sábado 28 de septiembre de 2019. Llegué ese día a la hora acordada, pero me pidieron esperar al coordinador para que me indicara quiénes eran las voluntarias que habían aceptado participar⁵. Cuando sus pláticas terminaron, mandaron a seis mujeres para reunirse conmigo. Me prestaron un salón donde les expliqué en qué consistía su participación. Solo tres aceptaron participar, por lo que acordamos las citas para las entrevistas en ese momento.

Casa de los Abuelos, colonia Choyal. Este lugar forma parte de un programa de asistencia gubernamental del Estado de Sonora, con el objetivo de “mantener al abuelo activo, acompañado y motivado” (coordinadora de casa de los abuelos Choyal, 2019) y funciona desde hace nueve años. En la ciudad hay cuatro casas ubicadas en distintas colonias. La decisión de visitar esta casa en particular fue en función del fácil acceso a ella y por ubicarse en un punto de la ciudad distinto a donde se realizaron las otras entrevistas: AMA en la zona noreste; Abuelos trabajando en la zona sur.

De manera similar al grupo de Abuelos trabajando, el inicio del contacto comenzó con una primera visita a la casa en donde me presenté con la coordinadora. Ella me indicó el nombre de la persona a quién debería dirigir y entregar el oficio institucional para solicitar el debido permiso para visitar y trabajar en Casa de los Abuelos. Una vez obtenido dicho permiso, mi primera visita y presentación con “los abuelos” -como son llamados por los

⁵ Esta situación puede advertir un posible sesgo en las informantes seleccionadas. Se desconoce el criterio por el cual el coordinador eligió a las mujeres que envió conmigo.

trabajadores del DIF y por ellos mismos- fue el viernes 04 de octubre de 2019. La coordinadora de la casa me introdujo y presentó con las personas mayores, quienes se encontraban jugando a la lotería en algunas mesas, y al dominó, en otras (estos juegos estaban divididos por sexo: las mujeres juegan a la lotería y los hombres al dominó). Ese día, a manera de *rapport*, me quedé a jugar lotería con ellas, gracias a lo cual pude convivir y conversar un poco con las mujeres, quienes a su vez me hicieron algunas preguntas personales y sobre los motivos de mi visita. Este día se acordó con ellas y con la coordinadora que las visitaría los miércoles y viernes. Fue hasta la tercera visita donde comencé a solicitar voluntarias para las entrevistas.

A diferencia de los otros grupos, las circunstancias y el espacio de esta casa permitieron que las entrevistas fueran hechas dentro de las instalaciones y durante el tiempo en que las mujeres están ahí, por lo que todas las entrevistas fueron hechas en esta casa, en los lugares elegidos por las entrevistadas. Aquí se hicieron cuatro entrevistas.

La guía de entrevista

A partir de los resultados de la encuesta exploratoria y de la consulta bibliográfica sobre el tema, la segunda fase de esta investigación consistió en el diseño y aplicación de una guía de entrevista cualitativa, en su modalidad semiestructurada. De acuerdo con Ruiz (1999), la entrevista semiestructurada tiene como objetivo conocer los significados y las experiencias de los sujetos que entrevistamos. Por su parte, la guía de entrevista, a diferencia del cuestionario, “apunta a comprender el punto de vista de los actores sociales previstos como sujetos/objeto de la investigación y contiene pocas preguntas” (De Souza, 2004, p. 118). Se eligió este formato ya que presenta cierto grado de flexibilidad oportuno para ajustarse a las personas entrevistadas. De esta manera las preguntas que aparecen en la guía tenían como

objetivo orientar a la investigadora durante el proceso de entrevista sobre la información que debía ser recopilada.

Una primera versión de la guía estuvo conformada por 75 preguntas divididas en 5 apartados:

- 1) Datos generales donde las preguntas, además de recoger información sociodemográfica de las mujeres entrevistadas, funcionaron como preguntas para establecer el *rapport* con las que se iniciaba la conversación.
- 2) Construcción social de la vejez, conformado por preguntas sobre las percepciones de las personas mayores en general, la vejez, así como de la propia experiencia del envejecimiento de las mujeres entrevistadas.
- 3) Estereotipos de la vejez, donde se profundizó sobre algunos aspectos señalados en los resultados de la encuesta, principalmente los referidos a la productividad, autonomía, cuidado y valorización de las personas mayores.
- 4) Construcción de la enfermedad donde las preguntas estuvieron especialmente dirigidas a recoger su experiencia con sus enfermedades
- 5) Género, donde de manera específica se indago sobre las diferencias de género al envejecer y percepciones del envejecimiento de las mujeres mayores.

Esta guía se utilizó durante las primeras cinco entrevistas realizadas a mujeres del grupo AMA y después, fue modificada eliminando preguntas reiterativas, cambiando la estructura de algunas interrogantes, y agregando otras con base en las respuestas de las primeras entrevistadas. De esta manera, la versión final de la guía (véase anexo 3) consistió en un instrumento de 67 preguntas, organizadas en los ya mencionados cinco apartados.

Antes de iniciar con la realización de las entrevistas, se elaboró una carta de consentimiento informado (Anexo 5) con el objetivo de comunicar a las voluntarias sobre los

detalles de su participación en esta investigación. Una vez que se les daba esta información, se aclaraban sus dudas, si aceptaban participar, se les solicitaba su firma y se les entregaba una copia de la misma.

La realización de entrevistas

Se hicieron en total 12 entrevistas semiestructuradas en los tres grupos (5 en AMA, 3 en Abuelos trabajando y 4 en Casa de los abuelos). Se trabajó de manera independiente y separada en cada uno de ellos, es decir, que se empezó a trabajar con un grupo nuevo cuando se había terminado el trabajo con el grupo anterior.

En general, la respuesta de las mujeres a participar fue buena, aunque en ocasiones con ciertas dudas. Desde antes de iniciar la aplicación de la entrevista fue común escuchar comentarios como los siguientes: “pero ¿qué me vas a preguntar?”; “pues a ver si te puedo ayudar”; “a ver sí te sé contestar” “¡ay!, es que no sé si te vaya a poder responder bien”. En estos casos intentaba dejarles claro en qué consistía su participación y que no había buenas ni malas respuestas, sino que, tenían que ver con sus opiniones y sus experiencias. Al final de las entrevistas, fue común escuchar comentarios como: “pues quién sabe si te contesté bien, pero ahí está”; “ojalá te haya ayudado”; “¿lo hice bien?”. Estos comentarios pueden ser un indicador de que su voz es raramente escuchada y sus opiniones tomadas en cuenta.

El clima general de las entrevistas fue bueno, las preguntas fueron bien entendidas por las mujeres y en caso de que no fuera así, se reformularon intentando no sugerir respuestas. Algunas mujeres con menos niveles educativos fueron quienes no comprendieron algunas preguntas o algunas palabras, pero se sintieron con confianza de expresarlo mediante un “no te entiendo”.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de alrededor de una hora, con extremos mínimos de 30 minutos y máximo de casi dos horas. En la realización de las mismas, pude percibir algunas variaciones en la forma de responder de las entrevistadas, por grupos de edad: las mujeres entre los 60-69 años, tienen recuerdos más nutridos y detallados acerca de los eventos de sus vidas; mientras que las mujeres mayores de 80 años tendían a recordar menos, por lo que era más común que a varias preguntas respondieron “ya no sé” o “no me acuerdo”. Al final de las entrevistas se les preguntó si tenían comentarios adicionales sobre lo que se había conversado y ninguna de ellas agregó nada.

Las entrevistas fueron grabadas (previo consentimiento) y transcritas para su posterior sistematización y análisis.

Procesamiento y análisis de la información

El proceso de análisis de la información rara vez suele ser descrito en los trabajos de investigación (De Souza, 2004; Castro 2008), a pesar de que su descripción detallada es parte del rigor en la investigación cualitativa. En este trabajo, detallar este proceso no fue fácil, ya que como lo señala Castro (2008), el análisis cualitativo, más que seguir una línea recta, se concentra en un ir y venir entre los datos, la teoría y la metodología. Enseguida, se presenta la ruta de análisis seguida.

El análisis de la información se llevó a cabo en diferentes momentos y niveles. En un primer momento, las primeras cinco entrevistas fueron transcritas y posteriormente sistematizadas en una tabla de Excel, con el objetivo de valorar la información obtenida y su calidad. Para realizar esta valoración, las respuestas de las cinco entrevistas fueron, primeramente, conjuntadas en un solo documento *Word* que contenía todas las interrogantes de la guía de entrevista agregando a cada una sus respuestas. Este ejercicio permitió ver qué

preguntas se estaban respondiendo, cuáles no y qué tipo de información se estaba obteniendo. Posterior a este ejercicio, como un primer ejercicio de análisis de la información, las respuestas fueron ordenadas de acuerdo con los tres grandes temas que componían la guía. Durante todo este proceso se estuvieron tomando notas de observaciones: por qué no se hicieron las preguntas que no se realizaron; qué preguntas se omitieron y por qué; qué preguntas se respondían en otras preguntas y podían ser eliminadas; así como la lista de información obtenida que no estaba prevista en la guía.

Este ejercicio, además de valorar la calidad del instrumento utilizado, así como la calidad de la información que se estaba obteniendo, se convirtió también en un ejercicio de reflexividad de la autora, ya que permitió evaluar cómo su intervención afectaba las entrevistas, las respuestas, y, por tanto, la información misma. Una vez que se consideró que esta primera etapa del análisis estaba concluida, se volvió al campo con la guía de entrevista ligeramente modificada.

Concluido el trabajo de campo, el resto de las entrevistas fueron transcritas para su posterior análisis. Las 12 entrevistas fueron importadas al programa *Nvivo* en donde se llevó a cabo su codificación con base en categorías a priori, basadas en los ejes temáticos que conformaron la entrevista. Algunos de los códigos fueron seleccionados a priori, correspondiendo a conceptos generales que guiaron el marco teórico de este trabajo, pero también se agregaron aquellos que fueron surgiendo de las narrativas de las entrevistadas. Posteriormente, se generó un libro de códigos en donde se integraron tanto los conceptos previstos en la literatura, como aquellos surgidos de sus discursos. A la par de esta codificación, se construyó un libro de códigos con la intención de ir delimitando los conceptos que se iban utilizando, con el fin de hacer un ejercicio inductivo de la información.

Una vez concluida la codificación, se generó un esquema de códigos que permitiera la visualización completa de toda la información compuesta en sus diferentes niveles (véase Cuadro 1).

Este esquema permitió comenzar a visualizar la información por temas, los cuales posibilitaron la construcción de los códigos y posteriormente los ejes de análisis principales. Se organizó e integraron las diversas narrativas de las informantes en aras de comprender, explicar y dar sentido a la información y así responder la pregunta central de investigación. Así, categorías y códigos que se encontraban separados en el esquema de codificación, se conjuntaron bajo una misma temática. Por ejemplo, las imágenes y los estereotipos se exploraron como ejes separados, pero se asociaron bajo un mismo tema.

Tomando únicamente como base la información de las entrevistas se inició la redacción de los temas, en una mera descripción sistemática de las narrativas, de manera que, los ejes de análisis fueran construidos en un ejercicio de abstracción a partir de la información codificada. Además, esta investigación intentó “ir más allá de los datos” (Castro, 2008), al realizar posteriormente un análisis más fino de la información con el objetivo de “generar y contrastar conceptos y teoría con base en el estudio de casos particulares” (p. 141). Es decir, que la información obtenida se comparó, contrastó y discutió con conceptos teóricos y resultados de otras investigaciones. En el Cuadro 1. se resumen los códigos por cada categoría y apartados trabajados en la guía de entrevista. Cabe señalar que en el análisis se ofrecen explicaciones e interpretaciones al relacionarlos entre sí. Tal es el caso del concepto género, que se encuentra presente de manera transversal.

Cuadro 1. Esquema de categorías y códigos

Categorías a priori	Códigos
Imágenes	Descripción de las personas mayores
	Vejez y ancianidad ¿cuándo empiezan?
	Expectativas de cuidado de las personas mayores
	Aceptación de la vejez
	Diferencias de envejecimiento en hombres y mujeres
	Percepción de salud de las PM
Estereotipos	Carga
	Trabajo y productividad
	Respeto hacia las personas mayores
	Sobrepotección de los hijos
	Resistencias
Experiencia del envejecimiento	Cuándo y cómo empezaron a sentirse mayores
	Cambios al envejecer
	Independencia
	Dificultades
	Liberación
	Formas en que se disfruta la vejez
Experiencias de la enfermedad	Diagnóstico
	Síntomas
	Causas de la enfermedad
	Cambios a partir del diagnóstico
	Cuidado y autocuidado
	Preocupaciones sobre sus enfermedades
	Autopercepción de salud
	Pertenencia a grupos

CAPÍTULO IV. EXPLORANDO LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ: LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA

En este capítulo se describen los resultados del análisis cuantitativo correspondiente a la primera fase del trabajo de campo que se realizó para conocer las imágenes, estereotipos y autopercepciones de la vejez que tienen una muestra de personas mayores en Hermosillo, Sonora.

4.1 Características sociodemográficas de las personas mayores encuestadas

La muestra estuvo conformada por 102 personas, de las cuales 50 fueron mujeres y 52 hombres, entre los 60 y 90 años, con una edad media de 69.9 años.

Tabla 5. Número de personas mayores encuestadas por sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
60-69 años	30	20	50
70-79 años	15	23	38
80 años y más	5	9	14
Totales	50	52	102

Con relación a su situación conyugal se encontró que la mayoría de las personas están casadas (51%); le siguen en porcentaje las viudas (23.5%) y las separadas (10.8%), datos similares a los presentados por el INEGI en Sonora para el año 2015, donde el 52.2% de la población mayor de 60 años está casada, el 25.3% viuda y el 5.9% separada (INEGI, 2015). Observando estos datos por sexo, se encuentran algunas diferencias. Por ejemplo, hay más hombres casados y más mujeres viudas y separadas que hombres.

Tabla 6. Distribución por sexo de la situación conyugal de las personas mayores encuestadas

Situación conyugal	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Casado/a	57.7	44.0	51.0
Viudo/a	19.2	28.0	23.5
Separado/a	5.8	16.0	10.8
En unión libre	9.6	2.0	5.9
Divorciado/a	1.9	8.0	4.9
Soltero/a	5.8	2.0	3.9
Total	100.0	100.0	100.0

Al haber más mujeres que hombres en situación conyugal sin pareja, podría indicarnos que las mujeres mayores viven su vejez en soledad, no obstante, si observamos la información de con quiénes viven las y los participantes de esta encuesta, nos percatamos que solo un 14% de las mujeres viven solas y un 20% viven con uno o más hijos/as. Para el caso de las personas que reportaron vivir con “otros”, comparten hogar con sus hermanas y hermanos, así como con sobrinos y sobrinas.

Tabla 7. Distribución por sexo sobre con quiénes viven las personas mayores encuestadas

Personas con quienes viven	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Esposo/a o pareja	36.5	22.0	29.4
Esposo/a e hijos/as	23.1	22.0	22.5
Vivo solo/a	13.5	14.0	13.7
Uno o más hijos/as	7.7	20.0	13.7
Con uno o más hijos/as y nietos/as	1.9	6.0	3.9
Uno o más padres	3.8	2.0	2.9
Uno o más nietos/as	0.0	4.0	2.0
Otros	13.5	10.0	11.8
Total	100.0	100.0	100.0

El nivel de escolaridad de la mayoría de las personas que conformaron esta muestra corresponde a los niveles de educación básica, de secundaria o menos (58.8%). No obstante, un 29.4% cuenta con niveles de licenciatura y posgrado. Observando estos niveles por sexo, encontramos que son más las mujeres que los hombres quienes tienen primaria incompleta y completa y son más los hombres, quienes completaron los niveles de secundaria y licenciatura. Situación que tiene raíces en ordenes de género que privilegiaban la educación masculina sobre la femenina de forma que a nivel nacional, hay más mujeres analfabetas y con menores niveles de escolaridad que los hombres (INMUJERES, 2015).

Tabla 8. Distribución por sexo del nivel de escolaridad de las personas mayores encuestadas

Nivel de escolaridad	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Ninguno	5.8	4.0	4.9
Primaria incompleta	9.6	24.0	16.7
Primaria terminada	19.2	22.0	20.6
Secundaria	26.9	16.0	21.6
Preparatoria	5.8	8.0	6.9
Licenciatura	26.9	22.0	24.5
Posgrado	5.8	4.0	4.9
Total	100.0	100.0	100.0

En cuanto a su situación laboral, el 67.6% manifestó no trabajar ni haber trabajado durante el último año. Dentro de las razones principales por las cuales no lo hacen, se encuentran, en primer lugar, por ser pensionados/as (43.5%), y en segundo lugar, por dedicarse a las labores domésticas (26.1%). Sin embargo, estas razones se encuentran diferenciadas según el sexo de las personas, ya que mientras la mayoría de los hombres aseguraron contar con una pensión o estar jubilados (84.4%), las mujeres, aseguraron ser amas de casa (45.9%) y una tercera parte, contar con una pensión (29.7%). Situación similar

reportada por el INEGI, donde el 67% de las mujeres en Sonora argumentan como principal motivo para no realizar alguna actividad remunerada, mientras que el 63.1% de los hombres porque son jubilados o pensionados (INEGI, 2015).

Tabla 9. Distribución por sexo de los motivos por los que las personas mayores encuestadas no realizan alguna actividad económica remunerada

Motivos	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total
Pensionado/a	59.4	29.7	43.5
Ama de casa	3.1	45.9	26.1
Jubilado	25.0	16.2	20.3
Desempleado	3.1	2.7	2.9
Otras	9.4	5.4	7.2
Total	100.0	100.0	100.0

En contraparte, el 32.4% mencionó realizar alguna actividad económica, siendo parte del 26.1% de la población de 60 años y más que se mantiene económicamente activa (INEGI, 2015). Las actividades que desempeñan son muy variadas (véase Tabla 10).

Con respecto a su seguridad social, el 96.1% de las personas mayores encuestadas afirmaron contar con al menos un servicio médico, siendo el IMSS el más frecuente, con un 49% (en el estado el 59.1% de las personas están afiliadas al IMSS). Un 10% refirió contar con más de un servicio médico, por ejemplo, IMSS y seguro de gastos médicos mayores, o ISSSTESON y el anteriormente llamado Seguro Popular, así como otros que combinaban IMSS e ISSSTE.

Tabla 10. Actividades por sexo que realizan las personas mayores encuestadas

Actividades	Hombres	Mujeres	Total
Administrador de una empresa	1	0	1
Agente de ventas	1	0	1
Bibliotecario	1	0	1
Chofer	2	0	2
Comerciante	2	3	5
Construcción	1	0	1
Contador público	1	0	1
Cuidador de animales	1	0	1
Ejidatario	1	0	1
Empacador/a en supermercado	1	4	5
Empleada de limpieza	0	1	1
Empleada en Telmex	0	1	1
Guardia de seguridad	3	0	3
Jornalero	1	0	1
Levanta y vende cartones	1	0	1
Profesor universitario	2	0	2
Maestro	1	0	1
Servicio al cliente	0	1	1
Tiene un negocio propio	1	2	3
Total	21	12	33

4.2 Imágenes sobre la vejez

La vejez se expresa a través de una diversidad de imágenes que dan forma y significado a esta etapa de la vida. Estas imágenes son compartidas por una sociedad y construyen a los sujetos, “brindan significados acerca de ellos, permiten la identificación de los diferentes grupos sociales y afectan en gran medida su vida social y política” (Orozco, 2006).

Para recuperar las imágenes que sobre la vejez tienen una muestra de personas mayores en la ciudad de Hermosillo, se parte aquí de la postura de Robles, Vázquez, Reyes y Orozco (2006), quienes consideran que “las personas mayores son construcciones sociales a partir de sus relaciones personales dentro de contextos de interacción y comunicación,

donde se utilizan los recursos conceptuales disponibles para interpretar y comprender al mundo” (Robles et al. 2006).

Según Montes de Oca (2013), las imágenes de la vejez comúnmente “se sostienen con base en prejuicios, representaciones sociales y percepciones que acompañan las formas de relacionamiento entre los viejos y las viejas con el resto de las generaciones” (p. 8). Pero también, estas imágenes cobran importancia cuando son las mismas personas mayores quienes se definen a sí mismas y a su generación. En este caso, las participantes de esta encuesta se están refiriendo al grupo social que pertenecen y en el cual, conjugan los referentes sociales con su experiencia, apropiación y resignificación acerca de lo qué es ser una persona mayor.

De acuerdo con lo anterior, en este apartado nos concentraremos en conocer las imágenes de la vejez de una muestra de la población adulta mayor en la ciudad de Hermosillo, Sonora e indagar las diferencias y coincidencias entre las percepciones de hombres y mujeres.

En términos generales, la mayoría de las participantes de esta encuesta, consideran a una persona mayor tomando como principal referencia la edad. Sin embargo, encontramos una discrepancia por género en este resultado, pues mientras que son más los hombres quienes en mayor medida piensan que la edad define a una persona como mayor, las mujeres además, consideran también la apariencia y el estado de salud (véase tabla 11).

La mayoría (65.7%) opina que una persona mayor sí puede cuidarse sola, incluso el 71.4% de las personas con 80 años y más, está de acuerdo con esta afirmación.

Tabla 11. Distribución por sexo de las características que definen a una persona como persona mayor

Características	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
La edad	67.3	46.0	56.9
Su apariencia	9.6	22.0	15.7
Su estado de salud	9.6	22.0	15.7
El dejar de trabajar (por motivos distintos a la jubilación)	3.8	2.0	2.9
Que se pensione o se jubile	5.8	8.0	6.9
Otro	1.9	0.0	1.0
No sabe	1.9	0.0	1.0
Total	100.0	100.0	100.0

Con respecto de quién debería de cuidar de las personas mayores, Robles (2006) señala que “la obligación filial es la norma cultural por la cual se define no sólo que la familia es la responsable del cuidado de los ancianos, sino también quién de la familia tendría la obligación de asumir esta responsabilidad. Los hijos son quienes deben cuidar de sus padres cuando llegan a viejos” (p. 248). Los resultados de esta encuesta coinciden con esta afirmación, pues un 43.1% considera que el cuidado de las personas mayores es obligación tanto de los hijos como de las hijas⁶.

En un país en donde el trabajo de cuidados sigue considerándose como natural para las mujeres, resulta interesante la inclusión de los hijos hombres dentro de la tarea del cuidado de las personas mayores, aunque queda pendiente profundizar si estos cuidados estuviesen diferenciados por sexo reproduciendo estereotipos de género como que los hombres cuidan mediante aportaciones económicas y las mujeres otorgando cuidados presenciales. Por ahora, los resultados muestran que son más las mujeres que los hombres quienes atribuyen las tareas

⁶ Esta respuesta no estuvo considerada en el diseño del primer cuestionario pero, fue agregada después de la prueba piloto al ser recibida de manera constante.

de cuidado a las mujeres. Por ejemplo, son más las mujeres que consideran que son las hijas quienes deben cuidar a las personas mayores, mientras que ningún hombre señaló a sus hijos hombres solamente.

Tabla 12. Consideraciones por sexo sobre quiénes deben cuidar a las personas mayores

Quiénes deben cuidar	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Tanto las hijas como los hijos	46.2	40.0	43.1
Cuidadores profesionales	26.9	18.0	22.5
Sus hijas mujeres	13.5	24.0	18.6
Sus hijos hombres	0.0	4.0	2.0
Otros familiares	9.6	12.0	10.8
Nadie	3.8	2.0	2.9
Total	100.0	100.0	100.0

Si bien la obligación filial es la expectativa principal dentro de esta muestra, un hallazgo interesante es que la segunda proporción más común es la consideración sobre los cuidadores profesionales, englobados aquí tanto personas capacitadas para el cuidado, así como las estancias para adultos mayores y asilos. Este podría ser un indicador de cambio cultural respecto a la obligación filial y la tarea de las instituciones públicas y privadas sobre el cuidado de los mayores.

Sobre los apoyos por parte del Estado, se indagó si las personas mayores deberían recibir apoyos sociales o del gobierno, solo por ser personas mayores. El 86.3% consideró que sí deberían recibir esos apoyos porque el ser personas mayores se traduce en falta de trabajo y recursos económicos suficientes para vivir. Pero también, porque son personas que ya trabajaron muchos años e hicieron su aporte a la sociedad, por lo que lo justo, es que se les regrese un poco por esos años de trabajo.

Tabla 13. Distribución de las razones por las que las personas mayores sí deben recibir apoyos sociales o del gobierno

Razones	Porcentaje
Porque ya no trabajan o no pueden trabajar	25.3
Como una retribución de sus años de trabajo o pago de impuestos	22.0
Porque lo necesitan	12.1
Nadie más los puede ayudar	11.0
Lo que reciben no alcanza	9.9
Es lo único que pueden recibir	9.9
Porque es o debería ser un derecho	6.6
Por el seguro médico	3.3
Total	100

El resto de las personas que opinó que no deberían de recibir esos apoyos, no consideran que la edad sea el único factor que se deba tomar en cuenta a la hora de otorgarlos; se registraron expresiones como “solamente se le deben de dar a la gente que lo necesita”; “solo debe ser para las personas que no tienen pensión o cuando esta está muy chiquita”; “no, porque habemos personas mayores que tenemos una pensión suficiente; “el apoyo no debe de estar basado solamente en la edad”.

Otras imágenes importantes de la vejez son acerca de las diferencias que se perciben según el sexo de la persona que la experimenta, diferencias que tienen sus raíces en los roles y estereotipos de género, que se acentúan en la vejez. El 75.5% de las personas que participaron en esta encuesta está de acuerdo en que hay diferencias en la forma en que envejecen hombres y mujeres.

Las principales diferencias están fundadas en la división sexual del trabajo, entendida como una división de tareas de acuerdo con el sexo de las personas, que si bien pueden variar culturalmente, instituye de manera casi universal funciones diferenciadas entre hombres y mujeres (Piscitelli, 2009). Por ejemplo, el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos y demás

familiares, son tareas para las mujeres, mientras que el trabajo fuera del hogar corresponde a los hombres.

Estas imágenes acerca de lo que le toca hacer a cada uno de los sexos, marcan y acentúan las diferencias del envejecimiento entre hombres y mujeres. Según las personas mayores encuestadas, una de las principales razones de esas diferencias es porque las mujeres trabajan más, siendo las mismas mujeres quienes lo reconocen en un 23.1%, aunque también fue señalado por un 18% de los hombres. En estos porcentajes hay un reconocimiento de la doble o triple jornada ejercidas por las mujeres: “la mujer trabaja más porque tiene hijos, carga con el hogar y además trabaja fuera de la casa”; “las mujeres se desgastan más rápido por los hijos y el trabajo en el hogar es más esclavizado”; “el hombre llega del trabajo y se acuesta y la mujer está al pendiente de todo”.

Tabla 14. Distribución por sexo de las percepciones sobre las diferencias en la forma en que envejecen hombres y mujeres

Razones	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Las mujeres trabajan más (dentro y fuera de su casa)	18	23.1	20.8
Los hombres se vuelven más corajudos, se amargan, se deprimen o son más cobardes	0	23.1	11.7
Los hombres envejecen más y más pronto	18.4	2.6	10.4
Los hombres salen, toman, se desvelan...	7.9	10.3	9.1
Las mujeres se cuidan más (su salud, su apariencia)	7.9	10.3	9.1
Los hombres trabajan más pesado	7.9	2.6	5.2
Las mujeres porque tienen (paren) hijos	5.3	5.1	5.2
Las mujeres cuidan a sus hijos y otras personas	7.9	2.6	5.2
Las mujeres envejecen más pronto	2.6	2.6	2.6
Por la menstruación y la menopausia y otras enfermedades de mujeres	2.6	2.6	2.6
Otras razones	21.1	15.4	18.2
Totales	100	100	100

Además, se mencionaron diferencias sobre el autocuidado. El 10.3% de las encuestadas considera que las mujeres se cuidan más que los hombres: “La mujer se cuida más, por ejemplo, se pinta el pelo, cuida su vestimenta y el hombre no”; “las mujeres se protegen y se cuidan más, por ejemplo, la piel del sol”; “los hombres no se cuidan, sienten que no tienen que arreglarse, creen que ya están acabados”. En este sentido, conviene mencionar que el 23.1% de las mujeres (contra el 0% de los hombres) hicieron referencia a los cambios de humor que aparecen en los hombres cuando llegan a la vejez: “El hombre es más quejumbroso, como niños chiquitos”; “los hombres se amargan, se vuelven más corajudos”; “los hombres se mortifican más”; “los hombres se acobardan más”; “mi esposo se deprime más porque es hombre, a una le ayuda el trabajo de la casa”.

Por último, otras razones expresadas sobre las diferencias del envejecimiento entre hombres y mujeres, son aquellas que tienen fundamentos biológicos, enfocados sobre todo en las mujeres y se expresaron de la siguiente forma: “la mujer es más débil por la menstruación”; “la mujer se acaba por parir, tienen locura, cansancio y menopausia”; “las mujeres envejecen más por ser mujeres y tener hijos”; “por los achaques de una, enfermedades de mujer como la menopausia”; “la mujer envejece más pronto porque lleva la carga más pesada, por partos y trabajo”.

Otra de las preguntas que tenían como intención indagar sobre la influencia que tiene el género en las imágenes de la vejez de las personas mayores, fue acerca de quiénes disfrutaban más la vejez. La mayor parte de las personas encuestadas (39.2%) coinciden en que son las mujeres quienes la disfrutaban más, siendo un porcentaje mayor de mujeres quienes lo afirmaron (48%). Por otra parte, el 32.7% de los hombres, opinó que son ellos quienes disfrutaban más, seguido por la opinión de que son las mujeres o ambos.

Tabla 15. Distribución por sexo sobre quiénes consideran que disfrutan más de la vejez

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Hombres	32.7	22.0	27.5
Mujeres	30.8	48.0	39.2
Ambos	30.8	18.0	24.5
Ninguno	3.8	2.0	2.9
No sabe	1.9	10.0	5.9
Total	100.0	100.0	100.0

Las razones que dieron a estas respuestas reflejan los estereotipos de género correspondientes para cada uno de los sexos. Por ejemplo, el trabajo doméstico que en la anterior pregunta representa una de las causas por la cual las mujeres envejecen más rápido, aquí, de manera contradictoria les permite disfrutar más de la vejez al tener más cercanía con la familia. Pero también, existe un sentimiento de mayor libertad, expresado sobre todo por las mujeres (véase tabla 16): “Las mujeres, porque nuestros hijos ya crecieron y podemos hacer cosas que antes no podíamos por cuidarlos”; “las mujeres, porque empiezan a tener más tiempo para salir y hacer cosas que antes no se podían, por los hijos o el marido”; “las mujeres, porque a esta edad ya te vale y no te preocupa cómo te vean, el qué van a decir. Dices lo que piensas sin preocuparte”. En tercer lugar, resalta la idea de que las mujeres tienen una mejor aceptación de la vejez, los cambios y las enfermedades que aparecen junto con esta, al contrario de los hombres: “Las mujeres (disfrutan más de la vejez), porque los hombres se agüitan mucho cuando ya no pueden trabajar”; “las mujeres, porque aceptamos más las enfermedades, los hombres son más cobardes”.

Tabla 16. Distribución por sexo de las razones por las que las mujeres disfrutan más de la vejez

Las mujeres disfrutan más de la vejez porque...	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Tienen una relación más cercana con su familia y/o amigas	37.5	25	30
Se sienten más libres	6.3	33.3	22.5
Aceptan mejor la vejez y las enfermedades que los hombres	18.7	20.8	20
Las mujeres son más fuertes	12.5	8.3	10
Tienen menos enfermedades que los hombres	12.5	4.3	7.5
Otras	12.5	8.3	10
Totales	100	100	100

Por otra parte, los hombres siguen construyendo vínculos fuera de la familia y se reconocen sus espacios de convivencia como las cantinas, “el tomar” o salir con mujeres. Pero también, en coincidencia con la pregunta anterior, se reconoce el mayor tiempo libre que tienen los hombres, quizá, al ya encontrarse pensionados o jubilados, lo que se traduce en menos obligaciones y en menos preocupaciones.

Tabla 17. Distribución por sexo de las razones por las que los hombres disfrutan más de la vejez

Los hombres disfrutan más de la vejez porque...	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Los hombres salen de sus casas (van a cantinas, toman)	23.5	45.4	32.2
Tienen menos obligaciones que las mujeres	23.5	18.2	21.4
Se preocupan menos que las mujeres	17.6	18.2	17.9
Las mujeres se quedan en casa y siguen trabajando	23.5	0	14.3
Las mujeres sufren por estar en pareja	11.9	0	7.1
Otras	0	18.2	7.1
Totales	100	100	100

Para el 24.5% de las personas que consideran que no hay diferencias en la manera en que envejecen hombres y mujeres, sus razones no se basan en la diferencia sexual sino en la

situación física y emocional de las personas, de la calidad en las relaciones que mantienen con su familia o su pareja y de los recursos económicos con los que cuentan.

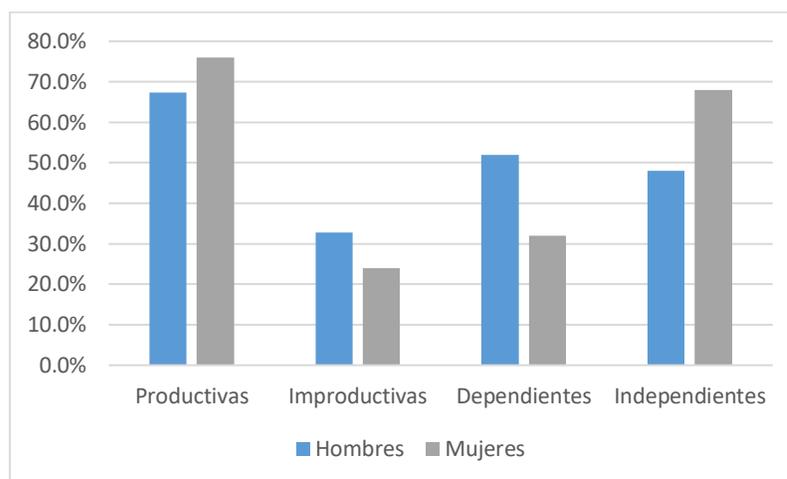
4.3 Estereotipos de la vejez

Los estereotipos son comúnmente imágenes estructuradas fijas -generalmente negativas- aceptadas por la mayoría de las personas como características representativas de un grupo específico. Para el caso de la población adulta mayor, estos estereotipos se traducen en “atributos negativos como: improductividad, ineficiencia, enfermedad, decrepitud o decadencia” (Montes de Oca, 2013, p. 8).

Para indagar sobre esto, se les pidió a las personas mayores que conformaron esta muestra, elegir una de dos palabras que expresaban cualidades negativas y positivas sobre las personas mayores. Se encontró que más que estereotipos, predominan imágenes positivas de la vejez, al identificar a la población adulta mayor como personas productivas, independientes y sabias.

El siguiente gráfico muestra las diferencias en la percepción por sexo de estereotipos de las personas mayores. Acerca de la productividad, son las mujeres quienes afirman en un 76% que las personas mayores son productivas en la vejez. Esta respuesta puede estar relacionada con lo que se señaló anteriormente, sobre el mayor trabajo que ellas realizan aún en la vejez. Así mismo, son las mujeres quienes en un 68% (contra el 48.1% de los hombres), consideran que las personas mayores son independientes.

Figura 2. Estereotipos de las personas mayores



La idea de la dependencia y la independencia de las personas mayores, además se puede relacionar con la imagen de si son, o no, una carga. Ser o sentirse una “carga” define ciertas formas de relación entre las personas mayores con las personas que les rodean, pero que también les permiten definirse a sí mismos (Arroyo, 2011, p. 10). En este sentido, el 56.8% señaló no estar de acuerdo con esa afirmación. No obstante, si se observan sus respuestas diferenciadas por sexo, se encuentra que el 36.5% de los hombres manifestaron sí estar de acuerdo con ello, en contraparte del 40% de las mujeres que están en desacuerdo.

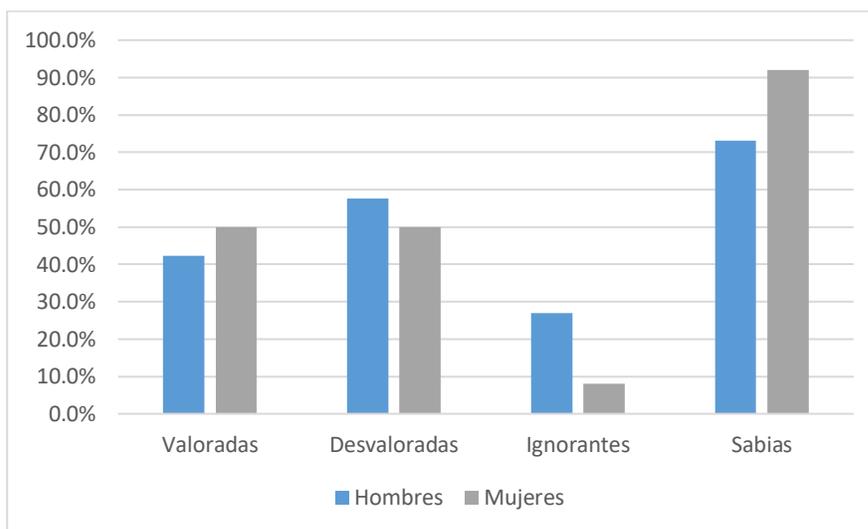
Tabla 18. Distribución por sexo sobre la consideración de las personas mayores como una carga

Respuestas	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Totalmente de acuerdo	13.5	4.0	8.8
De acuerdo	36.5	32.0	34.3
En desacuerdo	26.9	40.0	33.3
Totalmente en desacuerdo	23.1	24.0	23.5
Total	100.0	100.0	100.0

En términos generales, el 53.9% de las personas encuestadas, reconocieron que las personas mayores son desvaloradas por la sociedad o por las personas más jóvenes. Por otro

lado, se reconocen como personas sabias más que ignorantes y fueron las mujeres, quienes en un 92% estuvieron de acuerdo con esto.

Figura 3. Estereotipos de las personas mayores (2)



Uno de los estereotipos más habituales es el de la creencia que todas las personas mayores son iguales (Portal Mayores, 2012), sin embargo, el 72.6% respondió que no está de acuerdo con esta afirmación, en todo caso son iguales “en función de que no deben ser discriminadas”.

4.4 Autopercepciones de la vejez

Después de indagar en las imágenes y estereotipos que las personas mayores tienen de la vejez, en este apartado se conocerán las percepciones que tienen sobre sí mismas.

Las imágenes y estereotipos de la vejez tienen un origen social y son asimilados por los miembros de una sociedad, por lo tanto, dan como resultado autopercepciones que pueden llegar a tener “una relación muy directa entre cómo la sociedad percibe al anciano y cómo este, en consecuencia, se ve a sí mismo” (Callís-Fernández, 2011, p. 31-32). Se les preguntó

a las personas mayores cómo consideraban que es su experiencia en esta etapa de la vida y el 71.6% considera que es buena.

Si bien en los resultados anteriores, las mujeres se inclinaban más hacia las imágenes y estereotipos positivos de la vejez, no sucede lo mismo cuando se trata de valorar su propia experiencia pues, mientras el 78.8% de los hombres la califica como buena, las mujeres lo hacen en un 68%. Así, un 28% de ellas valoran su experiencia como regular y el 4% como mala (contra el 19.2% de hombres que la califica como regular y solo el 1.9% como mala).

Quienes afirmaron tener una experiencia buena, sus razones se basan principalmente en la autonomía que tienen a nivel físico, económico y en ocasiones, hasta emocional (véase Tabla 19): “Buena, porque tengo lo necesario para vivir tranquilamente, sin preocupaciones”; “buena, porque tengo todo: seguro, dinero, familia, casa”; “buena, porque no necesito de nadie y puedo hacer todo”; “(buena porque) tengo todas mis facultades, veo, oigo, me muevo”; “buena, me siento hasta más independiente que antes”.

Las mujeres que calificaron su experiencia como regular, ponen en balance algunos aspectos negativos -generalmente asociados a su salud física- de su vida, con otros positivos: “regular, porque tengo algunas enfermedades”; “porque me siento satisfecha, pero cansada”; “por los achaques, ahí anda una de paso, no tan activa”; “necesito ayuda para hacer las cosas, muchas veces no puedo hacerlas sola”; “regular, porque la edad nos hace deficientes”.

Las pocas personas que respondieron que consideraban su salud como mala, expresaron razones cortas pero muy puntuales. Una referida a la condición física: “Antes no estaba sin pierna”. Otra a la salud emocional: “Estoy cansada y enfadada” y la última a una económica: “Si tienes dinero, te lo quitan”.

Tabla 19. Distribución por sexo de las razones por las que las personas mayores califican como buena su experiencia en la vejez

Buena porque...	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Todavía puedo hacer todo lo que quiera (no dependo de nadie)	14.6	23.5	18.7
Por la experiencia que tengo (lo que sé, lo que sé hacer...)	19.5	8.8	14.7
Tuve y tengo una buena vida	17.1	8.8	13.3
Tengo buena salud	9.8	8.8	9.3
Tengo más tiempo libre (hago cosas que antes no podía o hacía)	0	20.7	9.3
Tengo todo lo que necesito (Familia, casa, dinero, otras)	12.2	2.9	8
No tengo problemas o preocupaciones	9.8	5.9	8
Me siento feliz y satisfecho(a)	0	8.8	4
Otras	17.1	11.8	14.7
Totales	100	100	100

Como se puede apreciar a través de estas expresiones, las vivencias y experiencias de las personas mayores son muy variadas y dependen principalmente de la autonomía física, económica y de las relaciones sociales que mantienen.

Con respecto a sentimientos de rechazo, maltrato o incompreensión por parte de las personas que las rodean, la mayoría de las personas respondió no tener esos sentimientos, sin embargo, hay un 35.3% que respondió entre el sí o siempre, o algunas veces. Es decir, que tres de cada diez personas encuestadas han sufrido algún tipo de discriminación por razones de edad. Aunque son los hombres quienes afirmaron en un porcentaje mayor que las mujeres haber sido víctima de rechazo, maltrato o incompreensión, las mujeres, lo hacen en un porcentaje mucho mayor cuando afirman que lo han padecido “a veces”. Si se suman los porcentajes de “sí o siempre” con el de “a veces”, se tiene que 40% de las mujeres han tenido estos sentimientos, diez puntos más que los hombres (30.8%).

Tabla 20. Distribución por sexo sobre sentimientos de rechazo, maltrato o incomprensión de las personas mayores encuestadas

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Sí o siempre	23.1	14.0	18.6
Algunas veces	7.7	26.0	16.7
No o nunca	69.2	60.0	64.7
Total	100.0	100.0	100.0

Las personas mayores participantes de esta investigación fueron abordadas en espacios públicos, donde la mayoría, se mueve por su propia cuenta, lo que podría ser un indicador de actividad e independencia. Esto se reflejó cuando se les preguntó sobre la necesidad que tienen de recibir ayuda para sus actividades diarias y el 84.3% respondió no necesitarla.

Desde la perspectiva de Paperman y Laugier (en Martín-Palomo, 2010) “la dependencia y la vulnerabilidad no son situaciones raras, excepcionales o accidentales, que sólo les suceden a ‘otras personas’, sino que son rasgos inherentes a la condición humana” (p. 57), por lo que a medida que los años van incrementando, la necesidad de ayuda también, tal como lo señalan el 28.6% de los mayores de 80 años al declarar “sí” o “a veces” necesitar ayuda para realizar sus actividades diarias.

Tabla 21. Distribución por grupos de edad sobre la necesidad de ayuda para realizar sus actividades diarias

Grupo de edad	60-69 (%)	70-79 (%)	80 y más (%)	Total (%)
Sí	12.0	10.5	14.3	11.8
No	86.0	86.8	71.4	84.3
A veces	2.0	2.6	14.3	3.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

En concordancia con lo anterior, el 50% de las personas con 80 años y más están de acuerdo con la idea de que las personas mayores son dependientes, y además, el 64.3%

también está de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación de que la población adulta mayor es una carga. Esto evidencia la estrecha relación que existe entre dependencia y envejecimiento, ya que “el porcentaje de personas con limitaciones en sus capacidades aumenta con la edad, especialmente a partir de los 80 años” (Martín-Palomo, 2010, p. 58). De esta manera, a medida que aumentan los años, las imágenes de la vejez se van construyendo en relación con el estado de salud de las personas que las rodean, así como el de ellas mismas. Quizá por ello, la salud es la principal preocupación del 48% de las personas mayores encuestadas, seguida por la salud de alguna persona conocida o familiar en un 17.6%.

4.5 La relación salud-enfermedad-vejez en las personas mayores

Garay y Avalos (2009) señalan que las imágenes de la vejez y su autopercepción están estrechamente relacionadas con su condición de salud, por ejemplo, aquellas personas que declaran disfrutar de la vida son aquellas cuyo estado de salud les permite permanecer activas y realizar todas sus actividades cotidianas. De esta manera, en este apartado se revisará la relación que existe entre las imágenes de la vejez y las autopercepciones de las personas mayores con la salud-enfermedad.

Para comenzar, se les preguntó a las personas mayores si padecían alguna enfermedad y el 75.5% afirmó tener al menos una. De ellas, el 55.8% son mujeres y el 44.2% restantes son hombres. La coexistencia de dos enfermedades o más es común en un 36.4%. La enfermedad más frecuente es la hipertensión, seguida por la diabetes, así como la presencia de ambas simultáneamente.

La tabla 22 muestra la distribución de sus enfermedades según la primera enfermedad mencionada por las personas, de aquí que, esté diferenciada la clasificación “diabetes y otras

enfermedades” o “hipertensión y otras enfermedades”, pues alude a su primera respuesta que luego se complementaba con una o más enfermedades.

Tabla 22. Distribución por sexo de las enfermedades que tienen las personas mayores encuestadas

Enfermedad	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Hipertensión	14.7	30.2	23.4
Diabetes	26.5	14.0	19.5
Diabetes e hipertensión	11.8	14.0	13.0
Diabetes y otras enfermedades	11.8	9.3	10.4
Hipertensión y otras enfermedades	0.0	9.3	5.2
Otras enfermedades	35.3	23.3	28.6
Totales	100.0	100.0	100.0

“Otras enfermedades” refiere a una gran diversidad de padecimientos referidos por las personas mayores, pero en frecuencias menores a cuatro puntos. Entre las mencionadas se encuentran la artritis, glaucoma, cataratas, tiroides, ciática, asma, anemia, problemas del corazón (mencionados así por las personas), problemas con sus rodillas, desgaste o problemas en los huesos.

También, se les preguntó cómo perciben su salud y el 41.2% la calificó como regular, siendo las personas que afirmaron tener alguna enfermedad, quienes la calificaron así en mayores proporciones. Aquellas que aseguraron no tener ninguna hicieron mejores valoraciones al ubicarla dentro del rango buena-excelente. No obstante, un 29.9% de las personas con alguna enfermedad, afirmaron que su salud era buena.

Por género, el 30.8% de los hombres evalúa su salud entre excelente y muy buena mientras que solo el 14% de las mujeres la califican de esta manera. Por el contrario, el 50% de ellas considera que su salud es regular, mientras que los hombres lo hacen en un 32.7% (véase Tabla 23).

Por otro lado, el 57.8% calificó la salud de las personas mayores que conoce como regular y un 19.1% cree que es mala. Son las mujeres quienes mayormente califican la salud como regular y los hombres como mala (véase Tabla 24).

Tabla 23. Distribución de la autopercepción de salud de las personas mayores encuestadas según sexo

Autopercepción	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Excelente	15.4	8.0	11.8
Muy buena	15.4	6.0	10.8
Buena	32.7	28.0	30.4
Regular	32.7	50.0	41.2
Mala	3.8	8.0	5.9
Total	100.0	100.0	100.0

Tabla 24. Distribución por sexo sobre la percepción de salud de las personas mayores

Percepción	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Buena	21.2	14.0	17.6
Regular	48.1	68.0	57.8
Mala	25.0	14.0	19.6
No sabe	5.8	4.0	4.9
Total	100.0	100.0	100.0

Según Montes de Oca (2013), “en la sociedad mexicana, prevalecen los imaginarios y representaciones sociales donde se identifica a la vejez con la enfermedad, decrepitud y atributos relacionados con la pérdida de belleza, funcionalidad, memoria y se le asocian dependencia, repulsión y fealdad, marginando socialmente a la persona” (p. 9).

El 65.3% de las y los participantes de esta investigación sostienen el estereotipo de que las personas mayores son más enfermizas que saludables, idea que se reitera cuando el 76.5% afirmó estar totalmente de acuerdo, o de acuerdo, con la creencia de que la salud comienza a deteriorarse fuertemente a partir de los 60 años.

De acuerdo con los resultados expuestos a lo largo de este capítulo, el objetivo exploratorio de esta encuesta se cumplió ya que ofrece información empírica útil que sirve como base para la segunda etapa de esta investigación. Como se puede apreciar en el anexo 3 de este documento, estos resultados ayudaron -junto con la revisión bibliográfica- en el diseño y aplicación de una entrevista que permitiera profundizar acerca de las percepciones y vivencias de las mujeres mayores con enfermedades crónicas.

CAPÍTULO V. ESCUCHANDO LAS VOCES DE LAS MUJERES MAYORES: IMÁGENES, ESTEREOTIPOS Y RESISTENCIAS DESDE Y SOBRE LA VEJEZ

En este capítulo se presenta la primera parte de los resultados cualitativos, que se organiza en cuatro apartados: en el primero, se describen las características y los contextos en los que viven las mujeres mayores entrevistadas. El segundo, presenta tanto las imágenes como los estereotipos que sobre la vejez tienen estas mujeres. En el tercer apartado se aborda el tema de la percepción de las personas mayores como una carga y las expectativas que las mujeres entrevistadas tienen sobre quién debe cuidarlas. Por último, el cuarto apartado muestra las resistencias de las entrevistadas hacia las imágenes y los estereotipos de la vejez.

5.1 Características sociodemográficas y contextos de las mujeres entrevistadas

Como describimos en el primer capítulo, para comprender mejor las situaciones de las mujeres mayores, debemos identificar el contexto social en el cual envejecieron. De acuerdo con Montes de Oca (2010), el envejecimiento se ve condicionado por factores externos al individuo como su nivel de estudios, actividad laboral, ingresos y el condicionamiento de género. En este sentido, enseguida presentamos las características de las mujeres que entrevistamos para esta investigación.

Las mujeres que participaron en este estudio nacieron durante la primera mitad del siglo XX, entre 1935 y 1959. En estos años, la esperanza de vida se calculaba en 34 y 40 años (INEGI, 2016). Actualmente es de 75.2 años y nuestras entrevistadas tienen entre 60 y 84 años. Solo una de ellas nació y creció en Hermosillo, el resto provienen de otros municipios del estado de Sonora, y de otros estados del país, quienes migraron en diferentes edades, por lo que su tiempo de residencia en la ciudad varía entre los 12 y 60 años. Estas migraciones ocurrieron dentro de un contexto donde Sonora comenzó a recibir grandes

cantidades de personas provenientes de otros estados del país, así como Hermosillo las recibió de municipios en su mayoría rurales (Castro, 2015). Dentro de las razones de la migración de estas mujeres, se encuentran quienes llegaron junto con sus papás y hermanos por motivos de trabajo del padre, principalmente; o bien, porque sus hijos crecieron y quisieron continuar con estudios de media superior o superior; o porque los hijos se vinieron a trabajar a la ciudad y no quisieron dejar sola a su madre en su lugar de origen.

Las mujeres que crecieron en un contexto rural comentaron que el acceso a la educación era limitado para la población en general, por lo que las tasas de analfabetismo eran altas, condición sumada a una situación precaria de la economía familiar. En este contexto, dos de ellas no tienen escolaridad y tampoco saben leer y escribir.

[Estudié] hasta primer año, pero no estuve más que unos tres meses yo creo, nomás, no se aprendió nada. Antes no se preocupaban los papás por darnos escuela, porque no había la manera, nos hacían cuadernitos de papel de despacho, los cosían y con eso íbamos, porque no había los medios de estudiar cómo debe de ser (Lidia⁷, 77 años).

Estuve los 6 meses y es mucho, pero no terminé ni primero de primaria. Mis padres no tenían para darnos todo lo que se ocupaba (Sandra, 70 años).

Otra participante hizo dos años de primaria, pero aprendió a leer y escribir, siendo parte del 25.5% de mujeres mayores en el estado que tienen primaria incompleta (INEGI, 2015); cuatro más tienen estudios de primaria y secundaria (solo una tiene secundaria incompleta); y tres de las entrevistadas cuentan con estudios de licenciatura, formando parte del 14.6% de la población de mujeres con 60 años y más, que tienen estudios de nivel medio superior o superior en el estado (Ibíd.).

⁷ Todos los nombres de las informantes han sido cambiados para conservar la confidencialidad de su identidad.

Sobre la situación conyugal de las mujeres mayores en el estado de Sonora, se encuentra que el 42% de ellas son casadas, seguidas por las viudas quienes representan el 36.9% (INEGI, 2015). Dentro de este contexto, en nuestras entrevistadas encontramos que la mitad de ellas están casadas, mientras que otras cuatro son viudas; una de ellas se asume al mismo tiempo como divorciada y viuda y, otra, como soltera al no haberse casado nunca, cabe destacar que esta es la participante de mayor edad del grupo de entrevistadas, siendo parte del 6.8% de mujeres mayores solteras en el estado (Ibíd.).

Cuadro 2. Características sociodemográficas de las mujeres mayores entrevistadas

Nombre	Edad	Lugar de Origen	Situación conyugal	# de hijos	Vive con	Escolaridad
Margarita	84	Dolores, Chihuahua	Soltera	1	Sola	Comercio
Celina	82	Baviácora, Sonora	Viuda	3	Hijo	Primaria completa
Camila	80	Mátape, Sonora	Viuda y vuelto a casar	2	Esposo, hija y un hermano	Secundaria
Eva	79	Hermosillo, Sonora	Viuda	11	Sola	Secundaria
Alba	78	La Ciénaga, Chihuahua	Casada	3 (2 vivos)	Esposo	Licenciatura
Lidia	77	Sauz de Ures, Sonora	Viuda	12 (6 vivos)	2 hijos	Sin escolaridad (no sabe leer ni escribir)
Victoria	73	Tecuala, Nayarit	Casada	3	Esposo y un hijo	Licenciatura
Rosa	71	Guadalupe de Ures, Sonora	Casada	6	Esposo	Primaria completa
Flor	71	Chilapa, Nayarit	Casada	5	Esposo y un hijo	2do primaria
Sandra	70	Huichapan, Hidalgo	Viuda	8	Hijo, nuera y 4 nietos	Sin escolaridad (no sabe leer ni escribir)
Elena	64	Guanajuato	Divorciada/viuda	4	Sola	Licenciatura
Isabel	60	Mazatán, Sonora	Casada	3	Esposo, dos hijas y una nieta	2do de Secundaria

Todas fueron madres y tuvieron entre 1 y 12 hijos (una de ellas perdió 6 niñas cuando estas eran menores de tres años y otra, un hijo cuando este era universitario). Algunas de ellas trabajaron fuera del hogar, ya sea por decisión propia o por necesidad –como fue el caso de las mujeres que quedaron viudas cuando los hijos aún estaban pequeños- y fueron sus madres quienes cumplieron un papel importante de apoyo del cuidado de las y los hijos. En otros casos, fueron las hijas más grandes quienes cuidaban a los más pequeños. Una estrategia que implementaron fue acomodar sus horarios de trabajo con los horarios escolares de los hijos, o realizarlo desde el hogar, como la preparación de comida para vender, ventas de ropa o ventas por catálogo. Las tres mujeres con licenciatura contrataron empleadas domésticas quienes además de ayudar con el cuidado de las y los niños, les apoyaban en la limpieza del hogar y en la preparación de alimentos.

A excepción de Sandra, quien vive en casa de un hijo suyo, todas las participantes habitan en casa propia y tienen en ella la mayor parte de su vida. Tres de ellas viven solas, aunque una duerme en casa de su hija todas las noches y pasa las mañanas en Casa de los Abuelos. Solo dos de las entrevistadas cohabitan solas con sus esposos, mientras que las demás, lo hacen con uno o más hijos (cabe destacar que en todos los casos sus hijos son personas mayores de 30 años); uno o más nietos; y en un caso, con un hermano. Condiciones que coinciden con los resultados de un estudio que señala que en México, solo una de cada 10 personas reside sola mientras que la mitad de las personas mayores suelen vivir en hogares de 4 y 5 miembros (Rojo-Pérez, et al., 2015).

Del grupo participante, solo las tres mujeres que tienen estudios superiores, trabajaron y lograron su jubilación; dos más tienen pensión por su trabajo; y dos más cuentan con pensión por viudez, siendo parte del 32.9% de las mujeres con 60 años y más, que están pensionadas o jubiladas en el estado (INEGI, 2015). Dos de las mujeres que trabajaron no

recibieron pensión por ello (véase Cuadro 4). Actualmente, solo una de ellas trabaja de manera informal dando clases de yoga en el grupo AMA, y otra de ellas manifestó estar buscando trabajo, razón por la cual, asiste a la institución Abuelos Trabajando. Las demás se encuentran en sus casas realizando labores domésticas combinándolas con actividades de ocio y recreación.

Todas las entrevistadas están afiliadas al menos a un servicio de salud y de acuerdo con los criterios de inclusión, cuentan con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión desde hace más de 10 años en la mayoría de los casos, siendo la hipertensión el diagnóstico más común. Además de estas enfermedades también presentan otros padecimientos (véase Cuadro 6).

Cabe mencionar que este grupo de mujeres no presenta problemas graves de salud ni discapacidad funcional en ninguna de sus formas. La mayoría de las entrevistadas considera que tiene buena salud y pueden moverse de forma independiente, ya sea que manejen, tomen taxis o Uber, y usen el transporte público. Tampoco cuentan con problemas económicos graves, aunque presentan diferencias en cuanto a sus ingresos o apoyos entre ellas mismas, ninguna manifestó tener problemas de dinero o preocupaciones al respecto.

Estas mujeres tienen además la característica particular de ser activas. La mayoría de ellas realizan alguna actividad física, ya sea por convicción personal, como es el caso de las mujeres que asisten voluntariamente al grupo AMA; o bien, porque es parte de las actividades del grupo al que asisten (como es el caso de las mujeres de Casa de los Abuelos). Solo Eva realiza actividad física fuera de los grupos y sale a caminar con sus vecinas en las mañanas (véase Cuadro 4).

Cuadro 3. Condición de actividad que realizan las mujeres entrevistadas

Nombre	Grupo	Actividad física que realiza	Días a la semana que lo realiza	Tiempo dedicado a la actividad física	Otras actividades que realiza
Eva	Abuelos trabajando	Sale a caminar	Diario	Media hora	Asiste a un grupo de manualidades en INAPAM
Sandra	Abuelos trabajando	No realiza	---	---	Busca trabajo
Isabel	Abuelos trabajando	No realiza	---	---	Ninguna
Alba	AMA	Yoga	Cinco días a la semana	Una hora	Participa en actividades de la iglesia
Victoria	AMA	Yoga/natación	Cinco días a la semana	Una hora a cada una	Se ocupa del mantenimiento del parque de su colonia
Rosa	AMA	Yoga/danza folclórica	Cinco días a la semana	Una hora/ media hora	Ninguna
Flor	AMA	Yoga/danza folclórica	Cinco días a la semana	Una hora a cada una	Ninguna
Elena	AMA	Yoga/danza folclórica	Cinco días a la semana	Una hora a cada una	Voluntaria en un dispensario/ asiste a un taller de carpintería
Margarita	Casa de los abuelos	Yoga y Taichí	Cuatro días por semana	Una hora a cada una	Ninguna
Celina	Casa de los abuelos	Yoga y Taichí	Cuatro días por semana	Una hora a cada una	Ninguna
Camila	Casa de los abuelos	Yoga y Taichí	Cuatro días por semana	Una hora a cada una	Ninguna
Lidia	Casa de los abuelos	Yoga y Taichí	Cuatro días por semana	Una hora a cada una	Ninguna

Estudios indican que dentro de los beneficios de la práctica constante de actividad física en las personas mayores se encuentra que puede ser un método por el cual el deterioro cognitivo se vea ralentizado (Castro-Jiménez y Galvis-Fajardo, 2018); ayuda a mantener la independencia funcional y la mejora el estado de ánimo (Cruz, Celestino y Salazar, 2012; Vidarte, 2012); y que la participación social mediante la práctica genera sentimientos de integración con sus grupos de referencia (Ceballos, Álvarez y Medina, 2012). Así, podemos inferir que las participantes de este estudio son mujeres que mantienen una buena salud física y mental, lo que genera un impacto sobre las imágenes de la vejez y sus autopercepciones como personas mayores.

5.2 “*Si tú quieres te haces viejita luego, luego*” Imágenes y estereotipos de la vejez y las personas mayores

La vejez es una construcción social, ya que alrededor de ella se crean una diversidad de imágenes, estereotipos y percepciones que a menudo, son compartidas socialmente. Las imágenes de la vejez asignan significados y ayudan en la identificación de diferentes sujetos sociales (Orozco, 2006). Estas imágenes, muchas veces se alimentan de prejuicios expresados en estereotipos que son aceptados por la mayoría de las personas, como características representativas de un grupo específico. En el caso de la población adulta mayor, es común que se les asocie con atributos negativos como la improductividad, la enfermedad y la dependencia (Montes de Oca, 2013). Como veremos en los siguientes relatos, las percepciones alrededor de la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, transitan entre imágenes positivas y estereotipos.

Entre nuestras informantes se encuentran discrepancias en torno a la edad en la que empieza la vejez, y este criterio rara vez fue aludido para referirse a su inicio. Cuando se señaló una edad específica, generalmente se acompañó con la referencia a otras

características asociadas al deterioro físico “donde ya no se pueden hacer las cosas”; o que inicia cuando empiezan a aparecer problemas de salud, cansancio y agotamiento; Sandra y Elena, en su experiencia, lo expresan de la siguiente manera:

Yo creo que depende de la persona, ya que empiezan a tener problemas, por ejemplo, desde los 50, [...] ⁸ o que ya están con problemas de salud, pero así que empiece uno con problemas de salud, desde los 50 (Elena, 64 años).

Pues yo todavía de 50 me sentía con hartas fuerzas y toda la cosa, pero se fueron pasando los años y como que ya se siente una más cansada, agotada, ya a los 60 siente usted más dura la vejez. Eso sentí yo, pero, pues a ver para mis 80, cuando llegue a los 80 yo creo que ya no voy a poder, pero ahorita todavía de 70 puedo, gracias a Dios (Sandra, 70 años).

Mientras que para Elena, la vejez comienza a partir de los problemas de salud que aparecen a los 50 años; por su parte, Sandra sitúa en los 80 años la posibilidad de no poder seguir realizando sus actividades de la vida diaria, tal como las hace ahora a los 70. A decir de otras entrevistadas, cuando se llega a los 80, los problemas de salud se agudizan y entonces las personas comienzan a ser ancianas que “ya no pueden moverse, caminar ni pueden valerse por sí mismas”:

Una persona anciana, ya mayor de 80 años depende de sus condiciones de salud, porque ya a esa edad todo se agudiza (Victoria, 72 años).

Una persona mayor, por ejemplo, de 60 años es una persona que puede valerse por sí misma, muy lúcida, a veces trabaja todavía, ayuda en su casa, yo las percibo como personas activas [...] las personas ya muy mayores de 80 años, que son ancianas, pues ya no pueden moverse, ya no pueden caminar, ni pueden valerse por sí mismas (Flor, 71 años).

Estas imágenes sobre las personas ancianas, tal como lo refiere Flor, establecen una diferencia entre estas y las personas mayores, ya que mientras las personas mayores conservan sus capacidades intelectuales y actividades, las personas ancianas mayores de 80

⁸ De aquí en adelante se utilizará el símbolo [...] que indica que un fragmento de la entrevista se ha suprimido sin alterar el sentido original del relato.

años, dependen de sus condiciones de salud agudizadas. Estas nociones coinciden con la definición de ancianidad de Baltes (2004) quien señala que esta etapa “se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona una sensible y progresiva baja de la actividad mental” (Baltes 2004 en Alvarado y Salazar, 2014, p. 60). Así mismo, estos resultados no son diferentes de los presentados por Orozco (2006), quien entrevistó a varias personas mayores en áreas rurales y urbanas del centro y sur del país, y coinciden en las imágenes de las personas ancianas como aquellas que “no pueden valerse por sí mismas y no tienen aspiraciones”; “no sirven y no comprenden bien las cosas”; pero también, como personas con experiencia que pueden ser un buen ejemplo (Orozco, 2006, p. 221). Esta misma autora sostiene que en las imágenes de la vejez suelen encontrarse ante una dualidad, “por una parte, son las imágenes del anciano vulnerable, dependiente física y mentalmente [...] el anciano es considerado inútil y sin ilusiones. La otra imagen presenta al anciano desenvolviéndose en un ambiente que le favorece por sus experiencias de vida y su capacidad de ser útil a los otros por medio de la transmisión de conocimientos” (Orozco, 2006, p. 222).

Cabe resaltar que, en esta investigación, son las mujeres entre los 70 y 79 años quienes hacen la distinción entre personas mayores como activas y ancianas como dependientes. Seguramente porque se mantienen activas e independientes, por lo que, sus percepciones sobre la vejez o las personas ancianas como dependientes y con problemas de salud, se retrasan al grupo de los 80 años y más.

Nuestras entrevistadas también señalan diferencias en las percepciones que ellas tenían de las personas mayores, antes de serlo y en cómo se perciben a sí mismas, ahora que se encuentran en esta etapa. Según refieren, la vejez comenzaba a edades más tempranas, por ejemplo, a los 50 años, y se acompañaba de ciertos comportamientos sociales como dejar de

salir o dejar de hacer cosas. En este sentido, expresan una distancia con esas imágenes y no se identifican con ellas:

Yo tengo 82 años, pero yo no me considero anciana de tantos años, y sí soy, porque ni modo de decir que no soy, sí soy. Antes, de 50 años ya andaban así (encorvados)⁹ (Celina, 82).

Depende de la persona... porque yo la edad que [tengo]¹⁰, casi 80 años, 78 años, no me siento así, que no puedo hacer cosas como una viejita... pero, depende, como te digo, de la gente... por ejemplo, mi suegra murió de 58 años y ya era una viejita (Alba, 78).

Antes, las personas a una cierta edad ya no salían para nada y ahí estaban como cosita arrumbada. Por ejemplo, 70 años era una persona que ya no podía hacer nada, así era en el pueblo, ¿no? Una persona de 70 años andaba arropadita toda y ahora yo no me siento así (Rosa, 71).

En estas narraciones se distingue la diferencia que hace Del Valle (2002) entre la edad real y la edad sentida. Mientras que la edad real son los años que tiene una persona, la edad sentida “se configura a partir de cualidades personales y de carácter que manifiestan grados de autoestima, salud, capacidad para adaptarse a los cambios, habilidades sociales, así como aspectos relacionados con las características del entorno social y afectivo” (Del Valle, 2002, p. 46). En este sentido, mientras que las mujeres que se encuentran alrededor de sus 70 años perciben que a los 80 inicia un periodo de ancianidad caracterizado principalmente por la dependencia, las mujeres cerca de los 80 años o mayores no sienten su vejez o ancianidad porque se mantienen activas e independientes, sobre todo porque conservan un estado de ánimo positivo.

Yo no me siento vieja, aunque se arrugue el cuerpo, pero yo no me siento vieja. Yo siento que todavía puedo dar mucho... hay muchas personas que se deprimen y se

⁹ Entre paréntesis aparecerán especificaciones que ayuden a la comprensión del fragmento de entrevista, en este caso era una expresión corporal.

¹⁰ Las palabras entre corchetes que aparecerán de aquí en adelante dentro de los fragmentos de entrevistas son palabras agregadas por cuenta propia, para dar más sentido y comprensión a lo que se dice.

dejan y van en decadencia, pero yo no, gracias a Dios que yo no he pasado por ahí (Flor, 71 años).

No debemos decir: “ya estoy vieja, ya no puedo”, estoy vieja, pero voy a hacer lo que todavía puedo hacer (Camila, 80 años).

Del Valle propone que para conocer la edad sentida debemos comenzar por la definición que la persona hace de sí misma, de lo que quiere hacer, de aquello a lo que aspiraría, de las cosas que ha hecho y quiere seguir haciendo, de aquellas que desconoce y le gustaría hacer (2002, p. 49). En los relatos de las entrevistadas, estas definiciones aparecieron cuando se les pidió describir a las personas mayores, identificándose como personas mayores, pero marcando una diferencia entre cómo se ven y cómo se sienten. Además, ubican el comienzo de la vejez en un plano subjetivo de elección personal, donde a pesar de que se cumpla determinada edad, el cuerpo se arrugue, cambie y exprese la vejez, se puede decidir ser “vieja”, como ellas lo mencionan:

Si quieres tú te haces viejita luego y si no quieres, no. Mira, yo tengo 82 años y ¿sabes qué?, sí estaré arrugada o como te dé la gana, pero yo no me siento los años que tengo, ¿qué curioso, verdad? Y no me lo creen, pues que no me lo crean, pero yo no me siento así. Me critican porque estoy muy arrugada, pero yo les digo que hay otras que están más jóvenes que yo y están más jodidas (Celina, 82 años).

Yo todavía no la siento [la vejez], yo todavía no la siento como he visto a otras personas que sí la sienten, que andan quejándose: “que ya no puedo caminar”, “que ya estoy vieja”, “que ya no puedo hacer nada”, “que ya cumplí 60” y así, pero mientras uno diga: “yo no estoy vieja”, pues no está uno vieja (Lidia, 77 años).

Tengo una cuñada que tiene 74 años y tú la vas a ver, a ella le gusta mucho bailar y esto y lo otro... siempre viene de buen humor: “¡ay, le digo, tú pareces quinceañera!, tienes 30 años menos” y es que así se siente ella. Entonces no es la edad, es el estado de ánimo el que coincide con la edad... El estado de ánimo va con la edad y la enfermedad (Isabel, 60 años).

Como lo muestran las narrativas anteriores, el estado de ánimo de las personas mayores es un elemento importante para conservarse en buenas condiciones físicas y de salud ante la edad. Esto quiere decir que, quien mantenga un estado de ánimo negativo tiende a

enfermarse y a envejecer más pronto que aquellas personas que no, según expresaron algunas de las entrevistadas. Por el contrario, las imágenes sobre la juventud se asocian con la jovialidad, por lo que, las personas mayores que son alegres pueden parecer más jóvenes de lo que son. Esta relación entre un estado de ánimo alegre y percepción de jovialidad lo expresaron algunas de las mujeres cómo algo a lo que las personas mayores deberían aspirar:

[Una persona mayor debería ser] Alegre, con muchas fuerzas, que no bajara, que no se sintiera mal, como se dice, ¿no?, de esas que dicen: “¡ay, ya estoy vieja!, ya no puedo salir” y todo eso (Margarita, 84 años).

En otras narrativas, las personas mayores aparecen descritas a partir de emociones como “corajudas” o con tristeza, de carácter cambiante; o como personas con ideas y rutinas diarias fijas, pero además como personas con experiencia.

Yo conozco personas así mayores que son muy corajudas, por ejemplo, mi amiga, mi vecina Amelia, es muy alegre y muy buena gente, pero muy sufrida también. Y conozco una persona, Doña Clarita, ¡pobrecita Doña Clarita!, ya falleció muy mayor, era mayor que yo, pero ella era muy corajuda [...] A mí no me gusta ser así (Eva, 79 años).

Las entrevistadas también describieron a las mujeres mayores a partir de su productividad, tomando como referencia principal a sus abuelas, a quienes veían realizar diversas actividades, principalmente, domésticas.

Mi abuelita era una señora muy mayor [...], acarreaba agua en la cabeza, se subía el bote de agua en la cabeza e iba y lo vaciaba. Bajaba al arroyo y lo llenaba y se lo subía en la cabeza y ya estaba grande [...] se ponía a amasar y a hacer tortillas (Camila, 80 años).

Las personas mayores, a través de la interacción que tienen con su contexto y con quienes conviven, van construyendo diversas ideas acerca de lo que viven personalmente y de lo que viven las personas que conocen. Según Osorio y Sadler (2005) se aprende a envejecer mediante la socialización y este aprendizaje se alimenta de imágenes antagónicas -positivas y negativas- sobre cómo debería ser una persona mayor. En este sentido, y como

se pudo apreciar en el relato anterior, fue común que las entrevistadas mencionaran personas mayores con las que convivieron o conviven, por ejemplo, sus abuelas y abuelos, así como también las suegras, las tías, y las madres o padres, como sus referentes principales. Estas interacciones son la base social en la construcción de las imágenes y estereotipos de la vejez que las mujeres refieren y contrastan de cuando ellas eran niñas y ahora, que son ellas personas mayores. Rosa es clara cuando cuenta sobre su mamá:

Mi mamá a veces me decía: “déjame aunque sea lavar los trastes”, porque yo no quería que hiciera nada, que la dejara lavar la ropa: “déjame lavar mis calzones”, me decía así y ahora me pongo a pensar, digo, la hubiera dejado que estuviera más activa (Rosa, 71 años).

Se ha documentado que la vejez suele ser percibida como una etapa de deterioro, estrechamente asociada a la enfermedad (Arroyo, 2011; Ramos, 2017; Salas et al., 2015; Tamez, 2015; Zetina, 1999), y la expresión sobre las percepciones que aparecen en las entrevistas de esta investigación no son la excepción, pues en ellas se puede observar que las enfermedades se consideran como algo propio de la edad:

[Una persona mayor] es una persona con experiencia, con sus ideas ya definidas, pero también con su experiencia de vida, con problemas ya de salud ¿no? Por el desgaste, siempre hay desgaste, no hay una persona mayor que tú digas, así, 100% sana [...] la mayoría tiene problemas con la presión y desgaste (Elena, 64 años).

Yo creo que [la salud] es buena, porque mira, de las alumnas que yo tengo, me he dado cuenta de que todas están bien, sí tienen las enfermedades de la edad de nosotras, sería imposible que no tuviéramos ninguna enfermedad a los años que tenemos, es normal eso, pero yo las veo bien a todas, muy optimistas, muy alegres (Flor, 71 años).

Las percepciones de salud sobre las personas mayores fueron generalmente negativas en diversos sentidos. Algunas de las entrevistadas observan que las personas mayores que conocen tienen una mala salud, ya que presentan enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, o complicaciones derivadas de las mismas, como amputaciones, dificultades para caminar o moverse por sí mismas, así como problemas de salud bucal.

Hay personas que están por el suelo, no creas que hay muchas buenas. Yo conozco muchas personas que tienen muchos problemas, bueno, en primer lugar, que la diabetes... fíjate mi amá murió de setenta y tantos y le cortaron la pierna por la diabetes, todos se han muerto de eso, mi hermano murió mocho¹¹ también (Celina, 82 años).

Yo veo que hay muchas personas que ya no pueden caminar [...] que las llevan y las traen, y pues sí, se ven acabadas, se ven mal [...] tengo una hermana que tiene la cabeza blanca, blanca y es de las más chicas, no le da por pintarse el pelo, no le da por arreglarse y está diabética y cada rato se inyecta la rodilla porque le duele (Lidia, 77 años).

A estas situaciones se agregaron comentarios sobre la responsabilidad de las personas por sus condiciones de salud, ya que se considera que se les da prioridad a otras cosas y no a la salud o a cuidarse a sí mismas.

Pues unas de las personas mayores que conozco son dejadas, no se cuidan, o sea, pueden estar comiendo cabeza, menudo, chicharrones cada ocho días, sabiendo bien que les hace daño o ya no tienen dientes, nomás traen dos y no se los sacan porque tienen miedo. Si ya no le salió nada en los que se les cayeron solos, cómo te vas a sentir mal en dos que te va a sacar un especialista (Isabel, 60).

Entonces, por un lado, se considera a la presencia de enfermedades en la vejez como algo inherente a la misma, pero por otro, se señala la responsabilidad de la persona por su situación de salud. De esta manera, las enfermedades son comprendidas como algo inevitable, dada la edad de las personas, pero no así las complicaciones. Al respecto, Beaman, Reyes, García-Peña, y Cortés (2004) sostienen que las personas mayores poseen un significado diferente de la salud que va más allá de la ausencia de enfermedades, ya que para ellas, la salud es “tener energía, ser capaz de hacer sus actividades, sentirse bien o no tener complicaciones agudas de problemas crónicos, reunirse con sus amigos o familia y ser independientes” (Beaman, Reyes, García-Peña, y Cortés, 2004, p. 117).

¹¹ Expresión regional utilizada para referirse a una persona que le hace falta una extremidad.

Como se mencionó anteriormente, el estado de ánimo resulta ser un factor que impacta en la salud y en la vivencia de la edad y las mujeres de este estudio lo reconocen. Cabe mencionar que, en este sentido, se refieren a la vejez en tercera de persona, como si no se tratara de una etapa que ellas mismas están experimentando, puesto que, si la vejez es enfermedad y dependencia y ellas son sanas y activas entonces, no se reconocen dentro de este grupo porque hacerlo conlleva una connotación negativa, especialmente relacionada con la dependencia o ser “una carga”, como observaremos a continuación.

5.3 Percepciones de carga y expectativas de cuidado en la vejez

La asociación entre vejez y enfermedad lleva al miedo de la dependencia y a convertirse en una “carga”. De acuerdo con Arroyo (2011) este concepto en la vejez está ligado a la discapacidad y la pérdida de autonomía que integra elementos tanto individuales como sociales que, a su vez, generan imágenes de las personas mayores como personas de poco valor, “inútiles”, “que ya no sirven para nada” o “que son un estorbo” (Arroyo, 2011, p.8).

Dentro de las percepciones que se tienen sobre las personas mayores como una carga, aparecen dos visiones. Por un lado, la visión dominante de este grupo de mujeres fue percibirse como una carga para los hijos. En los relatos, estos aparecen como aquellos que relegan, excluyen y no otorgan los debidos cuidados a sus padres porque consideran a sus madres y padres como un “estorbo”, que “arrumban” en cuartos alejados de sus casas principales, o que “se botan” de casa en casa de los hijos.

Yo he visto muchos casos así, ¡pobrecitos los ancianos! Los arrumban ahí, estorban ya. Entre nosotros todavía no se ha visto eso ¿no? Pero yo lo vi en mi papá, cuando él se quebró [...], pues no todos pensábamos lo mismo, por supuesto, mis hermanos lo dejaron ahí. Yo creo que si no hubiera existido yo, se hubiera engusanado, porque se le hicieron llagas de estar acostado, entonces, era un estorbo ya mi papá. Yo me di cuenta de eso, de que lo tenían arrumbado. Yo tenía que ir a cambiarlo y mi hijo, que es enfermero, iba y lo bañaba. Yo digo que si no hubiéramos existido nosotros, se hubiera engusanado mi papá. Era una carga ya para ellos. Un estorbo (Flor, 71 años).

Pues mira, hay unos hijos que no los quieren a los papás viejos, por decir, a mí me ha tocado con amigas que jugábamos al *cachibol*, que vendían las casas a los hijos, pero ¿qué pasa? Les hacían los cuartos allá atrás, atrás y eso no debe ser (Celina, 82 años).

Por otro lado, una segunda visión es aquella en donde se considera que las y los hijos deben ser los principales responsables del cuidado de sus madres y padres, cuando estos envejecen. Se considera que el cuidado de sus mayores no tendría por qué ser una carga, sino por el contrario, una retribución al cuidado que ellas hicieron de sus hijos, cuando estos estuvieron pequeños:

Pues yo digo que no, no deben de ser una carga, debe ser una obligación de los hijos cuidarla a uno, así como una los cuidó a ellos. Ellos están en su obligación de cuidarla a uno, porque ellos también fueron una carga para nosotros y los quisimos y los mirábamos. Ellos también están obligados a verlo a uno (Lidia, 77 años).

Según Robles y Pérez (2012), la obligación filial es la norma social del cuidado hacia las personas mayores, que prescribe como una obligación de las y los hijos el cuidado de sus padres y madres mayores. Ahora, retomando lo dicho por Lidia, quien señala que los hijos deben cuidarla “como una los cuidó a ellos”, la obligación filial tiene como base un principio de reciprocidad: “los hijos e hijas deben retribuir a los padres y madres durante su vejez, lo recibido durante su niñez” (Robles y Pérez, 2012, p. 529), este principio forma parte de la solidaridad intergeneracional que se expresa como una obligación moral (Silverstein, 2006, en Robles y Pérez, 2012).

Según la Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora: “se reconoce a la familia como la institución fundamental en la que debe tener lugar la protección y desarrollo de los adultos mayores. Sólo por causas de fuerza mayor o decisión personal, éstos se situarán en lugar distinto al domicilio de la familia, siempre que sea apto y digno” (Ley N°80, 2007). En términos ideales, la familia podría distribuir las tareas del cuidado para así hacerlas más equitativas y menos pesadas, tal como lo enuncia Elena:

Pues yo digo que debe ser en la familia, pero todos agarrar sus responsabilidades de acuerdo con sus posibilidades. Por ejemplo, si no pueden con tiempo, pero pueden con dinero, o ir en los días de su descanso pues ir a hacer la limpieza. Entonces debe ser entre todos, de haber las posibilidades, también pagarle a alguien que apoye, muchas veces ayudan mucho. Por ejemplo, mi papá está enamorado de su cuidadora (Elena, 64 años).

Pero en otros casos, la familia se reduce únicamente a los hijos, específicamente a las hijas mujeres o a las nueras, en caso de haber tenido puros hombres:

Pues a veces son las hijas, pero cuando uno no tiene hijas, ¿quién?, ¿ni modo que los hijos?, si vamos a ir al baño o van a estar ahí cerca de nosotros, pues no, o, ¿nos van a bañar cuando ya no podamos? ¿verdad qué no? Yo siento que debe ser una hija, pero gracias a Dios que yo tengo a mis nueras, que las siento como unas hijas (Sandra, 70).

El fragmento anterior nos introduce en las expectativas diferenciadas en el cuidado de los hijos y las hijas hacia sus padres, según la condición de género. En varias de las entrevistadas salta a la vista un tabú con el cuerpo, especialmente en las actividades del aseo, como bañarse y cambiarse. Los hijos no pueden ver los cuerpos de sus madres, así como las hijas el de sus padres, por lo que, en este contexto, se considera que la participación de ambos sexos en el cuidado es importante.

O sea que los dos pueden hacer lo mismo, ya depende del papá ¿no? Por ejemplo, si el papá dice: “a mí me da vergüenza que mi hija me cambie”, pues que sea el hijo [...] Por ejemplo, mi papá hubo un tiempo en el que no se quería bañar y no quería, y le dije a mi hermano: “sabes qué, esto del baño hazte tú responsable, porque para mi papá, a cómo está él criado, es una ofensa que yo como mujer le diga que se bañe, entonces tú como hombre, no sé cómo, pero le dices”, y pues ya en eso yo no me meto, o también, puede haber mamás que si el muchacho la tiene que cambiar, ¿pues cómo que no! (Elena, 64 años).

Pues, por ejemplo, la mujer, si está enferma la mamá, si no puede valerse por sí misma, yo digo que las hijas. Las mujeres son las indicadas para cuidarla a una de mujer y los hijos hombres, pues son importantes también, porque para cargarla a uno, para levantarlo, se necesita la fuerza del hombre, ¿verdad? O sea que los dos son importantes (Flor, 71 años).

Pues a la hora, por ejemplo, de las comidas, el hombre no va a saber hacer comidas bien, digo yo, no va a saber qué puede comer uno cuando está así viejita, no puede

saber. ¿Ni modo que la bañe?, no, tampoco, sí hay diferencias. Y ellos no comprenden como una mujer a la mamá, no, el hombre no comprende. No es igual (Eva, 79 años).

Tal como lo menciona Eva, las entrevistadas consideran que los hijos varones no están capacitados para cuidar de sus madres. Ella refiere el ámbito de la alimentación, pero en otras narrativas se aluden a otros aspectos en cuanto a la calidad de la interacción, como la seriedad de los hijos y la poca conversación que tienen con ellas (a diferencia de las que tienen con las hijas y las nueras).

Los hijos son muy diferentes. Yo tengo dos hijos hombres nada más y, por ejemplo, tu hijo te dice: “¿cómo estás mamá?” –“bien gracias a Dios, ¿y ustedes?” –“pues también”. Se sientan un ratito, platicamos y ya se van; y las hijas no, vienen y revisan la estufa a ver qué hay y así, platican más y muy bien, son muy diferentes. Ellas nunca así están de que atenuadas, no, ellas solitas, si hay, agarran (Rosa, 71 años).

Este resultado coincide con lo reportado por Grijalva y Zúñiga (2007) quienes señalan que las personas mayores prefieren el cuidado por parte de las hijas. Asumen que son las mujeres quienes pueden realizar mejor las funciones de cuidado, puesto que se considera que tienen mejores habilidades domésticas como: saber preparar alimentos, saber cuidar y hacer la limpieza, pero también, se les considera más cuidadosas, responsables, comprensivas y pacientes. Estos argumentos se encuentran fuertemente anclados en la condición de género de las mujeres como cuidadoras naturales de los otros (Dakduk, 2010; Fernández 2015; Jiménez y Moya, 2018; Lagarde, 2005; Vaquiro y Stieповich, 2010) así, nuestras entrevistadas evalúan el tipo de cuidados que reciben por parte de sus hijos e hijas y reconocen que los cuidados por parte de los hijos suelen ser menores que los que otorgan las hijas:

La muchacha, la que me lleva y me trae, siempre está procurando que no me falte nada [...] cuando yo me quedo sola me dice: “amá, ¡no te vayas a bañar hasta que yo venga!”, y sí, hasta que ella está en la casa me meto a bañar, porque no vaya ser un resbalón, Y es cierto pues, tiene razón, me caigo y me quiebro una pata y ¿quién es la fregada?, ella, porque es la que me tiene que lidiar, y pues ya pensando en ella, vale más no hacer las cosas [...], mi hijo no lo va a hacer, si acaso va y me da una

chaineadita¹², pero es lo único que va a hacer, darme el alimento, eso sí. Pero atenderme como me atiende mi hija, el hijo no (Camila, 80 años).

En relación con lo anterior, nuestras entrevistadas prefieren que sean las hijas mujeres quienes cuiden de ellas. Por ejemplo, Celina que, aunque solo tuvo hijos varones y han demostrado ser capaces de cuidar de su papá, sostiene en su discurso el estereotipo de las mujeres cuidadoras. Razón por la cual desea haber tenido hijas que cuiden de ella aunque, por otra parte, menciona la situación de su hermana, quien sí tiene hijas mujeres y la cuidó un nieto:

“Por eso quería yo haber tenido una hija mujer”, pero cuando internaron a José, uno de los muchachos estaba en Tijuana y el día que lo entubaron, le hablé, y pa’ en la tarde ya estaba aquí. Fíjate, dejó el trabajo tirado por venirse a lidiar a su papá, y duró un mes y medio nomás su papá: un mes en el Seguro y quince días en la casa. [lo cuidaban los tres], a mí no me dejaban dormir con él, porque ellos [iban y] dormían. Por eso me dicen: “tú no tienes todavía razón pa’ decir”. Me [regañan mis hijos] porque yo digo: “¡ay, las mujeres!¹³”, pero son mentiras, porque mira mi hermana, tiene 11 hijos grandes, ¿y sabes quién la vino lidiando?, un nieto (Celina, 82 años).

Respecto a esto último, Robles y Pérez (2014) sostienen que la obligación filial en cuanto a quién asume el cuidado de sus mayores, viene sufriendo variaciones desde el siglo pasado, esto, debido a las transformaciones familiares afectadas principalmente por la disminución en el número de hijos. Además, la incorporación de las mujeres al ámbito laboral “produce un efecto directo sobre el modelo de la mujer cuidadora que durante años ha sido la base de la atención de los adultos mayores” (INAPAM, 2010, p. 17).

Estas transformaciones no pasan desapercibidas por las mujeres entrevistadas y lo señalan cuando mencionan que las y los hijos son jóvenes, tienen sus propias vidas, sus propias familias, hijos y trabajos, por lo que no tienen tiempo para cuidar, “no vas a tener a tu hija que tiene marido y que está joven, quitándole el tiempo” (Margarita, 84). También

¹² Expresión coloquial y regional que en infinitivo es “chainear” para referirse al arreglo personal.

¹³ Refiriéndose a que las mujeres son mejores cuidadoras que los hombres.

reconocen que las condiciones de vida de los jóvenes no son las mejores para cuidar de sus madres y padres en caso de necesitarlas, razón por la cual -como se verá a continuación- algunas de ellas comienzan a pensar en la posibilidad de contar con cuidadores/as profesionales. Saraceno (1995) nombra esta situación como *familismo ambivalente*, concepto utilizado para referirse a la difícil conciliación entre las prioridades profesionales y las afectivo-familiares (Saraceno, 1995 en INAPAM, 2010, p. 17).

Los hijos están muy ocupados, a veces no te visitan. Están tan enfrascados en sus roles que no se dan cuenta de tu condición y a veces estamos solos [...], ya no tienen campo para cuidarte, ni tienen tiempo. Entonces yo pienso que debería haber más asilos de gobierno, ¡pero bien!, que por ejemplo yo, si hubiera un asilo y en determinado momento yo supiera que ya no puedo estar, que yo me pudiera ir, aunque yo pagara con mi pensión. Y no hay, ahorita no hay [...], debe haber gente más especializada en el manejo de los adultos mayores y programas para el adulto mayor, para que se conserve saludable (Victoria, 73 años).

Ante estas situaciones, algunas de estas mujeres optan por el autocuidado como una forma de evitar la situación de dependencia y el sentimiento de carga que conllevaría, así lo expresa Sandra:

Me preocupa que me vaya a poner mala, porque parece que no, pero es una carga para mis hijos estar yo mala, eso es lo que me hace, yo creo, estar activa, porque luego digo: “¡pues pobres ellos!, ellos también tienen sus gastos, ellos tienen su familia” y yo creo que eso es lo que me preocupa, porque digo yo: “por algo me tengo que cuidar”. Porque yo no quiero que mis hijos estén sufriendo [...], entonces yo me hago esa idea de que yo por mí misma me tengo que cuidar, si yo quiero cuidar a mis hijos, yo misma me tengo que cuidar. Yo siempre digo: “el día que ya me toque, pues ya ni modo”, pero por lo menos me tengo que cuidar un poquito, por mis hijos, que le repito, no creo que ganen tanto dinero para su familia y luego yo todavía (Sandra, 70 años).

La mayoría de las mujeres entrevistadas están de acuerdo en que idealmente son las y los hijos quienes deben cuidar de sus personas mayores -incluso, algunas de ellas cuidaron de sus madres y padres mientras que otras, aún cuidan de ellos, o a sus esposos- pero, si las y los hijos no pueden por falta de tiempo, disposición o posibilidades, algunas de estas

mujeres sugieren que se deben contratar cuidadores profesionales que las apoyen en su propio cuidado o en el de sus parejas.

P¹⁴: ¿Quién cree que debe cuidar de las personas mayores?

R: Pienso que alguna persona que se dedique a eso de cuidar, porque [...] a mi nuera no le puedo dejar la responsabilidad, porque ella tiene niños chiquitos en la escuela, no podría ella [...] pero sí, con el tiempo voy a necesitar ayuda por la enfermedad de él [Alzheimer], pero no les puede dejar uno la responsabilidad porque ellos tienen su vida de jóvenes y no puede uno. Por ejemplo, mi hija vive en Tecate, no se puede venir a cuidarnos, me dice: “¡ya mamá!, vaya pensando que me los voy a llevar a que vivan conmigo”, y le digo: “en lugar de eso, vamos a ocupar a una persona que esté en la casa de uno, no le hace que tú quieras que esté contigo”, pero vivir uno en su casa es más tranquilidad, ¡imagínate que me fuera y dejara todas mis cositas! (Alba, 78).

Pero, no solo es la falta de tiempo de las y los hijos por lo que algunas de estas mujeres consideran necesario pensar en cuidadores profesionales, sino, como lo expresaba Victoria anteriormente, además de que las y los hijos no tienen las condiciones óptimas para el cuidado de los papás, según Isabel tampoco las comprenden, al no tenerles la paciencia que una persona preparada y sensibilizada sobre las personas mayores tendría:

Tiene que ser una persona preparada que sepa, que esté instruida porque no hay conciencia de lo qué es ser una persona mayor [...] ahorita hay más formas de que se prepare la gente, sobre todo la juventud más que nada... En los hospitales debería haber todo un equipo hasta con abogados, yo creo que sería un muy buen trabajo ese porque todas las personas mayores nos andamos quejando, ¿por qué? porque no me tuvo paciencia, no nos tienen paciencia. Entonces un equipo de personas que se ocupen más de las personas mayores, que estén involucrados abogados, médicos, especialistas, secretarias, todo un equipo pues (Isabel, 60).

Otras entrevistadas señalan que la convivencia y el cuidado de las personas mayores representa una práctica mediante la cual se puede aprender a convivir con ellas y a respetarlas: “[el cuidado] es una forma de fortalecer y de enseñar a los hijos el respeto a los

¹⁴ En algunos fragmentos se agregó la pregunta para ayudar a la comprensión del fragmento de entrevista, las cuales serán identificadas de la siguiente manera: “P” para la pregunta y “R” para la respuesta.

mayores” (Elena, 64). Aunque algunas de ellas afirman sentirse respetadas, queridas y cuidadas por las personas que las rodean, observan que esta situación no es igual para todas:

A mí nunca me han faltado al respeto, pero hay otra gente que no las respetan por viejas [...] a mí nunca me han faltado al respeto, pero oye uno cada cosa en las noticias nomás (Margarita, 84 años).

Hay veces que no [las respetan], porque ahora que ha estado habiendo mucha agua en la calle, allá donde yo vivo, hay unos hoyotes que se hicieron en la calle con la pasadera de carros [...] y un día venían dos señoras y un señor, y pasó un amigo en un carro, levantando unas olas de agua así pa’ los lados y los remojó, ¡y son grandes! El señor muy mayor ya, no hay respeto. Luego en los camiones, ¡nombre!, se suben las chavalas y ven que se suben una persona mayor y luego agachan la cabeza para hacerse tontas con el celular y hacer como que no te ven. Los chamacos de la escuela no respetan a uno, yo el otro día me subí y los primeros cuatro asientos yo sé que son para las personas que de verás necesitamos venir sentadas y venía un muchacho joven ahí, en el primer asiento, y yo parada cayéndome y le dije: “oye, mira, ¿qué no sabes leer?”, le dije, y no se levantó hasta que el chofer le dijo: “oye, la señora tiene razón, levántate a darle el asiento”, y ya se levantó, porque el chofer le dijo (Eva, 79 años).

La sociedad, estratificada por edades, crea expectativas y roles determinados por tradiciones y funciones que se esperan sean cumplidos por cada uno de los grupos etarios (Pinazo, 2013). De esta manera, Eva espera cierto comportamiento por parte de las y los jóvenes que, al no cumplirse, considera como una falta de respeto. Sin embargo, otras de las entrevistadas reconocen ciertos cambios hacia el trato que reciben las personas mayores ahora, a diferencia de antes, pero también, cierta incompreensión de las personas mayores hacia los jóvenes:

[Antes] te respetaban mucho y no nada más a las personas mayores, a los papás. Ahora te contestan cualquier cosa los hijos, claro es otra época, son otras influencias, son muchas cosas (Victoria, 73 años).

No todas [las personas mayores son respetadas] porque pues porque no nos entienden pues, como ellos son jóvenes y nosotros doblamos la edad, no son tampoco los mismos tiempos y a veces no entendemos. La gente mayor no entiende que el tiempo que ellos están viviendo, no fue el tiempo nuestro (Isabel, 60 años).

“Ahora no te agarran ni un consejo” dice Celina ante la indiferencia de sus nietos cuando intenta hablar con ellos. Los dos fragmentos anteriores demuestran una clara

diferencia generacional en las percepciones sobre las personas mayores en el pasado y en cómo ellas sienten que son vistas y tratadas en la actualidad. Al respecto, Rodríguez (1979) menciona que en las sociedades tradicionales y comunales –sobre todo rurales- las personas mayores eran mayormente respetadas, al representar la experiencia y el conocimiento¹⁵. En contextos modernos y urbanos, en donde el cambio es una constante, las y los jóvenes consideran que los conocimientos de las personas mayores son obsoletos y que no se acomodan a sus realidades. Cuando la capacidad de producir disminuye, no se toman en cuenta otros valores como el conocimiento y la experiencia. Esta falta de reconocimiento de las personas mayores en la sociedad se encuentra muy relacionada con el valor del trabajo que, cuando se deja de realizar puede llevar a la persona a perder aprecio por sí misma y la estima social (Arroyo, 2011).

Sobre la consideración de las personas mayores como productivas, se encuentra una dualidad de percepciones. Por un lado, quienes consideran que las personas mayores ya no son productivas:

P: ¿Piensa usted que las personas mayores siguen siendo productivas?

R: Hay unas que se la llevan nomás tiradas y no sirven para nada, porque [dicen]: “¡ay, es que estoy cansada!”, ¡aquí hay puras viejas que ni hacen nada! (Celina, 72 años).

R: bueno, productivas, pues no... no, ¿verdad? [...] hay muchas limitaciones, quizás sean productivas en cosas pequeñas, o si tiene, por ejemplo, alguna preparación y su condición se lo permite, puede seguir, no con el mismo ritmo, pero podría hacerlo (Victoria, 72 años).

Y por otro, quienes piensan que las personas mayores todavía pueden trabajar, ya sea en su casa realizando las labores domésticas; cuidando nietos; o realizando diversas

¹⁵ Por su parte, Alba (1992) señala que en las sociedades primitivas, la educación mediante la transmisión de conductas por parte de los mayores hacia niños y adolescentes, era un instrumento de continuidad de la comunidad: “El viejo es un factor importante del sentido de la continuidad, transmite conocimientos y modos de vida, valores morales y mitos” (Alba, 1992, pág. 32).

actividades como preparar comida para vender; bordar servilletas y venderlas; o hacer y vender bisutería.

Hay gente que sí [es productiva], yo tengo una hermana en San Luis que está trabajando, ella tiene 72 años, tiene una cocinita económica y se mantiene con eso (Alba, 72 años).

[Las personas mayores] aquí en la sociedad ayudan en la economía, al hacerse cargo de los nietos, porque si no, los papás no podrían pagar un cuidador, ¿no? Y que los cuiden además con afecto, entonces ellos también son parte de la economía (Elena, 64 años).

Yo sí soy productiva. Yo bordo servilletas [...] y las vendo, \$100 me dan por cada una, las llevo pa' allá, pal ejido de mi hija y me compran las parientes del esposo de ella. Y luego, hago otras manualidades, también bisutería y me compran mis nietas (Eva, 79 años).

Sandra fue la única participante de este estudio que manifestó estar buscando trabajo activamente. Asiste a la institución Abuelos Trabajando con la esperanza de ser contratada dentro del programa “Abuelo Guardián Escolar” para trabajar como vigilante en alguna institución educativa pública a pesar de que sus hijos le dicen que no lo haga. Sin embargo, para ella que ha trabajado la mayor parte de su vida y que manifiesta que en la casa de su hijo no la dejan hacer nada, siente que la inactividad acabará pronto con ella.

Ahorita ya me fastidio, no me dejan ellos trabajar y yo les digo “es que yo siento que estoy aquí en la casa y yo me acabo, hijos”. Siento que me estoy acabando más y más, por eso les digo que yo lo que quiero es trabajar (Sandra, 70 años).

Para Sandra, es importante conseguir ese trabajo, ya que tendrá una actividad que realizar, más allá de estar solamente en su casa, donde siente que “se acaba”. Como veremos a continuación, mantener actividades, ya sea dentro o fuera del espacio doméstico, es un recurso importante para el bienestar tanto físico, como mental de estas mujeres.

5.4 “A mí no me van a hacer inútil antes” El valor de la actividad y resistencias a los estereotipos de la vejez

Según sus rutinas diarias, los días de estas mujeres están marcados por las tareas domésticas y su asistencia a los grupos: se levantan temprano (entre 5am y 7am); para las mujeres del grupo AMA la primera actividad del día es ir y realizar su actividad física; realizan el desayuno para ellas y para sus parejas o hijos; en el caso de las mujeres de Casa de los Abuelos, después de este asisten a la Casa; entre otras cosas, realizan la limpieza de su hogar; lavan ropa; riegan plantas; limpian patios; hacen comida para el medio día; descansan por las tardes; y por último, hacen la cena.

Aunque las tareas y responsabilidades diarias disminuyen una vez que las y los hijos crecen y se van de la casa, estas mujeres consideran que “el negocio de la casa nunca se acaba”, por esta razón, se consideran a sí mismas como productivas. En la vejez, la mayoría de las participantes se perciben incluso como más trabajadoras que los hombres, ya que ellos, una vez que se retiran del mercado laboral, no se integran a las labores domésticas en la casa.

Roberto (su esposo) ya no trabaja en nada, se la lleva leyendo el periódico todo el día, sale nada más que al parque, que va a mandaditos de la casa, pero yo, por ejemplo, todo el día, que lavar, planchar, hacer comida y limpiar (Alba, 78 años).

Por tu condición de mujer eres productiva porque sigues trabajando en tu casa, sigues cuidando a los nietos. Normalmente no los cuidan los abuelos, los cuidan las abuelas, entonces, en ese aspecto, es más productiva la mujer porque por tu condición, por tu formación, te puede estar llevando la tristeza y sigues trabajando en la casa. Con eso tienes, nunca se acaba la lavada, la cocina y la comida (Victoria, 73 años).

Históricamente, las formas de la masculinidad y la feminidad se han constituido con base en el sistema de género que pauta las diferencias entre hombres y mujeres de acuerdo con la división sexual del trabajo así, hombres y mujeres se definen y son diferentes frente al

trabajo (Lagarde , 2005). En este sentido, las mujeres han ocupado el rol de *ser para otros*¹⁶

(Ibíd.), situación que continúa en la vejez para algunas mujeres:

Como abuelas, son las que cuidan a los nietos, tienen que seguir haciendo la comida para el marido, regularmente, los hijos las ocupan para alguna cosa, siguen en las labores de la casa (Elena, 64 años).

No obstante, en dos de nuestras entrevistadas encontramos resistencias al modelo de la abuela cuidadora pues mientras unas consideran que es un trabajo que no deben realizar las mujeres mayores, otras se han negado a cuidarlos:

No es obligación de una abuela cuidar nietos, una ya cuidó a los hijos, ahora ellos tienen la obligación de cuidar de sus hijos, yo no sé cómo, pero ¡la abuela no! Yo ahí, sí diría que no (Eva, 79 años).

Yo desde un principio les dije que no iba a cuidar nietos, ya no es la misma uno, ya no tiene la misma fuerza, la misma energía para educarlos y luego, si se malcrían, luego le echan la culpa a la abuela: “es que la abuela lo malcría” y quién sabe qué, y pa’ quitarme esas responsabilidades yo les dije que no iba a cuidar a nadie (Rosa, 71 años).

De las 12 mujeres que participaron en esta investigación, solo Isabel cuida de su nieta de seis años, ya que vive con ella. A decir de ella misma, convivir con su nieta es una de las formas que tiene de disfrutar de su vejez:

Yo disfruto [de la vejez] por mi nieta, porque me dice: “vamos a prender la computadora” –“bueno mijita, la vamos a prender” y ahí me estoy con ella y así. Yo soy feliz con ella, ella me ayuda mucho [...] a veces, cuando necesito ayuda le digo, por ejemplo: “Sofía, ayúdame a quitarme la blusa”, para no decírselo a mis hijas y que me digan: “¡ay, cómo estás fregando!”, mejor le digo a mi nieta y ella encantada de la vida me ayuda, entonces para ella yo soy todo (Isabel, 60 años).

Isabel organiza sus días en función de sus labores domésticas y del cuidado de su nieta, por ejemplo, trata de hacer la comida antes de ir por su nieta a la escuela y de que su esposo salga de trabajar. Y aunque se cansa -sobre todo por la diabetes-, expresa que en el

¹⁶ Según sostiene Lagarde (2005), la mujer es un ser para otros, ya que su identidad está basada en la realización de actividades de reproducción para y hacia los otros, que se convierten en un deber ser.

cuidar de su nieta hay reciprocidad, ya que ella le ayuda en ciertas cosas que prefiere no pedirles a sus hijas.

Arroyo (2011) sostiene que la dependencia en la vejez es la situación más temida por todo ser humano y las mujeres de este estudio no son la excepción. En sus relatos -sobre todo en las mayores de 80 años-, se percibe cierto orgullo al describir todas sus actividades, su energía y sus ánimos, al mismo tiempo que manifiestan resistencia ante la idea de recibir ayuda cuando sienten que no la necesitan. En sus experiencias relatan cómo sus hijos no las dejan realizar cierto tipo de actividades, ya sea por su condición de edad o enfermedad. Por ejemplo, Camila, que tiene 80 años, dice que su hija la sacó de trabajar para que estuviera en su casa y aun cuando ella no quería, dejó de hacerlo. Ahora que está en su casa, su hija también le dice que no realice actividades domésticas.

Ella ya me ve que estoy grande, que tengo problemas de los bronquios, por todas esas cosas pues, pero yo sé lo que puedo hacer [...] Yo puedo barrer, puedo trapear y puedo hacer muchas cosas [...] Haz de cuenta que si yo digo: “ay, voy a limpiar la cocina”, limpio la cocina, la trapeo. No me fatigo porque limpié la cocina, no me canso, entonces lo puedo hacer todavía y no me dejan, pero cuando no está nadie en la casa, yo trapeo la cocina y limpio, y sí hago, porque todavía, pues, lo puedo hacer (Camila, 80 años).

Para las mujeres mayores, no cansarse, tal como lo menciona Camila, es el principal indicador de autosuficiencia en sus actividades diarias, pero también de autoconocimiento, pues aseguran conocer sus limitaciones. En este caso, Camila puede barrer y limpiar y sí es necesario lo hace a escondidas, pero sabe que no puede agacharse debido a la hipertensión y cuando necesita hacerlo, pide ayuda. De la misma manera lo menciona Celina, a quien también sus hijos le piden que no realice sus actividades domésticas, pero, como solo vive con su hijo, se levanta más temprano que él, barre y trapea toda la casa, de forma que cuando él despierta, ya encuentra la casa limpia. Celina también menciona que no se cansa y dejará de hacer sus cosas hasta el día que ya no pueda:

Yo hasta ahorita te puedo decir que yo no me canso, no me canso yo, si mis hijos no quieren que haga tortillas, ¿y, qué voy a hacer? Yo un día les dije: “saben qué, a mí no me van a hacer inútil antes, porque yo sola, el día que ya no tenga fuerzas, el día que ya no pueda hacer algo, yo sola voy a doblar las manitas, aunque no quiera” (Celina, 82 años).

Los anteriores relatos invitan a cuestionarse hasta qué punto se construyen dependencias evitables en la población adulta mayor. Etxeberria (2017) señala que cuando se habla de dependencia, se habla de relaciones de poder, por lo que no se rechaza la dependencia, sino la dominación de unas personas por otras. Según este mismo autor, la dominación sucede por toda actividad humana que mediante acciones en el marco de las relaciones personales generen dependencias evitables (Etxeberria, 2017). En el caso de nuestras entrevistadas, las resistencias no son solo en función de que no las dejen realizar ciertas actividades, sino de defender su autonomía, deseos personales y el auto reconocimiento de lo que ellas mismas saben que todavía pueden hacer, razón por la cual, llevan a cabo ciertas actividades a escondidas de sus hijos. Otra situación similar se presenta en el caso de Isabel relacionada con su diabetes:

Me cuidan demasiado pues, cosa que yo ya tengo aquí en mi mente cómo me debo de cuidar, o sea, no quiero que me lo estén repite y repite [...] mi hija mayor se enoja mucho conmigo a veces, o sea, discutimos. Yo soy de las que tiene que comer, o sea, ya sé que no debo de exagerar con la comida, pero: “es que no debes de comer eso”, me dice. Acaba de cumplir años mi esposo y me dijo: “tú no vas a comer pastel, ni lo vas a probar”. Y otro día, cuando no estaba nadie, dije yo: “lo quiero probar, si está muy bueno, todos decían que estaba muy bueno, por qué no lo voy a probar”, y ya cuando no estaba nadie conmigo, pues agarré (Isabel, 60 años).

Freixas (2013) se refiere a estas situaciones como una inversión en el ejercicio del control, donde las y los hijos creen poder opinar sobre la vida de sus madres. En estos casos, las restricciones de las y los hijos hacia sus madres podrían estar ancladas en los estereotipos de la vejez, donde se ve a las personas mayores como personas que ya no deben o no pueden hacer sus cosas, ni tomar sus propias decisiones. Para estas mujeres, mantener sus

actividades, ya sea mediante sus labores domésticas o mediante sus actividades en grupo, resulta fundamental para conservar una autopercepción positiva de sí mismas, como personas mayores activas, autónomas y autosuficientes.

CAPÍTULO VI. EXPERIMENTANDO LA VEJEZ: VIVENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO EN LAS MUJERES MAYORES CON DIABETES Y/O HIPERTENSIÓN

En el capítulo anterior se abordaron las imágenes, estereotipos y resistencias que tienen sobre la vejez las mujeres mayores entrevistadas, por lo que el presente capítulo se concentrará en conocer sus experiencias en torno al envejecimiento y la vejez, a partir de sus vivencias como mujeres mayores con alguna enfermedad crónica. La importancia de analizar las vivencias de las mujeres mayores en función de tener diabetes y/o hipertensión radica, como se ha mencionado ya, en que estas son dos de las enfermedades más comunes en la población adulta mayor, pero por su carácter crónico, pueden influir en el modo de vida que llevan a cabo. Como se ha explorado ya mediante los resultados de la encuesta, en las percepciones existe una fuerte asociación entre vejez y enfermedad, por lo que resulta importante explorar cómo viven su vejez las personas mayores que padecen alguna condición crónica.

Además, su experiencia será analizada dentro del paradigma del envejecimiento activo, debido a su pertenencia y participación dentro de grupos para personas mayores, lo que contribuye a construir su vejez de una manera particular.

6.1 Aceptación y entrada a la vejez

Dentro de las percepciones de las entrevistadas, las mujeres aceptan mejor que los hombres a la vejez y sus enfermedades. Dentro de las razones que dan para justificar estas afirmaciones se encuentran que a los hombres no les interesa o no les gusta ser viejos, se quejan más y pierden sus aspiraciones:

Se me figura que a los hombres no les interesa ser viejos porque son más sangrones que uno, se la pasan quejándose [...] Como te digo, yo no siento mucho la diferencia de cuando estaba más joven hasta ahorita... cuando me jubilé de 52 años, yo me sentía joven todavía {risas} (Alba, 78 años).

Hay hombres que no tienen aspiraciones, pierden todo ¿cómo te diré? Ya no les interesa seguir, dicen “¿para qué voy a hacer esto si ya me voy a morir? Si ya estoy viejo” (Flor, 71 años).

De acuerdo con Ramos (2017), el retiro laboral ha sido un elemento importante para definir la entrada a la vejez y son los hombres mayores quienes, por lo general, asumen de forma negativa su estatus de jubilados, ya que se acompaña de una pérdida de prestigio social. Elena señala algo similar cuando expresa que los hombres, una vez retirados, dejan de sentirse útiles y de ser el aporte:

Pues como el hombre anteriormente era la cabeza de familia, trabajaba ¿no?, al dejar de trabajar, como ellos no se integraron a las labores de la casa, entonces, dejan de hacer y sienten que no son útiles [...] Como ellos ya no pueden y también dejan de ser el aporte, para ellos ya es algo que los denigra. Si te fijas, casi la mayoría de los hombres dicen: “a mí ya no me hacen caso” y la mujer es la que empieza a regañar al esposo, o sea, se invierten los papeles y la mujer toma la batuta (Elena, 64 años).

Ramos explica que esta situación se debe a que, en la vejez, “el rol de proveedor económico es tan importante todavía que su salida de la actividad productiva como consecuencia de la jubilación genera una pérdida importante de estatus, reconocimiento y autoestima” (Ramos, 2017, p. 266). Para las mujeres no hay una escisión en sus roles a causa de la separación del trabajo, aun para aquellas que sí trabajaron fuera del hogar, puesto que, una vez retiradas, las mujeres se reincorporan a las tareas domésticas.

Mi esposo extraña el trabajo y yo no, soy feliz de estar aquí, que no tengo que estar yendo al trabajo y él no, sí extraña, dice: “me voy a morir, ya estoy hartito, muy enfadado” (Alba, 78 años).

El trabajo doméstico que realizan las mujeres suele constituirse como una característica natural, propia de la feminidad (Lagarde, 2015). De aquí que la identidad de las mujeres dependa menos de su condición como trabajadoras fuera del hogar, que de su

identidad como *madre-esposas*¹⁷. En los casos de nuestras entrevistadas, cabe recordar que nueve de ellas trabajaron fuera del hogar y solo tres se dedicaron de manera exclusiva a las labores domésticas y de cuidados; actualmente, cuatro de ellas se asumen exclusivamente como amas de casa, mientras que el resto define su actividad laboral actual a partir de otras actividades.

Cuadro 4. Características de la situación laboral de las mujeres entrevistadas

Nombre	Edad	Trabajo fuera del hogar	Actividad actual	Otras actividades que realiza	Pensión o jubilación
Camila	80	Asistente química	Ama de casa	---	Sin pensión
Isabel	60	Cuidadora de personas mayores en casa	Ama de casa	---	Sin pensión
Celina	82	No	Ama de casa	---	Pensionada por viudez
Rosa	71	No	Ama de casa	Ninguna	Sin pensión
Elena	64	Enfermera	Ama de casa	Voluntaria en un dispensario	Jubilada
Victoria	73	Maestra de enfermería	Ama de casa	---	Jubilada
Alba	78	Maestra de primaria	Ama de casa	---	Jubilada
Flor	71	No	Ama de casa	Maestra de yoga en AMA	Sin pensión
Margarita	84	Secretaria de dentista	Ninguna	---	Pensionada
Sandra	70	Empleada doméstica	Ninguna	Busca trabajo	Pensionada por viudez
Eva	79	Empleada en una cocina	Ama de casa	---	Pensionada por viudez
Lidia	77	Comerciante y vendedora por catálogo	Ama de casa	---	Pensionada

¹⁷ Lagarde (2015) utiliza este concepto para referirse a la condición que exige a las mujeres “vivir de acuerdo con las normas que expresan su ser –para y de- otros, realizar actividades de reproducción y tener relaciones de servidumbre voluntaria” (p. 363).

Desde la percepción de las entrevistadas, son las mujeres quienes aceptan mejor la vejez que los hombres, ya que consideran que ellos son más “cobardes” o “más débiles” en comparación con ellas.

P: ¿Usted quién cree que acepta mejor la vejez, los hombres o las mujeres?

R: ¿Aceptar? Las mujeres, porque nosotras tenemos más capacidad para todo y ellos no... Por ejemplo, para afrontar los problemas y mantener la salud, y ellos no, no aceptan (Flor, 71 años).

R: Se me figura que los hombres son más cobardes que la mujer, porque se quejan más que: “¡ya me voy a morir!”, y que: “siento esto”, siempre están pensando en la muerte (Lidia, 77 años).

R: Pienso que los hombres son más débiles [...] no aguantan mucho las enfermedades (Alba, 78 años).

Según Guttman (en Arber y Ginn, 1996) las mujeres, a medida que envejecen, confían más en sí mismas y se hacen más positivas; siguiendo en esta idea, por su condición de género las mujeres mayores, se han preparado para aceptar mejor los cambios que han tenido que asumir en su vida, y el envejecimiento no es la excepción (Ramos, 2017). Conoceremos a continuación cómo las mujeres mayores experimentan su propio envejecimiento.

Según las entrevistadas, la edad no es el criterio principal a partir del cual definen el principio de la vejez como personas mayores; ellas se refirieron a otras características como la presencia de enfermedades, el cansancio o agotamiento, el dejar de hacer algunas cosas, así como el estado anímico de la persona. Cuando sí incluyeron la edad, se utilizó junto a otras características como el estado de salud. Para definirse a sí mismas como personas mayores, algunas de las mujeres indicaron que son personas mayores por la edad que tienen, pero también porque se siente en el cuerpo, o, al contrario, si bien se pueden identificar como personas mayores por la edad, no se identifican como personas ancianas por no tener graves problemas de salud:

P: ¿Se considera usted como una persona mayor?

R: Sí, por la edad, porque ya tengo 78, pero yo no me siento así como anciana [...] Hay gente mayor con muchos problemas de salud y yo no, gracias a Dios, hasta ahorita hipertensa, pero leve (Alba, 78 años).

R: Sí, soy una persona mayor por mi edad. Por mi edad, por mi experiencia y también porque mi cuerpo ya me lo está diciendo (Elena, 64 años).

Para aquellas mujeres que rebasan o están cerca de los 80 años, preguntarles si se consideraban a sí mismas como personas mayores fue una pregunta muy obvia:

P: ¿Se considera usted como una persona mayor?

R: ¡Ay, claro que sí!, hasta la pregunta es necia, como dicen (Margarita, 84 años).

R: Sí se sabe cuándo una persona es de la tercera edad, o ni modo que yo, porque no traigo bastón, no van a creer que soy de la tercera edad, no. Ya soy anciana porque ya tengo que andar con tres patas, las mías y el bastón (Eva, 79 años).

La obviedad de la pregunta corresponde a una aceptación por parte de estas mujeres que las hace ubicarse dentro de este grupo de edad, de forma que, esperan ser reconocidas por los otros como tal. En contraparte, encontramos aquellas mujeres para quienes la edad no es un indicador suficiente para considerarse a sí mismas como personas mayores, puesto que se les suele relacionar con estereotipos como la dependencia, la enfermedad y la improductividad. De tal manera que, si ellas no se identifican con estas características, tampoco se asumen como personas mayores:

Yo no me siento como una persona mayor, personalmente me considero una persona todavía activa. No trabajo, pero me valgo por mí misma, hago mis actividades; tengo problemas de salud, pero me los controlo. Yo si tengo algo, inmediatamente voy y me controlo, voy a consulta o algo, no espero que avance (Victoria, 73 años).

Pues no, una persona mayor no me considero. Considero que todavía puedo hacer las cosas. No me siento mal como muchas personas, gracias a Dios. Yo voy a mis consultas, voy con el médico a mis chequeos (Lidia, 77 años).

Tener problemas de salud en la vejez suele ser visto como un proceso natural por lo que el cuerpo tiende “naturalmente” hacia el declive de las funciones, lo que llevaría a las personas mayores a aceptar una condición de deterioro (Reyes y Villasana, 2017). En los

relatos anteriores observamos que esta condición no es aceptada como algo normal, sino por el contrario, algo que se puede evitar mediante el control, cuidado y la asistencia a sus consultas médicas.

En el capítulo anterior se señaló la diferencia que algunas mujeres indicaban entre ser una persona mayor y ser una persona anciana, haciendo referencia a que estas últimas son personas dependientes que no pueden moverse, caminar y valerse por sí mismas. Como vemos ahora, la distinción no es tan clara, definiendo tanto a una persona mayor como a una anciana bajo los mismos estereotipos de la vejez. Cabe mencionar también que las entrevistadas utilizan, casi como sinónimos, diversas palabras para referirse a las personas mayores, llamándolas indistintamente como: “viejas”, “personas de la tercera edad”, “personas de edad”, “ancianas”.

Según Osorio y Sadler (2005), la vejez se experimenta a través del cuerpo al modificar su funcionamiento, a la vez que cambia la interacción con el mismo y su (auto) percepción. Así, algunas mujeres se definieron como personas mayores a partir de cambios físicos relacionados con cansancio, dolores y limitaciones en sus movimientos.

Ya siento mucho cansancio, a veces ya me siento muy cansada [...] ahorita en la mañana ando muy activa pero luego en la tarde ya no, ya me siento más cansada. Los huesos empiezan a doler, ya empieza a sentirse una más mal (Sandra, 70 años).

Ya ahora digo yo que me siento mayor porque ya no me muevo como me movía antes. Sí me río y todo y me gusta mucho reírme y me carcajeo, también me pongo a bailar en la cocina, haciendo comida y pongo el aparato ese [un radio], y yo digo que para una persona que ya está mayor lo primero es el estado de ánimo (Isabel, 60 años).

Así, encontramos que en aquellas mujeres que sí se consideran a sí mismas como mayores, los cambios en el funcionamiento de su cuerpo fueron los puntos de partida para comenzar a aceptar su vejez y a sentirse como tal:

Cuando empecé a sentirme así (mayor), hará como unos tres años, en mis articulaciones, es lo que me está molestando. Por ejemplo, me muevo y que truena:

¡tras! Y digo yo: “ah, ya me está faltando el cartílago”. Empecé con lo del azúcar, que me di cuenta de que ya no estaba metabolizando igual, entonces dije yo, ya, ya estoy empezando a fallar (Elena, 64 años).

Pues ya cuando la empecé a sentir es porque a veces no oigo muy bien, me tienen que repetir a veces, luego pues eso de la presión, aunque no me canso y yo camino mucho (Eva, 79 años).

Estos resultados coinciden con otras investigaciones donde se señala que las personas mayores manifiestan sentir la vejez a través de cambios físicos al cansarse más y realizar las cosas más lentamente (Aldana, Hernández y Gómez, 2013). En términos de estos cambios, el cansancio es uno de los más mencionados por las entrevistadas, aunque aparece de forma polarizada: hay quienes declaran sentirlo atribuyéndolo a la edad, es decir, entre más edad más cansancio; y quienes afirman no sentirlo a pesar de esta.

P: ¿Cómo se dio cuenta de que ya era una persona mayor?

E: Por los años, pero no por el trabajo, porque yo hasta ahorita te puedo decir que yo no me canso, no me canso yo (Celina, 84 años).

La vejez también es vista como una etapa de pérdidas tanto físicas como mentales (Garay y Avalos, 2009), por lo que, además de los cambios físicos, se mencionaron cambios a nivel mental y cognitivo, por ejemplo, inician los olvidos, se vuelven repetitivas, comienzan “los moditos”, los cambios en el carácter, el mal humor, el sobre pensar, enojos e inflexibilidad.

Ya no puedes trabajar mucho en la casa porque te cansa, entonces, aunque puedas, no debes hacerlo, porque luego tiene sus repercusiones. Te empiezan a doler las piernas, los brazos. O levantar cosas pesadas, ya no las debes de levantar, te puedes lesionar. Ya necesito a alguien que ponga el garrafón o me lo traiga. Entonces, lo puedo hacer, pero no lo debo hacer [...] uno ya se vuelve repetitivo, ya es terco, etc., etc. Sí, se vuelve uno más incisivo, más obsesionado por aquello. A veces quieres que las cosas estén como tú las tienes y ¡no me las muevas! Antes te valía, ¡qué se mueva!, ¿qué pasa?, no pasa nada. Así termino pensando: “¡ay!, ¿para qué me enojo?”, se vuelve uno más inflexible (Victoria, 73 años).

Me dicen a mí que ya me estoy pareciendo a mi mamá en los moditos, por como camino {risas}, me dicen el pasito tun tun. Y si no hiciera ejercicio, ¡imagínate!, ¿cómo anduviera?, peor [...] también por ejemplo, mi mamá se sentaba ahí en el

sillón, con los pies arriba e igual estoy yo, no puedo estar con los pies colgando, debo tener los pies arriba. Y en las cosas de la casa, que no me las muevan o, por ejemplo, si me agarran algo, yo sé luego, qué es lo que me hace falta (Rosa, 71 años).

Otros cambios mencionados son actividades que se han dejado de realizar a raíz de hacerse mayores. Algunas relatan cómo ya no hacen, o limpiar su casa a profundidad, subirse en sillas, cambiar cortinas, limpiar techos, barrer banquetas, quebrar leña, dejar de lavar a mano y sacar la basura. Ahora, cuando necesitan hacer algunas de estas actividades, solicitan la ayuda principalmente de sus hijas. También se mencionaron cambios en su forma de transportarse: mientras que Elena dejó de manejar por voluntad propia, Isabel dejó de utilizar el transporte público. En algunos casos, estas actividades que dejaron de realizar no se debieron propiamente a la edad, sino a condiciones físicas, o prevención de lesiones, pero que ellas las atribuyeron a la edad.

6.2 Envejecer con enfermedades: la experiencia de tener diabetes y/o hipertensión

La enfermedad al igual que la vejez, es un estado que se experimenta a través del cuerpo. Ambas pueden ser comprendidas como una construcción social ya que alrededor de ellas se generan una serie de percepciones según el contexto en el que viven. Así, sobre las enfermedades se construyen una serie de interpretaciones y significados que dan sentido a lo que se vive. Esto último, es lo que se comprende como padecimiento que según Mercado-Martínez et al (1999) es la forma en que las personas perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de una enfermedad, que, además, en el caso de estas participantes, se experimentan como padecimientos crónicos.

En el estado, la diabetes y la hipertensión se ubican dentro de las primeras veinte causas de enfermedad y dentro de las primeras veinte causas de muerte entre las personas mayores (SSA 2017; 2018). En nuestras entrevistadas el diagnóstico más común fue el de la

hipertensión (7), seguidas de quienes tienen hipertensión y diabetes (4) y una de ellas, solamente tiene diabetes. Además de estas enfermedades, estas mujeres declaran tener otros padecimientos muy variados entre ellos y que, a excepción de un solo caso, no se relacionan o son consecuencia de las enfermedades crónicas (véase cuadro 6).

Cuadro 5. Enfermedades y padecimientos de las mujeres entrevistadas

Nombre	Edad	Enfermedades y padecimientos
Celina	82	Hipertensión, 11 años y cataratas (operada hace 6 años)
Camila	80	Hipertensión, 40 años; asma y tiroides
Eva	79	Hipertensión, 4 años; nervio ciático
Alba	78	Hipertensión, 2 años; operación en la rodilla hace 6 meses
Lidia	77	Hipertensión, 10 años, inflamación en un brazo; gastritis; osteoporosis en la columna
Victoria	73	Hipertensión, 23 años; hipotiroidismo y desgaste de rodilla
Flor	71	Hipertensión, 15 años y colitis
Margarita	84	Diabetes, 50 años
Rosa	71	Hipertensión, 40 años y diabetes, 19 años
Sandra	70	Diabetes e hipertensión, 11 años
Elena	64	Diabetes e hipertensión (auto diagnosticados hace 5 años)
Isabel	60	Diabetes e hipertensión, 25 años; hígado graso; insuficiencia renal crónica; depresión; desgaste en la cadera

Como se puede apreciar en el cuadro 6, la mayoría cuenta con una larga trayectoria del padecimiento¹⁸. Incluso algunas recibieron sus diagnósticos antes de los 60 años, tal es el caso de Rosa, Margarita e Isabel, quienes recibieron sus diagnósticos aproximadamente los 35 años; y Camila, a quien le detectaron hipertensión cuando tenía 40 años. Las demás

¹⁸ Según Mercado-Martínez (1999) se entiende por trayectoria del padecimiento como un “proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte e incluye las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efectos a corto y largo plazo, tanto en el individuo enfermo como en quienes le rodean a causa del padecimiento” (p. 182-83).

recibieron su diagnóstico después de los 60 años, siendo Elena, Alba y Eva, quienes tienen menos de 10 años con sus enfermedades.

En el caso de Eva, quien había logrado llegar a los 75 años sin ninguna enfermedad, su diagnóstico no fue bien recibido, ya que lo interpretó como la entrada a un comienzo de futuros problemas, dejando entrever el estereotipo de la vejez como una etapa de enfermedades y deterioro.

P: ¿Qué sintió cuando le dieron el diagnóstico?

R: Me dio tristeza, porque pues apenas hará unos cuatro años y yo ya tenía 75, y yo me sentía muy bien pues, y ya que me salió eso dije yo: “¡ya me van a empezar a salir muchas cosas más!”. El nervio ciático también hace años que me da problemas (Eva, 79 años).

Las formas en las que sus enfermedades fueron detectadas por el personal de salud fueron variadas. Algunas de estas mujeres no presentaban síntomas como tal, sino que fueron diagnosticadas mediante detecciones, ya sea en módulos de salud o en su consulta de rutina con el médico. Situación que fue más común para quienes tienen hipertensión.

Estaba yo en un club de diabéticos aquí en el Choyal e iba todos los martes a la junta y ahí nos checaban la presión, nos checaban la gota que le sacan a uno [refiriéndose a la glucosa en sangre] y te medían la cintura. Ahí fue dónde supe yo que traía 100 y, sabe qué más. Y me dijeron que la traía mal, entonces, me mandaron a que me checara ocho días y ya fui con el doctor al Seguro [IMSS] y sí, ya me dio tratamiento [para la hipertensión] (Lidia, 77 años).

Ya ves que cuando vas con el doctor te toman la presión y todo, ahí me salió (Camila, 80 años).

Dada la ausencia de síntomas, la hipertensión arterial es considerada como una enfermedad silenciosa (Barón, Soto y Tobo, 2011), o que, en ocasiones, puede no considerarse una enfermedad, tal como lo expresa Flor: “pero como te digo, yo no tomo como enfermedad a la hipertensión” (Flor, 71 años).

En otros casos, las enfermedades fueron descubiertas mediante urgencias clínicas a donde acudieron para atenderse complicaciones –en ambos casos derivadas de la diabetes-

como les sucedió a Isabel y a Sandra, que además recibieron juntos los diagnósticos de diabetes e hipertensión.

A mí me la detectaron porque -bueno ya la tenía, porque dicen que cuando te la detectan ya tienes 5 años con ella- a mí me la detectaron porque me pegó una neumonía, y de ahí pues me empezaron a hacer preguntas, que esto y lo otro, y ya cuando me detectaron la diabetes, luego me detectaron también la hipertensión (Isabel, 60 años).

Me la dieron [el diagnóstico de hipertensión] junto con la de la diabetes. No le hacía caso yo, no iba yo al doctor y ya cuando me llevaron, me llevaron muy mal. Uno de mis hijos, ¡pobrecito! Me llevó muy mal [...] tenía la presión alta y la azúcar. Llegué a tener el azúcar hasta en 500 y fracción, algo así, y les dijeron a mis hijos que si no hacía yo caso y no me trataban con medicamentos, pues eran malas esperanzas (Sandra, 70 años).

Para las participantes que cuentan con ambos diagnósticos, la noticia de tener diabetes fue peor recibida que la de la hipertensión. En el caso de Sandra, tuvo un impacto muy alto, ya que para ella esta enfermedad representaba un camino hacia la inutilidad y la dependencia.

Me sentí muy mal, señorita. Llegó el grado que yo me quería morir, yo quería morirme, yo no quería saber de mi enfermedad, yo no quería, no, no, no, no. Llegó un grado muy duro para mí que yo quería morirme de una vez, decía yo, ¡qué me muera ya!, ¿para qué voy a servir? porque se pone uno muy mal. Y sí, sí llegó el grado en que yo me desanimé mucho, señorita, pero aquí estoy, ¡míreme! Y gracias a Dios que todavía me siento con más ánimo de seguir adelante (Sandra, 70 años).

Según Jiménez, Orkaizaguirre y Bimbela (2015) el impacto del diagnóstico es fundamental para asumir la enfermedad y, por ende, la autoatención necesaria que esta requiere. Así, en nuestras entrevistadas encontramos varias formas de recibir las noticias que tuvieron efecto en el inicio de su tratamiento. Por ejemplo, en los casos de Margarita, Celina e Isabel, la primera reacción fue de negación, razón por la cual no comenzaron a tomar sus medicamentos tal como les fueron prescritos.

Una vez que me dijo el doctor que era diabética, “¡ay!”, dije: “este está loco”. Me dio las pastillas y no me las tomé, me acuerdo de que las tiré {risas}. “Está loco”, y luego pues, ya reaccioné y comencé a tomármelas (Margarita, 84 años).

Pues me tomaron la presión y luego después, me la volvieron a tomar, y ya entonces me dieron pastillas, pero yo no hice caso de tomar pastillas [...] no me las tomaba y ya fui con el doctor y me dijo: “no, señora, usted tiene que tomar”. Y yo le dije: “¡ay!, pero es que yo no tenía” –“no tenía, pero con lo que sufrió con su esposo ahora ya tiene”. Porque a él le pegaron como cuatro embolias (Celina, 82 años).

Yo no me cuidaba. Para mí la diabetes empezó primero como un resfriado [...] Y yo fui al doctor por ese dolor de espalda [...] y ya, me mandaron a hacer estudios y salí diabética. Había pasado la neumonía, duré 15 días con la neumonía, internada y cuando salí, siguieron los estudios y me dijeron que tenía que tomar medicamentos. Duré un tiempo tomando metformina nada más y no, siempre subía, bajaba, subía, bajaba. Nunca estaba estable hasta que llegué a urgencias con 500 de azúcar, por un susto [...] ahí fue la primera vez que me pusieron insulina y luego ya, me dieron la insulina y los medicamentos y me dijeron que tenía que estarlos tomando de por vida, fue un resfriado para mí, volvió a ser un resfriado para mí, o sea cuidándome sí y no. Me puse la insulina y ya se me terminó y ya no la volví a pedir, hasta que fui con el doctor, otra vez por resfriado y me dijo: “no, es que ya tienes que seguir poniéndote el medicamento tú, ya eres diabética, ya 500 ya cuenta, no nomás es 120 o 130, lo tuyo ya fue 500”. Y ya desde ahí empecé y ahorita ya tengo 20 años poniéndome insulina (Isabel, 60 años).

Aunque la edad suele estar asociada a la aparición de enfermedades, de forma que el binomio vejez-enfermedad es un estereotipo que ha prevalecido a lo largo de los discursos de las informantes. Es interesante observar que cuando se les preguntó sobre las causas de sus enfermedades, la edad -salvo en un caso- no apareció como un factor explicativo. Para las mujeres que tienen diabetes, la explicación más común fue el factor hereditario, ya que sus mamás o papás también tuvieron diabetes:

Mi mamá era diabética y a los 34 años fui diabética, y mi hija también es diabética (Margarita, 84 años).

Mi papá es diabético, entonces de repente empecé a sentir cansancio y me dije: “se me hace que ya tengo”. Y sí, no me salió muy elevada, pero sí. Y ya cuidándome bien, o sea, me lo controlo bien la diabetes y la hipertensión (Elena, 64 años).

Yo vengo de familia diabética. Mi mamá era diabética y yo dejé mucho tiempo por el trabajo, no me desayunaba, me desayunaba ya tarde, a las 11 o 10 de la mañana. Hacía la comida, cuando ellos comían, comía yo, y así (Isabel, 60 años).

De los relatos anteriores debemos resaltar la etiqueta “diabética” o “diabético”, que según (Mercado-Martínez, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara, 1999) es un término con connotación medicalizada para referirse a las personas bajo la identidad de sus enfermedades.

Por otra parte, dos participantes con hipertensión señalaron que su enfermedad apareció ante la muerte de familiares, una vez que recibieron la noticia, su presión arterial se elevó y ya no volvió a bajar, según explican: “lo que pasa que en ese año se mataron dos hermanos, entonces se me subió la presión y ya no se me volvió a bajar” (Victoria, 73 años). Solo Rosa atribuyó que sus problemas con la hipertensión y la diabetes se debieron a su sobrepeso; mientras que Camila, quien también tiene sobrepeso, lo menciona al mismo tiempo que lo cuestiona:

P: ¿Usted por qué cree que le dio hipertensión?

R: Pues sabe, dicen que por el peso, que por la gordura, pero yo siempre he sido gordita. Nunca he sido delgada, desde chiquita yo he sido gordita, pero, luego aparte, ya ves que cuando tienes presión te sientes mal, yo no siento nada (Camila, 80 años).

Al principio de este capítulo mencionamos que la condición de género en la vejez resulta en una ventaja que les permite a las mujeres aceptar y disfrutar más de esta etapa en comparación con los hombres. Sin embargo, esta misma condición es percibida como una causa principalmente de la hipertensión, que se relaciona a las preocupaciones, el estrés y el cuidado de los otros:

Tiene uno muchos problemas. Muchos problemas. Por los hijos pues, problemas que ellos tienen y uno los agarra, aunque no quiera, uno los siente, porque, ¿cómo no voy a sentir yo si un hijo anda mal?, ¿si a un hijo le va mal?, o algo, pues obligadamente tengo que sentir yo, yo digo que por eso (Eva, 79 años).

Siempre he estado tranquila pero mi esposo tiene Alzheimer, a lo mejor eso influyó también, porque siempre me preocupa, aunque digo yo: “no me voy a preocupar”, para no ponerme yo igual, pero de todas maneras pienso. Y luego tiene un doctor que me dice, un gerontólogo, que me dice: “acuértese, Alba, que usted va a tener que hacerse responsable de él”, entonces yo creo que inconscientemente fue eso (Alba, 78 años).

Cuando murió él [su esposo], luego me dijeron los doctores: “cómo quiere tener presión buena si lo que está lidiando” [...] cuando se murió él, me pegaba un dolor de cabeza a la misma hora y era la presión y yo no sabía que era la presión [...] como dice el doctor, lo lidiaba a él y yo no me atendía (Celina, 82 años).

La medicina como la institución que legitima las enfermedades también coadyuva en la construcción de las explicaciones sobre las causas de los padecimientos, en ocasiones reforzando estereotipos de género como en el caso de Alba, donde el gerontólogo de su esposo le recuerda su deber ser como madre-esposa: es ella quien debe cuidarlo, situación que le genera presión y preocupación. Celina, por otro lado, hizo alusión a lo dicho por el médico quien le mencionó que, debido a su condición de cuidadora de su esposo, su presión se elevó (el esposo de Celina llegó a sufrir hasta cuatro accidentes cerebrovasculares antes de morir). Cabe recordar que, en el capítulo anterior se señaló que en las expectativas de cuidado, se espera que sean las y los hijos quienes cuiden de sus padres y madres mayores cuando estos lo necesitan, pero en la realidad, si la esposa vive, es ella quien se ocupa de la mayor parte de los cuidados del esposo.

De acuerdo con Mier, Romeo, Canto y Mier-Villarías (2007) el cuidado para las mujeres resulta en una tarea obligada que se ejerce desde el cariño y el amor hacia la persona atendida, la cual se asume como una obligación moral, mediante un vínculo emocional. Sin embargo, este cuidado tiene diferentes costes para la mujer cuidadora, los cuales pueden traer consecuencias tanto físicas como emocionales (Mier et. al, 2007; Vicente, De la Cruz, Morales, Martínez y Villareal 2014) y resultar en una enfermedad crónica, como en el caso de nuestras entrevistadas. Si bien al principio de este capítulo mencionamos que la condición de género en la vejez es una ventaja para las mujeres porque llegan a ella con más herramientas y capacidades para hacerle frente a los cambios presentados, al mismo tiempo resulta ser un factor de riesgo, al ser la mujer un *ser para otros*, se descuida la propia salud

en el cuidado y mantenimiento de la salud de los otros (Aldana-González y García-Gómez, 2011).

Salas et al. (2015) señalan que la presencia de un padecimiento crónico representa para la persona una nueva forma de estar en el mundo. Ante la presencia de enfermedades crónicas, las personas se ven en la necesidad de modificar hábitos en sus estilos de vida, sobre todo con relación a la alimentación y la actividad física, además de tomar los medicamentos correspondientes, según lo señalen sus médicos. Sin embargo, no en todos los casos sucedieron estos cambios, por ejemplo, Camila, Victoria, Eva y Lidia, todas con diagnóstico de hipertensión, declaran no haber realizado ninguna modificación después de su diagnóstico. Por otro lado, Alba y Celina señalan haber comenzado a tomar sus medicamentos. Mientras que Rosa, aseguró no haber hecho cambios al momento de recibir el diagnóstico de hipertensión, sino hasta que recibió el de diabetes, 21 años después. Fue hasta entonces que comenzó a realizar actividad física y a cambiar su alimentación:

P: ¿Qué cambios hizo después de que le dieron el diagnóstico de diabetes?

R: ¡Ah!, pues hacer ejercicio. Desde entonces hago ejercicio. Me fui a la asegurada, me mandó la doctora y ahí nos enseñaban a cocinar y a hacer ejercicios, todo muy bien [...] Me gustó mucho y todavía sigo yendo a natación [...] todo eso me ayuda mucho. Si estuviera sin hacer nada, puede ser que si estuviera más descontrolada.

B: ¿O sea que usted no había hecho ejercicio antes, hasta que le dieron el diagnóstico?

E: No, nunca. Hasta que el doctor me lo recomendó.

B: Y la hipertensión, ¿le dio después?

E: No, con la hipertensión tengo como 40 años.

B: ¡Ah!, ¿le dio antes?

E: Sí, con un embarazo y así tuve dos más [...] gracias a Dios la presión siempre la traigo bien, por el medicamento.

B: O sea que cuando a usted le dieron el diagnóstico de hipertensión ¿no hizo ningún cambio?

E: No, hasta que me dijeron de la diabetes.

(Rosa, 71 años).

Isabel por su parte, no realizó modificaciones en su dieta alimenticia hasta que se le presentaron complicaciones derivadas de la diabetes, cabe aclarar también que, actualmente,

de todas las informantes, es la única que en el momento de la entrevista no declaró realizar ningún tipo de actividad física.

Los cambios que hice fue hacer la rutina que debe tener un diabético. Me invitaron a pláticas, iba cuando podía, cuando tenía tiempo [...] Fue bastante tiempo lo que estuve haciendo eso y el que haiga ya tomado la decisión de estar tomando los medicamentos y de tratar de estar controlada, porque sí me controlo, si veo un pastel quisiera comérmelo, pero yo sé que si me lo como, me va a poner mal. Sí me como un chocolate, se me antoja pues y cuando como, trato de comer lo más sano posible, he asistido con nutriólogos, entonces como que ya es la conciencia (Isabel, 60 años).

Como podemos apreciar en el relato anterior, Isabel adoptó la etiqueta que le puso el médico y se identifica a ella misma como una persona diabética, por lo que los cambios que realizó a partir de la aceptación de su diagnóstico “fue hacer la rutina que debe tener un diabético”. Señala también la invitación que le hicieron para asistir a los grupos GAM del ISSSTESON, a los que iba cuando podía y tenía tiempo, situación que se puede relacionar también a la prioridad que las mujeres mayores suelen darles a las necesidades de los otros, antes que a su autocuidado.

En otros casos, el cambio en la alimentación fue y es un asunto primordial en el cuidado de sus enfermedades. Así lo señalaron Margarita, Flor, Rosa, Elena y Sandra, quienes aseguraron haber reducido el consumo de grasas, sodas, harinas, panes, dulces y otros azúcares; sustituir la carne por el pollo; y aumentar su consumo de verduras.

La presencia de padecimientos crónicos demanda una serie de prácticas de autoatención y autocuidado que estas mujeres llevan a cabo además de las que se acaban de mencionar. En el ámbito del cuidado de sus enfermedades, a excepción de Elena, todas las participantes señalan tomarse sus medicamentos tal como les fueron prescritos por sus médicos. Todas ellas se encuentran adscritas al menos a un servicio público de salud, a donde asisten mensualmente a sus citas de control. Victoria y Rosa, además hacen uso de médicos privados cuando sienten que es necesario. Por ejemplo, Victoria visita a su cardiólogo cada

6 meses para chequeos a profundidad y Rosa lo hace cada que siente que lo necesita. Sandra tiene IMSS, pero desde que se mudó a Hermosillo se atiende exclusivamente mediante un médico privado, al que pagan sus hijos junto con sus medicamentos. Eva, además de asistir a sus citas mensuales en el IMSS, menciona que acude con una médica naturista para tratarse cualquier otra afección.

Además de las indicaciones médicas para el cuidado de sus enfermedades, estas mujeres llevan a cabo otras prácticas de autocuidado: toman remedios naturales como pastillas (cápsulas de raíces), tés, vitaminas, omega 3, moringa, entre otros. Quienes tienen hipertensión tratan de no agacharse o levantar cosas pesadas, o hacer actividades que aceleren mucho su corazón. Cuidan de su salud mental al realizar actividades que las hagan sentir bien como salir con sus amigas, asistir a sus grupos, visitar y convivir con sus familiares.

En este punto de su experiencia con sus padecimientos, estas mujeres son conscientes de que es importante cuidarse para evitar complicaciones que pudieran derivar en situaciones de dependencia, sobre todo para las mujeres que tienen diabetes, pues consideran que esta enfermedad es traicionera o puede causar complicaciones graves:

La diabetes es una enfermedad muy traicionera. Todo se complica con la diabetes y la presión, pues ni se diga. Yo cuando, por ejemplo, voy a viajar, que vamos a subirnos a un avión, voy y me checo con el cardiólogo y él me dice si estoy bien, o cómo le hago con los medicamentos (Rosa, 71 años).

De mis enfermedades, pues me preocupa más la diabetes, que llegue un punto en el que no la pueda controlar, porque como te digo, la diabetes puede ser también otro problema. Por ejemplo, cuando tienen un tumor en el páncreas y todo eso, por más que pongan dieta y todo, no se controla, porque ya es otra cosa pues (Elena, 64 años).

Pero también, dicen que no hay que preocuparse por situaciones que aún no llegan, por lo que reaparece nuevamente la importancia del buen estado de ánimo, que ayuda a no dejarse vencer por la enfermedad.

Yo creo que lo que más le preocupa a cualquier persona es no poderse valer por sí mismo, en determinado momento. Aunque es ineludible que va a llegar el momento que no vas a poder con X situaciones, ¿verdad? Pero realmente no me preocupa, si no ha llegado, hay que esperar a que llegue (Victoria, 73 años).

Como te digo, yo no la tomo como enfermedad esa [la hipertensión]. Yo disfruto mi vejez, porque yo digo: “yo no estoy enferma”. Y hay otras personas que dicen: “ay, que me duele acá, que no me puedo mover”, y que quién sabe qué, y luego no me gusta a mí que me tengan lástima, tampoco (Flor, 71 años).

¿Qué me preocupa? Pues yo creo que nada, porque todas tenemos enfermedades y todas tenemos que llevarlas a como Dios nos mande, ¿para qué se va a preocupar uno? Si tiene remedio, pues qué bueno, y sí no tiene, pues ni modo (Lidia, 77 años).

Todas estas prácticas que las entrevistadas llevan a cabo les ayudan a construir una autopercepción de sí mismas, como personas sanas y con un buen estado de salud:

Gracias a Dios he sido sana yo, porque veo gente más joven que yo que, ¡huy! Ahorita con el diabetes, que esto, que el otro. Puros achaques y de gente que son más jóvenes que yo, y digo yo: “¡mira, qué suerte he tenido!” (Camila, 80 años).

Recordemos que, en la vejez, la salud no solamente es la ausencia de enfermedades, sino contar con energías, ser capaces de realizar sus actividades y sentirse bien, por lo que una autopercepción positiva de la salud puede aparecer incluso ante la presencia de complicaciones derivadas por las enfermedades. Tal es el caso de Isabel quien es la participante más joven de este estudio, pero quien expresó tener algunas complicaciones de salud derivadas de su diabetes (véase cuadro 4).

Pues yo digo que si no fuera buena [su salud], yo ya me hubiera muerto. Si no me cuidara yo ya me hubiera muerto, yo digo que yo voy a durar unos 10 años más, pienso yo, que, con mi manera de cuidarme, porque sí soy bien corajuda, pero con mi manera de cuidarme, pienso que puedo durar unos 10 años más si no es que más (Isabel, 60 años).

La posibilidad de dependencia aparece en estas mujeres como un miedo recurrente. Cuando se les preguntó acerca de qué es lo que consideran lo más difícil de ser una mujer mayor mencionaron de manera frecuente como: “querer hacer y no poder”, depender de los

demás para bañarse, comer, o moverse. Celina incluso llegó a mencionar que prefieren morir, antes de llegar a una situación como esa.

[Lo más difícil] pues es ya no hacer nada, así que le anden haciendo todo, que la anden bañando, que todo pues, porque ya no puedes hacer nada. ¡Ay no!, yo no quiero, mejor que me lleve Diosito antes de que me pase eso (Celina, 82 años).

“Mientras yo me pueda mover nada se me hace difícil” respondió Flor ante la misma pregunta, respuesta que resume de buena manera lo que hasta aquí se ha expuesto sobre lo que significa ser mujer mayor con alguna enfermedad crónica. Veamos ahora, cómo su condición de actividad y su pertenencia a los grupos les ayuda en la configuración de los significados de la vejez y su envejecimiento.

6.3 Otras formas de envejecer son posibles: el paradigma del envejecimiento activo

Las experiencias de envejecimiento de estas mujeres se pueden ubicar dentro de un nuevo paradigma denominado *envejecimiento activo*, que ha sido definido por la OMS como un proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (OMS, 2002).

Este paradigma, no solamente contempla el cuidado de la salud, sino también la participación social de las personas mayores por lo que resulta importante aclarar que el término activo “hace referencia a una participación continua del adulto mayor en actividades sociales, económicas, culturales, religiosas y cívicas, y no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en el mercado laboral” (ibid. p. 99). Es decir, que cada persona tenga la oportunidad de elegir aquellas actividades que le sean significativas según sus gustos, oportunidades y recursos. Tal como lo expresa Camila: “la vejez se disfruta cuando una hace lo que le gusta hacer”.

De acuerdo con las experiencias de estas mujeres, la vejez para ellas es una etapa de liberación, puesto que, aunque continúan realizando las labores domésticas de su hogar, la carga disminuye al ya no tener la obligación y responsabilidad de cuidar de sus hijos. Salvo Isabel, ninguna de las participantes cuida de manera obligada a sus nietas o nietos. Esta situación, por tanto, hace que estas mujeres vivan su vejez como una etapa en donde disfrutan de mayor tiempo libre:

P: ¿Siente usted que ahora tiene más libertades que antes?

R: Pos fíjese que sí, soy más libre ahorita que cuando estaba yo joven ¿por qué? Porque cuando estaba joven tenía que trabajar, tenía que hacer esto, tenía que hacer lo otro, tenía que ver a los hijos ¿Cuándo veía usted la libertad? Pues nunca, y ya ahora pues la estoy disfrutando. Es lo que les digo [a mis hijos] que ahora yo estoy disfrutando lo que yo no disfruté en mi juventud (Sandra, 70 años).

Dentro del marco del envejecimiento activo de la OMS, la autonomía se define como “la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias” (OMS, 2002). Disponer de tiempo libre dota a estas mujeres de sentimientos de autonomía, por lo que ahora pueden decidir en qué usar sus tiempos, dejar de *ser para otros* para comenzar a *ser para sí* mismas (Lagarde, 2005), sus rutinas ya no están basadas en las necesidades de los otros y en sustitución se satisfacen necesidades personales.

Antes batallaba mucho, todavía en los años pasados hacía tamales para vender, aquí traía lonches para vender y ahora ya no, ni tortillas hago, me dice mi hijo: “ya no hagas tortillas, ahorita voy a ir a comprar yo”. Y mejor para mí [...] ya no tengo la mortificación de mis hijos, porque ya están grandes, ya crecieron y ya tienen quién los vea. Me siento con más libertad de irme a donde me dé la gana y antes no lo hacía porque decía: “ay, va a venir fulanito o menganito”. O los domingos se me juntaba toda la raza¹⁹, ni chance de salir y ahora no, ahora digo: “el domingo me voy a ir pa’ fulana parte”, y me voy (Lidia, 77 años).

¹⁹ Se refiere a su familia

Pero esta autonomía no nace solamente del mayor tiempo libre que ahora tienen, sino también de una especie de liberación respecto de las obligaciones sociales, pues comienzan a desprenderse de ciertas normativas impuestas que les impedía expresarse como mujeres y como personas.

Cuando estaba más joven uno, la mandaban más. Ahora hago lo que yo quiero y si no les gusta, pues ni modo, ¡qué se aguanten! (Camila, 80 años).

En esta etapa te sientes libre, no libre, liberada, porque en esta etapa no te preocupa nada que la gente diga, que no puedes hacer aquello, o sea, ya no te preocupa, ya no te angustia el qué dirán o... inclusive, lo que te diga tu marido te vale, enserio, o sea, a estas alturas, tú no te vas a preocupar por esas cosas [...] Como que tienes más libertad, inclusive de decir tus opiniones, sea lo que sea, puedes opinar, decir lo que quieras y no hay problema, así se siente uno en esta etapa (Victoria, 73 años).

En los casos que la vejez no significó una liberación para las mujeres fue, porque, por ejemplo, Celina nunca se sintió limitada para realizar lo que quiso hacer. Ella formó parte de un equipo de *cachibol* con el cual viajó a competencias a diferentes estados del país y según ella misma dice “mi esposo nunca me privó”. Aunque cabe resaltar que cuando Celina se mudó a la ciudad de Hermosillo, fue para que sus hijos estudiaran la universidad, por lo que el tiempo que debía dedicarse a ellos probablemente era menor que si hubieran estado pequeños. En otro caso, Elena relata cómo la vejez para ella no ha sido tan liberadora como lo fue su divorcio, pues vivía en un matrimonio donde la controlaban y no la dejaban crecer de manera personal y profesional, aun cuando ella deseaba hacerlo. La vejez para ella no es más que una extensión de esa liberación, en donde se permite realizar todas las actividades que desea.

[Cuando] ya nos separamos me fue profesionalmente mucho mejor porque como él era muy controlador no tenía la oportunidad de irme a capacitar ni nada porque era “sales del trabajo y te vienes para acá” [...]. Y luego, yo quería superarme y así no se podía, tenía que ir a cursos, tenía que estar más allá. Entonces ya me divorcié y tuve la oportunidad de darme más tiempo a mí y ya me fui superando, inmediatamente me

subieron de puesto, luego me volvieron a subir de puesto, me dieron la oportunidad de estudiar y sí, y la verdad es que sí, viví más para mí (Elena, 64 años).

“Pasearse” es una de las actividades que les ayudan a disfrutar de su vejez más mencionadas entre las entrevistadas. Convivir con sus hijos, hijas, nietas, nietos y visitar familiares que viven en otros municipios, les levanta el ánimo y las hace sentirse felices. Esto se refleja en su autoestima y en su autocuidado.

Yo disfruto mucho, fíjate, es que antes no era como ahora que salen, que: “vamos al *baby shower*” que aquí y que allá, ¡no! Antes era el hogar nomás y ahora es cuando la disfruto, salgo más {risas} y que gracias a Dios nos hemos paseado mucho (Rosa, 71 años).

Pa’ donde quiera me andan jalando y estoy disfrutando. Si estuviera yo más encerrada, ya me hubiera hasta ahorcado yo misma, pero no. Que uno me lleva, viene el otro, me lleva y ahí ando disfrutando un rato mi vejez. Porque sí me llevan, inclusive ayer me llevaron a las albercas que están por acá, aunque no me meto, pero ahí estoy sentada mirando que andan en la alberca, que andan bailando, ¡uy!, para mí eso es lo que disfruto, no nomás estar aquí encerrada” (Sandra, 70 años).

Soy mala para comer cuando estoy sola, a veces, hasta me da flojera hacer comida, pero, cuando salgo, que tengo muchas parientes, primas y sobrinas y tengo a mi hermano en Moctezuma y tiene muchas hijas y voy para allá. Y me llevan ellas, mi hijo está en Álamos y voy a visitarlo, me la paso muy a gusto. Aquí mi hija, la que te digo que me ayuda mucho, tiene muchas hijas, cinco tiene, y muy bien con todas y ¡uy, como feliz!, ¡como mucho, mucho como! Como muy a gusto (Eva, 79 años).

Dentro de las percepciones de nuestras entrevistadas se encuentra que las mujeres disfrutan más que los hombres de la vejez. De acuerdo con Ramos (2017), esto sucede porque las mujeres “están más capacitadas para vivir solas que los hombres porque se desenvuelven mejor en las tareas del hogar, mientras que los hombres necesitan de otras personas, es decir mujeres, para tener cubiertas sus necesidades domésticas” (p. 255), lo que las hace más independientes. Pero también son importantes las relaciones sociales que establecen con otras mujeres, por ejemplo, Eva, quien es viuda, relata cómo fue su adaptación a la soledad después de la muerte de su esposo:

[Después de que murió mi esposo] tuve que aprender a no tener miedo, por ejemplo, cuando él falleció yo me iba todos los días a dormir con mi hija [...] hasta que una amiga me dijo: “¡no, estás mal tú, estás mal!” me dijo: “¿por qué te tienes que ir todos los días, tienes miedo o qué?” –“pues, la verdad sí tengo miedo”. Sí tenía miedo yo [...] Y pues me dijo mi amiga: “mira, si te vas con la Camelia, si te estás un año allá o dos años, después vas a empezar apenas a sentir la soledad, tienes que ser fuerte y quedarte aquí”. Y pues sí, tuve que ser fuerte y aguantarme (Eva, 79 años).

En concordancia con lo reportado por Ramos (2017), quien señala que las mujeres viudas afrontan la pérdida de sus esposos con resiliencia y una vez pasado el duelo, pueden enfocar su vida a proyectos personales en diferentes ámbitos. De la misma manera, Eva, una vez que pasó el duelo y la adaptación a la soledad, fue invitada por una amiga suya para asistir al grupo de manualidades en INAPAM y después a las reuniones sabatinas de Abuelos Trabajando. De esta manera, Eva disfruta su vejez mediante la asistencia a grupos, que además la mantienen activa tanto física, como mental y socialmente al contar con una amplia red social que le sirven de apoyo y acompañamiento. Estas actividades son para ella altamente significativas.

¡Huy! me desespero porque se lleguen los días en los que tengo que venir y luego yo siento que me quieren muy bien todas. [Hace unos días] a todas nos pusieron una hoja blanca en la espalda y nos dieron una pluma a cada una, y cada uno nos poníamos algo. A la que tú vieras que andaba ahí con la hoja, te arrimabas y le escribías cosas que tú sientes por ella, y ya venía otra, y me escribía otras cosas a mí y a todas, todas a todas. Ay, cuando me quité la hoja, ¡qué bonito!, la voy a poner en un cuadro. Me dijeron unas cosas tan bonitas: que me quieren mucho, como si fuera su hermana, que soy muy activa, muy comedida, muy buena, nunca estás enojada y así, puras cosas así (Eva, 79 años).

Un caso similar es el de Celina, quien después de que murió su esposo fue invitada a asistir a Casa de los Abuelos y ahora es una de las asistentes de mayor antigüedad en esa casa:

Acababa de enviudar y fui a sacar la credencial²⁰ pa' los ruleteros, entonces a mí me conocía Elizabeth, una trabajadora social que antes trabajaba aquí [Casa de los

²⁰ En Sonora las personas mayores tienen tarifa preferencial en los transportes públicos, pero para que esta tarifa sea efectiva se necesita de una credencial específica que es a la que se hace referencia aquí.

Abuelos] y me preguntó por José [su esposo] y entonces le dije: “no, ya se fue”, –“pa donde”, me dijo ella, -“falleció”, le dije yo y entonces me dijo: “¿te quedaste sola o quién está contigo?” –“no, sola”, -“no, no te estés sola, vente para acá”. Y a los días ya abrieron aquí esta casita y fue cuando me vine (Celina, 82 años).

Lo que se busca a través del envejecimiento activo, tal como lo dice la definición es un bienestar físico, mental y social que algunas de estas mujeres consiguen a través de las diferentes prácticas anteriormente descritas, pero también, como veremos a continuación, mediante la asistencia y la pertenencia a grupos dirigidos a personas mayores. En este punto, es importante destacar que disponer de tiempo libre fue un factor clave para que estas mujeres comenzaran a decidir qué hacer con su tiempo libre y cómo disfrutar esta etapa de la vida.

Envejecer con participación social: la experiencia de asistir y pertenecer a grupos

En el marco del envejecimiento activo, la participación social es uno de los ejes fundamentales para disfrutar de una vejez satisfactoria y se entiende como “el proceso de interacción personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una ocupación conjunta y que es percibida por la persona como beneficiosa” (SENAMA, 2009, en INAPAM 2010, P. 21). De esta manera, la existencia de grupos de los cuales pueden formar parte las personas mayores “son recursos significativos para el logro o incremento de la calidad de vida de las personas” (Ibíd.).

Nuestras entrevistadas participan en tres diferentes grupos: AMA, Casa de los Abuelos y Abuelos Trabajando por Sonora I.A.P., los cuales son diferentes entre sí en su conformación, objetivos y con relación a las actividades que ofrecen: AMA es un grupo de actividad física independiente que se reúne todos los días a las 6 de la mañana para hacer actividad física. Además de realizar ejercicio, algunas de ellas formaron un subgrupo de danza folclórica que ensayan después de su sesión y hacen presentaciones. Casa de los Abuelos es una institución municipal a cargo de DIF Hermosillo, que funciona como una

estancia de día para las personas mayores. Aceptan hombres y mujeres en buen estado de salud, esto quiere decir, que no reciben personas que tengan discapacidades físicas, problemas mentales o que necesiten atenciones especiales. A decir de la coordinadora de la casa visitada, Casa de los Abuelos es evaluada de dos distintas formas por las personas que la han visitado: como un lugar pasivo donde solo se va a estar sentada/o, o como un lugar en donde pueden convivir, platicar, jugar y salir de la rutina. Las aquí entrevistadas forman parte de esta segunda opinión. Por último, Abuelos Trabajando es una institución de asistencia privada, cuya misión es “difundir la nueva cultura de envejecer sanos, activos y modernos”, mediante cursos en los que enseñan a utilizar las nuevas tecnologías; capacitación para el trabajo; o pláticas informativas, siendo estas últimas en las cuales participan las informantes de este trabajo.

Las formas en las que llegaron a estas instituciones varían según el grupo al que pertenecen. En el caso de las participantes de Casa de los Abuelos, dos de ellas fueron invitadas por una excoordinadora en ese entonces, Celina, como ya se mencionó, fue invitada por una trabajadora social al morir su esposo y Camila, por una conocida suya, pero no fue hasta que su hijo, que es trabajador de DIF, también la invitó y la llevó un día.

Una amiga mía, con la que antes hacía actividad física, entró aquí y un día me habló y me dijo: “verás, véngase a la Casa de los Abuelos. ¡Verá qué suave está!, véngase” –“¡ay, pero la casa!” –“la casa no se va a hacer nada, véngase”, me dijo ella. Pero pues no, no vine, pero mi hijo como trabaja él en el DIF, me dijo un día: “amá, ¿por qué no entras a la Casa de los Abuelos?” –“pues me está invitando una amiga”, le dije yo, “entra, yo te voy a llevar”. Trabajaba Elizabeth, fue la primera que trabajaba aquí como Ceci pues [La coordinadora actual de la casa] y ya me trajo él y le dijo: “Eli, aquí te traigo a mi mamá” –“ay, ¿de veras?, ¡ay, qué bueno!” y sí, ya me dijo: “sí, quédese, ¡verá qué a gusto va a estar!”. Pues ya me quedé aquí, ya voy a cumplir 10 años aquí y muy a gusto, porque ellas se portan muy bien con nosotros, nos atienden muy bien, muy a gusto (Camila, 80 años).

Lidia, por su parte, menciona que siempre participó en los programas del DIF y anterior a la creación de la Casa de los Abuelos, en ese mismo espacio ella había participado

como voluntaria en los programas y actividades de esa institución, por lo que la creación de la Casa, para ella, fue como una continuación de su participación en los programas del DIF:

Yo aquí tengo como unos 50 años en este pedacito. Primero, yo venía aquí a entregarles a los niños desayunos, 20 centavos que les cobraban por eso y desde entonces estoy aquí yo y luego se cerró [...] y después fue un club de madres en donde yo estuve también. Aquí parí a mi último chamaco, el que tiene 46 años. Estaba embarazada cuando veníamos aquí al club de madres y pues toda una vida tengo aquí en este pedacito. Cuando jugábamos al *cachibol* estaba cerrado, era panadería y cuando cerraron la panadería, yo tenía la llave y entrábamos por esta puertecita, a jugar aquí (Lidia, 77 años).

Solo Margarita llegó a la casa por recomendación médica, por una vez que se cayó y el médico le sugirió a su hija llevarla.

P: ¿Y cómo es que llegó a este grupo?

R: Por un golpe que me di, me caí de la cama de la casa y luego me comenzó a salir mucha sangre. Le hablé por teléfono [a mi hija] y vino por mí y me llevaron con un neurólogo y ya, ese fue el que dijo a mi hija que me trajera aquí (Margarita, 84 años).

Por su parte, las participantes del grupo AMA, entraron todas por invitación de alguna conocida que ya asistía anteriormente, pero también por un interés particular de realizar actividad física, además de la practicidad de que les queda cerca de su domicilio. Por ejemplo, Elena y Flor son las que tienen más tiempo ahí y ellas fueron invitadas por amigas que asistían a un grupo anterior y posteriormente decidieron abrir el grupo en la ubicación actual. Flor, quien sufría dolores a causa del nervio ciático, se convirtió en profesora de yoga del mismo grupo después de probar por sí misma los beneficios de la actividad.

Yo llegué al grupo de la otra iglesia y me invitó Susana [la maestra de yoga en ese momento], entonces entré y me gustó y ya después nos dijeron de acá, de la iglesia San Pablo [ubicación actual], que ellos querían abrir otro grupo [...] y nos fuimos a San Pablo y allá empezamos otro grupo (Elena, 64 años).

Yo iba a zumba pero me enfermé de la ciática y ya no podía caminar, me dolía mucho [...], entonces una amiga mía pasaba todos los días con un tapetito y un día le pregunté: “¿oiga, están dando zumba?, ¿a dónde va, al zumba?”, y luego me dice: “no, estoy yendo a yoga aquí en la iglesia, ¡vamos, verá qué suave!”. Y luego otra amiga me dijo después: “anda, déjate de andar yendo a esas cosas del zumba, vámonos al yoga, ¡verás qué suave!., Te vas a sentir mejor, te vas a aliviar de la

ciática” –“ay! no, es que no me gusta”, le decía yo, y me decía mi esposo: “busca un lugar en donde den ejercicio aquí cerca, Flor, para que no vayas hasta allá, ve al yoga”, me decía y yo seguía terca con que no me gusta y me dijo: "mira, ve un día y si no te gusta ya no vuelvas”. Y pues resulta, ¡mira, qué tanto me gustó, que ahora hasta doy clases! Pues ya fui y me sentí tan bien el primer día que me quedé y duré cinco años, la ciática se me alivió como a la semana y pues muy a gusto me he sentido (Flor, 71 años).

Victoria solía salir a caminar, pero debido a lesiones en su rodilla y a que el grupo se abrió muy cerca de su casa, comenzó a ir a yoga. Por su parte Rosa, desde que recibió el diagnóstico de diabetes comenzó a preocuparse, primero por bajar de peso, para después mantenerse realizando actividad física. Menciona que anteriormente asistía a la asegurada del IMSS pero que el grupo AMA le queda más cerca, por lo que decidió cambiarse.

Como ya no puedo caminar en cemento y siempre me ha gustado la yoga -en un tiempo cuando estuve más joven, antes de casarme, un tiempo practiqué yoga-cuando vi que se vinieron aquí, como a los 6 meses de que se vinieron me incorporé con ellas (Victoria, 73 años).

Yo entré cuando estaban en la otra iglesia, ya hace algo. Empecé ahí y dejé de ir porque estaba más lejos pues, para allá. Después me fui a la asegurada y ya cuando abrieron aquí dije: “ah pues voy a venirme para acá” y pues está muy bien porque es estiramiento (Rosa, 71 años).

Alba, mencionó que ella nunca había hecho ningún tipo de actividad física hasta que la invitaron a este grupo y cuenta cómo es que su cuerpo era rígido y no podía hacer casi ningún movimiento, pero con el apoyo de sus compañeras se sintió cómoda, le gustó y decidió quedarse.

Resulta que un día, ya me habían invitado cuando estaban en la otra iglesia, y un día que pasé por la casa de la maestra me dice: “oiga, ¿usted no va a yoga?”, y le digo: “fíjese que me han invitado, pero se me hace lejos”, y me dijo: “pero ahora estamos allá, cerca de la Apollo”. Y otro día ya vine (Alba, 78 años).

Las asistentes a las pláticas informativas de Abuelos Trabajando comenzaron a ir siendo invitadas por compañeras y los motivos por lo que decidieron asistir son variados. Eva, como ya mencionamos, acude también a un grupo en INAPAM y fue invitada por una

amiga suya a Abuelos Trabajando, de esta manera complementa su semana pues mientras que a INAPAM asiste martes y jueves, a Abuelos Trabajando solo va los sábados. Por su parte Isabel, quien solía asistir a *Alanon*²¹, pero declara no poder seguir haciéndolo por sus condiciones físicas, , fue invitada por una amiga suya a este grupo y dado que solo es un día a la semana, decidió ir como una forma de seguir asistiendo a grupos.

Sí, pues te digo que apenas cumplí los 60 años y ya me dijo mi amiga: “ah, pues ahora que cumpliste los 60 años, vamos para allá”, me dijo. Y sí ya fui y me gustó. En la primera plática que fuimos nos hablaron de que tenemos que aceptar nuestra edad, los cambios, de cómo convivir con la familia, en la sociedad (Isabel, 60 años).

Sandra también fue invitada por una conocida suya, pero como ya se mencionó antes, es la única interesada en encontrar trabajo, así que asiste cada semana por dos motivos: para salir de su casa y convivir con gente de su edad y para encontrar un trabajo que la mantenga activa.

Me llevó una señora de aquí, que vive como a cuatro calles. Un día estuvimos platicando en la escuela y me empezó a platicar y me dijo: “¿por qué no va ahí a los abuelitos trabajando?”, y le pregunté: “¿dónde?”, y ya me empezó a decir y ya fui [...] Y seguí yendo (Sandra, 70 años).

Anteriormente mencionamos que el disponer de tiempo libre es un factor clave para decidir en qué usar ese tiempo, pero también lo son las redes sociales, como vemos, la mayoría de las mujeres que participan en estos grupos, lo hicieron por invitación de otras que ya asistían. A excepción de las asistentes a Abuelos Trabajando, las mujeres del grupo AMA y de Casa de los Abuelos viven cerca de los grupos, por lo que además de tener el tiempo y la invitación, pueden llegar a ellos de manera fácil. Cabe destacar también aquí, las trayectorias de participación de algunas de estas mujeres, como Lidia, quien menciona que

²¹ Grupo de autoayuda similar al de Alcohólicos Anónimos.

anteriormente era voluntaria de programas del DIF, o como Camila, Flor, Victoria y Rosa, quienes con anterioridad a estos grupos realizaban actividad física en otros lugares.

La mayoría de las participantes tienen más de 3 años asistiendo a los grupos (véase cuadro 7) por lo que cabe indagar sobre las razones que las mantienen en ellos.

Cuadro 6. Participantes por grupo y tiempo que tienen asistiendo

Nombre	Grupo al que asiste	Tiempo asistiendo
Margarita	Casa de los Abuelos	4 años
Camila	Casa de los Abuelos	10 años
Celina	Casa de los Abuelos	11 años
Lidia	Casa de los Abuelos	11 años
Alba	AMA	3 años
Flor	AMA	5 años
Victoria	AMA	3 años
Rosa	AMA	3 años
Elena	AMA	5 años
Sandra	Abuelos Trabajando	3 meses
Eva	Abuelos trabajando e INAPAM	7 años
Isabel	Abuelos trabajando	2 meses

En todas las participantes, se manifiestan sentimientos de bienestar y de lo que más les gusta de asistir a estos grupos se encuentran las relaciones sociales que construyen en su interior, mencionadas por ellas como la convivencia, la amistad y el compañerismo.

P: ¿Y qué la mantiene en el grupo?

R: La amistad, todas nos hablamos y todo.

P: ¿Le gusta a usted venir aquí?

E: ¡Ay, me encanta!, la compañía de las compañeras y las jugadas de lotería.

(Margarita, 84 años)

Pues más que nada la convivencia con las compañeras, muy a gusto con todas. Yo estoy muy bien con todas las compañeras, yo no tengo problemas con nadie y aparte que nos atienden muy bien, nos atienden muy bien. En la mañana llegamos y el café y las galletas, a medio día la comida, ya después de comer ya nos podemos ir, a la 1, 1 y media. Como mi hija sale a la 1 y llega por mí y ya nos vamos (Camila, 80 años)

R: Me mantiene, aparte que me gusta en sí el grupo, las personas, tú sabes que hay personas muy agradables, otras no tanto, pero debes tener tolerancia para todos. Todos somos diferentes, yo siempre digo, todas somos muy especiales, les digo yo, claro, hay cosas que no te gustan, pero las toleras (Victoria, 73 años).

R: En primer lugar, que me siento bien con los ejercicios, físicamente, y el compañerismo de las muchachas, tú te has dado cuenta de que son bien buena onda todas y eso es lo que me mantiene (Flor, 71 años).

Ramos (2017) sostiene que “la participación en los grupos de apoyo es crucial para generar en estas mujeres más autoestima y con ellos dotarles de las herramientas necesarias para sentirse capaces de superar situaciones difíciles o conflictivas que han arrastrado a lo largo de sus vidas y que les ocasionan mucho sufrimiento en la vejez” (p. 261). Algunas mujeres como Alba mencionan explícitamente que su autoestima ha mejorado desde que asisten al grupo:

Estoy muy a gusto, las compañeras. Cuando menos voy y veo otras caras, platico, chismeo [...], he estado muy a gusto porque ha cambiado mucho mi autoestima. Antes, cuando recién fui, no podía hacer nada yo y luego ella una señora y paró, y me dice “así mire, ponga bien así”. Entre todas me ayudaron, porque yo nada no sabía (Alba, 78 años).

En otros casos, como los de Lidia y de Sandra, les ayuda a paliar sentimientos o pensamientos relacionados con la depresión:

Me siento bien, fíjate. Me siento bien, me siento tranquila y el día que no vengo pues le echo menos. Cuando nos toca que nos den las vacaciones, ¡ay hijuela!, hasta me enfermo, me entra depresión de estar en mi casa, porque ya está impuesta una a venir. Aquí ya tenemos 10 años en la casita del abuelo y así yendo y viniendo, yendo y viniendo, con calores y fríos y todo, pero aquí estamos (Lidia, 77 años).

Muy bien, bien bonito, porque quiera o no quiera, va usted a platicar con alguien, yo me siento bien, porque no es lo mismo salir, subirme al camión y vas platicando. Como que la vida se me hace más bien, le digo, de estar encerrada yo me estoy acabando, me estoy acabando [...]. Gracias a Dios y ahora más que le digo que me dieron esa esperanza de trabajar, me siento más alegre, porque siento que me dieron esa esperanza de trabajar en algo (Sandra, 70 años).

Retomando la definición de participación social, podemos ver que por el tiempo que estas mujeres tienen asistiendo a los grupos se han comprometido con ellos, a la vez que se comprometen con su propio bienestar al identificar de qué manera son beneficiosos para ellas. En casi todos los casos, el beneficio más reconocido es el de las relaciones sociales, ya que los grupos permiten a las mujeres mayores contar con redes sociales adicionales a la familia, que tiene efectos en su autoestima y da como resultado una autopercepción y experiencia positiva de la vejez. Esta situación coincide con lo reportado en investigaciones previas donde los autores señalan que el aumento en el capital social de las personas mayores se encuentra estrechamente vinculado con el bienestar (Enríquez, 2014); o que las personas mayores manifiestan sentirse más contentas, animadas y con más autoconfianza y autoestima (López, 2013); y que la actividad física también se relaciona con una mayor autoestima en personas mayores, así como con una mejor situación social y un envejecimiento saludable (Barrera-Algarín, 2017). Con base en lo anterior podemos explicar porque las vivencias de nuestras entrevistadas, así como sus autopercepciones se diferencian y apartan de la construcción social de la vejez que comprende a las personas mayores como dependientes, enfermizas y vulnerables.

El envejecimiento activo es “un proceso de oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, fomentar la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales” (Montes de Oca, 2010, p. 164). Pero para conseguirlo, debemos eliminar las imágenes estereotipadas de las personas mayores que condicionan los significados de envejecer y de la vejez. En México el reto es doble, porque además de la existencia de estos estereotipos, el envejecimiento ocurre dentro de un contexto de problemas estructurales como la pobreza, la inseguridad y la desigualdad (Gutiérrez, Agudelo y Medina, 2016). De acuerdo

con la OMS “no es lo mismo envejecer en un país con políticas y programas que cubren las necesidades básicas y esenciales para la vida de una persona mayor, que en otros donde este segmento de población ni siquiera forma parte de la agenda política” (OMS, 2015 en Cambero, 2019).

A pesar de que el envejecimiento activo aparece como uno de los cinco ejes rectores del INAPAM, en México, la ley de los derechos de las personas adultas mayores no ha conseguido adoptar totalmente la perspectiva de los derechos humanos, por lo tanto, tampoco existe una política pública de envejecimiento (Vivaldo, 2019)²² que procure la formación de ciudadanía que promueva la participación de las personas mayores. Las políticas públicas asistencialistas deben reorientarse hacia un enfoque de derechos humanos en donde se contemple el ejercicio de la ciudadanía en la vejez puesto que “se tiene la percepción de que estas personas son meras receptoras de recursos públicos y apartadas de los procesos sociales” (Cambero, 2019, p. 69). En este sentido, cabe destacar el origen de la conformación de dos de estos grupos: AMA es un grupo enteramente independiente que demuestra cómo las personas mayores con apoyos y recursos pueden auto organizarse y formar asociaciones tanto para sí mismas, como para otras personas mayores. La asociación Abuelos Trabajando por Sonora es una institución de asistencia privada fundada por una persona mayor que gestiona recursos públicos para la implementación de varios programas, con la finalidad de mantener a las personas mayores en la esfera pública.

²² Esta investigadora señala las diferencias entre una política pública sobre la vejez y una política pública del envejecimiento. Esta última, estaría orientada a trabajar en todas las etapas de la vida (en todo el proceso de envejecimiento) de forma que, cuando se llegue a la vejez, esta se consiga con salud, seguridad social, económica y participación social (Seminario de los derechos humanos de las personas adultas mayores, 2019).

Resumiendo, a través de las percepciones y experiencias expuestas a lo largo de este apartado, podemos observar la importancia de la existencia de grupos asequibles para el desarrollo personal y comunitario de las mujeres mayores. La existencia de espacios, la facilidad de acceso a ellos (cercanía), contar con tiempo libre, así como capacidad para decidir qué hacer con él y por último, las redes sociales que se establecen resultan factores claves para asistir y mantenerse en estos grupos, contribuyendo así a las vivencias de un envejecimiento activo. Por tanto, para el caso de Hermosillo, se podrían retomar estas experiencias como un acercamiento hacia la construcción de un envejecimiento activo en la ciudad.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo por objetivo responder a la pregunta: *¿Cómo se expresa la construcción social de la vejez en las percepciones y vivencias de las mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión?* Para dar respuesta a esta interrogante se utilizaron dos técnicas de investigación que a su vez, ayudaron a responder las preguntas específicas: una encuesta exploratoria que nos aproximó al tema de investigación y una entrevista semiestructurada, que profundizó en las vivencias y significados sobre el envejecimiento y la vejez de las mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión. Los ejes transversales de construcción del objeto de estudio y del análisis de la información recopilada fueron las perspectivas de género y la construcción social de la vejez. Sin embargo, a la luz de los resultados de las entrevistas, tuvimos que agregar al análisis el paradigma del envejecimiento activo.

Nuestros principales hallazgos tanto en la población encuestada, como en las mujeres entrevistadas fueron: que las definiciones de la vejez se dan a partir de la edad, su apariencia y estado de salud. Consideran que las personas son independientes y en ocasiones, pueden cuidarse a sí mismas. En caso de que no, son las y los hijos los principales resultados de ese cuidado. Encontramos diferencias de género en sus percepciones, pues están de acuerdo en que hombres y mujeres no envejecen de la misma manera. Las mujeres aceptan mejor la vejez que los hombres, además de que se considera que trabajan más. Se encontró también que la vejez libera a las mujeres al disminuir las obligaciones maternas y les da la oportunidad de hacer nuevas cosas. Sin embargo, pese a que podemos decir que tanto la población encuestada como las mujeres entrevistadas, son personas activas y funcionales, mantienen dentro de sus estereotipos una fuerte asociación entre la vejez, la enfermedad y la no funcionalidad. A continuación se presenta una descripción más detallada.

La exploración de las imágenes, los estereotipos y las autopercepciones

Abordar el tema de la vejez y las personas mayores, desde la perspectiva de la construcción social, nos ayudó a comprender que estos fenómenos dan lugar a vivencias particulares de acuerdo con los contextos locales en donde suceden. La vejez, más que una experiencia individual, es social, por lo tanto, las experiencias del envejecimiento y la vejez se construyen a partir de imágenes y estereotipos sobre qué es ser una persona mayor en un contexto específico y se manifiestan en forma de autopercepciones en las personas mayores.

Ante la pregunta específica de investigación: *¿Cuáles son las imágenes, estereotipos y autopercepciones de la vejez de las personas mayores en Hermosillo?* Los hallazgos de la encuesta nos revelan que, según la muestra participante, las personas mayores se definen, en primer lugar, por la edad que tienen y, en segundo y tercer lugar, por su apariencia o su estado de salud; pero estas últimas son señaladas mayormente por las mujeres, más que por los hombres. Ambos sexos están de acuerdo en que las personas mayores son independientes, que pueden cuidarse por sí mismas, y en caso de necesitar de cuidados, el 43.1% señalaron que son las hijas y los hijos los primeros responsables de esta tarea. Desagregando este resultado, encontramos que son más las mujeres que los hombres, quienes consideran a las hijas para el cuidado y ningún hombre señala a los hijos como posibles cuidadores de sus mayores.

Un hallazgo relevante es la referencia de los encuestados y encuestadas de considerar a cuidadores profesionales, aunque según los resultados, son más los hombres, que las mujeres, quienes optaron por esta opción.

Hombres y mujeres coincidieron en señalar que no envejecen de la misma forma. Así también que son ellas quienes trabajan más que ellos, por todas las actividades domésticas que han realizado durante su vida y que continúa en la vejez. Al mismo tiempo, encontramos

en sus percepciones que las mujeres disfrutaban más de la vejez, por tres principales razones: 1) tienen una relación más cercana con la familia y/o amigas; 2) la vejez les otorga sentimientos de mayor libertad al ya no tener hijos que cuidar -y en algunos casos esposo- lo que les permite hacer otras cosas; 3) y en tercer lugar, porque las mujeres aceptan mejor que los hombres la vejez y sus enfermedades. Es decir que, el papel de género desarrollado a lo largo de sus vidas, opera en la vejez a favor de las mujeres mujeres mayores, puesto que construyen relaciones que mantienen en esta etapa, así como la aceptación de los cambios y el manejo de sus enfermedades. Por otra parte, está el tiempo libre del que disponen y deciden usar para realizar actividades, que seguramente por la misma condición de género como madres y esposas, no pudieron hacer antes.

En relación con los estereotipos, de acuerdo con las respuestas de hombres y mujeres, encontramos que esta población estuvo generalmente inclinada hacia lo positivo, al reconocer a las personas mayores como productivas, independientes y sabias. Tal valoración positiva fue más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Mientras que ellas señalan en mayor medida que las personas mayores son personas productivas e independientes, los hombres respondieron que son improductivas y dependientes, así mismo, la mitad de ellos, también las consideran como una carga, mientras que la mayoría de las mujeres están en desacuerdo con esta afirmación. Por otro lado, ambos sexos coinciden en no estar de acuerdo con el estereotipo de que todas las personas mayores son iguales y la mayoría señala que no son valoradas por la sociedad.

Sobre sus autopercepciones, las personas encuestadas consideran que tienen una buena experiencia en esta etapa de la vida. Sin embargo, cabe destacar que las mujeres, quienes anteriormente se inclinaron más hacia imágenes positivas sobre las personas mayores y la vejez, tienen una autopercepción menos positiva sobre su salud: el 50% de las

encuestadas valoró como regular su salud, mientras que los hombres lo hicieron en un 34.7%; ellos calificaron en una mayor proporción que las mujeres tener una buena, muy buena y excelente estado de salud. Este dato es un indicador del trabajo que tenemos pendiente hacia las mujeres mayores en la promoción del cuidado y autocuidado de la salud, tanto física como mental.

La mayoría de las y los encuestados, tienen al menos una enfermedad, siendo la diabetes y la hipertensión las más comunes. Consideran que la salud de las personas mayores que conocen es regular dada la presencia de enfermedades crónicas. Además, tanto hombres como mujeres están de acuerdo en que la población adulta mayor es más más enfermiza que saludable y con la afirmación de que a partir de los 60 años comienza un fuerte deterioro de la salud.

Según los hallazgos de la encuesta, podemos concluir que aunque las imágenes y los estereotipos de la vejez, así como sus autopercepciones, son definidas y compartidas socialmente, se diferencian -entre otras cosas- por el género. Este, como constitutivo de las relaciones sociales pauta las diferencias que distinguen a cada uno de los sexos. Dentro de los hallazgos encontramos que los roles y estereotipos de género reproducidos y desempeñados a lo largo de la vida de las personas mayores, ayudan en la construcción de las diferencias en las percepciones entre hombres y mujeres, sobre la vejez. Por ejemplo, las mujeres tienden a tener una valoración más positiva sobre la vejez y las personas mayores, mientras que los hombres se inclinan más por los estereotipos de improductividad, dependencia y carga. Sin embargo, hay un estereotipo que se mantiene y no se diferencia por el género, y es la asociación de la vejez con la enfermedad.

Percepciones desde y sobre la vejez

Tomando como base los resultados de la encuesta, profundizamos acerca de las experiencias y significados a través de las entrevistas a mujeres mayores con diabetes o hipertensión. La información arrojada nos ayudó a responder la segunda pregunta específica de investigación: *¿Cómo perciben y experimentan el envejecimiento y la vejez las mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión?* Encontramos primeramente que para las entrevistadas la edad no es el principal referente para marcar la entrada a la vejez o la consideración de una persona como mayor, en su lugar, toman en cuenta -además de la edad-, el estado de salud o por como se sientan (si se sienten o no mayores). Para ellas, salud es seguir realizando las actividades de la vida diaria, por lo que una persona mayor sería aquella “*que ya no puede moverse por sí misma*”. Esta afirmación fue expresada por casi todas las entrevistadas para referirse a quienes son “*ancianas*”, ya que afirman que lo son por la dependencia y la enfermedad. En sus discursos, las personas ancianas se diferencian de las personas mayores por su condición de actividad, es decir, mientras que estas últimas se mantienen activas e independientes, las primeras, serían, por el contrario, dependientes y con problemas de salud.

Encontramos en las narrativas de las mujeres que ellas consideran que el inicio de la vejez se basa en la distinción entre la edad real (los años que tiene una persona) y la edad sentida (cómo se siente una persona), sobre todo en aquellas mujeres mayores de 80 años, quienes no se identificaron con los estereotipos de dependencia y enfermedad, sino como personas independientes, que aún pueden valerse por sí mismas. De acuerdo con este hallazgo podemos decir que para estas mujeres la edad sentida es incluso más importante que la edad real, pues esta última corresponde a una auto definición de la vejez, en oposición a las imágenes y estereotipos vigentes sobre las personas mayores. Podemos asegurar que esta distinción respecto a la edad sentida tiene que ver con que nuestras entrevistadas son mujeres

activas, autosuficientes y sin deterioro cognitivo. Esto se suma a su afirmación sobre la importancia de mantener un estado de ánimo positivo, sobre todo porque la alegría es asociada con la jovialidad, de forma que aquella persona mayor que es alegre, baila, y ríe, parece más joven de lo que es. Por el contrario, aquella persona que tenga un estado de ánimo negativo tiende a enfermarse y a envejecer más rápido.

Las características particulares de estas mujeres las llevan a construir una doble narrativa sobre la vejez. Pese a que piensan que cada persona decide cuándo inicia su vejez, encontramos también que en sus percepciones mantienen una fuerte relación entre vejez y enfermedad. Las entrevistadas consideran a las enfermedades como algo propio o “normal” de la edad y que por ello no hay personas mayores 100% sanas. Por ejemplo, las mujeres entrevistadas, califican la salud de las personas mayores que conocen como mala, dada la existencia de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, así como por sus complicaciones, pese a que ellas mismas tienen alguna de estas enfermedades. Sin embargo, también, se encontró en las narrativas cómo las entrevistadas reconocen la responsabilidad individual en el cuidado de su salud, y si bien las enfermedades son algo inherente a la edad, las complicaciones graves de salud pueden disminuirse con cuidados.

No obstante, el fuerte estereotipo de vejez-enfermedad, en las entrevistas encontramos que la salud adopta un significado diferente en la vejez que va más allá de la ausencia de enfermedades, puesto que aun en presencia de estas, se tiene salud cuando se tiene energía, que no hay cansancio, se es independiente y capaz de realizar las actividades que desean hacer. En este sentido, las mujeres de esta investigación no se identifican con la vejez, porque al hacerlo se relacionarían con las ideas de enfermedad, dependencia y deterioro. Aunque todas cuentan con al menos una enfermedad crónica -y en un caso con complicaciones-, se consideran a sí mismas como sanas y activas.

En concordancia con los resultados de la encuesta, las mujeres entrevistadas no consideran que las personas mayores sean una carga, y cuando lo son, es porque sus hijos así las consideran, sobre todo cuando tienen que cuidarlas. Al respecto, las entrevistadas señalan que este cuidado no debe ser visto como una carga, sino como una retribución del cuidado que ellas ofrecieron a sus hijos cuando eran pequeños.

Con relación a las expectativas del cuidado encontramos que éstas se depositan en la familia, como una obligación filial, considerando tanto a las hijas como a los hijos los principales responsables, aunque con sus diferencias. De acuerdo con sus percepciones, se espera, por ejemplo, que sean los hijos quienes cuiden a sus papás y las hijas quienes cuiden a sus madres, esto, sobre todo, relacionado a los cuidados de higiene, como bañarlos y cambiarlos. Además, también se encontró el estereotipo de la mujer cuidadora, el cual las concibe como mejores capacitadas para el cuidado que los hombres, al ser más atentas, detallistas y conversar más. Este resultado coincide con lo encontrado en la encuesta, donde observamos que son más las mujeres quienes consideran a las hijas como las principales responsables de cuidar a sus mayores.

Un hallazgo interesante resulta ser la consideración de los cuidadores profesionales al resultar un atisbo de cambio en la obligación filial del cuidado de las personas mayores. Las mujeres entrevistadas señalaron esta opción por varios motivos: 1) porque los y las hijas son jóvenes que tienen su propia vida, familias, hijos y trabajos; 2) porque no tienen tiempo ni espacio para cuidar de sus padres; 3) porque las y los hijos no están capacitados para comprender y otorgar los cuidados necesarios en caso de necesitarlos; 4) y porque no las comprenden o no les tienen paciencia.

Para las entrevistadas, una alternativa a la dependencia, la idea de carga y la necesidad de cuidados, es el autocuidado y la preservación de la actividad como una forma de

mantenerse activas y eliminar o retrasar una condición de dependencia y necesidad de cuidados.

En las autopercepciones de las mujeres entrevistadas se encuentra que consideran que ellas trabajan más que los hombres, debido a que aun en la vejez continúan realizando todo el trabajo doméstico, mientras que ellos, una vez retirados del trabajo, no se integran a estas tareas. Esta autopercepción contiene un elemento de género relacionado a la construcción de la identidad femenina relacionada a la imagen de *madre-esposa*, por lo que, aun cuando las mujeres hayan trabajado fuera del hogar, no hay una escisión en sus roles a causa de la separación del trabajo, ya que una vez retiradas, las mujeres se reincorporan a las tareas domésticas.

De acuerdo con lo anterior, se encontró además que en la vejez las mujeres están más capacitadas que los hombres para valerse por sí mismas, dada su socialización en las tareas domésticas -sobre todo en caso de viudez- pero también, por la mayor capacidad que tienen para establecer vínculos sociales dentro y fuera de la familia. Para las entrevistadas, no cansarse ante las actividades diarias es un indicador de autosuficiencia. Además, se identificó en sus discursos cierto orgullo al describir todas las actividades que realizan, sobre todo en las mujeres mayores de 80 años. Ellas quieren demostrar cómo, a pesar de la edad que tienen y de los estereotipos vigentes sobre la vejez, ellas continúan siendo productivas. Para estas mujeres, mantener sus actividades, ya sea mediante sus labores domésticas o mediante sus actividades en grupo, resulta fundamental para conservar una autopercepción positiva de sí mismas como personas mayores activas, autónomas y autosuficientes.

Estas mujeres, al sentirse capaces de realizar todas sus actividades en la cotidianidad, tienen sentimientos de independencia y autonomía que las hace, al mismo tiempo, generar resistencias hacia cuidados que no consideran necesarios. Por ejemplo, cuando les piden no

realizar actividades domésticas cuando ellas se sienten capaces de hacerlo, o cuando quieren cuidarlas sobre su enfermedad, sin respetar los saberes que ellas poseen sobre su autocuidado. En este sentido ocurren ciertas tensiones entre madres e hijas, que las mujeres solucionan haciendo lo que desean hacer, a escondidas de estas últimas. Estas resistencias no son solo en función de que no las dejen realizar actividades que ellas consideran que todavía pueden llevar a cabo, sino de defender su autonomía, deseos personales y el auto reconocimiento de lo que pueden y no, hacer.

Debemos por tanto, reflexionar hasta qué punto los estereotipos que tenemos sobre la vejez y las enfermedades que desarrollan, puede conducir a construir dependencias inevitables en la población adulta mayor. Debemos abogar por el respeto de la autonomía de las personas mayores, a fin de conservar una autoestima saludable y su participación familiar y social.

Experiencias de envejecimiento en las mujeres mayores

Al igual que en la encuesta, las entrevistadas tienen la percepción de que las mujeres aceptan mejor que los hombres a la vejez y a las enfermedades. Así como también, que se asumen más fuertes emocionalmente que ellos, al considerarlos más “cobardes” o más “débiles”. En este sentido, el ser mujer en la vejez, para el caso de las participantes de esta investigación, resultó ser una ventaja ya que la socialización recibida a lo largo de toda su vida las preparó para aceptar los cambios en su envejecimiento y adaptarse de mejor forma a su vejez.

Las experiencias de envejecimiento de estas mujeres se encuentran atravesadas - además del género- por la experiencia del padecimiento crónico, aunque este suele variar dependiendo de las enfermedades que padezcan, los años que tienen con ellas, así como sus manifestaciones en su vida.

Encontramos diferencias en la forma de asumir sus enfermedades según se padezca diabetes o hipertensión, siendo esta última considerada como una enfermedad silenciosa y asintomática, mientras que la primera, genera más preocupaciones y miedos a posibles complicaciones. Las formas de reaccionar y actuar frente a las enfermedades son muy distintas cuando se trata de la diabetes o de la hipertensión. La noticia de tener diabetes fue peor recibida que la de hipertensión; aunque se teme a la enfermedad por las complicaciones que puede generar, existe el temor a la condición de dependencia a la que pueden llegar.

Aunque a lo largo de los resultados el binomio vejez-enfermedad ha sido un estereotipo señalado reiterativamente, para estas mujeres la edad no es un factor explicativo como causa de sus padecimientos, en cambio, sí lo fue el que su condición de ser mujer, les genera preocupaciones, estrés y porque descuidan la propia salud al cuidar la salud de los otros, es decir, “*ser para otros*” antes que para ella misma. No obstante esta situación, al momento de la entrevista, algunas de ellas afirmaron haber hecho cambios en su alimentación y mantenerlos.

Mantenerse activas, ya sea mediante la realización de actividad física, o mediante actividades domésticas, así como de ocio, resultó ser un factor clave en la construcción de las imágenes y estereotipos de la vejez, de manera tal que su autopercepción de salud se encuentra estrechamente vinculada a la realización de estas actividades. Razón por la cual, a pesar de la presencia de enfermedades -y en un caso, de complicaciones- las mujeres entrevistadas tienen una autopercepción positiva de su salud, recordando que, para ellas, la salud significa: tener energía, no cansarse, ser independientes y capaces de realizar las actividades que desean llevar a cabo.

De acuerdo con las experiencias de las informantes, la vejez es vivida como una etapa de liberación, puesto que, aunque continúan realizando las labores domésticas de su hogar,

la carga disminuye al ya no tener la obligación y responsabilidad de cuidar de sus hijos. Este mayor tiempo libre les otorga autonomía, por lo que ahora pueden decidir en qué y cómo usar sus tiempos, dejan de *ser para otros* para comenzar a *ser para sí* mismas.

Participando en grupos las mujeres entrevistadas logran un bienestar físico, mental y social para las personas mayores y estas mujeres lo consiguen a través de las diferentes prácticas ya descritas, pero también, mediante la asistencia y la pertenencia a grupos. La mayoría asistieron a los grupos de los que forman parte, gracias a la invitación de otras personas que ya asistían a él. También, en gran parte de los casos -a excepción de las que asisten a Abuelos Trabajando- el grupo se encuentra en su colonia de residencia, por lo que la cercanía y el fácil acceso promueve su asistencia regular. Sus razones principales para mantenerse dentro de los grupos son las redes sociales que establecen con otras mujeres, la convivencia, el compañerismo y la amistad, así como la realización de diferentes actividades que las hacen sentirse bien.

La experiencia de las informantes que participaron en esta investigación nos aporta factores claves a tomar en cuenta si quisiéramos promover posteriormente la asistencia y participación de las personas mayores a más grupos: 1) La existencia de espacios y la facilidad de acceso a ellos (cercanía); 2) contar con tiempo libre, así como con la capacidad para decidir qué hacer con él; 3) y por último, las redes sociales que se establecen con otras personas mayores. En conclusión, la definición de vejez es una construcción social que puede y debe variar. Si bien es cierto que en los próximos años disminuirá el porcentaje de adultos económicamente activos y crecerá el de la población adulta mayor, denominada hasta ahora dependiente, existe la necesidad de crear una nueva cultura del envejecimiento que promueva imágenes positivas de la vejez. De esta forma, las personas mayores empezarían a ser

consideradas sujetos de derechos, autónomas, saludables, activas y parte de las dinámicas sociales.

Es necesario mencionar que la asistencia, pertenencia y participación en los grupos para personas mayores resultó ser una condición clave en la construcción de un envejecimiento y vivencia de la vejez, positivo, activo y saludable. Sin embargo, se encontró que los estereotipos de la vejez, sobre todo el relacionado con la enfermedad y la dependencia, no cambia a pesar de convivir diariamente con personas mayores que comparten sus condiciones de actividad y de salud. Estas experiencias nos llevan a plantear nuevas preguntas alrededor de este tema de investigación: si el estereotipo vejez-enfermedad es uno de los más fuertes y reiterativos en la población adulta mayor, ¿cómo puede cambiarse?, ¿cómo construir imágenes de una vejez saludable?, ¿cómo construir una mejor salud en las personas mayores? Preguntas que abren la agenda hacia futuras investigaciones. Como una población que se mantiene en aumento de personas mayores, debemos comenzar a trabajar en estos estereotipos, girando la mirada hacia la promoción de la salud de las personas mayores y tomando como referencia la experiencia de estas mujeres.

Por último, resulta pertinente agregar que uno de los principales hallazgos de esta investigación fue la consideración del envejecimiento activo, ya que este no estuvo contemplado en el planteamiento de la investigación, así tampoco fue un concepto con el que se partió al trabajo de campo. Sin embargo, emergió con fuerza de las narrativas de las mujeres entrevistadas por lo que se integró durante el análisis y es al final, una perspectiva importante para comprender el tipo de envejecimiento que vive el grupo de nuestras entrevistadas.

Sobre la complementariedad de las técnicas

Reconociendo que los objetos de estudio en las ciencias sociales son fenómenos complejos, en esta investigación se planteó el uso de dos técnicas complementarias con el fin de alcanzar un grado de comprensión y explicación más amplio, sobre nuestro tema de interés. La complementariedad de las técnicas demanda a la investigadora asumir una postura frente a los paradigmas de la investigación social, que aquí se tomaron en cuenta: ninguna perspectiva es superior a otra, sino que mediante su integración, se genera información que se complementa en los resultados.

Cada una de las técnicas utilizadas nos ayudó en la recopilación de información en distintos niveles. La aplicación de la encuesta fue útil como un acercamiento al tema de investigación y permitió una reflexión inicial sobre las percepciones de las personas mayores, acerca de sus pares y ellas mismas. También identificamos aquellos aspectos relevantes sobre la construcción de la vejez de acuerdo con el género. Con esta técnica aprendimos que las particularidades pueden esconderse bajo una mirada general y por tanto, corremos el riesgo de no reconocer la heterogeneidad de la población que estudiamos.

Mediante las entrevistas, profundizamos en las formas de envejecer de las mujeres mayores con algún padecimiento crónico y nos otorgó elementos discursivos que posibilitaron la explicación y comprensión en sus vivencias. Esta técnica, además, permitió un ejercicio reflexivo más profundo al de la encuesta, al tomar en cuenta la influencia de la investigadora en la recopilación de la información.

Aunque cada una de las técnicas tiene sus limitaciones, y en la medida de lo posible se intentó una comprensión más amplia del objeto de estudio, en esta investigación reconocemos que la población estudiada no permite hacer generalizaciones sobre la situación de todas las personas mayores. Una postura en esta investigación fue el reconocimiento de

que la población adulta mayor es heterogénea y las experiencias del envejecimiento y la vejez se ven condicionadas por diversos factores sociales.

Abriendo el camino hacia nuevas investigaciones

Como ningún otro trabajo académico es esta investigación una tarea acabada. Alrededor del tema y de los resultados surgen nuevas preguntas que abren el camino hacia nuevas investigaciones, por lo que se exponen aquí algunos de ellos para quien desee continuar:

Esta es una investigación que tuvo lugar en un contexto urbano, por lo que queda pendiente investigar cómo se construye la vejez en las áreas rurales del estado, sobre todo, considerando aquellas, que tienen un porcentaje de población mayor, incluso más alto que el de Hermosillo.

Aunque en esta investigación el estatus socioeconómico no fue un criterio de inclusión, ninguna de las informantes declaró tener problemas de dinero, por lo que se vuelve necesario generar conocimiento acerca de cómo experimentan la vejez las personas mayores según la clase social, sobre todo aquellas más vulnerables, por ejemplo, en pobreza y pobreza extrema.

Así mismo, la funcionalidad y la independencia física de la que gozan las informantes fue clave en la construcción de su vejez, hace falta conocer cómo la viven aquellas personas que padecen algún tipo de discapacidad motriz, o que presentan complicaciones más graves de sus enfermedades.

Finalmente, si bien este estudio se concentró y profundizó acerca de las experiencias de las mujeres mayores, queda pendiente realizar investigaciones con varones, sobre todo porque según las percepciones son ellos quienes disfrutan menos de la vejez y tienen más problemas para adaptarse a ella.

REFERENCIAS

- Accati, L. (2011). La diversidad original y la diversidad histórica: sexo y género entre poder y autoridad. En *Del Sexo al género. Los equívocos de un concepto*. (pp. 215–251). España: Ediciones Cátedra.
- Alba, V. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona: Laertes.
- Aldana, G. (2017). Complementariedad metodológica en la investigación social. Una propuesta de integración. *Pedagogía y Saberes*, 0(26), pp. 51-56. <http://dx.doi.org/10.17227/01212494.26pys51.56>
- Aldana, G., Hernández, C., y Gómez, L. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*, 14(4). Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.14/num4/art37/index.html>
- Aldana-González, G., y García-Gómez, L. (2011). La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. *Aquichan*, 11(2), 158-172. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1898>
- Alvarado, A., y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), pp. 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. BID, División de Protección Social y Salud. <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>
- Araníbar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Proyecto Regional de

Población CELADE-FNUAP División De Población de la CEPAL, Área de Población y Desarrollo del CELADE.

Arber, S., y Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. Narcea Ediciones. Madrid, España.

Arber, S., y Ginn, J. (1996). Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento. En *Relación entre envejecimiento y género. Enfoque sociológico* (pp. 17–34). España: Narcea, ediciones.

Arroyo, M. (2011). Sentirse “una carga” en la vejez: realidad ¿construida o inventada? *Revista Kairós Gerontología*, 14(6), pp. 5-29.

Barrera-Algarín, E. (2017). Actividad física, autoestima y situación social en las personas mayores. *Revista de psicología del deporte*, 26(4), 10-16.

Barón, M., Soto, M., y Tobo, N. (2011). Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad. *Cultura del cuidado enfermería*, 8(2), 15-26.

Beaman, P., Reyes, S., García-Peña, C., y Cortés, A. (2004). Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En *La salud del adulto mayor*. (pp. 117-138). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Bienestar. (2015). *Catálogo Nacional de Indicadores*. Obtenido de Relación de dependencia: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1yind=6200031306ygen=372yd=n>

Bruno, F., y Acevedo, J. (2016). Vejez y sociedad en México: las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. En *Fórum Sociológico. Série II* (No. 29). CESNOVA. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1453>

- Callís-Fernández, S. (2011). Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC*, (2) 30-44.
- Cambero, S. (2019). Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *Revista de metodología de ciencias sociales* (43), pp. 59-87. DOI/ empiria.43.2019.24299
- Carbajo V., M.C. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (23), pp. 237-254.
- Carbajo V., M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. En *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), pp. 87-96.
- Cardoña, L. (2013). Feminización de la vejez: una aproximación a los derechos humanos de las mujeres adultas mayores. *Revista de derechos humanos*, (12) 16-23.
- Castrejón, J. (2014). Condiciones de vida y salud de la población adulta mayor: desigualdades por edad, etnicidad y género. En *Vejez, Salud y Sociedad en México. Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas* (pp. 33–56). México, D.F.: UNAM.
- Castro V., MC. (2008). *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Castro, L. (2015). *Travesías Azarosas. Relato demográfico del siglo XX sonoreense*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Castro-Jiménez, L., y Galvis-Fajardo, C. (2018). Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44 (3), pp. 12-24.

- Cea D'Ancona, M. (1999). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Ceballos, O., Álvarez J., y Medina, R. (2012). Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. Un análisis en la Ciudad de Monterrey. En *Actividad Física en el Adulto Mayor*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Chaparro, A. (2016). *La vejez vista desde la historia y las culturas*. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. Consultado en website: <https://fiapam.org/la-vejez-vista-desde-la-historia-y-las-culturas/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2004). *Población, Envejecimiento y Desarrollo*. Trigésimo periodo de sesiones de la CEPAL, Puerto Rico: Naciones Unidas.
- Cerquera, A., Flórez, L., y Linares, M. (2011). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(31), 407-428.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2019). *Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas mayores en México*. Ciudad de México: CNDH.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2011). *Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México*. México, D.F.: CONAPO.
- _____. (2018). *Diagnóstico sociodemográfico para la planeación nacional 2018*. México, D.F.: CONAPO.
- _____. (2017). *Envejecimiento en México*. Disponible en <http://www.gob.mx/conapo/articulos/envejecimiento-en-mexico?idiom=es>

- Conway, J., Bourque, S., y Scott, J. (1996). El concepto de género. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 21–33). México: Porrúa.
- CONSAR. (2017). *¿Quiénes y cuántos mexicanos tienen acceso a una pensión?* Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. Disponible en <https://www.gob.mx/consar/articulos/quienes-y-cuantos-mexicanos-tienen-acceso-a-una-pension>
- Cruz-Quevedo, J., Celestino-Soto, M., y Salazar-González, B. (2012). Actividad física y ejercicio en el adulto mayor de la zona norte de México. En *Actividad física en el adulto mayor*. (pp. 35-47) Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Dakduk, S. (2010). Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 15(35), pp. 73-90.
- De Souza, M. (2004). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Diario Oficial de la Federación. (2002). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. Última reforma publicada DOF 22-11-2016. México, D.F.
- Díaz de Rada, V. (2002). Tipos de encuestas y diseños de investigación. Colección Ciencias Sociales, 13.
- Dulcey, E. (2019). Género y vejez. En *Tercer Congreso Internacional Interdisciplinario sobre Vejez y envejecimiento*. Conferencia presentada en el Tercer Congreso Internacional Interdisciplinario sobre vejez y envejecimiento. SUIEV. Oaxaca.

- Enríquez S., R. (2014). *Impacto de los grupos de apoyo sobre el bienestar físico y mental de los adultos mayores diabéticos*. (Tesis de doctorado). Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte
- ENSANUT. (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. *Secretaría de salud. Informe Final de Resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino*. México
- Etxeberria M., X. (2017). *Las personas mayores: la independencia en la interdependencia*. En *Enfoques*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/enfoques/miradas-perspectivas>
- Fernández T., M. (2015). El origen de la mujer cuidadora: apuntes para el análisis hermenéutico de los primeros testimonios. *Index de Enfermería*, 1-2(25), pp. 93-97.
- Fraisse, G. (2011). Capítulo primero. El concepto filosófico de género. En *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto* (pp. 39–46). España: Ediciones Cátedra.
- Garay V., S., y Avalos P., R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista kairos*, 12(1), pp. 39-58.
- Garay V., S., y Montes de Oca, V. (2011). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas sociales*, 13(1), pp. 143-165.
- Gómez, A., Cathalifaud, M., Dockendorff, D., y Mayorga, A. (2008). ¿Hay diferencias en la manera en que observan hombres y mujeres a los adultos mayores, ancianas y ancianos? *Revista Mad*, (18), 1-19.
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. En CONAPO, *La situación demográfica de México 2015* (p. 113-129). Ciudad de México: CONAPO.

- Grijalva, G., y Zúñiga, M. (2007). *Problemas y alternativas sobre el envejecimiento demográfico: los retos a enfrentar en el estado de Sonora*. Reporte final de investigación. Hermosillo: COLSON.
- Gutiérrez, L., Agudelo, M., y Medina, R. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. México: INGER.
- Guzmán, G. y Bolio, M. (2010). *Construyendo la herramienta perspectiva de género: cómo portar lentes nuevos*. México: Universidad Iberoamericana.
- Ham, R. (1999). El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades. *Papeles de población*, 5(19), pp. 7-21
- Ham, R (2003). *El Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: El colegio de la Frontera- Miguel Ángel Porrúa.
- Ham, R. (2006). Prologo. En Robles, L.; Vázquez, F.; Reyes, L. y I. Orozco (Eds.), *Miradas sobre la vejez: un enfoque antropológico* (pp. 11-16). Tijuana: El colegio de la frontera norte: Plaza y Valdés.
- Haro, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero y J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. (pp. 101-161). Barcelona: Bellaterra.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Santiago: CEPAL.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. México: INAPAM.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2000). Censo de población y vivienda. México: INEGI.

_____ . (2010). Censo de población y vivienda. México: INEGI.

_____ . (2015). Encuesta Intercensal 2015.

Consultado en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

_____ . (2016a). Estadísticas a propósito

del día mundial de la población (11 de julio). Disponible en

<http://www.ceieg.sonora.gob.mx/Files/Publicaciones/EAP->

[DIAMUNDIALPOBLACIONSONORA.pdf](http://www.ceieg.sonora.gob.mx/Files/Publicaciones/EAP-DIAMUNDIALPOBLACIONSONORA.pdf)

_____ . (2016b). Población. Esperanza de

vida. Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

_____ . (2016c). Principales causas de

mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Disponible

en

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

_____ . (2017). *Principales causas de*

mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Obtenido de

[https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/Cons](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp)

[ultaMortalidad.asp](https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp)

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2015). *Situación de las personas adultas*

mayores en México. México, D.F.: INMUJERES. Disponible en

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

- Jiménez R., I., y Moya N., M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Revista electrónica trimestral de enfermería* (49), pp. 420-433.
- Jiménez, M., Orkaizaguirre, A., y Bimbela, M. (2015). Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index de enfermería*, 24(4), pp. 217-221.
- Juárez, L. y Castro, M. (2016). Aportes de la investigación social en salud: la importancia de la perspectiva de género en la comprensión de la enfermedad coronaria. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 5(43), pp. 217-245.
- Kehl, S. y Fernández, J.M. (2001). La construcción social de la vejez. En: *Cuadernos de Trabajo Social*, (14) 125-61.
- Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto posmayor. *Desacatos* (50), 156-169.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, D.F.: UNAM.
- Lamas, M. (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Lamas, M. (2007). *La perspectiva de género*. En Grupo de Información en Reproducción elegida. Disponible en: http://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf
- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 4(102), 271-276.

- López L., B. (2013). Empoderamiento y adultos mayores. Impacto de la participación de un grupo de adultos mayores en un programa educativo. En *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*. (pp. 207-248). México, D.F.: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Maldonado, T. (2013). Perspectivas teóricas feministas. En *Sociología y Género*. (Pp. 19-42). Madrid: Tecnos.
- Martínez, A., Maya, M., Durán, A., y Casas, O. (2016). Adultos mayores y perfil epidemiológico en México. *XIII Congreso de la mujer en la ciencia*. México, D.F.
- Martín-Palomo, M. T. (2010). Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía. *Zerbitzuan*, (48), 57-69.
- Mercado-Martínez, F., Robles, L., Ramos, I., Moreno, N., y Alcántara, E. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cadernos Saúde pública*, 1(15), pp. 179-186.
- Mier, I., Romeo, Z., Canto, A., y Mier-Villarías, R. (2007). Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Revista de servicios sociales*(42), pp. 29-38.
- Montes de Oca, V. (2003). El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política. *Papeles de población*, 9(35), pp. 77-100.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Reglones*, (62), 159-181. Disponible en

http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/pensar_vejez_env.pdf

- Montes de Oca, V. (2013). La discriminación hacia la vejez en la ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local. *Revista Perspectivas Sociales*, 47-80.
- Montes de Oca, V. (2014). *Vejez, salud y sociedad en México Aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas*. Universidad Nacional Autónoma de México/Secretaría de Desarrollo Institucional.
- Monteverde, G., Zuñiga, M., y Zupo, M. (2007). Adultas y adultos mayores en Sonora: ¿dependientes, autosuficientes o proveedores? *Región y sociedad*, 19 (núm. especial), pp. 117-145.
- Murcia, N. y Jaramillo, L. (2001). La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (12), pp. 194-204.
- Nicholson, L. (2011). La interpretación del concepto de género. En *Del Sexo al género. Los equívocos de un concepto*. (pp. 47–82). España: Ediciones Cátedra.
- Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora. (2007). N° 80. Sonora: Congreso del Estado de Sonora.
- Ley General De Salud (1984). Cámara de Diputados del H. En *Congreso de la Unión* (Vol. 154).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1974). Planificación y organización de los servicios geriátricos, informe de un comité de expertos. En *serie de informes técnicos*,

No. 548. Ginebra: OMS. Consultado en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38783/1/WHO_TRS_548_spa.pdf

_____ . (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (S2), pp. 74–105.

_____ . (2009). Organismos internacionales y envejecimiento 2009. Disponible en http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_envejecimiento_activo.pdf.

_____ . (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. EUA: OMS.

_____ .(2018). *Envejecimiento y salud*. En Centro de prensa, notas descriptivas. Organización Mundial de la Salud. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

_____ . (2019). Década del envejecimiento saludable 2020-2030. Primer informe de progreso. Organización Mundial de la Salud. Consultado en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2016). *Envejecimiento*. En Forjando nuestro futuro juntos. Asuntos que nos importan Organización de las Naciones Unidas. Consultado en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

_____ . (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. ONU.

- OPS Y OMS. (2011). *Las mujeres y los hombres enfrentan diferentes riesgos de enfermedades crónicas*. OPS OMS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5080%3A2011-women-men-face-different-chronic-disease-risks&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
- Orozco, I. (2006). Imágenes de la vejez. En *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*, (pp. 221-246). Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Osorio, P. y M. Sadler (2005): "La construcción socio-cultural de la vejez desde una mirada de género". En Dr. González, O y R. Reneré (Ed.) *Climaterio en la atención primaria*. Editorial Bywaters, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Ministerio de Salud y Escuela de Obstetricia. Santiago de Chile, pp. 7-20.
- Peláez, M., Palloni, A., y Ferrer, M. (1999). Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe. En *CEPAL/CELADE, Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad* (pp. 2.2-2.17). Santiago de Chile: CEPAL.
- París, S., y Comelles, J. M. (1988). Acerca de la construcción sociocultural de la cronicidad. *Jano*, 808, 42-50.
- Pinazo, S. (2013). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. *información psicológica*, (105), pp. 4-13.
- Piscitelli, A. (2009) Gênero: a história de um conceito. In Almeida, Heloisa B. de e Szwako, José E. (orgs.) *Diferenças, Igualdade*. (pp. 116-148). São Paulo: Berlendis y Vertecchia.
- Portal Mayores. (2012). Los mitos y estereotipos asociados a la vejez. *60 y más*, 314, pp. 46-51.

- Ramírez, A., F. y Zwerg-Villegas, A. M. (2012). Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*, (20), pp. 91-111.
- Ramos, M. (2017). *Envejecer siendo mujer. Dificultades, oportunidades y retos*. España: edicions Bellaterra.
- Ramos, M. (2018). Estudio etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Revista Prisma Social*, 21 (33), pp. 75-107.
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M., y Hernández Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, pp. 47-56.
- Reyes, P. (2013). *Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta Salud en Sonora* (Avance de Investigación). Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Reyes G., L., y Villasana B., S. (2017). Los achaques asociados a la vejez. En Z. Ronzón, Vázquez y Murguía, *Vejez y Vulnerabilidad. Retratos de casos y perfiles de estudio en contextos diversos: grandes regiones, localidades rurales y territorios migrantes*. (págs. 57-72). Barcelona: gedisa.
- Reyes G., L., Palacios G., A., Fonseca C., S., y Villasana B., Susana. (2013). La gerontocracia y el consejo de ancianos. *Península*, 8(1), pp. 7-24.
- Robles, L., Vázquez, F., Reyes, L., y Orozco, I. (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte
- Robles, L., y Pérez, A. (2012). Expectativas sobre la obligación filial: comparación de dos generaciones en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(10), pp. 527-540.

- Robles, L. (2006). El cuidado de los ancianos: la feminización de la obligación filial. En L. Robles Silva, F. Vázquez Palacios, L. Reyes Gómez, y I. Orozco Mares, *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico* (p. 247-285). Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Robles, L. (2006). La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 27(105), pp. 140-175.
- Rodríguez, J. (1979). Perspectiva sociológica de la vejez. *Reis* (7), pp. 77-97.
- Ronzón, Z. (2011). La percepción subjetiva de la vejez en la vida cotidiana. Una visión antropológica. En Montoya Arce, B. y Montes de Oca, H. (Comp), *Análisis sociodemográfico del envejecimiento en el Estado de México* (pp. 207-229). Toluca, Estado de México: UAEM.
- Rojo, M. (2007). *El concepto adulto mayor y el proceso de modernización de la gestión pública en Chile: un estudio etnográfico*. (Tesis de licenciatura). Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Rojo-Pérez, F., V. Rodríguez-Rodríguez, G. Fernández-Mayoralas, J. Pérez Díaz, V. Montes de Oca Zavala y M. J. Oddone. (2015). “La globalización del envejecimiento. Estudio comparado de las condiciones de vida de las personas adultas-mayores en Argentina, España y México”, en J. de la Riva, P. Ibarra, R. Montorio y M. Rodrigues (eds.), *Análisis espacial y representación geográfica. Innovación y aplicación*. (pp. 2121-2130). Universidad de Zaragoza - AGE.
- Ruiz, J. (1999). La entrevista. En *Metodología de la investigación cualitativa*. (pp.165-89). Bilbao: Universidad de Deusto.

- Salas, M., Martínez, M., Pérez, M., y Arroyo, M. (2015). Vejez, dependencia y cuidados. Una triada social problemática. En Arroyo, M. (Ed.). *Historias singulares y contextos plurales de la vejez. Una mirada holística* (pp. 77–106). Durango: Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Sánchez, C. (2011). Género y vejez: Una mirada distinta a un problema común. *Ciencia, Revista de la Academia Mexicana de Ciencias*, 1(62), 48-53.
- Sautu, R, Boniolo, P., Dalle, P., y Elbert, R. (2005). *Manual De Metodología. Construcción Del Marco Teórico, Formulación De Los Objetivos Y Elección De La Metodología*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- SEDESOL. (2017). Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante. Ciudad de México.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Soriano, C., y López, D. (2010). Mirando pasar la vida desde la ventana: significados de la vejez y la discapacidad de un grupo de ancianos en un contexto de pobreza. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 12(2), 37-53.
- Secretaría de Salud (SSA). (2017). Anuarios de Morbilidad. Veinte principales causas de enfermedad en Sonora, por grupos de edad. Recuperado de: http://187.191.75.115/anuario/2018/principales/estatal_grupo/son.pdf
- _____ (2018). Sistema de información de la Secretaría de Salud: Causas de defunción por año, entidad, edad y sexo. México

- Tamez, B. M. (2015). Envejecimiento exitoso: un nuevo enfoque de estudio y atención hacia el adulto mayor. En M. C. Arroyo Rueda, *Historias singulares y contextos plurales de la vejez*. (p. 125-146). Durango: Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Treviño-Siller, S., Pelcastre-Villafuerte, B., y Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*, 48, 30-38.
- Tubert, Silvia (Ed.). (2011). *Del Sexo al género. Los equívocos de un concepto*. España: Ediciones Cátedra.
- UNFPA. (2017). *Una mirada sobre el envejecimiento ¿Dónde están varios países latinoamericanos a 15 años del Plan de Acción Internacional de Madrid?* UNFPA.
- Vaquiro R., S., y Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería* (2), pp. 9-16.
- Vázquez, F. (2003). *Contando nuestros días: un estudio antropológico sobre la vejez*. México: CIESAS.
- Vicente, M. A., de la Cruz, C., Morales, R. A., Martínez, C., y Villarreal, M. A. (2014). Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. *European Journal of Investigation in Health*, 4(2), pp. 151-160. Recuperado de <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/66/53>
- Vidarte C., J. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. *Hacia la promoción de la salud*, 17(2), pp. 79-90.
- Villegas, S., y Pérez, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista Kairós: Gerontología*, 12(1).

- Vivaldo, M. (2018). Políticas públicas y acciones institucionales para la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores en México. Ponencia presentada en el Seminario: Los derechos humanos de las personas adultas mayores en México. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.
- Zetina, M. G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), pp. 23-4.

ANEXOS

Anexo 1. La encuesta en acción

La capacitación de las encuestadoras tuvo una duración de cinco horas y se realizó en dos fases: una teórica en donde se les explicó el objetivo de la encuesta, los criterios de inclusión y en qué consistían cada uno de los apartados. Posteriormente se les entregó un cuestionario para que lo leyeran y se familiarizaran con él. Se explicaron cada una de las preguntas y cómo debían realizarse; además de las posibles respuestas que podían recibir dada la experiencia con la prueba piloto. Las dudas que fueron surgiendo se aclararon en ese momento.

Una segunda fase consistió en salir al centro de la ciudad a aplicar dos cuestionarios cada uno. Después de esta aplicación nos reunimos para compartir la experiencia y resolver nuevas dudas. Se repartieron 25 cuestionarios a cada uno, con sus respectivos números de folio y se les dio una semana para terminar el total de cuestionarios.

Como se mencionó anteriormente, el muestreo de esta encuesta fue por conveniencia por lo que el número de cuestionarios por aplicar fue consensado junto con la directora de tesis. Se decidió que 100 serían suficientes para obtener variabilidad de perfiles que permitieran recoger la información que se esperaba.

Los cuestionarios fueron aplicados en cuatro puntos comerciales y de esparcimiento de la ciudad de Hermosillo:

- 1) Plaza comercial Galerías Mall: 30 cuestionarios.
- 2) Área centro (incluye la plaza Jardín Juárez): 25 cuestionarios.
- 3) Plaza Zaragoza (frente a la Catedral): 25 cuestionarios.
- 4) Plaza del Mercado municipal: 22 cuestionarios.

Se seleccionaron estos lugares porque reúnen una gran diversidad de personas mayores, provenientes de diferentes colonias de la ciudad y que se encuentran en estos espacios por

distintos motivos: ya sea con fines de esparcimiento, de trabajo o para realizar gestiones personales.

El levantamiento de la información se llevó a cabo durante la segunda semana del mes de abril. La estrategia de contacto con las personas consistía en seleccionar de manera arbitraria a posibles personas mayores, el juicio inicial generalmente fue a través de la apariencia de la persona. Se abordaba a la persona presentándose primeramente con su nombre, para luego explicar de manera breve en qué consistía la encuesta, después se le preguntaba por su edad, si tenía más de 60 años, y si le gustaría participar. Si la persona tenía 60 años o más y aceptaba participar, se procedía con la aplicación del cuestionario; en caso de que no cumpliera con la edad suficiente o su respuesta fuera negativa, se le agradecía su atención y se procedía a buscar a otra persona.

Los cuestionarios fueron aplicados de manera individual, cara a cara, en donde la persona encuestadora realizaba las preguntas y anotaba las respuestas obtenidas. En total se aplicaron 105 cuestionarios, resultando 102 cuestionarios válidos y tres incompletos. La razón por la que estos cuestionarios no se pudieron completar fue porque las personas estaban esperando a que llegaran por ellas y fueron recogidas antes de terminar de responder. El tiempo de aplicación fue en un promedio de 11 minutos, siendo 5 min. el mínimo y hasta 30, el máximo. El cuestionario contó con un espacio de observaciones de campo, en donde la persona encuestadora anotó datos relevantes sobre su aplicación.

Anexo 2. Cuestionario

Imágenes, estereotipos y autopercepción de la vejez en personas adultas mayores

No. De encuesta: _____

Fecha: _____

Encuestador/a: _____

Lugar de aplicación: _____

Hora de comienzo: _____

El objetivo de esta encuesta es conocer las percepciones que sobre la vejez tienen las personas adultas mayores. Esta actividad forma parte del trabajo de investigación de una estudiante de maestría de El Colegio de Sonora.

La información recabada se utilizará únicamente con fines académicos y se asegura la confidencialidad mediante el anonimato.

Su participación es voluntaria y puede rehusarse a seguir participando en cualquier momento, también, puede no contestar a cualquiera de las preguntas si así lo desea.

DATOS GENERALES

1. Sexo:
 - a. Hombre
 - b. Mujer
2. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____
3. ¿Cuál fue el último año de escuela que terminó? _____
4. Usted está: (leer respuestas)
 - a. Casado/a
 - b. En unión libre
 - c. Separado/a
 - d. Divorciado/a
 - e. Viudo/a
 - f. Soltero/a
5. Usted ¿trabaja o ha trabajado en el último año?
 - a. Sí (pasar a la pregunta 6)
 - b. No (pasar a la pregunta 7)
6. ¿A qué se dedica? _____
7. ¿Usted es...? (leer opciones)
 - a. Desempleado/a
 - b. ama de casa
 - c. Pensionado/a
 - d. Jubilado/a
 - e. Otra, especifique: _____
8. ¿Con quién o con quiénes vive usted?

- a. Vivo Solo/a
 - b. Esposo/a o pareja
 - c. Esposo/a e hijos/as
 - d. Uno o más padres
 - e. Uno o más hijos
 - f. Con uno o más hijos/as y nietos/as
 - g. Uno o más nietos
 - h. Otros: _____
9. Actualmente, ¿Tiene usted alguna enfermedad?
- a. Sí ¿Cuál o cuáles? _____
 - b. No
10. ¿Requiere usted de cuidados?
- a. Sí ¿de qué tipo? _____
 - b. No
11. ¿Cuenta usted con algún servicio médico?
- a. IMSS
 - b. ISSSTE
 - c. ISSSTESON
 - d. PEMEX
 - e. Seguro popular
 - f. Seguro de gastos médicos mayores
 - g. Otro: _____

IMÁGENES SOBRE LA VEJEZ

12. En su opinión, ¿cuál de las siguientes características le dice a usted que alguien es una persona mayor? (leer respuestas y marcar la más adecuada)
- a. La edad
 - b. Su apariencia
 - c. Su estado de salud (que esté enferma, con complicaciones, discapacitada, etc.)
 - d. El dejar de trabajar (ya sea por salud u otra causa que no sea la jubilación o pensión formal)
 - e. Que se pensione o se jubile
 - f. Otro: _____
 - g. No sabe
13. Considerando las personas mayores que usted conoce, ¿cómo diría que es la salud de esas personas?
- a. Buena
 - b. Regular
 - c. Mala
 - d. No sabe
14. ¿Considera que una persona mayor puede cuidarse sola?
- a. Sí
 - b. No

15. En su opinión, ¿quién debería cuidar de las personas adultas mayores? (No leer las opciones y esperar respuesta, seleccionar la más adecuada)
- Sus hijas mujeres
 - Sus hijos hombres
 - Tanto las hijas como los hijos
 - Sus nietas
 - Sus nietos
 - Otros familiares, especifique: _____
 - Profesionales (Cuidadores, enfermeros/as, casas de asistencia, otros)
16. En su opinión, ¿las personas adultas mayores deberían recibir apoyos sociales o por parte del gobierno solo por ser personas mayores?
- Sí
 - No

¿Por qué? _____

17. Según su experiencia ¿considera que hay diferencias en la manera en que envejecen los hombres y las mujeres?
- Sí
 - No

¿Por qué? _____

18. Según las personas mayores que usted conoce ¿quiénes disfrutan más de la vejez los hombres o las mujeres?
- Hombres
 - Mujeres
 - Ambos
 - Ninguno
 - No sabe

¿Por qué? _____

ESTEREOTIPOS DE LA VEJEZ

19. En su opinión, la mayoría de las personas adultas mayores son: (Leer las opciones por fila y seleccionar solo una de las palabras)

a. Productiva	b. Improductiva
c. Dependiente	d. Independiente
e. Enfermiza	f. Saludable
g. Valorada	h. Desvalorada

i. Ignorante	j. Sabia
--------------	----------

A continuación, le voy a leer unas frases, por favor, dígame si está de acuerdo con ellas

20. “Las personas adultas mayores son todas iguales”
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. En desacuerdo
 - d. Totalmente en desacuerdo
21. “A partir de los 60 años las personas empiezan un fuerte deterioro de su salud”
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. En desacuerdo
 - d. Totalmente en desacuerdo
22. “Las personas adultas mayores son una carga”
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. En desacuerdo
 - d. Totalmente en desacuerdo

AUTOPERCEPCIÓN DE LA VEJEZ

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su propia experiencia

23. ¿Cómo diría usted que es su salud?
- a. Excelente
 - b. Muy buena
 - c. Buena
 - d. Regular
 - e. Mala
 - f. No sabe
24. ¿Necesita usted ayuda para realizar sus actividades diarias?
- a. Sí
 - b. No
 - c. A veces
25. ¿Cómo considera usted que es su experiencia en esta etapa de la vida?
- a. Buena
 - b. Regular
 - c. Mala

¿Por qué? _____

26. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones? (Leer respuestas y marcar una o más respuestas)
- a. Su salud
 - b. Problemas de dinero

- c. La salud de algún familiar
- d. El cuidado de alguien más
- e. El trabajo
- f. Ninguna
- g. Otra: _____

27. Desde que cumplió 60 años, ¿alguna vez se ha sentido rechazada/o, maltratada/o no comprendido/a por las personas que le rodean?

- a. Si o siempre
- b. No o nunca
- c. Algunas veces
- d. No sé

28. ¿Qué significa para usted haber llegado hasta esta edad?

¿Le gustaría agregar algo más?

Su participación ha sido de gran ayuda, ¡Muchas gracias!

Hora de término: _____

Espacio para anotar comentarios y observaciones relevantes durante la aplicación:

Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada

16 de septiembre 2019

Las siguientes preguntas tienen la intención de conocer cuál es su experiencia como mujer mayor con un diagnóstico de diabetes y/o hipertensión. La entrevista consiste en varias preguntas acerca de su edad y sus enfermedades.

Antes de comenzar, me gustaría saber un poco de usted:

I. Información general

1. Podría empezar por contarme ¿en dónde y cuándo nació?
2. ¿Fue usted a la escuela?
3. ¿Es usted casada?
4. ¿A qué edad se casó?
5. ¿Tuvo hijos? ¿Cuántos?
6. ¿Se dedicó a cuidarlos en su hogar o también trabajó fuera de su casa?
7. Actualmente, ¿cuenta con alguna pensión o ingreso de dinero?
8. ¿Recibe usted algún apoyo social o de gobierno?
9. ¿Con quién vive?

II. Construcción social de la vejez

10. Si yo le pidiera que me describiera a una persona mayor, ¿cómo sería?
11. ¿A qué edad considera que empieza la vejez de las personas?
12. Para usted, ¿hay diferencias entre una persona mayor y una anciana?
13. ¿Usted se considera a sí misma como una persona mayor? ¿Por qué?
14. ¿Cuándo o cómo se dio cuenta de que ya era una persona mayor?
15. En su opinión, ¿el estado de salud de las personas es importante para considerarlas como personas mayores o ancianas?
16. ¿Cómo es la salud de las personas mayores que usted conoce?
17. ¿Considera que la apariencia es importante en la vejez?
18. ¿Es algo importante para usted?
19. ¿Siente usted que su cuerpo le permite realizar todas las actividades que desea?

20. ¿Siente usted que las personas mayores son respetadas?
21. ¿A usted la respetan?
22. En su casa y con su familia usted puede tomar decisiones ¿cuáles?
23. Estas decisiones ¿son respetadas por las personas con las que convive?
24. ¿Cómo es la relación que tiene con su familia?

III. Estereotipos de la vejez

25. ¿Piensa usted que las personas mayores son productivas? ¿de qué manera?
26. ¿Hay diferencia en la forma en que son productivas las mujeres de los hombres?
27. Estaría de acuerdo en que, las personas mayores son personas independientes ¿por qué?
28. ¿Estaría de acuerdo usted con la afirmación de que las personas mayores son una carga? ¿Por qué?
29. ¿Alguna vez se ha llegado a sentir como una carga para las personas que la rodean? ¿De qué forma?
30. ¿Quién debería cuidar a las personas mayores?
31. En el cuidado de las personas mayores, ¿qué deben hacer las hijas?
32. ¿Qué deben hacer los hijos?
33. ¿Piensa usted que las personas mayores son valoradas por la sociedad?
34. Usted se siente valorada por las personas que la rodean ¿de qué forma?
35. Desde que es una persona mayor, ¿siente que las personas que la rodean no la comprenden? ¿Por qué?

IV. Construcción de la enfermedad

36. ¿Tiene usted servicio médico?
37. ¿Usa este servicio para sus citas regulares?
38. ¿Qué enfermedades tiene?
39. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron diabetes?
40. ¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron hipertensión?
41. ¿Tenía síntomas?
42. ¿Qué sintió cuando le dieron el diagnóstico?

43. ¿Qué cree usted que causó esta enfermedad? (porqué le dio)
44. ¿Qué cambios hizo después del diagnóstico?
45. ¿Cómo siente que la diabetes y/o hipertensión afectó su vida?
46. ¿Toma sus medicamentos?
47. ¿De qué otras formas cuida su diabetes?
48. ¿De qué otras formas cuida su hipertensión?
49. Además de sus medicamentos, ¿toma otro tipo de medicamentos o remedios?
50. ¿Ha tenido complicaciones?
51. ¿Qué es lo que más le preocupa respecto a sus enfermedades?
52. Desde que enfermó, ¿ha sido tratada diferente por las personas que la rodean?
53. ¿Cómo fue que decidió venir al AMA/Abuelos trabajando/ Casa de los Abuelos?
54. ¿Cómo se siente al venir y formar parte de este grupo?
55. Actualmente, ¿cómo considera su estado de salud? ¿Por qué?
56. Siente usted que necesita ayuda para llevar a cabo sus actividades diarias ¿de qué tipo?

V. Género

57. ¿Usted cree que hay diferencias en la forma en que envejecen hombres y mujeres?
¿Por qué?
58. Quién piensa que acepta mejor la vejez, ¿los hombres o las mujeres? ¿Por qué?
59. ¿Cree que las mujeres trabajan más que los hombres? ¿Por qué?
60. ¿Qué responsabilidades tiene usted como mujer mayor?
61. Para usted, ¿qué es lo más difícil de ser una mujer mayor?
62. ¿De qué manera disfrutan de la vejez las mujeres cuando son mayores?
63. ¿Cómo la disfruta usted?
64. ¿Qué es lo más importante para usted en este momento?
65. ¿Qué es lo que más le preocupa?
66. ¿Siente usted que tiene más libertades ahora que es una persona mayor? ¿Por qué?
67. Podría describirme un día normal en su vida

Anexo 4. Relación encuesta-entrevista

Principales resultados de la encuesta	Preguntas en la guía de entrevista
<p>Imágenes de la vejez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas mayores se definen en primer lugar por la edad que tienen y, en segundo y tercer lugar por su apariencia o su estado de salud • Las personas mayores son independientes que pueden cuidarse por sí mismas • Tanto las hijas como los hijos deben cuidar de sus padres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si yo le pidiera que me describiera a una persona mayor, ¿cómo sería? ✓ ¿A qué edad considera que empieza la vejez de las personas? ✓ Para usted, ¿hay diferencias entre una persona mayor y una anciana? ✓ ¿Se considera a usted misma como una persona mayor? ¿Por qué? ✓ ¿Cuándo o cómo se dio cuenta de que ya era una persona mayor? ✓ En su opinión, ¿el estado de salud de las personas es importante para considerarlas como personas mayores o viejas? ✓ ¿Considera que la apariencia es importante en la vejez? ✓ ¿Quién debería cuidarlas? ✓ En el cuidado de las personas mayores, ¿qué deben hacer las hijas? ¿Qué deben hacer los hijos?
<p>Estereotipos de la vejez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas mayores siguen siendo productivas, independientes y sabias • Los hombres relacionan más la vejez con la dependencia • No están de acuerdo en que todas las personas mayores son iguales • Las personas mayores no son valoradas por la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Piensa usted que las personas mayores son productivas? ¿de qué manera? ✓ Estaría de acuerdo en que, las personas mayores son personas independientes ¿por qué? ✓ ¿Estaría de acuerdo usted con la afirmación de que las personas mayores son una carga? ¿Por qué? ✓ ¿Alguna vez se ha llegado a sentir como una carga para las personas que la rodean? ¿De qué forma? ✓ ¿Siente usted que las personas mayores son respetadas? ✓ ¿Piensa usted que las personas mayores son valoradas por la sociedad? ✓ Usted se siente valorada por las personas que la rodean ¿de qué forma?
<p>Diferencias de género</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí hay diferencias en la forma en que envejecen hombres y mujeres • Las mujeres trabajan más que los hombres por el trabajo de la casa • Las mujeres aceptan mejor la vejez que los hombres • Las mujeres mantienen una relación más cercana con su familia • La vejez libera a las mujeres al disminuir las obligaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Hay diferencia en la forma en que son productivas las mujeres de los hombres? ✓ Quién piensa que acepta mejor la vejez, ¿los hombres o las mujeres? ¿Por qué? ✓ ¿Cree que las mujeres trabajan más que los hombres? ¿Por qué? ✓ ¿Usted cree que hay diferencias en la forma en que envejecen hombres y mujeres? ¿Por qué? ✓ ¿Qué obligaciones tienen las mujeres mayores? ✓ ¿Qué obligaciones tiene usted? ✓ ¿Estas obligaciones son las mismas que ha tenido a lo largo de su vida?

<p>maternales y da la oportunidad de hacer nuevas cosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los hombres son más malhumorados • Los hombres mantienen sus vínculos sociales fuera del hogar • Los hombres tienen menos obligaciones y preocupaciones que las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿De qué manera disfrutan de la vejez las mujeres cuando son mayores? ✓ ¿Cómo la disfruta usted? ✓ ¿Siente usted que tiene más libertades ahora que es una persona mayor? ¿Por qué?
<p>Autopercepciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen una buena experiencia de vida al gozar autonomía física y económica • No necesitan de ayuda para realizar sus actividades diarias • Han sufrido ocasionalmente sentimientos de rechazo, maltrato o incompreensión 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Siente usted que su cuerpo le permite realizar todas las actividades que desea? ✓ Desde que es una persona mayor, ¿siente que las personas que la rodean no la comprenden igual? ¿Por qué? ✓ Siente usted que necesita ayuda para llevar a cabo sus actividades diarias ¿de qué tipo?
<p>Relación vejez-salud-enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría tiene al menos una enfermedad, diabetes y/o hipertensión son las más comunes • Califican tanto su salud como la de las personas que conocen como regular • Las personas mayores son enfermizas más que saludables • Se cree que a partir de los 60 años, comienza un fuerte deterioro en la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cómo es la salud de las personas mayores que usted conoce? ✓ Es diferente a la suya ¿por qué? ✓ ¿Qué enfermedades tiene usted? ✓ Actualmente, ¿cómo considera su estado de salud? ¿Por qué?

Anexo 5. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis: Construcción social de la vejez en mujeres mayores con diabetes y/o hipertensión en Hermosillo, Sonora

Por medio de la presente se le invita a participar como informante en el proyecto de investigación que se está llevando a cabo como requisito de titulación de la Maestría en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora. La responsable es la estudiante Brenda Judith Millanes Campa de la línea Estudios en Salud y Sociedad.

Su participación voluntaria consiste en responder una entrevista sobre sus percepciones y vivencias como mujeres mayores con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión arterial. Se le harán preguntas acerca de su experiencia con la edad, con ser mujer y con sus enfermedades.

Usted puede dejar de responder cualquiera de las preguntas o decidir no continuar con la entrevista en el momento que lo desee.

La información que proporcione será grabada en audio previo consentimiento suyo y sólo será utilizada con fines académicos, de una forma honesta, ética y profesional. Ningún dato personal será revelado.

En caso de aceptar participar en esta investigación, se solicita su consentimiento mediante su nombre y firma escritos en esta carta.

Para cualquier aclaración puede comunicarse con la doctora María del Carmen Castro, Directora de Tesis y Profesora-Investigadora del Centro de Estudios en Salud y Sociedad, al teléfono 662-259-5300, extensión 2222 o al correo electrónico ccastro@colson.edu.mx.

Brenda Judith Millanes Campa
Celular 662-371-6871
bmillanes@colson.edu.mx

Nombre y Firma de participante

Anexo 6. Oficio para instituciones



17 de septiembre de 2019

Hermosillo, Sonora

Virgilio Arteaga González
Presidente fundador
Abuelos trabajando por Sonora IAP

Estimado Virgilio Arteaga González:

La estudiante Brenda Judith Millanes Campa se encuentra realizando la investigación titulada: **“Construcción social de la vejez en mujeres mayores con enfermedades crónicas no transmisibles en Hermosillo, Sonora”** como requisito de titulación de la Maestría en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora.

Por medio de la presente se solicita su autorización para visitar la institución Abuelos trabajando por Sonora IAP, con el objetivo de conocer a mujeres mayores interesadas en participar en un proyecto de investigación.

La participación de las voluntarias consiste responder una entrevista cuyo objetivo es conocer las percepciones y vivencias de las mujeres mayores con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión arterial. Se harán preguntas relacionadas acerca de su experiencia con la edad, con ser mujer y con sus enfermedades.

Para cualquier aclaración puede comunicarse con la Dra. Carmen Castro quien dirige este proyecto, al teléfono 662 259 5300, Ext. 2222 o celular 6621400209.

Agradezco de antemano el apoyo que pueda brindarle.

Dra. María Del Carmen Castro Vásquez