



**EL COLEGIO
DE SONORA**

Doctorado en Ciencias Sociales
Estudios Socioculturales de Salud

**Construcción sociocultural de las prácticas de actividad física de
adultas mayores con diabetes en Hermosillo, Sonora, desde una
perspectiva de género**

Tesis presentada por
María Carolina Palomo Rodríguez

Como requisito parcial para obtener el grado de
Doctora en Ciencias Sociales

Directora de Tesis: Dra. Catalina A. Denman Champion
Lectora interna: Dra. María del Carmen Castro Vásquez
Lectora externa: Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea

Hermosillo, Sonora
Octubre de 2021

FIRMAS APROBATORIAS

Dra. Catalina A. Denman Champion

Directora de tesis

Dra. María del Carmen Castro Vásquez

Lectora interna

Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea

Lectora externa

AGRADECIMIENTOS

A Eduardo, Cassandra y Esteban por su constante amor, soporte, alegría e inspiración.

A mis padres por haberme dado las bases, su apoyo y cariño en todo el trayecto que me trajo aquí.

A mi directora la Dra. Catalina A. Denman por compartirme sus valiosos conocimientos y experiencia y por su dirección y acompañamiento en esta investigación y en todo el proceso del doctorado.

A mis lectoras la Dra. Carmen Castro y la Dra. Miriam Domínguez por sus enseñanzas y atinados comentarios que enriquecieron este trabajo.

A las y los investigadores del Centro de Estudios en Salud y Sociedad por sus aportaciones a este trabajo.

A mis compañeras y compañeros de posgrado por su apoyo y recomendaciones.

A las mujeres que participaron en esta investigación por compartirme sus experiencias y su alegría.

A El Colegio de Sonora y su personal que facilitó en todo momento el desarrollo de esta investigación.

A Conacyt por la beca doctoral.

A esa fuerza que lo equilibró todo.

Esta tesis formó parte del proyecto “Herramientas y prácticas para disminuir las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones en población diabética de México” financiado por el National Heart, Lung and Blood Institute [Número de proyecto: 1R01HL125996-01].

RESUMEN

Frente al panorama de salud mundial actual que se caracteriza por el envejecimiento poblacional y su feminización y por una alta prevalencia de diabetes en este grupo de edad, la actividad física se ha comprobado facilita el control de esta enfermedad evitando sus complicaciones y promueve la salud de forma integral instrumentando mayores posibilidades de una más vida autónoma e independiente en esta etapa, empero se observa una alta prevalencia de inactividad física en esta población. Ante el vacío de información sobre el fenómeno de la (in)actividad física en situaciones de existencia particulares como lo son el ser mujer, Adulta Mayor (AM) y tener diabetes, nos apoyamos en la teoría social actual del cuerpo para acceder a la configuración corporal genérica de la práctica desde la cultura corporal hegemónica de género en los distintos ámbitos para la actividad física y analizamos cómo se expresa y actúa en lo subjetivo en el entramado de la identidad corporal de género. Se utilizó una metodología cualitativa y las técnicas empleadas fueron diseñadas para acceder a la dimensión material y social-genérica de la práctica. Se realizaron entrevistas a profundidad bajo el formato de itinerarios corporales de la identidad corporal de género así como observación participante de prácticas cotidianas de actividad física de siete adultas mayores con diabetes pertenecientes a un Grupo de Ayuda Mutua de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Los resultados obtenidos apuntan que el envejecimiento, y la diabetes como proceso adicional de deterioro fisiológico, intersectan las prácticas de las entrevistadas en los distintos ámbitos de actividad física y en la definición de su realización fueron trascendentales el sentido y emotividad que les otorgan en la construcción de sí mismas como mujeres adultas mayores como parte de un proceso subjetivo delimitado por las posibilidades que establece la cultura corporal hegemónica de género respecto de esta etapa de la vida en el contexto en el que cada una se desarrolla. Se expresó que en ese proceso material-social de la práctica, la sensorialidad del envejecimiento como malestar corporal puede ser mediada y al primar parcelas positivas de la experiencia como el placer y el disfrute, emerge una percepción positiva de sí mismas que motiva su realización. Se concluye que ser mujeres AM con diabetes conforma una experiencia corporal que es material y a la vez es social y genéricamente delimitada y significada que define las prácticas que las entrevistadas continúan realizando y su forma de desarrollarlas, las que dejan de hacer y las que emergen en esta etapa en los diferentes ámbitos para la actividad física. Y que esta configuración corporal-genérica de la práctica habrá de tomarse en cuenta en el diseño de estrategias enfocadas en la promoción de la actividad física de esta población pues revela sus necesidades, preferencias y posibilidades para desarrollarla.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS (TABLAS Y GRÁFICAS)	10
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	11
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 1: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO: ENVEJECIMIENTO, DIABETES E	
INACTIVIDAD FÍSICA	18
LA DINÁMICA DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	20
LA DIABETES COMO PROBLEMA DE SALUD POBLACIONAL.....	37
LA PANDEMIA DE LA INACTIVIDAD FÍSICA.....	49
CAPÍTULO 2: ESTUDIAR LAS PRÁCTICAS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE ADULTAS MAYORES	
(AM) CON DIABETES DESDE EL CUERPO.....	60
PRÁCTICAS DE ACTIVIDAD FÍSICA	60
EL CUERPO COMO EJE PARA EL ANÁLISIS.....	64
LAS PRÁCTICAS DE ACTIVIDAD FÍSICA COMO PRÁCTICAS CORPORALES Y DE GÉNERO	
.....	69

EL ENVEJECIMIENTO Y LA DIABETES COMO PROCESOS CORPORALES-SOCIALES	87
<i>El envejecimiento como proceso corporal-social</i>	88
<i>La diabetes como proceso corporal-social</i>	103
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	117
DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y TRABAJO DE CAMPO ..	124
ESTRATEGIAS PARA LA CALIDAD DEL CONOCIMIENTO	135
UN ACERCAMIENTO AL CONTEXTO DE VIDA DE LAS ENTREVISTADAS	149
CAPÍTULO 4: ENVEJECER Y VIVIR CON DIABETES COMO SITUACIÓN CORPORAL EN LA PRÁCTICA	156
LA SENSORIALIDAD DEL ENVEJECIMIENTO Y LA DIABETES.....	162
CAPÍTULO 5: TRABAJO DOMÉSTICO Y TRABAJO REMUNERADO: EJES DE LA CULTURA CORPORAL HEGEMÓNICA	187
EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO .	189
<i>Construcción del trabajo doméstico como práctica de género</i>	198
<i>Corporeidad de género aprendida</i>	201
<i>Cuerpo, género y posibilidades para las prácticas de trabajo doméstico de las mujeres</i>	205

EL TRABAJO REMUNERADO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO	226
<i>Construcción del trabajo remunerado como práctica de género</i>	232
<i>Corporeidad de género aprendida</i>	234
<i>Cuerpo, género y posibilidades para las prácticas de trabajo remunerado de las mujeres</i>	241
CAPÍTULO 6: OCIO Y DESPLAZAMIENTO: POSIBILIDADES EN LA CULTURA CORPORAL HEGEMÓNICA.....	269
EL OCIO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO	270
<i>Construcción de la recreación como práctica de género</i>	276
<i>Cuerpo, género y posibilidades para las prácticas recreativas de las mujeres</i>	279
EL DESPLAZAMIENTO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO.....	326
<i>Construcción de los traslados como práctica de género</i>	330
<i>Cuerpo, género y posibilidades para el desplazamiento de las mujeres</i>	333
CAPÍTULO 7: IDENTIDAD CORPORAL DE GÉNERO Y PRÁCTICAS EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA.....	359
TRABAJO DOMÉSTICO	361
TRABAJO REMUNERADO.....	387
OCIO	404

DESPLAZAMIENTOS.....	426
A MANERA DE CIERRE DEL ANÁLISIS	435
CONCLUSIONES	444
<i>Nuevo rol familiar</i>	447
<i>La etapa del descanso</i>	448
<i>Tiempo para sí</i>	449
<i>Cuerpo para sí</i>	449
<i>El cuidado del cuerpo</i>	450
<i>Independencia</i>	451
<i>Placer autorreferente</i>	452
<i>Placer maternal</i>	452
<i>Cuerpo útil para las y los demás</i>	453
<i>Fe y cuerpo</i>	454
APORTACIONES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	457
LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	466
BIBLIOGRAFÍA	469
ANEXOS.....	488

ANEXO 1. TALLER INVITACIÓN	488
ANEXO 2. TALLER DE CIERRE	490
ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA	491
ANEXO 4. CUESTIONARIO	494
ANEXO 5. GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LA ENTREVISTA	495
ANEXO 6. GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	496
ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	497
ANEXO 8. CATÁLOGO DE CODIFICACIÓN DE NVIVO.....	499

ÍNDICE DE FIGURAS (TABLAS Y GRÁFICAS)

FIGURA 1. POBLACIÓN GLOBAL POR GRUPO DE EDAD, 1950-2050	21
FIGURA 2. LÍNEA DEL TIEMPO: EL ENVEJECIMIENTO EN LA AGENDA INTERNACIONAL	23
FIGURA 3. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LAS REGIONES MENOS Y MÁS DESARROLLADAS (1970, 2013, 2050)	26
FIGURA 4. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO (1980, 2016, 2050)	28
FIGURA 5. CAUSAS DE MUERTE POR REGIÓN, 1970.....	39
FIGURA 6. CAUSAS DE MUERTE POR REGIÓN, 2008.....	40
FIGURA 7. PROYECCIÓN CAUSAS DE MUERTE POR REGIÓN, 2030	40
FIGURA 8. PORCENTAJE DE PAM CON UNA O MÁS ENFERMEDADES QUE TIENEN DIAGNÓSTICO DE DIABETES. MÉXICO. 2012.	44
FIGURA 9. COMPLICACIONES DE LA DIABETES EN POBLACIÓN ADULTA. MÉXICO. 2016. PORCENTAJE.	46
FIGURA 10. ENFERMEDADES EN PAM CON Y SIN DIABETES. MÉXICO. 2016. PORCENTAJE....	46
FIGURA 11. ESQUEMA SINÓPTICO DE LAS OPOSICIONES PERTINENTES	70
FIGURA 12. ORGANIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS	127
FIGURA 13. OPERACIONALIZACIÓN.....	128
FIGURA 14. DESCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS Y OBSERVACIONES REALIZADAS	134
FIGURA 15. ADULTAS MAYORES CON DIABETES SELECCIONADAS PARA ENTREVISTA Y ARREGLO FAMILIAR	140
FIGURA 16. ESQUEMA PARA LA CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN NVIVO	148
FIGURA 17. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN. HERMOSILLO Y AGEBS SELECCIONADAS. 2020. PORCENTAJE.	151
FIGURA 18. CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS. HERMOSILLO Y AGEBS SELECCIONADOS. 2020. PORCENTAJE.....	153
FIGURA 19. DATOS RELACIONADOS CON LA SALUD Y ACTIVIDAD DE LAS ENTREVISTADAS	161

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AFC: Actividad Física de Caminar.

AFM: Actividad Física Moderada.

AFV: Actividad Física Vigorosa.

AM: Adulta(s) Mayor(es).

CFH: Corporeidad Femenina Hegemónica.

CMH: Corporeidad Masculina Hegemónica.

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

GAM: Grupo de ayuda mutua de enfermedades crónicas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PAM: Población Adulta Mayor.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un aumento de la diabetes y sus complicaciones en la población adulta mayor, sobre todo en las mujeres, afectando de forma negativa sus posibilidades de una vida autónoma y saludable (INMUJERES 2015, 18, 21, 24). La actividad física se ha comprobado como un recurso que promueve su salud de forma integral facilitando el control de la enfermedad y una vida más independiente y satisfactoria (Campillo 2006, 5). Sin embargo, se ha documentado que los niveles de inactividad física son mayores en la población con diabetes que en la población que no presenta la enfermedad, y que la probabilidad de inactividad aumenta en los grupos de mayor edad (Palomo y Denman 2019; Kennerly y Kirk 2018; Patermina et al. 2017; McCarthy et al. 2014; Nelson, Reiber y Boyko 2002).

La diabetes y sus consecuencias han significado un aumento considerable en la demanda de servicios de salud en los últimos años, sobre todo en el grupo de las Personas Adultas Mayores (en adelante PAM) (INSP 2012, 43, 49). Ante la creciente insuficiencia de recursos públicos para cubrir los costos de la diabetes y la discapacidad funcional asociada a ella, la actividad física se presenta como recurso viable para promover la salud integral de esta población (Caballero 2006, 41-42). A pesar de lo anterior, no se cuenta con suficiente información sobre la forma en que las prácticas de actividad física se construyen, ni sobre cómo afecta el contexto sociocultural particular de las diferentes regiones en su desarrollo.

La mayor parte de la investigación sobre actividad física se está llevando a cabo en los países de altos ingresos (Hallal et al. 2012, 3), por ende, se desconoce

cuál sería la manera más efectiva de promoverla en situaciones de existencia particulares (Bauman et al. 2012, 31), como lo son el ser mujer, PAM y tener diabetes en el contexto de una ciudad como Hermosillo, Sonora, México. Es necesario utilizar un enfoque sistémico para conocer la relevancia de otros sectores, además del sector salud, en la promoción de cambios en los patrones de actividad física de las poblaciones (Bull y Bauman 2011, 20-21).

Así, esta tesis responde a la necesidad de generar información estratégica que nos permita comprender cómo son las prácticas cotidianas de actividad física de mujeres Adultas Mayores (en adelante AM) con diabetes, para conocer cómo afectan las construcciones socioculturales, en lo general, y respecto del género, en particular, las prácticas de actividad física que las mujeres realizan en esta etapa de la vida, y cómo intersecta su desarrollo su situación corporal particular de envejecimiento y enfermedad. Para lograrlo, se toma el cuerpo como eje para el análisis; así, el objetivo de esta investigación es analizar, desde una perspectiva sociocultural y de género, la relación entre el cuerpo y las prácticas cotidianas de actividad física de AM con diabetes.

La pregunta general que guía esta tesis es: desde una perspectiva sociocultural y de género, ¿cómo se relaciona el cuerpo con las prácticas cotidianas de actividad física de AM con diabetes? De ésta se despliegan las preguntas específicas, a saber:

- *Pregunta específica 1:* ¿Cómo es la configuración corporal-genérica de las prácticas de AM con diabetes en los diferentes ámbitos de actividad física?
- *Pregunta específica 2:* Desde una perspectiva sociocultural y de género, ¿cómo median la diabetes y el envejecimiento, como procesos corporales-sociales, las prácticas cotidianas de actividad física de AM con diabetes?
- *Pregunta específica 3:* ¿Cómo se relaciona la identidad corporal de género con las prácticas cotidianas de actividad física de AM con diabetes?

Para responderlas, en el capítulo 1 se describe el panorama epidemiológico que conforma nuestro problema de investigación. En un primer apartado nos enfocamos en la dinámica y condiciones del envejecimiento poblacional a nivel global y en México, destacando las diferencias entre los países de distintos ingresos, ya que las situaciones estructurales que los caracterizan ocasionan que transitar por esta etapa represente diferentes oportunidades de vida para sus poblaciones. Posteriormente, abordamos la epidemia de la diabetes a nivel mundial, y destacamos que en países como México se crearon escenarios de mayor vulnerabilidad tanto en su desarrollo como en su impacto, enfocándonos en la situación de las PAM en particular, pues es la mayormente afectada por la enfermedad y sus consecuencias, además de nuestra población de estudio. En el tercer apartado presentamos los datos referentes a la pandemia de la inactividad física y su importancia como problema de salud global, al estar asociada a las principales causas de muerte en el mundo, y a su vez describimos los beneficios de la actividad física en la promoción de la salud integral de las personas y de la población con diabetes y adulta mayor en específico.

El capítulo 2 conforma el marco teórico que dirige nuestra investigación. En el primer apartado delimitamos teóricamente nuestro objeto de estudio, que son las prácticas de actividad física, y planteamos un análisis sociocultural en el que las abordamos como prácticas corporales y sociales realizadas por sujetas y sujetos con base en un abanico de posibilidades que las delimita (Denman 2008; Menéndez 2002). En el segundo apartado especificamos que tomamos el cuerpo como eje para el análisis desde el planteamiento de la Teoría Social Actual del Cuerpo, y a partir de las aportaciones de Connel (2003) y Esteban (2004) las analizamos como prácticas

realizadas por sujetas y sujetos que actúan desde una corporeidad que es material y a la vez socialmente delimitada. A continuación, elaborando sobre la cultura corporal hegemónica que naturaliza distintas posibilidades de ser cuerpos de hombres y mujeres en la práctica (Bourdieu 2000, 11), se plantea que para comprender cómo ésta actúa en su definición, requiere analizarse en lo subjetivo, en el entramado de la configuración de la Identidad Corporal de Género (Esteban 2004), y finalmente, en el cuarto apartado, se plantean las bases para el análisis del envejecimiento y la diabetes como procesos corporales y sociales que intersectan las prácticas de nuestra población de estudio.

En el capítulo 3 se fundamenta la elección de la metodología que guía el proceso de investigación. Desde un paradigma constructivista, optamos por un enfoque cualitativo, utilizando la técnica de la entrevista en profundidad bajo el formato de los Itinerarios Corporales propuesto por Esteban (2004) para documentar y analizar las continuidades y cambios de las prácticas corporales en el entramado de la identidad corporal de género como proceso dinámico a lo largo de la trayectoria vital. También usamos la técnica de la observación participante, para poder aprehender otra información relevante en el desarrollo de la práctica y, a su vez, basándonos en las aportaciones de los Estudios Sensoriales (Pink 2015), realizamos entrevistas y observaciones para acceder a la dimensión corporal-material de la práctica. El capítulo se cierra con un apartado que consiste en un acercamiento al contexto de vida de las entrevistadas, para ir situando sus prácticas en el entorno donde las desarrollan.

Desde el capítulo 4 hasta el 7 se despliega el análisis realizado. En el capítulo 4 se aborda cómo intersectan el envejecimiento y la diabetes, en tanto procesos físico-sensoriales, las prácticas de las entrevistadas, y se analizan sus principales manifestaciones corporales y la manera en que éstas elaboran sobre dichos cambios y sus efectos en su cotidianidad. En los capítulos 5 y 6 se desarrolla la cultura corporal hegemónica que, por el hecho de ser mujeres, se expresa y delimita las prácticas de las entrevistadas en los diferentes ámbitos de la actividad física, y se examina la manera en que la Corporeidad Femenina Hegemónica (en adelante CFH) conforma tanto cuerpos de mujeres como las posibilidades de ser cuerpos más allá de ella, así como las continuidades o cambios que significa estar en la etapa de la adultez mayor en dicha configuración de la práctica.

En específico, en el capítulo 5 se analizan el trabajo doméstico y de cuidado y el trabajo remunerado, pues corresponden a prácticas que se sitúan en la base de la división sexual del trabajo y constituyen ejes de la función social de mujeres y hombres en el entramado de la CFH y la Corporeidad Masculina Hegemónica (en adelante CMH) respectivamente. Por su parte, el capítulo 6 estudia las prácticas de ocio y de desplazamiento, pues, aunque su desarrollo también se delimita en el entramado de la CFH y la CMH, al no situarse en el eje presenta distintas posibilidades.

Para finalizar, en el capítulo 7 se abordan las posibilidades de la interacción corporal-social en los distintos ámbitos de la actividad física de las entrevistadas a lo largo de las diferentes etapas en el entramado de la construcción de su ser-mujeres, en especial respecto de la significatividad-emotividad (socialmente estructurada) de

la práctica en el proceso de configuración de la identidad corporal de género como “motor de la práctica” de las entrevistadas, cuestión que, como se verá, se revela trascendental en la definición de sus prácticas ante los procesos corporales-sociales del envejecimiento y la enfermedad.

CAPÍTULO 1

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO: ENVEJECIMIENTO, DIABETES E INACTIVIDAD FÍSICA

En México y en el mundo las maneras de vivir y de morir han cambiado. Los últimos años se han destacado por los grandes esfuerzos que la comunidad internacional ha hecho para aumentar la esperanza de vida de la población mundial mediante el combate de las principales causas de mortalidad temprana. Esto nos coloca frente a dos fenómenos globales: por un lado, la llamada transición epidemiológica,¹ que se caracteriza por la disminución de la morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades agudas y de tipo infecciosas, así como el aumento de las enfermedades crónicas y las lesiones (Omran 1971, 744); por otro, la transición demográfica,² donde la disminución de la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida han conducido a una mayor proporción de PAM entre la población mundial, con un consecuente envejecimiento poblacional.

A pesar de lo anterior, es importante destacar que estos procesos no han sido uniformes en todos los países, y mucho menos equitativos. Los esfuerzos por mejorar la salud mundial han favorecido desproporcionadamente a los países de ingresos altos, y las brechas de desigualdad en salud, tanto entre los diversos grupos sociales al interior de éstos como respecto de los países de ingresos medios y bajos, han

¹ Una transición epidemiológica es “el proceso a largo plazo del cambio en las condiciones de salud de una población, incluidos los cambios en los patrones de enfermedad, invalidez y muerte” (Frenk, Lozano y Bobadilla 1994, 82).

² La transición demográfica se refiere a los cambios en la composición de la población relacionados con cambios en las tasas de natalidad, mortalidad y movilidad.

aumentado con el tiempo (D'Ambruso 2013, 6). El logro de alargar la vida de las personas no ha significado en todos los casos la posibilidad de una buena calidad de vida durante los años ganados.

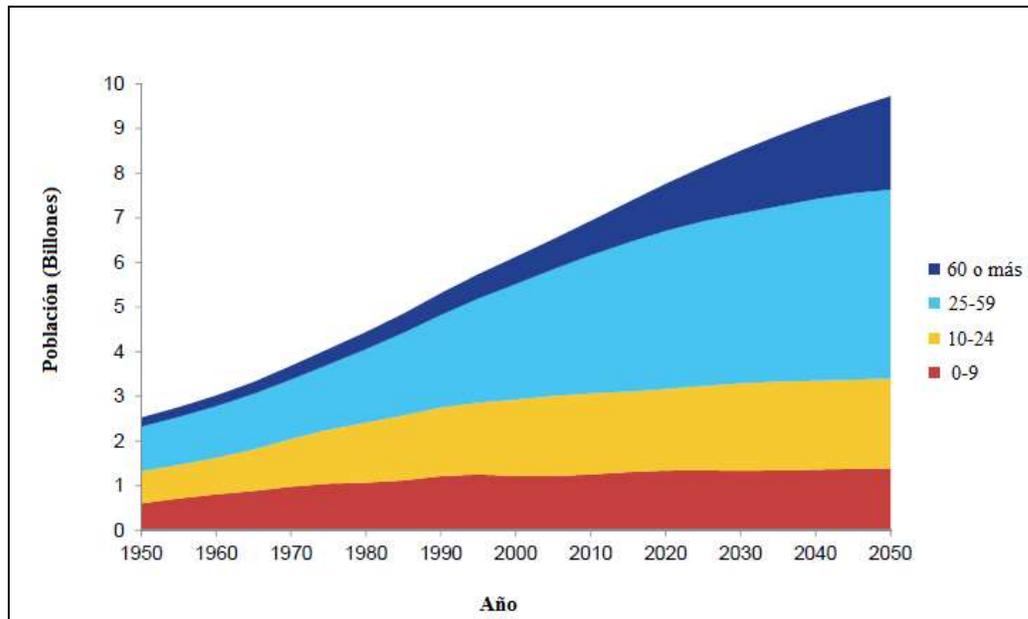
A continuación se describen la tendencia mundial hacia el envejecimiento poblacional y las diferencias de dicho fenómeno entre los países de ingresos altos y los de medianos y bajos ingresos. Además, se habla del caso de México en específico, y se presentan los datos socioeconómicos y de salud de las PAM para efectos de ir delineando sus condiciones de vida. En el segundo apartado de este capítulo, por su parte, se describe la epidemia de la diabetes a nivel mundial y en México, con especial énfasis en las PAM y en el tema de la inequidad entre los países y grupos sociales, mientras en el tercer apartado se habla de la pandemia de inactividad física en México y el mundo, exponiendo la relevancia del fenómeno y sus características entre las PAM y la población con diabetes. A lo largo de este capítulo se recurre a estadísticas epidemiológicas y demográficas, destacando y relacionando las diferencias de edad, salud y sexo (siempre que los datos estuvieron disponibles) para describir la dinámica en la que se inserta el problema de investigación de esta tesis.

LA DINÁMICA DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

En la figura 1 se puede observar que históricamente, respecto de la composición por grupo de edad de la población global, el grupo de las PAM –que comprende a hombres y mujeres mayores de 60 años– ha sido el más pequeño. De acuerdo con las proyecciones, para el año 2030 se espera que este grupo supere por primera vez la proporción de niños (de 0 a 9 años) y de adolescentes y jóvenes (de 10 a 24 años), llegando a representar un 16% de la población mundial. Así, de haber conformado aproximadamente 8% de la población entre 1950 y 1970, los adultos mayores han pasado a ser 10% en 2000 y 12% en 2015, estimándose que para el 2050 representarán aproximadamente 21% de la población mundial total (OMS 2015a, 24-29).

En otras palabras, entre 1950 y 2000 la proporción de las PAM solo aumentó 2% con relación al total de la población, pero entre 2000 y 2050 se espera que su proporción se haya duplicado, y que grupos específicos, como el de 80 años o más, se incremente casi cuatro veces (OMS 2011b, 3). Todo esto indica que las sociedades tal y como las hemos conocido hasta ahora tendrán una configuración muy distinta, forzando nuevos arreglos sociales.

FIGURA 1. POBLACIÓN GLOBAL POR GRUPO DE EDAD, 1950-2050



Fuente: Organización de las Naciones Unidas 2015, 25.

Estos datos hablan de una tendencia mundial, pero no describen sus consecuencias sociales. El envejecimiento poblacional en sí mismo no es un problema, y bajo las condiciones apropiadas significa una oportunidad: si las personas viven vidas más largas y saludables en un entorno que les acoge, es un logro para la sociedad, ya que ésta contará con más recursos humanos que le contribuyan de diversas maneras (OMS 2015a, 51). Empero, si durante los años de vida ganados las PAM experimentan limitaciones importantes en sus capacidades y el contexto social no les es receptivo, esto muy probablemente se traducirá en una mayor demanda de asistencia sanitaria y social y en una menor contribución social de su parte (Ídem).

La comunidad internacional dice venirse preparando desde hace tiempo para este futuro próximo, para que las consecuencias del envejecimiento poblacional se

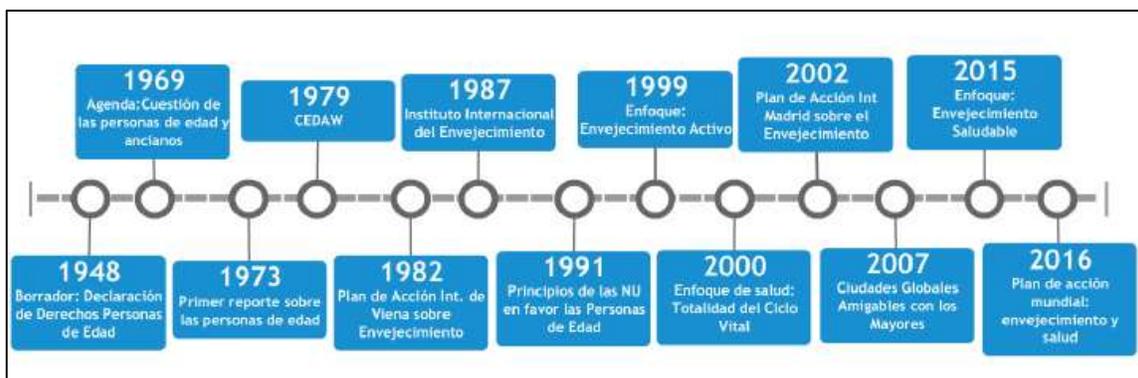
traduzcan en una ventaja social y se asegure el bienestar de las PAM. La figura 2 muestra que desde 1948 se dieron los primeros intentos para hacer visible a este grupo poblacional, si bien pasaron veinte años hasta la primera inclusión de la Cuestión de las Personas de Edad y los Ancianos en la agenda de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Lo anterior influyó para que se empezara a investigar más sobre las condiciones en las que vivía este grupo y sobre las posibles consecuencias sociales de la transición demográfica que se avecinaba, de manera que se comenzasen a generar planes,³ programas e instituciones⁴ expresamente dedicados a abordar la problemática. De este modo, van surgiendo los diferentes enfoques que han guiado la discusión internacional y las estrategias sobre el envejecimiento de la población durante las últimas décadas.⁵

³ El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982) contiene las metas, objetivos, principios y recomendaciones para la acción internacional. Entre ellos se incluyen investigación, recolección de datos, análisis y capacitación, así como directrices para la acción en temas de salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad del ingreso y empleo y educación (ONU 1982).

⁴ Con la creación en 1987 del Instituto Internacional del Envejecimiento se institucionaliza la primera entidad mundial encargada expresamente de monitorear los avances y necesidades en el tema.

⁵ En la década de 1990 se declaran los cinco Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad), con el objetivo de que sean incluidos en los programas nacionales de los diversos países. A finales del siglo XX y principios del XXI se adoptó el enfoque del envejecimiento activo y sano, que promueve aproximaciones basadas en la comunidad que abarquen toda la vida y tomen en cuenta el contexto y el proceso de urbanización. Por su parte, en 2002 se genera el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el segundo en su tipo, que tiene por objetivo delinear las estrategias para el nuevo siglo en la materia, estableciendo los siguientes temas prioritarios: personas de edad y el desarrollo, fomento de la salud, y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable para ellos.

FIGURA 2. LÍNEA DEL TIEMPO: EL ENVEJECIMIENTO EN LA AGENDA INTERNACIONAL



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ONU (1971, 1973, 1978, 1982, 1991, 1992, 1999, 2002, 2012) y OMS (1999, 2000, 2007, 2014b, 2015a, 2016d).

En la actualidad, suele trabajarse bajo el enfoque del envejecimiento saludable, que, elaborando sobre algunas ideas de perspectivas anteriores –como el enfoque ecológico y el de ciudadanía–, se basa en el curso de vida y en perspectivas funcionales que relacionan los planos individuales y estructurales (OMS 2015a, 30). Este enfoque conforma la base de la Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre el Envejecimiento y la Salud 2016-2030, cuya primera fase abarcó hasta el año 2020 y consistió en la planeación y preparación para facilitar las acciones para la Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030, teniendo como objetivos estratégicos el compromiso de que los países adopten medidas sobre el envejecimiento saludable, la creación de entornos adaptados a las personas mayores, armonización de los sistemas de salud con las necesidades de éstas, además del desarrollo de sistemas de prestación de atención a largo plazo sostenibles y equitativos, así como la mejora de la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento saludable (OMS 2016d, 11-27).

En México, fue hasta finales de la década de 1970 que el tema del envejecimiento se incorporó de forma directa a la agenda gubernamental,⁶ con la creación del Instituto Nacional de la Senectud, que tenía por objeto la atención de la población que atravesaba por la etapa de la adultez mayor (Razo 2014, 81), si bien no sería hasta 2002 cuando se dio un giro del enfoque asistencialista a uno de derechos, con la publicación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores,⁷ a través de la cual se decretó la creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, que fungiría como el nuevo “organismo público rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores” (Ibid., 13), pero cuya operatividad ha sido cuestionada, principalmente, porque no cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo sus programas y por la falta de capacitación de su personal (Razo 2014, 83). Actualmente México cuenta, además, con el Instituto Nacional de Geriátrica, creado en 2012, y cuyo programa institucional 2020-2024 tiene el objetivo de desarrollar investigación y formar recursos humanos en el campo del envejecimiento y la salud “para impulsar el desarrollo de las condiciones necesarias para alcanzar el envejecimiento saludable de esta población”.⁸

A pesar de que ha habido avances, sobre todo en la investigación y visibilización del fenómeno del envejecimiento poblacional y en la planeación y

⁶ En un principio la atención a este grupo estaba a cargo totalmente de su familia, comunidad, y en caso de desamparo de la Iglesia u otras organizaciones filantrópicas, pero en la década de 1960 se empieza a entender como un grupo vulnerable que necesita la asistencia del Estado (Razo 2014, 80).

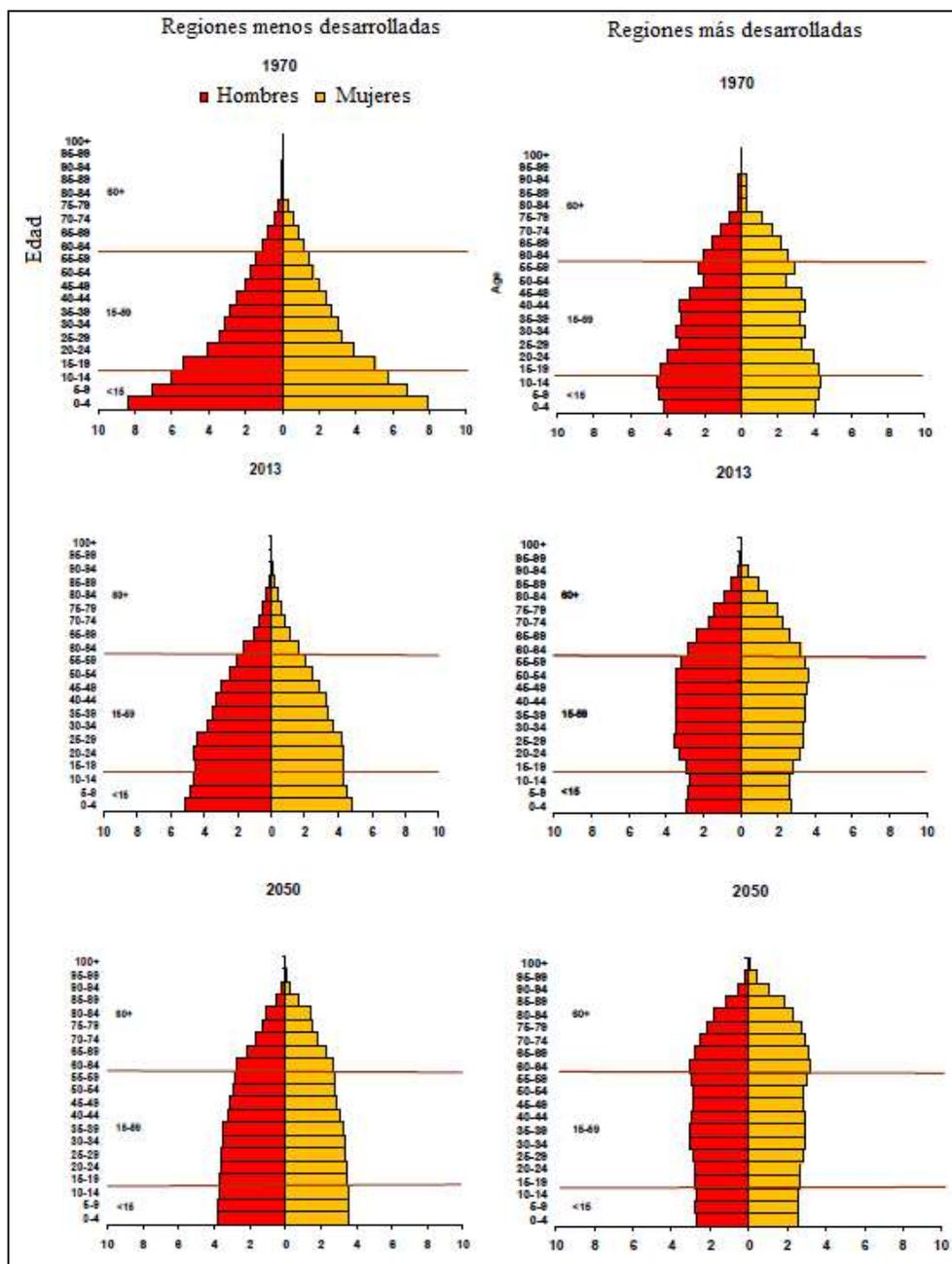
⁷ Su objetivo es “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento mediante la regulación de: I. la política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores; II Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores”. Ver *Diario Oficial de la Federación*. 2002. Ley de los derechos de las personas adultas mayores. 25 de junio.

⁸ *Diario Oficial de la Federación*. 2020. Programa institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Geriátrica. 19 de noviembre.

diseño de políticas públicas encaminadas a promover un envejecimiento saludable en el marco del concierto internacional, su impacto no ha sido el esperado, y esto se relaciona con las condiciones estructurales de los países. Se pueden observar importantes diferencias entre las condiciones de vida actuales de este grupo poblacional en países de mayor y menor ingreso y las proyecciones del futuro que se avecina, mismas que radican tanto en el desarrollo y proporciones del fenómeno como en las condiciones económicas, sociales y políticas que imperan.

En la figura 3 se observa que las regiones más desarrolladas viven el proceso de envejecimiento de su población desde hace años. Esto les ha dado tiempo para prepararse y comenzar a tomar medidas, además de la ventaja de un mayor acceso a recursos para implementarlas: son países que están envejeciendo en la riqueza. En cambio, en las regiones menos desarrolladas el envejecimiento de la población es una situación que apenas se vislumbra, pero es un fenómeno que se dará en menos tiempo y que tendrá mayores proporciones (ONU 2013, 10). A lo anterior se suman condiciones que dificultan la atención de las problemáticas sociales y de salud más inmediatas en estos países, por lo que quedan poco tiempo y recursos para la prevención de escenarios futuros en torno del envejecimiento poblacional.

FIGURA 3. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LAS REGIONES MENOS Y MÁS DESARROLLADAS (1970, 2013, 2050)



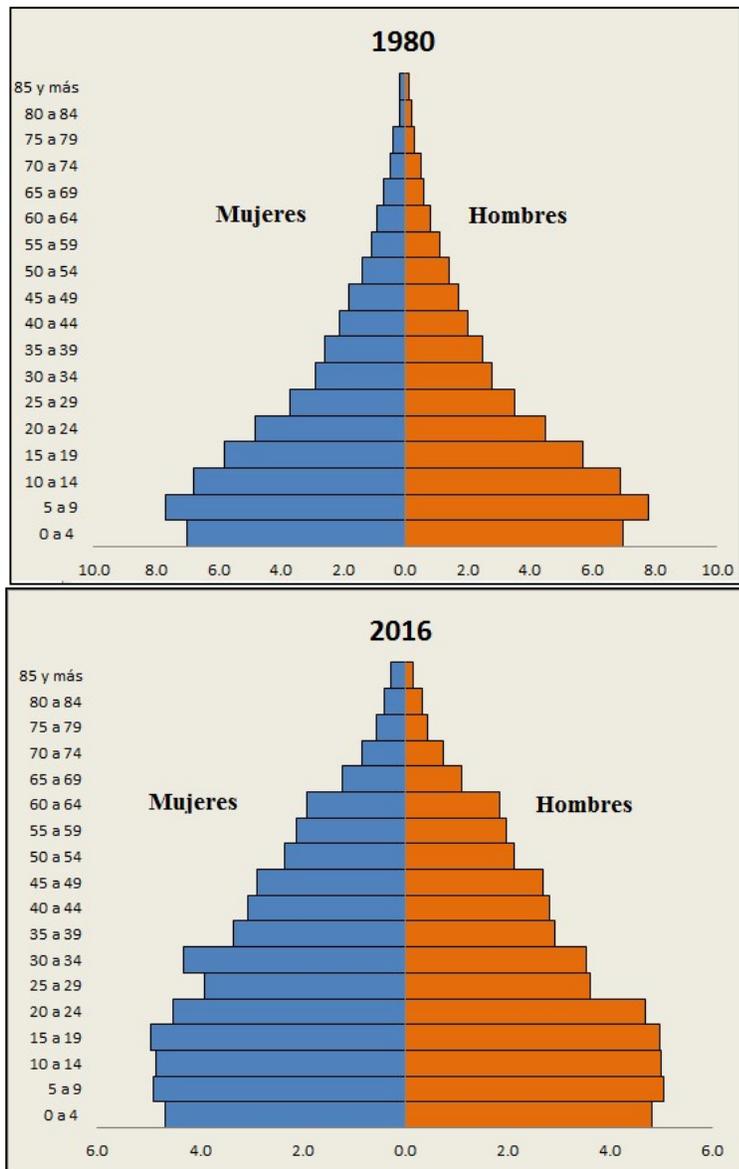
Fuente: ONU 2013, 10.

En México, prácticamente los últimos cien años han marcado la composición poblacional actual y la que se espera en el futuro. Desde la década de 1930 comenzó un descenso de la mortalidad, seguido por la natalidad a partir de la de 1970

(INMUJERES 2015,14), tendencias de acuerdo con las cuales, como se observa en la figura 4, la proporción actual de personas de 60 años o más es mayor a la de aquellas de 0 a 4 años, con la proyección de que hacia 2050 las PAM también superarán a otros grupos de edad.

De acuerdo con las cifras oficiales, en 1980 las y los adultos mayores representaban un 5.4% de la población total, si bien en lo particular constituían 5% de los hombres y 5.7 de las mujeres, una diferencia, en aquel momento, de 0.7 puntos porcentuales (INEGI 1980). Hacia 2016 esta población casi se había duplicado, y prácticamente 1 de cada 10 rebasaba los 60 años (INSP 2016): las PAM representaban un 9.8% de la población total, mientras en el desagregado por sexo las cifras arrojaban que 10.6% de las mexicanas y 9% de los mexicanos se encontraban dentro de este bloque, con una diferencia de 1.6 puntos porcentuales. Este ritmo de crecimiento hace que se espere que para 2050 la proporción de PAM se haya duplicado de nuevo, representando casi una cuarta parte de la población total (21.4%), y que las AM conformen un 23.3% de las mujeres y los adultos mayores un 19.5% de los hombres, una diferencia de 3.8 puntos porcentuales (INMUJERES 2015, 5).

FIGURA 4. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO (1980, 2016, 2050)





Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI (1980), INSP (2016) e INMUJERES (2015, 4).

La diferencia en la proporción entre ambos sexos en la población adulta mayor va aumentando conforme avanzan los años. En 2016 las mujeres representaban 52.9% de la población mayor de 60 años, pero se proyecta que para 2050 constituyan un 56.1% de dicha población (INSP 2016). Este fenómeno se conoce mundialmente como la feminización del envejecimiento, y sucede por la disminución de la tasa de natalidad y por la sobremortalidad masculina en algunas etapas de vida previas (INMUJERES 2015, 7),⁹ de manera que la proporción de mujeres

⁹ De acuerdo con el Instituto Nacional de la Mujer, “Las diferencias en la esperanza de vida entre mujeres y hombres responden, además de sus características físicas o fisiológicas, a diferentes estilos de vida asociados a diferencias de género. A partir de los veinte años de edad, el número de mujeres rebasa el número de varones, debido a una sobremortalidad masculina, consecuencia, en gran parte, de la mayor exposición de los hombres a situaciones de riesgo, que mueren por accidentes, lesiones o agresiones” (INM 2015, 8).

AM en los grupos de edad más avanzados va en aumento. Las mujeres en México suelen vivir alrededor de 5 años más que los hombres (Ídem), empero:

el hecho de tener una expectativa de vida más larga no representa necesariamente una ventaja para ellas, por el contrario, puede significar un periodo mayor de enfermedad o discapacidad. Desafortunadamente, las condiciones de vida que han tenido las AM, caracterizadas por desigualdades de género, son un factor importante de su estado de salud en esta etapa, que muestra el efecto acumulativo del deterioro físico-funcional con el paso del tiempo (Ibid., 18).

Entonces, el tema a discutir no es el aumento de la esperanza de vida, sino las condiciones en las que se viven esos años de vida ganados. En México actualmente la esperanza de vida es de casi 75 años, sin embargo, la esperanza de vida saludable para la población es de aproximadamente 66 años: esto es, las y los mexicanos tienen altas probabilidades de experimentar una importante carga de enfermedad y dependencia por aproximadamente 9 años de su vida (INMUJERES 2015, 18). Como se apuntó antes, “el aumento en la esperanza de vida no necesariamente repercute en la calidad de vida y en la salud. En algunas ocasiones, los años ganados corresponden a un alargamiento de la vejez en los que se pueden presentar factores de deterioro y dependencia” (Zetina 1999, 30).

Cuando los años ganados se viven sin bienestar y con salud empobrecida se está frente a un importante problema social: es diferente ser una PAM de 70 años en México que en Japón, donde la esperanza de vida sana es de 75 años (OMS 2016c, 8). Éste es un tema de equidad que, además, intersecta las diversas condiciones de vida de los distintos grupos sociales al interior de un mismo país –cuestiones de género, socioeconómicas, o relacionadas con su etnicidad y su localización (urbana o rural),

etcétera. Las diferencias en las situaciones de salud y de vida se relacionan con condiciones estructurales que van desde la malnutrición durante la infancia y el tipo y carga de enfermedades en una comunidad hasta la contaminación, el acceso y la calidad de la atención en salud y la infraestructura física disponible en los diferentes sectores poblacionales, entre muchas otras (INSP 2002). A continuación, se elabora a grandes rasgos sobre las condiciones de vida y de salud de la población adulta mayor en el país.

En México, de acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, en aquel año había 12.4 millones de personas mayores de 60 años, la mayor parte, como dijimos antes, mujeres, sobre todo en los grupos de mayor edad (INEGI 2016, 1). En 2010, en uno de cada cuatro hogares mexicanos vivía una persona adulta mayor: casi 90% en hogares familiares, y solo 10% por su cuenta. Las mujeres vivían más frecuentemente en hogares ampliados (47%) que en hogares nucleares (38%), mientras en el caso de los varones sucedía a la inversa (50% en hogares nucleares y 39% en ampliados) (INMUJERES 2015, 9).

Por su parte, en 2012 la mayoría de las PAM vivía en zonas urbanas (casi 75%), pero en las zonas rurales la población estaba más envejecida (ocupaba una mayor proporción respecto de la población total) y estas áreas se caracterizan por ofrecer un menor acceso a servicios de salud, siendo en esta etapa cuando las personas suelen requerir mayor atención (Ibid., 7). El nivel educativo de esta población es bajo, pues a gran parte de estas generaciones no les tocó la expansión del sistema educativo (Ibid., 14): en 2010, cerca de 30% de las mujeres y 20% de los hombres no sabía leer ni escribir, con un promedio de escolaridad estimada en 4.6

años. Cabe destacar que una tercera parte de las PAM era económicamente activa, pero en esta proporción también hay importantes diferencias por sexo (19% por ciento de las mujeres y 51% de los hombres) y por grupo de edad, pues en el grupo de mayor edad son menos los y las AM que trabajan (Ídem).¹⁰

En lo que refiere a las percepciones e ingresos, las PAM que cuentan con pensión o jubilación son una minoría, y también prevalecen grandes diferencias por sexo: solo 8.7% de las mujeres cuentan con este derecho, frente a 25.1% de los hombres (Ibid., 13). A su vez, una de cada cinco PAM era jefe o jefa de familia, y entre éstas, 35.2% eran mujeres y 64.8% hombres, colocándose las primeras más frecuentemente como dependientes económicas de sus familiares. Entre las AM la actividad más común fue el trabajo no remunerado, con más de 60% declarando dedicarse a labores domésticas, frente a un 8% de los varones (Ibid., 13). Aunado a lo anterior, 91% de las mujeres y 86% de los hombres manifestaron realizar labores domésticas y de producción primaria, y 60% de ambos sexos apoya el cuidado de otros integrantes de su hogar (Ibid., 15).

A pesar de que esta población realiza una importante contribución social y económica a sus hogares, ésta muchas veces no es remunerada y/o reconocida. En México, transitar por esta etapa se caracteriza por un aumento de la vulnerabilidad social, sobre todo conforme se avanza hacia los grupos de mayor edad: en 2015, cerca de 45% de las PAM se encontraban en situación de pobreza, pero entre los mayores de 75 años la proporción aumentaba a 51% (INEGI 2016, 12). Entre las PAM en pobreza, 54.1% eran mujeres, y entre las PAM en pobreza extrema éstas constituían

¹⁰ Aun así, 20% de los hombres de más de 80 años continuaba laborando, contra un 5% de mujeres de esa edad (INM 2015, 14).

un 54.2%, evidenciado la feminización de la pobreza, también presente en este grupo poblacional (SEDESOL 2015, 13).

Por otro lado, la etapa de la adultez mayor se caracteriza por la ocurrencia de diversos fenómenos de disfunción biológica relacionados con el deterioro de la salud a causa de la edad, pero también por las condiciones en las que se viven ésta y otras etapas de la vida. El perfil de salud de la población adulta mayor registra que en 2012 las enfermedades con el mayor auto reporte médico fueron: diabetes, con 24.3% (25.8% mujeres y 22.4% hombres); hipertensión, con 40% (46.2% mujeres y 32.9% hombres); hipercolesterolemia, con 20.4% (23.6% mujeres y 16.7% hombres); enfermedades del corazón,¹¹ con 9.2% (8.8% mujeres y 9.6% hombres); y embolias, con 3.7% (3.4% mujeres y 4% hombres) (Ibid., 19).

De igual manera, se observa que en esta edad frecuentemente se presentan enfermedades agudas e infecciosas, principalmente enfermedades respiratorias, intestinales o de vías urinarias (INMUJERES 2015, 21).¹² A pesar de lo anterior, la cobertura en salud es muy limitada en este grupo, con reportes que señalan hacia 2012 que 16.6% de las PAM no eran derechohabientes de ninguna institución, mientras que 30% estaban afiliadas al Seguro Popular, el cual carece de una cobertura amplia (Ibid., 23).¹³

En lo concerniente a la salud mental, en 2012 un 18% de las PAM refirieron síntomas depresivos significativos, siendo esta proporción casi 10 puntos

¹¹ Infarto, angina de pecho e insuficiencia cardíaca.

¹² Casos por cada 100,000 habitantes de 60 o más: respiratorias agudas: mujeres, 21.219, hombres, 15.555; vías urinarias: mujeres, 7.369, hombres, 4.370; intestinales por organismos y las mal definidas: mujeres, 5.511, hombres, 3.891 (INM 2015, 21).

¹³ En 2016 cubría cerca de 300 intervenciones preventivas o de tratamiento de enfermedades (SS 2016b, 4-521)

porcentuales mayor entre las mujeres en comparación con los hombres: 22% de mujeres frente a 13% de los varones (Ibid., 20). Asimismo, un 7% y un 8% respectivamente presentaron deterioro cognitivo y demencia, siendo también más comunes entre las mujeres (INMUJERES 2015, 20).¹⁴ Cabe destacar que la demencia es la principal fuente de discapacidad para las y los adultos mayores (INSP 2012, 122).

La situación que viven las PAM en las distintas sociedades es reflejo de la cultura predominante respecto de esta etapa de la vida. Un aspecto de gran relevancia en las construcciones sociales sobre la vejez es el tema de la violencia.¹⁵ En México, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2011 (ENDIREH 2011) mostró que cerca de 13% de mujeres AM había sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja en el último año, y que un 18% experimentó algún tipo de violencia dentro o fuera del ámbito familiar, destacando principalmente negligencias en sus cuidados y diversas formas de violencia emocional (INMUJERES 2015, 30-31).¹⁶ Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS 2010) identificó al grupo de las PAM como uno de los más susceptibles de ser discriminado (Ibid., 31).¹⁷

En el panorama hasta ahora planteado se revela que existe una gran contradicción: las sociedades realizan grandes esfuerzos por aumentar los años de vida de las personas, pero a su vez son negligentes e ignoran el potencial de sus PAM y sus necesidades de vida (OMS 2014b, 3). Hombres y mujeres en México y el mundo

¹⁴ 6% de hombres y 8% de mujeres con deterioro cognitivo, y 7% y 9% con demencia respectivamente.

¹⁵ No se encontraron datos sobre violencia en varones AM.

¹⁶ Ejemplos de dicha violencia son: que se les deje de hablar, se les deje solas o abandonadas, y/o se les haga sentir un estorbo (INM 2015, 31).

¹⁷ Después de homosexuales, migrantes e indígenas, situaciones que pueden ser acumulativas y generar mayor vulnerabilidad para las PAM.

ahora viven más tiempo, pero viven con mayor carga de enfermedad y en su mayoría en un contexto que no los acoge ni impulsa su desarrollo, participación y bienestar. En México, más de una cuarta parte (27%) de las y los adultos mayores presenta algún grado de discapacidad (INSP 2012, 121), con 29.6% de las mujeres AM reportando dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, como comer, bañarse, preparar comida, caminar, ir al baño, etcétera, frente a 23.8% de los adultos mayores varones (INMUJERES 2015, 20).

A su vez, 28.4% de las AM y 20.3% de los varones adultos mayores reportaron dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, definidas como las que se relacionan con la capacidad para que una persona pueda adaptarse a su entorno y mantenga su independencia, como usar el teléfono, hacer compras, cocinar, limpiar, utilizar transportes, administrarse sus medicamentos, etcétera (Ídem). Las diferencias entre ambos grupos son significativas, y resultan de la interacción de procesos biológicos y sociales, como las condiciones de mayor precariedad en que viven las mujeres a lo largo de sus trayectorias vitales, mismas que impactan sus condiciones de salud y los cambios biológicos relacionados con su ciclo reproductivo e incrementan el riesgo de presentar enfermedades crónicas, como hipertensión y diabetes, las cuales constituyen fuentes muy importantes de discapacidad por la afectación sistémica que ocasionan. En general, podría concluirse que “las mujeres padecen enfermedades incapacitantes más graves y por más largo tiempo” (Ibid., 18).

Como consecuencia del envejecimiento y el deterioro corporal que supone esta etapa se suscitan varias situaciones de salud que impactan la autonomía de este

grupo, sobre todo cuando las condiciones del medio no se adaptan a sus nuevas necesidades. Es común observar en esta población un aumento considerable en la frecuencia y gravedad de las caídas, así como una mayor dificultad para recuperarse de sus consecuencias (Ídem):¹⁸ en México, una de cada tres PAM ha sufrido al menos una caída en el último año, y en promedio sufren este tipo de accidentes dos veces al año, si bien son más frecuentes entre las mujeres (38.1%) que entre los varones (31.2%) (INSP 2012, 121).

En esta etapa también es común que se afecten otras funciones sensoriales, como la visión y la audición. En México, las PAM presentan alta prevalencia de deterioro visual (10%) y auditivo (10%), además de un porcentaje sensible (4%) que presenta ambos tipos (Ibid., 121). En el tema de la inclusión de las personas que presentan éste y otros tipos de discapacidad, a pesar de que en el país existen elementos jurídicos que lo demandan,¹⁹ las políticas públicas son insuficientes y carecen de una perspectiva que fomente su pleno desarrollo y participación en sociedad (CNDH 2016).

Otro problema común que afecta el bienestar de las PAM es la incontinencia urinaria. Algunas investigaciones, como la de Cortés y cols. (2011, 728), quienes estudiaron a adultos y adultas mayores afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), han encontrado que cerca de 40% de las y los mayores de 70 años presentaban algún grado de incontinencia urinaria, un problema que, junto con los

¹⁸ Sus consecuencias van desde hematomas y pequeñas laceraciones hasta fracturas de las que puede tornarse muy difícil recuperarse e incluso llegan a significar un gran riesgo de perder su independencia funcional (Ídem).

¹⁹ *Diario Oficial de la Federación*. 2018. Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad. 12 de julio.

anteriormente descritos, suelen generar tensiones y dificultades en la relación de las PAM con sus familias, sobre todo con sus cuidadores (OMS 2015a, 67).

LA DIABETES COMO PROBLEMA DE SALUD POBLACIONAL

La salud se convirtió en tema de interés global al finalizar la segunda guerra mundial,²⁰ y la creación de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en 1948 es reflejo de la visión de la época. Fue en aquel momento cuando se estableció que la salud de la población mundial era fundamental para la seguridad y las relaciones armoniosas entre los países, a la vez que se reconoció que la salud de los diferentes países estaba interconectada, por lo que se planteó como necesaria la instrumentación de la cooperación internacional en la materia (OMS 1948, 1).

En principio, de manera lógica el interés del recién creado organismo se enfocó en la ayuda para la reconstrucción después de la guerra y en la erradicación de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, que eran la primera causa de mortalidad en el mundo, bajo una lógica asistencialista e impositiva de la perspectiva desarrollista occidental (Gómez y Khoshnood 1991, 321-323). En años más recientes comenzó a darse un viraje hacia la atención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (en adelante ECNT), siendo 1998 el momento en que se

²⁰ Anteriormente se reconocían temas de salud internacional, pero se manejaban más que nada por bloques de países que tenían intereses comunes por causas comerciales y a razón de las epidemias que afectaban dichos intereses (Gómez y Khoshnood 1991, 316).

urge a los estados miembros de la ONU a colaborar con la OMS para comenzar a monitorear y documentar lo relativo a aquéllas, con el fin de generar estrategias sobre cómo abordar una problemática que empezaba a hacerse evidente (OMS 1998).

A pesar de lo anterior, el tema primordial en materia de salud mundial continuó siendo el de las enfermedades maternas, perinatales y transmisibles, como se puede observar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio²¹ de la ONU del año 2000, dirigido sobre todo a países y grupos poblacionales vulnerables (Buse y Hawkes 2015). Por su parte, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que comprenden el plan de 2015 a 2030, ya incorporan la reducción en un tercio de la mortalidad prematura por ECNT como meta específica del objetivo 3, referente a la salud y el bienestar (sin dejar de lado metas que implican a los demás problemas de salud), mismo que incluye a la población de todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, toda vez que el incremento de estas enfermedades se observa en todo el mundo (OMS 2015b).

Sin embargo, como se aprecia en las figuras 5, 6 y 7, la transición epidemiológica hacia las ECNT no ha sido uniforme: en los países de medianos y bajos ingresos se puede observar que los diferentes tipos de enfermedades coexisten en mayor proporción, lo que genera una mayor carga de enfermedad para sus poblaciones.²² El contexto de precariedad y otras condiciones sociales negativas

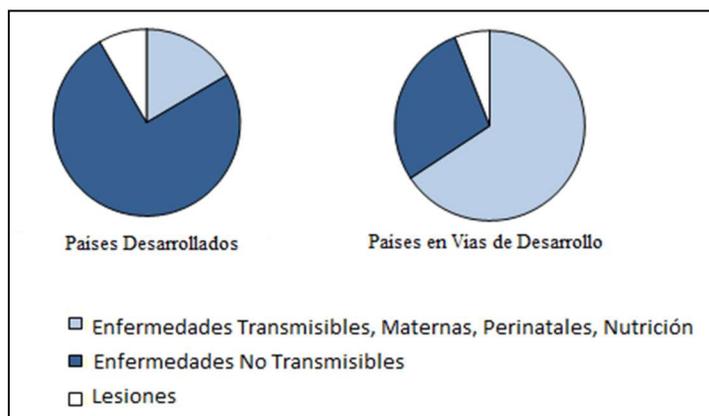
²¹ Los objetivos en cuestión eran (1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, (2) lograr la enseñanza primaria universal, (3) promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer, (4) reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años, (5) mejorar la salud materna, (6) combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, (7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y (8) fomentar la alianza mundial para el desarrollo (ONU 2015).

²² Es importante resaltar que los datos sobre causas de muerte utilizan registros de aproximadamente 70 países, si bien solo la información de aproximadamente 40 de éstos podría considerarse confiable, toda vez que algunas cifras emitidas en otros pueden llegar a incluir solo la mitad de su población. A

influyen en una mayor vulnerabilidad de las personas ante las ECNT, así como en un aumento de la carga de la enfermedad por la afectación de enfermedades transmisibles, maternos, perinatales y relacionados con la nutrición (Tsai et al. 2017, 978).

En América Latina, en materia de salud “sobresale la magnitud de las desigualdades y las diferencias crecientes entre los grupos sociales extremos” (Frenk, Lozano y Bobadilla 1994, 99). La desigualdad social crea desigualdades en salud, y las desigualdades en salud a su vez crean otro tipo de desigualdades sociales. En países como México se está frente a una transición epidemiológica que se ha traducido, sobre todo para los grupos más vulnerables, en vivir más años pero con más enfermedad y menos capacidades funcionales.

FIGURA 5. CAUSAS DE MUERTE POR REGIÓN, 1970



Fuente: Elaboración propia con datos de Bulatao 1993, 50.

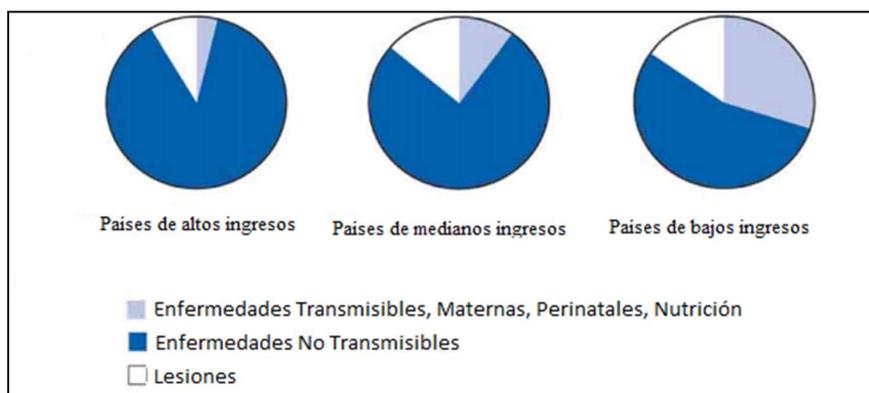
lo anterior habría que añadir que dicha información corresponde en su mayoría a datos de países desarrollados, y que la clasificación de países corresponde a la reconocida por la ONU en ese entonces (Bulatao 1993, 44).

FIGURA 6. CAUSAS DE MUERTE POR REGIÓN, 2008



Fuente: OMS 2011b, 9.

FIGURA 7. PROYECCIÓN CAUSAS DE MUERTE POR REGIÓN, 2030



Fuente: OMS 2011b, 9.

En este entramado la diabetes se revela como una de las principales causas de pérdida de años de vida sana, toda vez que las etapas avanzadas de la enfermedad suelen estar asociadas con importantes deterioros en la salud y las capacidades físicas y cognitivas de quienes la presentan (OMS 2016b, 13), constituyendo, además, una de las enfermedades que muestra mayor prevalencia, causante de una gran cantidad de muertes a nivel mundial. En 2014, cerca de 9% de la población mayor de 18 años del mundo presentaba diabetes (OMS 2016a), siendo la octava causa de muerte a nivel global para ambos sexos, y la quinta para el grupo de las mujeres (OMS 2016b, 21).

Cabe destacar que 80% de las muertes que provoca ocurren en países de medianos y bajos ingresos (OMS 2016a), que la diabetes ha ido en aumento durante los últimos años, y que se proyecta que así continúe, sobre todo en este tipo de países (OMS 2016b, 26).

Este panorama se relaciona con el aumento de los factores de riesgo en las distintas poblaciones, entre los que se tienen algunos no modificables debido a su naturaleza, como la edad (el riesgo aumenta a partir de los 45 años), factores genéticos, tener familiares en primer grado con diabetes, mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4kg), antecedentes de diabetes gestacional, y/o antecedentes de ovarios poliquísticos. A lo anterior se tendrían que sumar factores modificables, como la hipertensión, el sobrepeso, la obesidad y las dislipidemias (SS 2010, 11), y factores de riesgo conductuales asociados al riesgo de la enfermedad, como la inactividad física, los regímenes alimentarios insalubres (principalmente por su relación con otros factores, como la obesidad), y el consumo de tabaco (que se relaciona con problemas cardiovasculares y resistencia a la insulina) (Reyes 2013, 24 y 27).

Estos factores biológicos modificables y conductuales, junto con la falta de control glicémico, conducen a un mayor riesgo de complicaciones de la diabetes, que se traduce en una mayor carga de enfermedad y riesgo de muerte prematura. Sin embargo, el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones no se reducen al orden de lo individual, sino que responden a un contexto y se relacionan con factores políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales que subyacen al estilo de vida del individuo, a sus hábitos de alimentación, actividad física, autocuidado,

etcétera. Como apunta Menéndez (1998), los estilos de vida no son elecciones individuales: se articulan en las posibilidades del entorno en el que suceden.

Las condiciones que apremian en los países de medianos y bajos ingresos crean escenarios de mayor vulnerabilidad ante esta enfermedad, tanto en su desarrollo como en su impacto (Mendenhal et. al 2017), de manera que en los países con menores ingresos la epidemia de la diabetes se agudiza en proporción y en consecuencias. En México, la mortalidad por diabetes tipo 2 pasó de ser la novena causa de defunción a nivel nacional en 1980 a ocupar el primer o segundo lugar en los últimos años junto con las enfermedades cardiovasculares (SS 1999, 25; 2009; 2014; INEGI 2019a, 9). En 2020, la diabetes fue la tercera causa de muerte (el COVID-19 fue la segunda), pero se mantuvo cerca de los porcentajes de años pasados, registrando un 14.6% de las muertes, frente a un 14% en 2018 (INEGI 2019a, 9 y 2020a, 3). Las defunciones por diabetes son más frecuentes en el grupo de 60 años o más, y tienden a aumentar conforme se avanza en edad, mientras su distribución por sexo apunta que 49.6% de las muertes por esta causa fueron de varones, frente a 50.4% de mujeres (INEGI 2019a, 19).

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad, en 2016 9.4% de la población adulta mexicana contaba con un diagnóstico de diabetes (INSP 2016, 149). La diabetes es una enfermedad que se presenta de forma diferencial entre la población. Su distribución por sexo muestra una diferencia estadísticamente significativa: un 11.4% de las mujeres frente a un 9.1% de los varones (Ibid., 150). Esto se relaciona un tanto con factores biológicos, pero también con los factores socioculturales y económicos que condicionan las trayectorias vitales de las mujeres como

consecuencia de las construcciones de género, siendo estos últimos los que tienen más peso en su desarrollo (INMUJERES 2015, 3).

De igual manera, conforme se avanza en edad la diabetes presenta una mayor prevalencia, al ser más frecuente entre los adultos de 60 años o más (25.1%) que entre los grupos más jóvenes: el grupo de 40 a 59 años presenta una prevalencia de 12.8% y el de 20 a 39 años de 1.8% (INSP 2016, 149). Entre las PAM se mantienen diferencias significativas en función del sexo, con un 27.1% de las mujeres reportando tener diabetes frente a un 22.4% de los hombres (Ídem), de lo que resulta que el grupo de las AM es el que presenta la mayor prevalencia de diabetes con relación a las variables de edad y sexo. Adicionalmente, es importante destacar que la mayoría de la población con diabetes se sitúa entre los 60 y los 79 años de edad (Ibid., 47).

Existen también diferencias entre las regiones del país. En 2016, la prevalencia de diabetes fue de 10.2% en el sur, 9.8% en el centro, 8.7% en el norte y 8.3% en la región Ciudad de México-Estado de México. Por su parte, en 2012 los estados con porcentajes más altos de personas con diabetes entre las PAM que reportaron tener al menos una enfermedad (figura 8), fueron Baja California Sur, Aguascalientes e Hidalgo, mientras que entre los de menor porcentaje se contaban Colima, Baja California y Tlaxcala, con diferencias de hasta casi 30 puntos porcentuales entre los extremos. La diferenciación por tipo de localidad también revela información importante respecto del desarrollo de la enfermedad, ya que se

presentó en un 26.4% de las PAM que viven en zonas urbanas y en un 17.3% de las que viven en zonas rurales (INMUJERES 2015, 20).²³

FIGURA 8. PORCENTAJE DE PAM CON UNA O MÁS ENFERMEDADES QUE TIENEN DIAGNÓSTICO DE DIABETES. MÉXICO. 2012.

Estado	Porcentaje		Estado	Porcentaje
Baja California Sur	48		Zacatecas	35
Aguascalientes	47		Michoacán	34
Hidalgo	42		Nayarit	34
Jalisco	42		Querétaro	34
Estado de México	42		Quintana Roo	34
Oaxaca	41		Nuevo León	31
Puebla	41		Tabasco	31
Coahuila	40		Tamaulipas	31
Campeche	38		Cd. de México	30
Durango	38		Chihuahua	28
Guanajuato	38		Morelos	28
Guerrero	38		Veracruz	28
Sonora	38		Sinaloa	26
San Luis Potosí	36		Colima	24
Chiapas	35		Baja California	20
Yucatan	35		Tlaxcala	20

Fuente: Elaboración propia con datos de SEDESOL (2015).

En cuanto al control de la enfermedad, el tratamiento médico para la diabetes implica un manejo farmacológico y uno no farmacológico, consistente este último en un plan de alimentación, control de peso y actividad física (SS 2010, 16). Entre la población con diabetes, en 2016 un 87.8% dijo seguir un tratamiento farmacológico para tratar la enfermedad, con 11.1% manifestando usar insulina, 67.9% pastillas y 8.8% ambas (INSP 2016, 49, 51). Respecto del tratamiento no farmacológico, un 22% dijo haber modificado su dieta y cerca de 9% haber aumentado su actividad física (Rojas et al. 2018, 227).

²³ Se consideran localidades rurales aquellas que tienen menos de 2,500 habitantes, y urbanas las de 2,500 o más (INM 2015, 20).

A pesar de lo anterior, solo una de cada 4 personas reportó tener su diabetes bajo control (INSP 2016, 6), lo que significa que se encuentran en tratamiento, y “que presentan de manera regular, niveles de glucemia plasmática en ayuno entre 70 y 130 mg/dl o de Hemoglobina Glucosilada por debajo del 7%” (ss 2010, 4). Aunque se ha avanzado, ya que en 2006 solo 5% de las personas con diabetes dijo tener su enfermedad bajo control, todavía una gran proporción de ellas no ha logrado controlar su enfermedad, por lo que se encuentran en mayor riesgo de presentar complicaciones. Entre la población con diabetes, prácticamente 1 de cada dos personas dijo que presenta visión disminuida (54.5%) y/o ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en la planta de los pies (41.2%), mientras 2 de cada 5 se fatiga al caminar más de 6 minutos o estuvo hospitalizada por más de 24 horas, entre otras complicaciones importantes que se presentan en la figura 9.

A su vez, es común que la población con diabetes presente múltiples comorbilidades: en 2016 un 48.1% reportó tener diagnóstico previo de hipertensión y 52.9% un diagnóstico de dislipidemias (Rojas et al. 2018, 226 y 229). En los grupos de mayor edad las comorbilidades, complicaciones y consecuencias de la diabetes son mayores, y están más presentes no solo por los años transcurridos –la edad promedio de diagnóstico de diabetes es de 47 años, con un promedio de 13.2 de evolución de la enfermedad (Ibid., 229)–, sino también porque esta enfermedad interactúa con diversos procesos degenerativos relacionados con el envejecimiento.

FIGURA 9. COMPLICACIONES DE LA DIABETES EN POBLACIÓN ADULTA. MÉXICO. 2016. PORCENTAJE.

<i>Complicaciones</i>	<i>Porcentaje</i>
Visión disminuida	54.5
Ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies	41.2
Se fatiga al caminar más de 6 minutos	20.4
Hospitalización por más de 24 horas	16.0
Acudió a urgencias en el último año	14.9
Daño en la retina	11.2
Hipoglicemias que requieran ayuda de un tercero	10.3
Pérdida de la vista	10.0
Úlceras en piernas o pies con duración de más de 4 semanas	9.1
Arritmia	5.8
Amputaciones	5.5
Infarto del miocardio	3.2
Coma diabético	1.7
Diálisis	1.2
Infarto cerebral	0.6

Fuente: Elaboración propia con datos Ensanut MC-2016 (INSP 2016, 53).

FIGURA 10. ENFERMEDADES EN PAM CON Y SIN DIABETES. MÉXICO. 2016. PORCENTAJE.

<i>Enfermedad</i>	<i>PAM con diabetes</i>	<i>PAM sin diabetes</i>	<i>Chi -cuadrada (IC 95%)</i>
Hipertensión	59.9	30.9	0.000
Colesterol alto	46.6	26.9	0.000
Triglicéridos altos	45.4	24.0	0.000
Infección en vías urinarias	35.3	26.2	0.053
Infarto	9.0	3.3	0.001
Cálculos renales	5.5	6.6	0.615
Insuficiencia renal	4.1	1.9	0.081
Embolia Cerebral	3.9	1.9	0.060
Insuficiencia cardiaca	2.8	1.9	0.416
Angina de pecho	1.3	1.5	0.845

Fuente: Elaboración propia con datos Ensanut MC-2016 (INSP 2016, 53).

De esta manera, aumentan además el riesgo de caídas, de deterioro cognitivo, de ceguera, entre otros, que generan mayor vulnerabilidad entre esta población al ocasionar pérdida de independencia (Olaiz et al. 2007, s336). En la figura 10 se compara la prevalencia de algunas enfermedades entre PAM con diabetes y PAM sin diabetes, para visualizar la mayor carga de enfermedad asociada a la diabetes.

Este panorama de la epidemia de la diabetes en México ha significado un aumento considerable en la demanda de servicios de salud en los últimos años, para atender la enfermedad pero sobre todo para la atención de sus complicaciones. Actualmente la diabetes se encuentra entre los principales motivos de consulta y de hospitalización de las personas mayores de 50 años (INSP 2012, 43 y 49); además, según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 2020), es una de las causas más importantes de pensión por invalidez, de Años de Vida Saludable Perdidos por muerte prematura o discapacidad y, junto a la hipertensión, concentra 98% de los pacientes y 79% del gasto médico. Debido a su alta prevalencia entre la población y los altos costos que generan su tratamiento y el de sus complicaciones, hoy día la diabetes es una de las prioridades en el manejo de la salud poblacional en México: ante la magnitud y trascendencia de los casos de diabetes, y con el fin de fortalecer acciones a nivel nacional, en 2016 se emitió la Emergencia Epidemiológica EE-4-2016 (ss 2016c).

En el contexto presente, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes son el eje rector de las políticas orientadas a reducir la diabetes y sus consecuencias en la población en los diferentes niveles de gobierno. En los últimos

años se han creado varios programas para la prevención y atención de la diabetes y sus complicaciones, entre los cuales se cuentan DiabtIMSS, el programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE) del ISSSTE, los Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (en adelante GAM), y los programas de las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME) de la Secretaría de Salud. A los anteriores esfuerzos se suman medidas como el etiquetado de alimentos y bebidas industrializadas, la regulación de la venta de alimentos en el entorno escolar, la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido calórico dirigidos a población infantil, la estrategia publicitaria “Chécate, Mídete, Muévete”, la adecuación de espacios públicos para realizar ejercicio, la construcción de ciclovías y los programas de “calle abierta” en los que se suspende temporalmente el tránsito a automóviles para permitir el acceso a peatones, corredores y ciclistas (Wacher, Gómez y Casas 2016, 327; INSP 2020).

Ante las limitaciones de recursos de países de ingresos bajos y medios, la prevención representa la mejor apuesta para mejorar la salud poblacional. Así, las principales estrategias para prevenir la diabetes y sus complicaciones implican la promoción de una alimentación saludable y/o de una mayor actividad física entre la población con y sin diabetes. Sin embargo, las medidas aún no han logrado el impacto que se pretende, por lo cual la comprensión del fenómeno de la (in)actividad física en la población con diabetes en México se torna especialmente importante.

El énfasis de la investigación a nivel global ha sido puesto principalmente en otros factores, como la adherencia al tratamiento o la alimentación, pero, como veremos en el siguiente apartado, la actividad física, además de ser un factor

protector ante ésta y otras enfermedades, promueve directamente la calidad de vida de las PAM, que es el grupo mayormente afectado por esta enfermedad y sus complicaciones. La actividad física cotidiana aumenta las posibilidades de las PAM con diabetes de mantenerse autónomas e independientes.

LA PANDEMIA DE LA INACTIVIDAD FÍSICA

Ante la creciente insuficiencia de recursos públicos para cubrir los costos de la diabetes, la actividad física se torna PAM para promover la salud integral de la población con y sin diabetes (Caballero 2006, 41-42). Sin embargo, los estilos de vida se articulan en procesos históricos y sociales que son complejos y multidimensionales, por lo que en este apartado comenzaremos a elaborar sobre las características del fenómeno de la (in)actividad física en el entramado de la salud poblacional.

La relación entre la actividad física y la salud respecto de enfermedades crónico-degenerativas data de hace más de 60 años. Fue propuesta por Jerry Morris y su equipo de colaboradores, quienes en 1953 fueron los primeros investigadores que relacionaron la inactividad física con ECNT al observar que los conductores de autobuses de dos pisos de Londres, que pasaban gran parte del día sentados, tenían un mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares que los cobradores, que estaban en constante movimiento durante horas (Morris et al. 1953). Desde entonces,

se comenzó a documentar la relación de la inactividad física con un mayor riesgo de presentar diversas enfermedades crónicas (Lee et. al. 2012, 9).

En la actualidad la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial. Está asociada a 6% de las muertes globales²⁴ al contribuir en el desarrollo de ECNT como la diabetes (27%), enfermedades coronarias (30%), cáncer de mama (25%), cáncer de colon (20%), entre otras (OMS 2009, 17 y 18).²⁵ A su vez, la actividad física se reconoce como un factor protector ante los principales problemas de salud mundial, pues ayuda a reducir los principales factores de riesgo de mortalidad global, a saber: la presión arterial alta, que se asocia con 13% de las muertes mundiales, la glucosa alta, que se asocia a 6%, y el sobrepeso y la obesidad, vinculadas a 5% de ellas (OMS 2014a). Adicionalmente, la actividad física promueve la salud integral de las personas: en lo físico, no solo ayuda a mejorar la salud a través de la prevención de enfermedades, sino que contribuye a promoverla y a prolongar los años de vida autónoma y activa en sociedad (Ídem).

Entre otras cosas, la actividad física fortalece el corazón y mejora sus funciones, ayuda a controlar la presión arterial, a metabolizar las grasas y eleva el colesterol HDL (Campillo 2006, 4-6). En población con diabetes se ha documentado que la actividad física regular mejora el control glicémico, reduce el riesgo de complicaciones y promueve la salud integral de las personas (OMS 2014a; SNIPH

²⁴ Es la carga de enfermedad atribuible a la inactividad física, con relación a los años de vida perdidos por la exposición a este factor de riesgo comparado a una situación ideal donde la población avanza en edad libre de enfermedad y discapacidad (OMS 2009, 4).

²⁵ En países de altos ingresos (ingresos per cápita iguales o superiores a 10,066 USD), la inactividad física se relaciona con 8% de las muertes y es el cuarto factor de riesgo. Por su parte, en los países de ingresos medianos (826 a 10,065 USD) se asocia a un 7%, siendo también el cuarto factor de riesgo. Finalmente, en los países de bajos ingresos (825 USD o menos) la inactividad física se asocia a un 3.8% y es el octavo factor de riesgo (OMS 2009, 11).

2010; Campillo 2006; Caballero 2006). Específicamente, favorece el consumo de glucosa por los músculos y reduce la resistencia de éstos a la acción de la insulina, lo que ayuda a mantener controlados los niveles de azúcar en sangre.

En las PAM se ha documentado, además, su importancia para mejorar sus oportunidades de vida. La actividad física beneficia las funciones mentales y cognitivas, y contribuye a mejorar el equilibrio, la elasticidad y la resistencia aeróbica, permitiéndoles llevar una vida más independiente al poder realizar sus actividades diarias y al prevenir accidentes por caídas o lesiones relacionadas con éstas (Caballero 2006, 40-41). Adicionalmente, aumenta la flexibilidad, fuerza y masa muscular, favorece el depósito de calcio, haciendo los huesos más fuertes, y fortalece las articulaciones (Campillo 2006, 4). También se ha relacionado con mejoras en el bienestar psicológico, pues ayuda a mejorar la autoestima, a la relajación, a regular el estrés, la frustración y la ansiedad debido al efecto de bienestar y alegría que produce el aumento en la producción de endorfinas y encefalinas –las hormonas del placer (Ibid., 6; Caballero 2006, 41). Todo esto se traduce en un mayor bienestar general, ya que una buena condición física propicia una mayor independencia y oportunidad de participar activamente en sociedad.²⁶

Sin embargo, a pesar de que se reconocen los beneficios de la actividad física y los riesgos de la inactividad física, el mundo se encuentra ante lo que algunos llaman una pandemia de inactividad física, debido a su alta prevalencia, su alcance global y sus efectos sobre la salud, así como por sus consecuencias sociales (Kohl et

²⁶ Aunque no es suficiente si el entorno no les es receptivo, cuando una PAM conserva su independencia aumentan sus posibilidades de ser acogido como miembro importante del grupo social al que pertenece.

al. 2012; Andersen, Mota y Di Prieto 2016). Actualmente se calcula que 23% de la población mundial de 18 años o más son físicamente inactivas (Sallis et al. 2016b, 1327).²⁷ En México los datos apuntan a que la proporción de quienes tienen 20 años o más y no cumplen con la recomendación mínima de actividad física de la OMS de realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa a la semana o su equivalente, es de 14.4%, con un 13.7% de los hombres frente a un 15% de las mujeres, sin que dicha diferencia sea significativa (INSP 2016, 9).²⁸ Sin embargo los datos mundiales y los de México no son comparables, porque implican diferentes rangos de edad y métodos de recolección.²⁹ Adicionalmente, un 55.5% de la población mexicana (61.5% de los varones y 50.1 de las mujeres) no cumple con la recomendación de salud de no pasar más de dos horas al día frente a la pantalla de un dispositivo (INSP 2016, 77).

²⁷ Por ser un campo de estudio relativamente nuevo es común que se presenten variaciones entre las formas en que se mide la (in)actividad física, por eso a veces los datos no son comparables. En 2012 los resultados de investigación de Hallal et al. (2012, 21) indicaron, con cifras de 2011, que 31% de la población mundial era físicamente inactiva, con porcentajes que van de 17% en el sureste de Asia hasta 43% en las Américas y en el Mediterráneo. La definición de inactividad física de este grupo de investigadores suponía no cumplir con ninguno de los siguientes criterios: realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada al menos 5 veces por semana, o realizar al menos 20 minutos de actividad física vigorosa por lo menos 3 veces por semana, o una combinación equivalente a 600 equivalentes metabólicos (MET) en el mismo periodo de tiempo. Actualmente se habla de un 23.3% de inactividad mundial, sin embargo, esta diferencia no supone que hayan habido mejoras, sino más bien a que con base en la evidencia científica las recomendaciones mundiales han ido cambiando. En datos de 2016 la inactividad física es definida como no lograr acumular 150 minutos de actividad física moderada, o 75 minutos de actividad vigorosa, o una combinación equivalente, independientemente de la frecuencia por semana, lo cual lo torna una meta más fácil de alcanzar que la anterior (Sallis et al. 2016b, 1327).

²⁸ El reporte de la ENSANUT 2012 fue que un 17% de los adultos mexicanos era físicamente inactivo (INSP 2012, 192). Empero, los parámetros entre una encuesta y otra no son comparables, por el rango de edad, que en ésta era de mayores de 18 años, y por la recomendación mundial de la OMS sobre actividad física. En el reporte de la OMS (2011a, 11 y 124) se señala que en México, de acuerdo con datos obtenidos en 2009, la prevalencia de inactividad física era de 37% (36% entre hombres y 37.9% entre mujeres); sin embargo, la forma de medición comprende el porcentaje de la población de 15 años o más que realiza menos de 30 minutos de actividad física moderada 5 veces por semana, o menos de 20 minutos de actividad física vigorosa tres veces por semana o su equivalente.

²⁹ Sallis et al. (2016a) reportaron en su estudio con información de 146 países un 26% de inactividad física en México. La diferencia con los datos oficiales puede estar relacionada con la edad de la muestra, la utilización de otros instrumentos, y el ajuste de los datos de acuerdo con los protocolos del Observatorio Mundial de la Salud.

En una publicación reciente, realizada en el marco del desarrollo de esta tesis, también referimos otras características de la (in)actividad física en México, señalando que la inactividad física es más frecuente en los grupos de mayor edad (21.5% en el grupo de 60 a 69 años) y entre los que habitan el norte del país (20.4%). Sobre la alta actividad física, que es la que no solo reduce riesgos sino que promueve la salud, dijimos que 76.2% de la población entre 20 y 69 años reportó este nivel de actividad. Sin diferencia estadísticamente significativa entre sexos, pero sí por edad, ésta es menos frecuente entre los mayores de 60 años (69.5%), y por región, es menos frecuente en el norte del país (67.2%). También referimos que un 23.4% de la población realiza Actividad Física Vigorosa (AFV), 69.8% Actividad Física Moderada (AFM), y 75.6% Actividad Física de Caminar (AFC), siendo la población de 60 a 69 años donde la proporción de quienes realizan AFV y AFM es menor, no así la AFC. En razón de sexo, la AFV es menos frecuente entre las mujeres y la AFM es menos frecuente entre los varones (Palomo y Denman 2019).

Aunque la investigación sobre la (in)actividad física lleva más de 50 años, hasta la fecha se cuenta con poca información que aprehenda de forma comprehensiva las características del fenómeno en los diferentes países. A su vez, la inactividad física como problema de salud mundial en la agenda internacional es bastante reciente: el primer esfuerzo mundialmente concertado con relación a este fenómeno fue en 2004, cuando la OMS lanzó la Estrategia Mundial sobre Régimen

Alimentario, Actividad Física y Salud, como respuesta a la creciente preocupación sobre la prevención y control de las enfermedades no transmisibles³⁰.

A partir de entonces la investigación en el tema ha proliferado, teniéndose logros en la inclusión de su promoción en las políticas públicas de los países y en su vigilancia estadística. Sin embargo, el énfasis sobre la inactividad física es menor al puesto sobre los demás factores de riesgo modificables de las ECNT, como el tabaco, la dieta y el consumo de alcohol, por lo que los avances en políticas públicas e investigación han sido pocos en comparación con los otros (Kohl et al. 2012, 69 y 72).

En diversos países se han hecho numerosas intervenciones que han resultado exitosas en ambientes de investigación controlada, pero no se ha conseguido escalarlas de forma efectiva para implementarlas a nivel poblacional (Reis et al. 2016, 1338). Una de las razones por las que esto sucede es que no se cuenta con suficiente información sobre la forma en que las prácticas de actividad física se construyen, y por ende se desconoce cuál sería la manera más efectiva de promoverlas en situaciones de existencia particulares (Bauman et al. 2012, 31). En ese contexto se inserta la relevancia de esta investigación.

La investigación sobre el tema que se genera desde la biomedicina apunta a temas de decisión personal, y las estrategias para su promoción se enfocan en el individuo y en cambiar sus estilos de vida desde lo individual. Por su parte, la

³⁰ En la resolución WHA51.18 de la OMS (1998) se hacen evidentes, con base en el Reporte Mundial de Salud de 1997, las altas tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad a causa de las enfermedades no transmisibles, por lo que se solicitó la creación de una estrategia global que integrase la prevención y el control de dichas enfermedades. Con base en la información generada y recopilada a partir de ese momento, la posterior WHA55.23 (OMS 2002b) establece la relevancia de la dieta y la actividad física, surgiendo con ello la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

investigación desde las ciencias sociales revela que múltiples factores estructurales se relacionan con la actividad física, y señala que las estrategias para su promoción deben incluirlos.

Por ejemplo, ya es bien sabido que la urbanización ha ocasionado situaciones que desalientan la actividad física, como la superpoblación, el aumento de la pobreza, el aumento de la criminalidad, la gran densidad de tráfico, la mala calidad del aire, la falta de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas (OMS 2017). También, se ha comprobado que la forma en que se organizan los espacios públicos que pudiesen contribuir al aumento la actividad física –como parques y el circuito de transporte público– crea condicionantes diferenciadas para su uso por parte de grupos sociales diversos, especialmente el de las mujeres (García y Lara 2016, Jáuregui et al. 2016, Sallis et al. 2016a), y se ha señalado que la configuración de género de las instituciones deportivas juega un papel fundamental como incentivo u obstáculo para su práctica por parte de los diferentes grupos (Orellana 2016, Theberge 1991, Messner 1990).

A su vez, nos encontramos ante una mecanización del trabajo, el transporte y de la vida en general (Mendenhall et al. 2017, Hallal et al. 2012, Popkin 2006), en la que las nuevas tecnologías –en algunas comunidades más que en otras– conducen a nuevos estilos de vida sedentarios, pues se han automatizado procesos que antes eran manuales, como lavar ropa, acarrear agua, cultivar frutas y verduras, etcétera. A su vez, a nivel simbólico ha sucedido una devaluación del trabajo físico (manual, campesino e industrial) a causa de la ideología capitalista, en la que éste ya no es indispensable para el desarrollo y se busca eliminarlo implementando procesos de

automatización en el trabajo (Menéndez 2002, 195), devaluando en el imaginario social el trabajo manual. Socialmente también se valora más positivamente el desplazarse en auto de un lugar a otro antes que utilizar otros medios de transporte, y tener un auto es símbolo de un mayor estatus social en algunas sociedades (Bull y Bauman 2011, 17). En ese entramado, hoy día el sedentarismo es percibido como normal (Wen y Wu 2012, 4).

Las investigaciones desde las ciencias sociales han dejado claro que las condiciones del contexto en el que se vive tienen gran impacto en la posibilidad de tener una vida físicamente activa, evidenciando que la actividad física debe estudiarse de forma comprehensiva y multidimensional y que su promoción exitosa a nivel poblacional cae también fuera del sector salud. Esta última es otra de las razones por las que se dificulta la implementación de políticas públicas efectivas a este respecto: se requieren acuerdos entre diferentes sectores de gobierno y que el sector salud colabore con organizaciones con las que no está acostumbrada a trabajar, por lo que este tipo de políticas son difíciles de implementar (Das y Horton 2016, 1254).

Ampliar el espectro a otros ámbitos requiere mayores recursos y compromisos intersectoriales a largo plazo, que incluso pueden llegar a afectar algunos intereses económicos, lo que convierte a este abordaje intersectorial en una opción menos atractiva para la clase política (D'Ambruso 2013, 5). Poner en perspectiva los costos mundiales de la inactividad física puede servir para promover esfuerzos por erradicarla, pero no se ha mostrado suficiente: Ding et al. (2016, 1312-1316) reportaron que el costo global de la inactividad física en razón del gasto en

salud y en la pérdida de productividad fue de aproximadamente US\$67.5 billones en 2013. En costo directo, que es correspondiente al gasto en salud, esta cifra contempla 53.8 billones, de los cuales US\$31.2 billones estuvieron a cargo del sector público, US\$12.9 billones del sector privado, y US\$9.7 billones de los particulares. Por su parte, los restantes US\$ 13.7 billones por costo indirecto, se refieren a la pérdida de productividad. Específicamente en lo relativo a México, se plantea que el costo directo de la inactividad física fue de US\$669.5 millones, y el indirecto de US\$186 millones, para un total de US\$885.5 millones.

Como se dijo en el apartado anterior, desde hace varios años, diversos programas de salud pública, relacionados principalmente con la prevención de la diabetes y sus complicaciones, buscan aumentar la actividad física de la población. Desde 1999 se genera información sobre la (in)actividad física de la población mexicana a través de encuestas nacionales de salud y nutrición (INSP 2001), y en ese entramado se encontraron publicaciones que describen el fenómeno en México con relación a algunos grupos específicos como los niños y adolescentes (Medina, Janssen y Barquera 2013), las mujeres (Hernández et al. 2003), y las personas con obesidad (Gómez et al. 2009).

Empero de que está ampliamente documentado que la inactividad es un factor de riesgo importante para el desarrollo de la diabetes y de sus complicaciones, así como de la importancia de la actividad física en la promoción de la salud y la calidad de vida de la población (OMS 2002a, 61), la (in)actividad física en personas con diabetes en México y el mundo ha sido poco explorada. Falta información estratégica y multidimensional para comprender cómo se desarrolla el fenómeno en los diversos

contextos y grupos poblacionales para así poder diseñar políticas públicas más efectivas (Bauman et al. 2012, 31).

En el estudio anteriormente referido (Palomo y Denman 2019) expusimos que la prevalencia de inactividad física en población con diagnóstico de diabetes en México es mayor que la de la población sin diabetes (un 23.4% frente a 13.6% respectivamente), y que la probabilidad de inactividad en esta población es mayor en personas de 60 a 69 años,³¹ con obesidad y/o que viven en el norte del país, así como también que el nivel de alta actividad física es menor entre las personas con diabetes (66.6%) que entre las que no tienen esta enfermedad (77%).

Por otro lado, entre los diferentes tipos de actividad física se estableció significancia estadística con relación a la Actividad Física Vigorosa (un 21.1% de las personas con diabetes la realizan, frente a un 39.1% de las personas sin diabetes), pero no respecto de los demás tipos de actividad. Finalmente, se dijo que en México 41.8% de la población mayor de 18 años realiza algún deporte o ejercicio físico en su tiempo libre, mientras entre personas con diabetes solo 9.4% de la población afectada realiza ejercicio como parte del tratamiento para controlar su enfermedad.

Estos datos confirman la pertinencia de estudiar la (in)actividad física en personas con diabetes en México con el propósito de contribuir a mejorar sus patrones de actividad, como medio de protección ante futuras complicaciones de la enfermedad y para promover su autonomía e independencia en la adultez mayor. Como vimos a lo largo de este apartado, dada la magnitud del problema de la

³¹ El Cuestionario de Actividad Física y Sedentarismo de la ENSANUT MC-2016 fue aplicado solamente a personas de 20 a 69 años, excluyéndose a personas de mayor edad.

diabetes, su prevención y control en el marco de un envejecimiento saludable debería ser una prioridad en materia de la salud poblacional.

Así, esta tesis se inserta en el vacío de información existente sobre la problemática de la inactividad física en población con diabetes. Nos enfocamos específicamente en el grupo de las mujeres AM porque esta población es la que presenta la mayor prevalencia de la enfermedad. Como hemos venido apuntando hasta ahora, hay evidencia de que los factores sociales, económicos, políticos y culturales median los estilos de vida que conducen al desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones, y de que éstos responden y se conforman con relación al sistema de género imperante que conduce y sostiene la situación de salud actual de las AM. En ese entramado, los factores que promueven la realización de actividad física son especialmente importantes, no solo los que la obstaculizan.

Con esto en mente, esta tesis plantea un análisis de las prácticas de actividad física de AM con diabetes desde una perspectiva sociocultural y de género tomando como eje el cuerpo. La realización de estas prácticas implica ciertas formas de poner en funcionamiento el cuerpo en las diversas encrucijadas sociales y de género que conforman la vida cotidiana de las mujeres. A su vez, la diabetes y el envejecimiento, como procesos fisiológicos pero también sociales y de género, se traducen en formas de ser y sentir el cuerpo en las diversas situaciones.

CAPÍTULO 2

ESTUDIAR LAS PRÁCTICAS DE ACTIVIDAD FÍSICA DE ADULTAS MAYORES (AM) CON DIABETES DESDE EL CUERPO

PRÁCTICAS DE ACTIVIDAD FÍSICA

En el contexto de las ciencias de la salud y de la educación física, el término actividad física refiere “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos con el consiguiente consumo de energía” (OMS 2014a). Las actividades físicas se clasifican según su tipo y el efecto que producen en el cuerpo: hay actividades aeróbicas (también conocidas como actividades de resistencia, que sirven para mejorar la función cardiorrespiratoria), actividades para mejorar la fuerza, actividades para mejorar la flexibilidad, y actividades para mejorar el equilibrio (OMS 2010, 16).

Actualmente la recomendación mínima para que la actividad física contribuya a mejorar la salud de las PAM con diabetes es acumular 150 minutos a la semana de actividad aeróbica moderada,³² 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa³³ o una combinación semanal equivalente a ambas, en sesiones que duren

³² Actividad física moderada, en una escala absoluta, refiere una intensidad de 3 a 5.9 veces superior a la actividad en estado de reposo. En una escala adaptada a la capacidad personal de cada individuo, la actividad física moderada corresponde a una puntuación de 5 o 6 en una escala de 0 a 10.

³³ Actividad física vigorosa, en una escala absoluta, refiere una intensidad superior 6 veces o más a la actividad en reposo para los adultos, y 7 o más para los niños y jóvenes. En una escala adaptada a la

por lo menos 10 minutos. Empero, para obtener un mayor beneficio se recomienda que quienes conforman este grupo aumenten al doble sus minutos de actividad física aeróbica semanal, además de recomendárseles realizar actividades para mejorar la fuerza de los grandes grupos musculares al menos dos veces a la semana (Ibid., 29).

Para quienes tuvieran dificultades de movimiento la recomendación es dedicar al menos tres días a la semana a realizar actividades para mejorar el equilibrio con el fin de evitar caídas (Ídem). Es importante señalar que el nivel moderado o vigoroso de actividad física se recomienda de acuerdo con cada caso: para las personas que hacen poca actividad, la intensidad y cantidad de ejercicio necesarias para mejorar su salud son menores, y se recomienda que vayan aumentando los niveles de forma gradual (Ibid., 30).

La actividad física comprende un amplio espectro de actividades. El ejercicio y el deporte corresponden a un tipo de actividad física que se da de forma reglamentada, habitual, programada y progresiva, y cuya finalidad es profesional, lúdica o de prevención o tratamiento de determinadas enfermedades (Campillo 2006, 5-6), realizándose con el objetivo de activarse físicamente y obtener ciertos beneficios corporales relacionados con el cumplimiento de las convenciones que rigen cada disciplina.³⁴ En esta investigación se estudian, además, aquellas actividades que suceden en el desarrollo de la vida cotidiana (Das y Horton 2012, 1), que normalmente no se realizan con la intención de activarse físicamente sino para

capacidad personal de cada individuo, la actividad física vigorosa corresponde entre 7 y 8 en una escala de 0 a 10.

³⁴ Esto se puede observar en las investigaciones sobre trabajo corporal (Wacquant 1995; Esteban 2004), que se enfocan en estudiar la realización de ejercicio físico para moldear el cuerpo con el objetivo de desempeñar una función específica en forma profesional o amateur (boxeo, halterofilia, modelaje, etcétera).

lograr algún otro objetivo, generalmente en función de un rol social –de género–, por lo que no suelen identificarse como tales por parte de quienes las hacen.

Para acceder a los diversos tipos de actividades físicas que las entrevistadas realizan en el desarrollo de su vida cotidiana se sigue la clasificación de la OMS (2010, 34-35), que, de acuerdo con el ámbito de la vida en el que suceden, las cataloga en laborales, domésticas, de ocio y de desplazamiento –para transportarse de un lugar a otro. A su vez, en esta tesis se analizan tanto actividades físicas cotidianas, que requieren un esfuerzo físico moderado o intenso para su realización –aquellas que forman parte de la recomendación mundial de actividad física para la promoción de la salud (OMS 2010, 8)–, como las que se consideran sedentarias, por el poco esfuerzo que requieren, con el objetivo de conocer la problemática en torno de la realización de unas en lugar de otras.

Como se ha venido planteando desde los antecedentes, la (in)actividad física es un fenómeno complejo, por lo que para poder estudiarlo se vio la necesidad de utilizar un término que permitiera transitar de un concepto, el de actividad física, que viene de enfoques individualistas y a-relacionales como la biomedicina y la educación física, y que en esencia refiere a un movimiento muscular e individual, a uno que recogiera la influencia del contexto sociocultural –y de género– en su desarrollo. Por eso se optó por utilizar el término de prácticas de actividad física: aunque los conceptos de actividades y prácticas son parecidos, refieren a distintos niveles de abstracción, y hablar de prácticas de actividad física remite a un bagaje que desde las ciencias sociales refiere a la complejidad del fenómeno, implicando los distintos procesos subjetivos y estructurales involucrados en su desarrollo. Aquí, las

actividades físicas se analizan como prácticas sociales, como interacciones de las sujetas con su entorno.

Siguiendo la teoría de las prácticas (Menéndez 2002), hablar de prácticas de actividad física implica que éstas son realizadas por sujetas y sujetos con base en un entramado estructural delimitante. Dentro de esta perspectiva, “la sociedad y/o cultura son entendidas como estructuraciones provisionarias constituidas a través de prácticas sociales” (Ibid., 135), no como fuerzas que se imponen irremediabilmente sobre las y los sujetos, sino como marcos para la acción. Éstas y éstos se reconocen como agentes que con sus prácticas construyen el mundo social, si bien con una agencia limitada, ya que sus prácticas se articulan en procesos estructurales (Ídem). Denman (2008, 75) ilustra lo anterior con la metáfora de quien se halla frente a un abanico de posibilidades, un abanico que “no es estático, se cierra y se abre en diferentes momentos de su historia personal y además posee estructuras, costillas y pivotes que constriñen y moldean sus posibilidades”.

Entonces, el análisis de las prácticas de actividad física cotidiana de AM con diabetes implica estudiar tanto la estructuración de la realidad como la subjetividad que se expresan en ellas y las conforman. En esta tesis se propone estudiarlas tomando como eje el cuerpo, ya que estamos hablando de movimientos corporales que se suceden como parte de una interacción social. Así, para comprender el fenómeno de la (in)actividad física en esta población se analizan las estructuras que al referir a los cuerpos de estas mujeres delimitan sus prácticas, pues conforman el abanico de posibilidades para la acción, a la vez de que se analiza la experiencia subjetiva –socialmente delimitada–, es decir, las prácticas que las mujeres realizan en

los distintos ámbitos de actividad física como experiencias corporales-sociales. Lo anterior supone preguntar qué significa en esta tesis analizar las prácticas de actividad física desde el cuerpo, cuestión sobre la cual, en el siguiente apartado, delimitaremos el enfoque teórico que utilizamos.

EL CUERPO COMO EJE PARA EL ANÁLISIS

El cuerpo ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, como la medicina, la psicología, la filosofía y la antropología, pero solo recientemente de la sociología, siendo posible hoy en día encontrar una gran producción de obras centradas en la relación entre el cuerpo y las prácticas sociales. Cambios sociales como el crecimiento de la cultura de consumo y el ocio a partir de la posguerra, el avance del posmodernismo en las artes, el movimiento feminista, la crítica al capitalismo, la transición demográfica hacia el envejecimiento y los avances médicos, entre otros, han dado lugar a preguntas sociológicas en las que el cuerpo ocupa un lugar trascendental y que han venido cambiando la forma de percibir y estudiarlo (Turner 1994, 25).

A pesar de tratarse de un auge reciente, el pensamiento sociológico ha retomado en diversos momentos, directa o indirectamente, aportaciones históricas sobre el cuerpo, provenientes de otras disciplinas, y elaborado a partir de ellas reflexiones sobre éste y la sociedad. Por ejemplo, cuando la medicina y la fisiología

se legitiman y se abandona el concepto de cuerpo sagrado, surge el cuerpo orgánico, que se vuelve objeto del discurso médico, y fue así como el lenguaje de la ciencia médica positivista sobre el cuerpo se traslada a las ciencias sociales como metáfora en el funcionalismo, donde el cuerpo como sistema orgánico en equilibrio se toma como analogía para los sistemas sociales (Ibid., 18). A su vez, este cuerpo orgánico se vuelve instrumento del sistema de producción capitalista y se instaure como factor de individuación: de acuerdo con Marx se vuelve instrumento de la fábrica, siguiendo a Foucault, lo es del Estado, y según el pensamiento de Bourdieu, de la moda (Galak 2009, 276).

Desde la filosofía, el legado de Nietzsche sobre naturaleza y civilización, que versa sobre el control del cuerpo y el deseo en aras de la estabilidad social y sobre el carácter de las expresiones artísticas, se encuentra en el pensamiento de sociólogos contemporáneos como Foucault (Turner 1994, 22). Asimismo, las aportaciones de Marx sobre la esencia del hombre, donde señala que lo que es el hombre no se establece desde el espíritu o la razón sino de lo que es concreta y corpóreamente en el mundo social (el cuerpo como producto social), también permean los trabajos de Foucault y Bourdieu (Barrera 2011, 123, 135-136). Por su parte, el pensamiento filosófico de Merleau-Ponty (1945) sobre la experiencia vivida, que propone que el mundo se percibe a través de la posición de los cuerpos en el tiempo y el espacio, también influyó los planteamientos de Bourdieu (2007) y es trascendental en propuestas como las de Csordas (1994a) sobre la encarnación (*embodiment*).

A su vez, la antropología ha aportado al pensamiento social sobre el cuerpo sus conclusiones sobre su tradicional debate entre naturaleza y cultura: “la

encarnación humana crea una serie de obligaciones [...] pero el cuerpo es también un potencial que puede elaborarse a partir del desarrollo sociocultural” (Turner 1994, 14). También se retoman las propuestas de esta disciplina sobre el cuerpo como sistema clasificador y de organización social, y sobre el simbolismo del cuerpo en las diversas sociedades (Ibid., 14-15).

Con éstas y otras influencias, en el estudio sociológico se han generado distintas teorías sobre el cuerpo. La principal diferencia entre ellas es el tratamiento del cuerpo como objeto o sujeto, diferencia en la que radica la posibilidad de la agencia del sujeto. El cuerpo como objeto se representa idóneamente en las posturas estructuralistas: por ejemplo, en los cuerpos dóciles y útiles de Foucault (1976), quien los reduce –a ellos y a sus prácticas– a somatizaciones de las relaciones de poder y dominación que las instituciones modernas ejercen sobre ellos. Discursos como éste, sobre el ordenamiento de los cuerpos, se pueden encontrar en una gran variedad de estudios, como los de la sociología del deporte de Theberge (1991), donde se producen cuerpos ligados al género, o las investigaciones feministas sobre moda y belleza, como las de Chapkis (1986) y Wilson (1987), en las que los sistemas de imágenes determinan las necesidades relacionadas con el cuerpo (cit. en Connel 2003, 79).

En el otro extremo, del lado del cuerpo como sujeto, se tiene a quienes trabajan sobre las bases fenomenológicas de Merleau Ponty (1945) y su propuesta de la percepción corporal. Estas teorías, basadas en la intencionalidad, buscan superar la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo utilizando la noción de *embodiment*, o “encarnación”, como fuente de la agencia. Los teóricos que trabajan sobre esta

perspectiva se caracterizan por hablar de procesos materiales –corpóreos, carnales, sensibles, intencionales y creativos– de interacción social en la construcción del mundo social (Csordas 1994a). Entre estas propuestas se cuentan la de Csordas (1994b), en la que la experiencia de una enfermedad neurológica que dificulta el habla ocasiona que el sujeto se haga de recursos simbólicos de su cultura para vivir una vida consistente con su experiencia cambiando el mundo social; la de Lyon y Barbalet (1994), sobre el carácter interactivo y relacional de las emociones corporizadas como base de la agencia; o de French (1994), donde el cambio corporal pasa de ser una experiencia de cambio a nivel intersubjetivo a generar cambios a nivel comunitario, con el cuerpo en su materialidad tornándose objeto de análisis priorizado.

Finalmente, están aquellos enfoques que buscan romper esta dicotomía del cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto. El trabajo de Bourdieu (2007) es de los pioneros en este tipo, al plantear al cuerpo como lugar de intersección de ambos niveles a través del *habitus*. El *habitus* como lo social inscrito en el cuerpo en la forma de esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, y el agente sosteniéndolo a través de sus mismas prácticas. La Teoría Social Actual del Cuerpo también se ubica entre estas propuestas que “trascienden o releen” las anteriores para superar la oposición entre el cuerpo como objeto o sujeto y plantear al cuerpo como “nudo de estructura y acción” (Esteban 2004, 23-25).

Elaboraciones como las de Connel (2003) y Esteban (2004) integran al análisis de la práctica la materialidad del cuerpo, y la plantean como base de la agencia dentro de un proceso interactivo con las estructuras sociales que delimita sus

posibilidades. Plantean, así, que las prácticas son siempre corporales, “Prácticas que se reflejan en el cuerpo y se derivan del mismo” (Connell 2003, 95), realizadas por sujetas y sujetos que sienten, interpretan y actúan desde una corporeidad que es física, material, carnal, y a la vez está socialmente delimitada, a través de las cuales construyen sus vidas y el mundo social (Ibid., 100) y conforman las estructuras en las que se apropian de sus cuerpos (Ibid., 95-96). Así, sus prácticas no son internas o individuales, sino interactivas y reflexivas con el mundo social, ya que suceden en medio de relaciones, símbolos e instituciones que limitan las posibilidades de estos cuerpos (Connell 2003, cit. en Esteban 2004, 66).

Siguiendo esta línea, en esta tesis partimos de que las prácticas que las AM con diabetes realizan en los diferentes ámbitos de actividad física de la vida cotidiana, más allá de ser prácticas sociales, son prácticas corporales. Éstas se articulan en un abanico de posibilidades delimitado por las construcciones sociales sobre sus cuerpos de mujeres AM en el orden de género, y también son experiencias subjetivas, materiales-carnales, socialmente significadas en el entramado de la construcción de su ser mujeres AM, planteamiento sobre el que se elabora en el siguiente apartado.

Las prácticas de las y los sujetos comprenden un circuito interactivo y reflexivo entre la experiencia corporal-carnal y la estructuración social sobre los cuerpos (Connell 2003, 95). En esta tesis partimos de que el género, si bien no es la única, es la estructuración más básica sobre el cuerpo y sus prácticas, por lo que al indagar sobre cómo se expresa lo corporal en la práctica nos referimos a la configuración corporal-genérica de la misma. Siguiendo a Bourdieu (2000, 9-13), las construcciones de género son una versión mítica de la diferencia sexual que comienza con la significación de la distinción anatómica de los órganos sexuales de hombres y mujeres y de sus funciones biológicas en torno de la sexualidad y la reproducción. En ella, lo masculino se resume con relación a un cuerpo de varón que fecunda –domina– como expresión de su virilidad, entendida ésta como el honor que conlleva la dominación, mientras lo femenino se da en lo concerniente a un cuerpo de mujer fecundado –dominado–, un cuerpo para y en relación al otro, al varón y a su orden masculino.

A partir de esta construcción se asignan y naturalizan una serie de características, capacidades y funciones opuestas, complementarias y jerárquicas entre hombres y mujeres. En la diferenciación sexual de los cuerpos y sus actividades, especialmente en torno de la reproducción, se fundamenta una aparentemente “natural” división sexual del trabajo, que a su vez conlleva una distinción de espacios, tiempos e instrumentos (Ibid., 11). Así, esta dicotomización genérica se proyecta al orden de todo el cosmos (figura 11), y se presenta en estado

objetivo en el mundo material –en el de las cosas y en el de las estructuras– y en estado incorporado en los cuerpos y los hábitos de las y los sujetos (Ibid., 10).

FIGURA 11. ESQUEMA SINÓPTICO DE LAS OPOSICIONES PERTINENTES



Fuente: Bourdieu 2000, 11.

Ante este orden imperante, las construcciones de lo masculino y lo femenino en las distintas sociedades responden a su vez a coyunturas históricas particulares. Scott (1996, 289-291) plantea que existen diversos sistemas de género, y que cada uno de ellos se conforma de cuatro elementos: (1) los símbolos y mitos culturalmente disponibles que remiten a las múltiples (y a veces contradictorias) representaciones del ser hombre o ser mujer; (2) los conceptos normativos que se construyen a partir

de las interpretaciones de los significados de los símbolos y se expresan en doctrinas (religiosas, educativas, científicas, legales) que afirman el significado del varón y de la mujer; (3) las instituciones y organizaciones sociales que comprenden la dimensión política de lo anterior y que van desde el sistema familiar hasta el mercado de trabajo, la educación, la política, etcétera; y (4) la identidad subjetiva, cuya construcción es histórica y se relaciona con todo lo anterior, así como con las experiencias y las interacciones.

Así, en cada sistema de género encontramos identidades de género hegemónicas, modelos ideales de lo masculino y lo femenino que comprenden una serie de atributos, valores, funciones y conductas que se asumen esenciales –entiéndase naturales e incuestionables– para hombres y mujeres en función de su sexo (De Keijzer 1997, 3). Estos modelos se corresponden con los otros elementos que conforman cada sistema de género, y sintetizan el significado opuesto, complementario y jerárquico de tener y ser cuerpo de hombre o mujer en cada sociedad, encontrando en esa correspondencia su poder para subordinar otras formas de ser hombres o mujeres. Estos modelos de masculinidad y de feminidad son las formas dominantes de socialización para hombres y mujeres en una sociedad, y delimitan los patrones de interacción con el mundo físico y social *generizado*, esperados para hombres y mujeres en el desarrollo de su función social de género.

Para analizar la configuración corporal-genérica de las prácticas de actividad física de AM con diabetes partimos de las identidades de masculinidad y feminidad hegemónica vigentes en la sociedad con la que trabajamos, pues como dijimos comprenden las formas esperadas dominantes de ser cuerpos femeninos y

masculinos. El modelo de feminidad hegemónica³⁵ descrito por Lagarde (2005) en la figura de la madresposa sirve como base para empezar a situar las prácticas corporales y de género de las entrevistadas, ya que es un modelo construido a partir de una amplia trayectoria de investigación que la autora ha realizado con población mexicana, y supone un patrón de socialización conformado a partir de los constructos de maternidad y conyugalidad.

Siguiendo a la autora, la maternidad se naturaliza al sostenerse en la capacidad biológica exclusiva de las mujeres de tener hijos, pero su construcción abarca mucho más que el acto de parir, la crianza e inclusive la relación madre-hijo/hija, pues se implican prácticamente todos los aspectos que conforman las vidas de las mujeres: “La maternidad dura toda la vida e implica los cuidados permanentes de reposición y reproducción cotidiana que prodigan las mujeres a los otros” (Lagarde 2005, 372). Las mujeres pueden establecer una relación “maternal” con sus padres, hermanos, esposos, jefes, compañeros de trabajo, etcétera, y con todo lo que necesite ser cuidado real o simbólicamente –persona, animal o cosa (Ibid., 387).

Por su parte, la conyugalidad se sostiene en el intercambio erótico entre hombres y mujeres con el fin social de fundar una familia (Ibid., 435), y refiere una relación basada en el intercambio de provisiones a partir de la división sexual del trabajo, en la que la mujer es la proveedora reproductiva del varón y de sus hijos, mientras éste se encarga de proveerla económica, jurídica y socialmente (Ibid., 438). Esta relación –que sucede bajo el orden patriarcal– implica formas de servidumbre y de poder y dominio sobre la mujer que dan existencia social a su grupo (Ídem), y, al

³⁵ Hegemónico respecto de las demás feminidades, si bien está subordinada a la masculinidad hegemónica.

igual que sucede con la maternidad, la mujer se relaciona bajo esos mismos términos con muy diversos actores sociales (Ibid., 438). En ese entramado, Lagarde (2005, cit. en Palomo 2014, 65) resume el modelo de la madreposa en:

- Autonomía en cuanto a la consecución de satisfactores para los demás.
- Responsabilidad y posibilidad de cuidar de otros y de sí misma (incluido el cumplimiento de los requerimientos sociales como normas de cortesía y moda para agradar a los demás).
- Mantenimiento del mundo doméstico (casa, relaciones, costumbres y tradiciones).
- Reproducción del orden y la pureza del universo y de su sentido estético en su persona, la casa y los demás.
- Ser para y de otros. La posibilidad de dar y seguir dando siempre. La mujer debe entregarse en el servicio a los demás, especialmente a los hombres que le son cercanos.
- Especialización procreadora en la monogamia con exclusividad erótica para el esposo.
- La virginidad como estado previo a la conyugalidad y como símbolo de pureza. La imagen social de las mujeres se devalúa si asume cualquier forma de poder sobre su sexualidad.
- La felicidad en el espacio de la familia: de la conyugalidad y de la maternidad. Cualquier otra búsqueda es reprobada, como se reprueba también la infelicidad conyugal y maternal.
- La obediencia, la sujeción y la pertenencia al esposo a partir de su dependencia del mismo.
- Dedicación espacio-temporal a la maternidad que le impide desempeñar otras actividades, funciones, actitudes, formas de trato y maneras de ser comúnmente monopolizadas por los hombres.

Aunque en esta tesis se trabaja solo con mujeres, para ampliar la comprensión de la identidad femenina hegemónica es necesario describir también el modelo de masculinidad hegemónica, ya que en el sistema patriarcal la identidad femenina se construye como oposición, complemento, negación y en subordinación a lo masculino. Pero también porque, como dijimos antes, son modelos ideales que no existen como tales en la realidad, sino que en ella las identidades de género se conforman integrando aspectos de las identidades hegemónicas que se corresponden

con el propio sexo y rechazando otros, así como adaptando aspectos de la identidad opuesta como respuesta a las condiciones específicas del contexto en el que emergen.³⁶ De esta manera, en cada sociedad coexisten distintas posibilidades de ser hombres y mujeres que responden a diversas lógicas étnicas, de clase, regionales, sexuales, religiosas, entre muchas otras (Butler 1998, 49).

Con esto en mente, retomamos el modelo de la masculinidad hegemónica planteado por Bonino (1997, 2002), utilizado por diversas investigaciones enfocadas en la población mexicana (De Keijzer 1997, Ramírez 2003, Vázquez y Castro 2009, Palomo 2014), origen y contraparte del modelo de la madrespasa, que se sostiene en la dominación del varón, en su poder sobre las cosas y las personas –sobre sí mismo, las mujeres y los otros varones (De Keijzer 1997, 3). A continuación se presentan las bases que lo conforman, así como una serie de dicotomías que ilustran la oposición entre la identidad hegemónica masculina y la femenina (Bonino 2002, cit. en Palomo 2014, 62-63):

- *No tener nada de mujer*: la primera implicación que tiene el ser varón es ser diferente a la mujer, es por ello que la masculinidad busca todo lo que se contrapone a los valores, atributos y formas asociadas a lo femenino. Dicotomías: macho/afeminado, heterosexual/homosexual.
- *Ser importante*: el poder y la potencia son el deber tener, y la aspiración constante del varón es el éxito. La manera en que lo debe conseguir es a través de intervenciones basadas en la competencia, que lo lleven a ser superior a la mujer y sus pares varones, a ser el proveedor, ser quien tiene la razón y conoce la verdad, y el que es admirado y reconocido por los demás. Dicotomías: potente/impotente, exitoso/fracasado, dominante/dominado, admirado/despreciado.
- *Ser hombre duro*: debe ser frío, tranquilo, impasible, confiado de sí mismo, resistente, autosuficiente y sin emociones. Capaz de ser el sostén de los demás y de lidiar y soportar cualquier adversidad. Dicotomías: fuerte/débil, duro/blando.

³⁶ Decimos adaptando porque, ante la naturalización de un orden sexual de los cuerpos y del resto del mundo físico y social, es imposible asumirlos de forma íntegra si no se pertenece a ese grupo.

- *Mandar a todos al demonio*: se trata de ser y mostrarse siempre audaz y agresivo. Implica tener fuerza física, coraje, carácter fuerte, exponerse a riesgos y salir airoso; ganar, saber protegerse, no aceptar órdenes y actuar como le plazca, e inclusive utilizar la violencia para resolver conflictos. Dicotomías: fuerte-agresivo/débil, valiente/cobarde.
- *Respetar la jerarquía*: incluye no cuestionar su ser, las normas, la estructura ni los ideales (que se basan en valores asociados también a lo masculino). La obediencia a la autoridad o a una causa con la ilusión de que, obligándose a sacrificar lo propio, podrán ser dueños de sí, de alguien o de algo. Dicotomías: pertenecer/no pertenecer.

La masculinidad y la feminidad establecen los usos legítimos del cuerpo para hombres y mujeres con relación a su función social de género, creando posibilidades de prácticas distintas entre ellos (Bourdieu 2000, 39). Para comprender la configuración corporal-genérica de las prácticas de actividad física de las AM con diabetes, en esta tesis partimos de estas identidades hegemónicas y de las diversas formas en que remiten a los cuerpos de hombres y mujeres, identidades socialmente sustentadas en los cuerpos de hombres y mujeres, en la diferencia sexual y de las funciones reproductivas, pero que refieren a lo corporal más allá de ello, pues sintetizan la cultura corporal hegemónica, entendida como los mandatos socioculturales dominantes sobre las características y usos de los cuerpos de hombres y mujeres en una sociedad (Esteban 2004, 244).

En esta tesis nos enfocamos en esa dimensión corporal de las identidades hegemónicas de género, en la forma en que estos modelos ideales comprenden y a la vez conforman corporeidades específicas para cada uno, es decir, formas posibles – opuestas, complementarias y jerárquicas– de ser cuerpos femeninos y masculinos, cuerpos de hombre y de mujer en el desarrollo de su rol social de género. Para referir lo relativo al cuerpo (la cultura corporal hegemónica) dentro del modelo de

feminidad hegemónica antes descrito, que prácticamente se resume en un ser-de y ser-para-otros en el entramado de la maternidad y la conyugalidad (Lagarde 2005, 444), nos referimos a la Corporeidad Femenina Hegemónica (CFH), mientras que, para referir lo relativo al cuerpo en el modelo de masculinidad hegemónica anteriormente descrito, que se resume en el poder sobre quienes lo rodean (De Keijzer 1997, 3), nos referimos a la Corporeidad Masculina Hegemónica (CMH). Dichas corporeidades de género delimitan las posibilidades materiales para las prácticas de hombres y mujeres, ordenando todos los espacios de interacción social a la vez de que cargan de significado de género las prácticas de las y los sujetos, conformando en su realización sus propias identidades-corporeidades de género.

La cultura corporal hegemónica se encuentra en el orden de las cosas, de las instituciones y organizaciones que conforman el contexto económico, político, social y cultural en el que se articulan las prácticas, delimitando las posibilidades de hombres y mujeres al incluirles o excluirles de ciertos espacios y/o condicionar la manera en que pueden insertarse en éstos. Para conocer la relación entre lo corporal y las prácticas de AM con diabetes en los distintos ámbitos de actividad física, partimos de la configuración corporal-genérica de los espacios en los que suceden las prácticas.

Los diferentes espacios en los que se desarrolla la vida cotidiana se conforman de una serie de características, valores, representaciones, ideologías y prácticas que, de acuerdo con la cultura corporal hegemónica, son socialmente definidos como masculinos o femeninos (Esteban 2004, 247). Así, podemos hablar de contextos masculinos o femeninos, pero también de contextos mixtos o neutros,

que se caracterizan por la mezcla de valores y prácticas definidas como femeninas y masculinas (Ídem). Cada uno de ellos comprende un ordenamiento de los cuerpos y sus prácticas corporales en función del género, y en cada tipo de espacios pertenecer a un sexo o a otro significa distintas posibilidades para desarrollarse en ellos.

A su vez, en esta tesis se analiza la manera en que las corporeidades hegemónicas de género delimitan las prácticas de las y los sujetos en dos sentidos más. Por un lado, los roles de género como función social impuesta a partir de su distinción sexual, que comprenden una serie de prácticas socialmente permitidas y esperadas por el hecho de tener cuerpos de hombres o mujeres; de esta manera, tenemos que la CFH y la CMH delimitan el abanico de posibilidades para las prácticas de las y los sujetos en el desarrollo de su deber-ser de género. Por otro lado, la masculinidad y la feminidad hegemónica implican una materialidad corporal diferenciada: ciertas características físicas en torno de una estética corporal (formas, dimensiones, texturas, etcétera), capacidades y destrezas corporales, así como maneras de sentir el cuerpo, de acomodarlo, de mostrarlo, de relajar o tensar los músculos, de usar o no la fuerza, de asumir ciertas posiciones, gestos, movimientos, entre muchos otros (Connel 2003, 83).

Sobre esta dimensión material es importante destacar que los estímulos del medio³⁷ se perciben a través de ciertas disposiciones corporales socialmente construidas con base en el género (Sabido 2016, 67). Es decir, ante una misma situación hay una selección social-genérica de los estímulos, así como una

³⁷ El tema de la determinación sociocultural de los estímulos a los que se exponen hombres y mujeres es una idea que subyace a todo el desarrollo de esta tesis al hablar del abanico de posibilidades estructurales, pero aquí nos referimos a la otra parte del proceso que sucede a nivel subjetivo, que es también socialmente estructurada y que es la forma de percibirlos.

interpretación y respuesta corporal-emocional que también es social y de género (Ídem). De esta manera, la CFH y la CMH comprenden formas socialmente posibles y esperadas de ser cuerpos físicos, carnales, sensibles, pero también de ser emociones y pensamientos encarnados: “Las emociones activan distintas disposiciones, posturas y movimientos que no son solo actitudinales sino físicos, que involucran la forma en que los cuerpos individuales, junto con otros, articulan un propósito, diseño u orden común” (Lyon y Barbalet 1994, 48). En ese tenor, la CFH y la CMH delimitan la experiencia material de la práctica y su significación en el orden de género.

Para comprender la configuración corporal-genérica de las prácticas de actividad física de AM con diabetes se van identificando los diferentes aspectos que remiten a la construcción de la Corporeidad Femenina Hegemónica en las prácticas cotidianas de las entrevistadas, es decir, vamos analizando lo corporal, en su dimensión práctica y material, a la luz del modelo ideal de la Femenidad Hegemónica. Sin embargo, las corporeidades de género, al igual que las identidades, no se presentan de esa forma en la realidad, sino que, más bien, las sujetas, al ser intersectadas por distintas lógicas contextuales, integran algunos aspectos y rechazan otros, a la vez que adaptan otras formas de ser cuerpos que no se corresponden con la construcción dominante sobre la corporeidad asignada a su sexo.

En ese proceso, las entrevistadas van asumiendo distintas formas de ser cuerpos de mujeres en el desarrollo de su identidad de género, por lo que para aprehender como actúa esta dimensión corporal en la definición de sus prácticas cotidianas en los diversos ámbitos de la actividad física se analiza con relación a la forma en que se construyen como mujeres en lo subjetivo. Esto permitirá acceder a

las condiciones en las que emergen diferentes formas de ser cuerpos de mujeres en la práctica.

En este nivel, Martínez (2001, 14) define identidad de género como una “síntesis particular de prescripciones sociales, discursos y representaciones sobre el sujeto que se producen y son puestas en acción en cada contexto particular”. Esta perspectiva comprende una concepción semiótica del género, en la que la identidad de género es resultado de un proceso de construcción de la subjetividad desde lo discursivo y lo social (Esteban 2004, 59). Esteban (Ibid., 15) enriquece esta conceptualización integrando la dimensión corporal –material, física, carnal– de la práctica en el proceso de construcción de la persona social generizada. Inspirándose en las teorizaciones de Connel (2003) antes expuestas, sobre las prácticas corporales que se reflejan y derivan del cuerpo, y de Butler (1998), sobre la performatividad del género, esta autora habla de identidad corporal de género y la define como:

[...] algo que se va configurando no solo a partir de unos actos, discursos y representaciones simbólicas, sino que tiene una base reflexivo-corporal, material, física, performativa, aunque en interacción estrecha con el nivel ideológico de la experiencia [y que] tiene como característica básica la de estar en continua mutación y desarrollarse, por tanto, no solo durante el proceso de socialización en sentido estricto, sino a lo largo de toda la vida (Esteban 2004, 61).

La autora plantea que las y los sujetos se identifican respecto del género a través de sus prácticas corporales, que implican las experiencias que tienen como seres “carnales” (Ibid.,15), y que la identidad corporal de género comprende una determinada manera de vivir, sentir y poner en funcionamiento el cuerpo, sancionada dentro de determinadas instituciones culturales (Ibid., 62). El análisis de las prácticas

de las entrevistadas en este sentido nos permite acceder a distintas formas en que las corporeidades de género las delimitan, y aprehender la estructuración corporal-genérica de la práctica (incluida la dimensión corporal-carnal), además de analizarla en su relación con el sentido que las entrevistadas le otorgan a sus prácticas corporales en la construcción de su ser-mujeres. En esta investigación estaremos hablando de las corporeidades hegemónicas de género y también de identidades corporales de género, pues nuestro énfasis está en la dimensión corporal del género (en la relación corporeidad-identidad), en cómo actúa en la definición de las prácticas que las entrevistadas realizan en los diferentes ámbitos de actividad física.

A partir de aquí debemos señalar que cuando hablamos de la configuración corporal-genérica de la práctica no nos referimos a una sola. A través del análisis de la práctica con relación al proceso de configuración de la identidad corporal de género aprehendemos diversas posibilidades para la corporeidad femenina, de las cuales identificamos las diferentes manifestaciones de la CFH ante encrucijadas contextuales comunes entre las mujeres, como la edad y la etapa de vida, algunas condiciones comunes de salud, los diferentes espacios en los que se desarrollan, el rol familiar, etcétera.

A su vez, observaremos las posibilidades de interactuar con dicha corporeidad y de asumir otras formas de ser cuerpos de mujeres, y analizamos aquellos aspectos de la CFH que las entrevistadas integran a su ser mujeres pero también los que rechazan, así como aquellos de la CMH que adaptan en su cotidianeidad como respuesta a su contexto y experiencia específica. De esta manera, trabajamos con las

diversas posibilidades de ser cuerpos femeninos y su relación con las prácticas que realizan en los diferentes ámbitos de actividad física.

Los cuerpos no son hojas en blanco sobre los que se inscriben las estructuras sociales (Esteban 2004). La dimensión material, física y sensible, de la práctica – socialmente estructurada a través de la cultura corporal hegemónica– contiene en sí misma la posibilidad de ir generando nuevas estructuras en las que los cuerpos son apropiados por las y los sujetos en el proceso de configuración de su identidad de género (Connel 2003, 95-96). La materialidad del cuerpo es trascendental al hablar de identidades de género, porque lo que éste siente y experimenta en la práctica se relaciona con el proceso de su construcción (Ibid., 96).

La sensorialidad de la práctica desata un circuito que va desde la experiencia corporal y la interacción también corporal hasta el discurso socialmente estructurado que conduce a la definición de las formas de interacción social de género (Ídem), a la construcción del propio género. En ese circuito de las prácticas corporales las emociones encarnadas que las conforman también parten de la materialidad de la experiencia, y a su vez responden a una estructuración-significación social en el orden de género, jugando un papel trascendental: las emociones encarnadas “cargan el circuito de energía”, son el “motor” en el proceso de configuración de la identidad de género y en la construcción del mundo social (Ibid., 96; Lyon y Barbalet 1994).

Es en la dinámica de esa reflexión corporal, que parte de la experiencia carnal (y emocional) y llega a lo socialmente construido, y que no implica necesariamente intencionalidad, donde además surgen rupturas y la identidad de género se reinventa, y donde también se resiste y se contesta a las estructuras sociales (Esteban 2004, 67).

En esta tesis esas rupturas nos permitirán observar diversas posibilidades de ser cuerpo de mujer en el desarrollo del propio género a lo largo de diferentes etapas vitales, y su relación con las prácticas actuales de las entrevistadas.

La configuración de la identidad de género sucede en la correspondencia corporal –material y práctica– con ciertas expectativas de género, y sus cambios devienen cuando dicha correspondencia se agota y emergen otras posibilidades. En la vida de las mujeres, las diferentes etapas vitales se conforman de cambios biológicos socialmente significados (como la pubertad, la reproducción, el envejecimiento, etcétera) y, con relación a su acontecer, se modifica la asignación social de sus funciones de género. En ese entramado, la identidad corporal de género se reconfigura ante las nuevas posibilidades de género que, dependiendo de su situación y su contexto, comprende cada etapa, por lo cual al pasar de una etapa a otra la forma de sentir y ser cuerpo de mujer a través de sus prácticas de género va cambiando.

Igualmente, con relación a la significación social de esta corporeidad, cada etapa comprende formas materiales esperadas de ser cuerpos femeninos en consonancia con su rol de género. Dentro de esa materialidad corporal, que constituye ser mujer en la práctica, y que implica también emociones y pensamientos encarnados y socialmente estructurados, los cuerpos que no cumplen con la corporeidad esperada en alguna de las diversas formas en que puede darse (por ejemplo en atributos como belleza, gracia, silencio, fecundidad, salud, etcétera, dependiendo de la etapa) se resignifican en torno de las estructuras de género disponibles, dando lugar a reconfiguraciones de la identidad corporal de género. De

esta manera, surgen diferentes modos de ser cuerpos de mujeres en las distintas etapas, diferentes prácticas en el proceso de configuración del propio género.

También, cuando el desempeño corporal no se puede sostener, la construcción del propio género se vulnera, conduciendo a reconfiguraciones en la identidad de género a partir de las posibilidades que establece el contexto (Connel 2003, 86). Los cuerpos se enferman, se cansan, y con base en esas experiencias corporales y sus respectivos significados sociales las y los sujetos definen sus prácticas en la construcción de su identidad de género (Ídem). Los cuerpos de las sujetas de esta investigación son intersectados por la diabetes y el envejecimiento, y estos procesos son significados con relación a su construcción social-genérica. Las AM con diabetes sienten y perciben sus cuerpos de manera distinta manera a otros grupos, incluso a ellas mismas en el pasado. Esta dimensión corporal y sensible, que incluye emociones y sentimientos corporizados, se encuentra socialmente estructurada en el entramado de la CFH, y analizarla en su relación con la identidad corporal de género nos permitirá acceder a distintas maneras posibles de interactuar con ella y de asumir diferentes formas de sentir y de ser cuerpos de mujeres AM con diabetes.

En el análisis de la materialidad de la práctica incorporamos las diferentes “parcelas de la experiencia corporal-emocional” (Esteban 2004, 248). El “malestar corporal”, implica sensaciones y emociones encarnadas, estructuradas de forma negativa y que se revelan en la práctica, como podrían ser el dolor, el cansancio, etcétera. El “malestar corporal frente a la propia cultura” se refiere a la experiencia corporal-emocional de incompatibilidad con la cultura corporal hegemónica (por

ejemplo, ante el ideal de belleza e imagen corporal, de salud, de juventud, de energía, independencia, entre otros), que condiciona las prácticas y la experiencia, pero que no siempre es obstáculo, siendo también un potencial elemento clave en el empoderamiento personal (Ídem). Cabría añadir experiencias carnales-emocionales estructuradas como positivas, como el disfrute del placer sexual, del ritmo (música, baile), del movimiento (como en el caminar, el ejercicio físico), del contacto con la naturaleza, la familia, etcétera. Estas emociones corporizadas no solo potencian las prácticas, sino que también contribuyen a contrarrestar el malestar corporal al “producir un distanciamiento respecto de los mandatos culturales en torno al cuerpo” (Ídem).

Reconfiguraciones importantes sobre el propio género suceden también cuando la o el sujeto se encuentra ante diversas necesidades que no se pueden satisfacer con las prácticas –corporales– que se corresponden con la identidad y/o rol de género asumidos hasta el momento. Ante necesidades de diversa índole, como pudieran ser, por ejemplo, económicas o sociales, se adoptan nuevas prácticas, de acuerdo con las posibilidades que, como hombres o mujeres, les ofrece el entorno, así, en el desarrollo de su nuevo rol de género implican una nueva corporeidad material y práctica conforme.

Csordas (1994b) describe este proceso –aunque no respecto del género– cuando recupera la experiencia de un joven navajo que, a partir de las secuelas en el habla provocadas por un cáncer cerebral, se hace de recursos navajos y no navajos para encontrar un nuevo medio de subsistencia. El joven logra ser aceptado por su comunidad como curador navajo, a pesar de que por sus dificultades para hablar le

era imposible dominar la palabra sagrada, requisito indispensable para poder ejercer dicho cargo. El análisis de Csordas toma al individuo como ser puramente intencional, creativo y estratégico, que construye el mundo social (Menéndez 2002, 145); desde el enfoque de la teoría social actual del cuerpo, el análisis se ampliaría al papel de las condiciones estructurales de la experiencia, sin que desaparezca la importancia de la experiencia subjetiva en su dimensión corporal y social para explicar cómo se modifica la estructura.

Mediante los procesos hasta ahora descritos, las sujetas, desde y a través de sus cuerpos –de sus prácticas corporales–, configuran su identidad corporal de género con relación a las posibilidades de género de su contexto. Pero, como plantea Connel (2003, 59), “gracias a las prácticas que se reflejan en el cuerpo y se derivan del mismo no solo se forman vidas particulares, sino también el mundo social”.

En la materialidad de las prácticas corporales se encuentra también el potencial de generar nuevas estructuras de género en las que los cuerpos son apropiados. Así, en esta tesis se elabora sobre la agencia como manifestaciones de resistencia corporal al ordenamiento de los cuerpos con base en el género y otras lógicas corporales-sociales que son relevantes para las prácticas cotidianas de AM con diabetes (como el envejecimiento y la enfermedad).

Para ello, se analiza la dimensión corporal-carnal en interacción con el discurso social sobre los cuerpos de hombres y mujeres, para entender cómo ésta genera nuevas estructuras que les permiten ser otros cuerpos y redefinir sus prácticas. En lo sucesivo, identificaremos cuando este proceso conduzca a “modificaciones en la subjetividad y en las conductas que afectan sobre todo individualmente a las

personas implicadas”, y, si es el caso, también cuando tenga una proyección social, es decir, cuando se revele un “efecto facilitador y amplificador en las mujeres y hombres de su entorno” (Esteban 2004, 242).

Finalmente, en el análisis de las identidades corporales de género, Esteban (Ibid., 248) advierte la importancia de tomar en cuenta que éstas no suelen presentarse de forma fluida, sino que pueden conformarse de manera distinta en los diferentes espacios de la vida cotidiana. Para nuestra investigación lo anterior se traduce en distintas formas y posibilidades de ser cuerpo de mujer de acuerdo con los contextos de interacción, toda vez que al interior de la configuración corporal-genérica de los diferentes ámbitos de actividad física existen diversas posibilidades para los sexos, y en la construcción del propio género pueden asumirse o rechazarse, por ejemplo, distintos aspectos de la CFH.

En resumen, para comprender el papel de lo corporal en la definición de las prácticas de actividad física de AM con diabetes en los diferentes ámbitos, tomamos como eje la(s) corporeidad(es) de género. La cultura corporal hegemónica delimita las prácticas de las sujetas desde “dentro” y desde “fuera” de ellas,³⁸ de ahí que nos enfoquemos en la corporeidad material y práctica –socialmente estructurada– que ellas asumen en el desarrollo de su identidad corporal de género, así como en la estructuración de género –corporal– que ordena y conforma su contexto de interacción.

³⁸ Las comillas son porque no podría tratarse nunca de procesos totalmente externos o internos, pues al decir internos no hay que olvidar que son socialmente estructurados, y al decir externos es imposible sustraerse del papel de la subjetividad.

Debe añadirse, sin embargo, que además de ser mujeres las entrevistadas comparten otras dos situaciones –más bien procesos– corporales y socialmente significadas que las diferencian de otras mujeres: el envejecimiento y la diabetes. En esta tesis se trabaja sobre los distintos aspectos relacionados con estos procesos corporales-sociales que se revelan en las prácticas de las entrevistadas y se significan en el proceso de configuración de su identidad corporal de género para comprender como actúan en su definición. Ser-mujer es una forma socialmente estructurada de sentir y usar el cuerpo en el desarrollo de un rol social, como también lo son el envejecimiento y la enfermedad, situaciones/procesos fisiológicos sobre los que hablaremos en el siguiente apartado, para elaborar cómo influyen en las prácticas de estas mujeres.

EL ENVEJECIMIENTO Y LA DIABETES COMO PROCESOS CORPORALES-SOCIALES

El envejecimiento y la enfermedad de la diabetes son procesos corporales y sociales que impactan las prácticas de actividad física que las entrevistadas realizan en los distintos ámbitos de su vida cotidiana, y refieren cambios fisiológicos que conllevan una nueva sensorialidad y experiencia corporal. Sin embargo, en la propuesta del análisis de las prácticas como posibilidades socialmente estructuradas de tener-ser cuerpos, se trasciende lo anterior y se analiza la mediación sociocultural de dicha situación corporal, así, en los siguientes apartados se elabora sobre la experiencia

fisiológica de estos procesos corporales, pero también sobre su construcción social, abordando temas como las condiciones contextuales en las que emergen.

En este entramado cabe aclarar que planteamos estos procesos corporales-sociales compartidos por las AM como situaciones corporales. Siguiendo la propuesta de que una situación refiere la posición de una persona en determinado sitio (Alonso 1982, cit. en Lagarde 2005, 78), al hablar de situación corporal nos referimos a que vivir los procesos que a continuación se describen sitúan a estas mujeres ante ciertas posibilidades, distintas tanto a las que ellas mismas tuvieron en otras etapas como a las de otros grupos sociales, pero que a su vez no son totalmente determinantes, dado que, como se verá en el análisis, hay diversas maneras de asumirlos y de implicarlos en el desarrollo de la práctica.

El envejecimiento como proceso corporal-social

La tesis está enfocada en una población específica, que son las AM con diabetes. En un estudio de carácter sociológico como éste es importante aclarar cómo es que la edad cronológica se convierte en un foco de interés. La edad cronológica, en sí misma, no es una variable social:

El tiempo es una propiedad del universo. El tiempo nunca ha causado nada. Es lo que sucede en el tiempo lo que es de importancia para las teorías sociales del envejecimiento. Los cuerpos se transforman y las sociedades responden ante los individuos que son muy jóvenes y ante los que han estado aquí mucho tiempo. La edad se convierte en variable (*social*) solo cuando ha sido culturalmente conceptualizada e incorporada a la vida social (Fry 1999, 274).

En los estudios sociológicos, no fue sino hasta que maduraron conceptos como los de *generación*, de Mannheim (1928),³⁹ de *curso vital*, de Linton (1942),⁴⁰ y de *cohorte*, de Ryder (1965)⁴¹, que se comenzó a establecerse una relación entre las edades de la vida y el componente social de las experiencias que se viven en ellas, dejándose de ver la edad como un atributo individual, para empezar a considerarse como una característica social (Pérez 2016). El interés de la sociología en la etapa de la vejez no es casual, como tampoco lo es su reciente crecimiento: a partir de las consecuencias del fenómeno del envejecimiento poblacional –sobre todo las económicas–, el afán por comprender cómo es que éste afecta y es afectado por el orden social no se ha hecho esperar. Hoy día no cabe duda que la nueva dinámica poblacional tiene consecuencias en las formas de organización social, ni de que éstas deberán adaptarse a las nuevas condiciones poblacionales. Ante el fenómeno del envejecimiento difícilmente alguna de las instituciones sociales quedará intacta, y la realidad es que la mayoría ya han empezado a experimentar los cambios generados por una población que envejece (Ídem).⁴²

³⁹ “Mannheim consideraba las generaciones como dimensiones analíticas útiles para el estudio, tanto de las dinámicas de cambio social como para los ‘estilos de pensamiento’ y la actitud de la época [...]. Lo que configura una generación no es compartir la fecha de nacimiento sino esa parte del proceso histórico que los jóvenes de igual edad comparten” (cit. en Leccardi y Feixa 2011, 4).

⁴⁰ Linton propuso la idea de curso vital, formado por sucesiones de categorías en la relación edad-sexo. Hombres y mujeres van experimentando etapas de vida relacionadas con el poder e influencia en sociedad (cit. en Morgan y Kundel 2007, 16).

⁴¹ Ryder estudió el cambio social analizando la diferenciación entre cohortes. En su propuesta hay 4 circunstancias que las diferencian: su tamaño, pues ofrecen distintas posibilidades, los cambios sociales e históricos mayores, las grandes variaciones en el flujo de migrantes en una sociedad, y la innovación tecnológica (cit. en George y Ferraro 2016, 9-10).

⁴² Por ejemplo, la economía ha cambiado, ante una proporción cada vez menor de personas enroladas en el proceso de producción y un mayor número de dependientes; igualmente, también las instituciones de carácter público se sitúan ante el reto de solventar el sistema de pensiones y sostener una infraestructura de salud que haga frente a una lista de necesidades financieramente insostenibles. Inclusive, la composición y dinámica de las familias se ve trastocada por las necesidades y posibilidades que ofrece una presencia más prolongada de la generación de adultos mayores (Ídem).

Hendriks y Achenbaum (1999) hablan de que es posible caracterizar las aportaciones de la sociología del envejecimiento⁴³ en tres grupos, que se diferencian entre sí por su énfasis en el individuo o en la estructura en la definición de esta etapa de la vida. En el primer grupo el énfasis está en el individuo y en su satisfacción con la vida; influenciadas por el funcionalismo y el interaccionismo simbólico, aquí entran la Teoría de la Actividad⁴⁴, del Rompimiento⁴⁵, de las Subculturas,⁴⁶ y de la Continuidad.⁴⁷ Y aunque hay gran diversidad en sus propuestas, todas refieren a factores de nivel micro –como los roles, las normas, los grupos de referencia, etcétera– para explicar patrones de ajuste o desajuste individuales a partir de los deterioros propios y “naturales” del envejecimiento (Ibid., 31).

⁴³ La sociología del envejecimiento se encarga del “estudio de las fuerzas sociales y los factores que determinan las formas y el proceso de envejecer y sus consecuencias sociales” (Settersen y Angel 2011, cit. en Pérez 2016).

⁴⁴ La Teoría de la Actividad no era en sí un enfoque teórico, sino más bien de aplicación práctica, de recopilación de información y de diseño de políticas públicas (Lynot y Passuth 1996, 749). Se enfocaba en promover que los sujetos se adaptaran de forma satisfactoria a las características “normales” del envejecimiento –la pobreza, la enfermedad, el aislamiento, la pérdida de roles, eran vistos como hechos “naturales” de esta etapa (Ibid., 750). Entonces, bajo esta perspectiva, por un lado, el individuo poseía la responsabilidad de enrolarse en nuevas ocupaciones que lo mantuvieran activo – como ir a la iglesia, tener hobbies, ser voluntario, etcétera–, pues de eso dependía su satisfacción con la vida y su adaptación positiva a esta etapa, y por otro lado, se preveía que habría individuos que no podrían hacerlo y necesitarían ayuda, y ahí entraba la labor pública, si bien el individuo no perdía su responsabilidad de “aprovechar las oportunidades” que se le ofrecían (Ibid., 749).

⁴⁵ En la Teoría del Rompimiento (*Disengagement Theory*), de Cumming y Henry (1961), el proceso de envejecimiento satisfactorio se relaciona con las características del sistema social en el que se experimenta. Si bien habla de lo social no deja de ser una propuesta individualista, pues continúa construyéndose sobre variables de adaptación individual y satisfacción con la vida (Lynot y Passuth 1996, 751-752). Desde esta perspectiva, ante los procesos de deterioro, inevitables a consecuencia de la edad, el sistema social debe proveer las condiciones y los mecanismos necesarios para que las personas quieran y puedan retirarse exitosamente de su forma anterior de participación en sociedad (Ibid., 752), sosteniendo “que se presenta una mayor satisfacción en la persona cuando los viejos aceptan la reducción inevitable de sus interacciones sociales y personales. Se dice que si se reducen las actividades o compromisos en ciertas áreas surgen otras en compensación” (Zetina 1999, 33).

⁴⁶ La Teoría de las Subculturas de la Edad (Rose 1965) se enfoca en las variaciones sociales del significado de la edad, dando lugar a subculturas que se caracterizan por tener distintas expectativas respecto de la vejez, de ahí que los integrantes de cada una de éstas creen significados propios y diversos (Lynot y Passuth 1996, 752).

⁴⁷ En la Teoría de la Continuidad (Atchley 1971) se asume que el tipo de vejez está condicionado por los estilos de vida que las personas experimentan en las diferentes etapas de su ciclo de vital (Zetina 1999, 33), y se propone que la satisfacción con la vida en la edad de la vejez depende de la continuidad de las experiencias de vida, de que los estilos de vida puedan extenderse a esta etapa de la misma (Lynot y Passuth 1996, 753).

En el segundo grupo (Ibid., 31-32) el foco está en los factores de nivel macro, en la circunstancia estructural, no en la individual. Estos enfoques, entre los que destacan la Teoría de la Estratificación por Edad⁴⁸ y la Teoría de la Modernización,⁴⁹ plantean que aspectos como la organización social, la agenda política y la ubicación del individuo en la jerarquía social condicionan el proceso de envejecimiento y la situación de las personas de edad avanzada, entendiéndolos ahora como una categoría colectiva. Finalmente, un tercer grupo (Ibid., 32), dentro del cual se ubica esta tesis, se caracteriza por ser más sintético e integrar aportes de los otros dos, reconociendo la influencia estructural para delimitar las posibilidades de las sujetas, en nuestro caso, pero también que éstas logran resistir y cambiar las estructuras que las delimitan, incorporando, por ejemplo, temas como la distribución de recursos y el constreñimiento económico con la agencia individual (Ídem).

Siguiendo el planteamiento del apartado anterior el envejecimiento se analiza como un proceso corporal-social mediador de las prácticas de actividad física de AM con diabetes. Tener/ser cuerpo de AM significa ciertas posibilidades corporales materiales –que a su vez implican emociones y pensamientos encarnados– y una serie de prácticas socialmente delimitadas con relación a su rol social. Estar en la edad adulta mayor implica formas, distintas a otras etapas de la vida, de sentir, mover, hacer, mostrar y ser cuerpos, delimitadas por las construcciones sociales de la

⁴⁸ En la Teoría de la Estratificación por Edad de Riley (1971), la estratificación se describe con relación a cohortes de edad. El autor argumenta que las experiencias de envejecimiento se entienden a partir del lugar que las individualidades ocupan en la estructura de edad, y que es reflejo del orden social (Lynot y Passuth 1996, 752).

⁴⁹ En la Teoría de la Modernización, Cowgill (1974) señala de que la industrialización ha devaluado la posición de la población envejecida por los cambios que ha traído en el ordenamiento social, donde factores como el desarrollo tecnológico en el área de la salud y de la producción, la urbanización y la educación en masa han relegado a la población envejecida (Lynot y Passuth 1996, 752).

vejez, en intersección con el envejecimiento como proceso fisiológico. A su vez, implica ciertas prácticas posibles y esperadas en el cumplimiento de un nuevo rol social de género.

Como proceso corporal-biológico, el envejecimiento se define como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, que conducen a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, y a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte” (OMS 2015a, 27). A nivel fisiológico, la vejez es la etapa de la vida en la que las consecuencias del envejecimiento corporal empiezan a significar mayores cambios en las características y el funcionamiento corporal. Desde la geriatría⁵⁰ se apunta que algunos de los cambios fisiológicos característicos de esta etapa son:

- *Cambios en la función musculoesquelética y el movimiento*: conforme se avanza en edad suele irse disminuyendo la masa corporal, lo que conlleva al deterioro de la fuerza y de la función musculoesquelética (OMS 2015a, 55-56). Además, es común que disminuya la densidad ósea,⁵¹ lo que aumenta considerablemente el riesgo de fracturas (Ídem), al tiempo que el cartílago articular suele sufrir cambios en diferentes niveles, haciendo las articulaciones más duras y frágiles (Ídem).
- *Alteración a las funciones sensoriales*: suele afectarse la audición a causa del envejecimiento coclear, la herencia genética, la exposición al ruido, al estrés, los estilos de vida, etcétera (Ibid., 57-58), así como la visión, pues durante esta etapa se puede presentar un aumento en la opacidad del cristalino y disminuir la capacidad para enfocar –visión borrosa (Ídem).⁵²
- *Afectación de algunas funciones cognitivas*: como la memoria o la velocidad para procesar la información (Ibid., 58-59).

⁵⁰ La geriatría, de acuerdo con la Real Academia Española, es “la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y su tratamiento”. Tiene como propósito específico “incidir en el proceso de salud-enfermedad del adulto mayor... mediante una visión holística (bio-psico-social y espiritual) de (sus) problemas de salud” (Consejo Mexicano de Geriatría 2017).

⁵¹ Afección conocida como osteoporosis, especialmente común en las mujeres posmenopáusicas.

⁵² Este proceso suele iniciar en la edad mediana, pero es evolutivo.

- *Cambios en la función inmunitaria*: específicamente se va deteriorando la función de las células T, con la consecuencia de que al organismo se le dificulte más el combate de las infecciones (Ibid., 60).
- *Deterioro de la piel*: con la edad se van perdiendo las fibras de colágeno y elastina en la dermis, reduciéndose la resistencia de la piel, de ahí que sea más común presentar escaras, dermatitis o laceraciones durante esta etapa de la vida (Ídem).
- *Incontinencia urinaria*: su origen se asocia a diferentes causas, que van desde el prolapso de los órganos pélvicos⁵³ y enfermedades del sistema nervioso central o de los músculos, hasta la obesidad, la demencia u otros factores relacionados con la acumulación de grandes esfuerzos físicos en el desempeño de las actividades cotidianas en el pasado (Ibid., 67).
- *Cambios en la sexualidad*: disminución de las funciones sexuales, relacionada con cambios fisiológicos que forman parte del proceso de envejecimiento y pueden ser consecuencia de alguna enfermedad⁵⁴ o efecto de algún medicamento (Ibid., 59).
- *Multimorbilidad*: debido a la acumulación de daños al organismo y a los cambios inmunitarios, es común que durante esta etapa se presenten más enfermedades crónicas y se manifiesten más de sus consecuencias graves, así como que se presenten varias enfermedades crónicas al mismo tiempo y que la interacción entre ellas magnifique sus daños a la salud (Ibid., 61-64).
- *Aumento de caídas*: debido a algunos deterioros físicos comunes ya mencionados –como la disminución de la función musculoesquelética, la pérdida de la visión, la presencia de enfermedades crónicas y sus consecuencias, etcétera–, las caídas se vuelven más frecuentes, y la gravedad e impacto de sus consecuencias suelen ser también mayores (Ibid., 67-68).⁵⁵

Estos cambios fisiológicos conllevan cambios en la forma en que las personas sienten y experimentan su cuerpo. Algunos de los cambios en la sensorialidad registrados desde la geriatría suelen comprender malestar, dolor, inestabilidad corporal, lentitud, entumecimiento y rigidez, entre otros, pero desde la propuesta de la Teoría social actual del cuerpo (Esteban 2004, 25) tenemos que, dentro del circuito de las prácticas corporales, lo sensorial, que implica pensamientos y emociones

⁵³ Consiste en que la vejiga, matriz o vagina desciendan de sus lugares habituales.

⁵⁴ Por ejemplo, la disfunción eréctil como consecuencia de la enfermedad cardiovascular, o cambios psicosociales a causa de una enfermedad o su tratamiento, como la mastectomía (Ídem)

⁵⁵ Sus consecuencias van desde hematomas y pequeñas laceraciones hasta fracturas de las que puede tornarse muy difícil recuperarse y llegan a significar un gran riesgo de perder su independencia funcional (Ídem).

encarnadas, se retroalimenta de forma interactiva y reflexiva en las construcciones sociales sobre los cuerpos (Connel 2003, 100).

Así, en esta tesis se parte de que el envejecimiento, como proceso biológico de deterioro corporal, intersecta los cuerpos de las AM, pero también de que hay una mediación sociocultural de la sensorialidad que conllevan estos cambios físicos (Sabido 2016, 65). La sensorialidad y su significado y consecuencias en la definición de sus prácticas se relacionan con las construcciones sociales sobre los cuerpos de las PAM.

Transitar por la etapa de la adultez mayor implica ciertas posibilidades corporales –en lo material y en lo práctico– relacionadas con la construcción social de la vejez, pues “la sociedad condiciona y define socialmente al ser humano en sus diferentes procesos vitales marcados por la edad” (Sánchez 1992, 105). A partir de la edad se delimitan sus procesos de socialización, creándose así una identidad colectiva en la que sus miembros comparten asimismo una biografía colectiva, es decir, vivencias y una problemática común (Ídem).

La vejez y la juventud como construcciones sociales sobre las características, capacidades y funciones corporales a razón de la edad obedecen a la lógica económica, que a su vez ordena el mundo físico, económico, social, político y cultural. Lo anterior delimita y diferencia las posibilidades para las prácticas de cada uno de estos grupos –y subgrupos– con relación a su función social dentro del sistema capitalista, incluyéndolos en algunos espacios y excluyéndolos de otros, y/o condicionando la forma en que se insertan y desarrollan en ellos.

Las convenciones sociales actuales establecen arbitrariamente que la vejez comienza a partir de los 60 años de edad.⁵⁶ Esto se debe tanto a los avances en salud que han permitido que las personas vivan más tiempo como a su relación con el orden social que surge a partir de las lógicas de la economía de mercado. Lo que a primera vista pareciera obedecer la dinámica de un proceso “natural” y “universal” de deterioro fisiológico del ser humano a causa del paso del tiempo, en realidad guarda una estrecha relación con la lógica de la producción capitalista que marca el inicio del deterioro de la capacidad para producir. Además, no hay que perder de vista que muchas de las pérdidas fisiológicas, mentales y sociales que se dan durante la vejez son resultado del mismo orden social (Sánchez 1992, 101).

El Estado divide la vida del ser humano en etapas, relacionadas con la edad cronológica medida en años: niñez, adolescencia, adultez y vejez. La edad sirve al Estado para crear reglas universales que le permitan ordenar grandes poblaciones de acuerdo con los valores imperantes, en este caso los del capitalismo (Fry 1999, 274), para regular la participación de las personas en el mercado del trabajo y así optimizar la producción. Las leyes definen cuando una persona es apta para empezar a trabajar y cuando debe retirarse para dar paso a las nuevas generaciones, que suelen ser caracterizadas como poseedoras de conocimientos más apropiados (más actualizados, si bien también más inexpertos) y de mejores capacidades físicas y mentales para desempeñar estas labores y de esta manera asegurar la maximización de la producción (Sánchez 1992, 101). En la mayoría de los países occidentales la

⁵⁶ Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud han establecido que a los 60 años inicia la vejez, para homologar el criterio a nivel internacional (Zetina 1999, 26).

jubilación o el retiro del trabajo es a partir de los 60 años,⁵⁷ y esta figura legal,⁵⁸ que le otorga a este grupo el derecho a una pensión y a dejar de ser económicamente activo, guarda una estrecha relación con la convención social actual sobre la edad de inicio de la vejez.

Hoy día nos referimos a las personas que se encuentran en esta etapa de su vida como adultos mayores. Anteriormente se utilizaban términos como ancianos o personas de la tercera edad,⁵⁹ que reflejaban la concepción de las personas de este grupo como apartados del proceso productivo. En cambio, el término adulto mayor refleja una esencia de mayor dinamismo que pretende proyectar una imagen más activa de esta etapa de la vida en todos los sentidos, sobre todo respecto de su actividad económica.

Ante una realidad que apunta a que no será posible mantenerlos como retirados o jubilados –porque la proporción actual de su población respecto de la población económicamente activa hace que sus costos sean insostenibles–, el uso del término adulto mayor permite darle un sentido de continuidad a la adultez, donde se espera que las personas sigan siendo autosuficientes.⁶⁰ Sin embargo, es de destacarse que el uso del término persigue fines que no son compatibles con las oportunidades

⁵⁷ En algunos países la edad para jubilarse ha cambiado a los 65 años, lo que se relaciona con las necesidades económicas del Estado, de tener más mano de obra y menos dependientes, así como la ganancia en años de vida a causa de los avances en materia de salud.

⁵⁸ La jubilación surge como un derecho dentro de la lógica de la seguridad social a nivel internacional desde la década de 1960.

⁵⁹ La lógica es que la niñez era la primera edad (dependencia), la adultez la segunda (autosuficiencia), y la vejez la tercera (dependencia) (Sánchez 1992, 117).

⁶⁰ Inclusive, actualmente hay una tendencia a dividir esta etapa en dos, para hacer distinciones dentro del grupo de los AM. Ahora se habla del grupo de la tercera edad y el de la cuarta edad entre los adultos mayores. Bajo esta nueva lógica la tercera edad se establece como más parecida a la etapa anterior –la de la adultez– donde aún hay actividad, independencia y autonomía en los diversos ámbitos de la vida –de los 60 a los 79 años–, mientras la cuarta edad se asocia más bien con la fragilidad, la pérdida de la salud y la dependencia –a partir de los 80 años (Pérez 2016; Zetina 1999, 30).

reales de trabajo para este grupo, pues la lógica del mercado no contempla la inserción positiva de las PAM sino en condiciones de precariedad laboral.

El dinamismo del término adulto mayor también promueve la imagen de este grupo como consumidores de bienes y servicios. La jubilación se proyecta como el logro de un derecho a un merecido descanso después de una vida laboral, que actualmente lleva aunado un sentido de edad del ocio, que sirve para crear un nuevo perfil de consumidores (Sánchez 1992, 102). Sin embargo, toda esta construcción es una herencia de sociedades que lograron enriquecerse antes de que su población envejeciera, y no va de acuerdo con la realidad de países como México, donde solo una proporción muy baja tiene acceso a una jubilación formal y suficiente que le permita dejar de trabajar y dedicarse a actividades de esparcimiento (Zetina 1999, 31; Pérez 2016).

Además, obedece a la misma lógica del mercado en torno de la creación de consumidores. Con el paso de los años han surgido una gran cantidad de servicios públicos y privados –algunos de ellos subsidiados por el gobierno– en ámbitos como el de la salud, la asistencia, etcétera, que benefician más el movimiento de la economía que a sus usuarios finales, quienes permanecen en el rezago económico y social (Lynot y Passuth 1996, 755).⁶¹ De esta manera, la identidad a la que refiere el término adulto mayor no se corresponde con las condiciones de existencia que el sistema capitalista impone sobre la mayoría de esta población, sobre todo en países como México, sin embargo, es una imagen que se proyecta a esa población por

⁶¹ Por ejemplo, los sueldos de los burócratas que atienden a la población envejecida son mucho más altos en comparación con los beneficios que ésta recibe (Lynot y Passuth 1996, 755).

diferentes medios, cargando esta etapa de significados contradictorios (Becerril, 2011).

En la cultura occidental-capitalista la juventud suele relacionarse con atributos positivos, como belleza, energía, gracia, fortaleza moral y optimismo, y en cambio los estereotipos sobre la vejez suelen contener una connotación negativa, como la fealdad, la inactividad, degeneración y el fracaso moral (Kehl y Fernández 2001, 138). Aunque las características específicas de la concepción cultural sobre este grupo han cambiado en el tiempo y espacio, Kehl y Fernández (Ibid., 141) argumentan que dichos cambios son mínimos, y que la veneración de la vejez por sus habilidades y sabiduría es solo una imagen romántica que obedece a casos particulares en los que las personas poseen riqueza económica y poder, y que en la práctica impera una imagen negativa y desvalorizada de esta etapa de la vida, asociada mayormente a la pobreza y a la debilidad moral. Pero esta etapa no solo se representa de forma negativa, sino también como problemática, sobre todo con relación con lo económico y lo social, por el tema de la dependencia y los cuidados (Fry 1999, 283).

La vejez ha sido culturalmente construida como una etapa de deterioro y no de crecimiento y desarrollo (Zetina 1999, 25), lo que se relaciona con sus condiciones reales de existencia. “Las personas están aprendiendo constantemente su cultura y organizan sus vidas y grupos en el proceso” (Fry 1999, 274). Ahí, las PAM suelen quedar relegadas del desarrollo económico y obligadas a ocupar un lugar periférico, y en la dinámica en que se les excluye no se advierte que son las mismas condiciones de trabajo capitalista las que los colocan en esa posición de desventaja

social, ya que, por un lado, se acelera el proceso de envejecimiento – de deterioro físico y mental–, y por otro se devalúa su trabajo (Sánchez 1992, 101). Dentro de este sistema, este grupo es proyectado como “miembro disfuncional de la vida activa y productiva” (Zetina 1999, 25), pues, sobre todo en países de bajos recursos, casi hasta el final de sus vidas forman parte del mercado de trabajo, pero bajo condiciones precarias y en actividades de menor valor social.

La construcción y la experiencia de la vejez en cada sociedad se relacionan con las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que conforman su situación histórica particular; a su vez, en cada sociedad las PAM son intersectadas por diversas lógicas sociales como el género, la salud y enfermedad, la clase, la etnicidad y la raza (Pérez 2016). El ordenamiento social crea diferentes oportunidades de vida para quienes atraviesan por esta etapa en los diferentes grupos sociales (Quadango y Reid 1999, 344), y estas diferencias se traducen en diferentes niveles de vulnerabilidad entre los grupos de las PAM. Así, una de las características más importantes a tomar en cuenta cuando se trabaja con esta población es su diversidad (Ferraro 2006, 239), toda vez que la vejez se experimenta en contextos macro y micro específicos que no son transferibles (Fry 1999,274), de ahí que en los estudios sobre esta población se deba “partir de sociedades y de poblaciones ancianas concretas que permitan establecer y remarcar la taxonomía de la diferenciación desde una perspectiva sociológica integrada” (Sánchez 1992, 105).

En ese tenor, aunque el envejecimiento refiera un proceso biológico de deterioro corporal inevitable para todos los grupos sociales, su experiencia está socialmente delimitada por el contexto social. De entrada, en el deterioro de las

funciones biológicas intervienen una serie de factores que no son de orden genético o meramente biológico, relacionados con condiciones estructurales como la nutrición, la exposición a factores causantes de enfermedades, accidentes o agresiones ambientales, así como el desgaste físico por las actividades desempeñadas, el acceso a servicios de salud de forma oportuna, y la calidad de la atención recibida, entre muchos otros. Entonces, las condiciones físicas en las que los distintos grupos en las diferentes sociedades llegan y viven la etapa de la adultez mayor se ven influenciadas por las experiencias y los contextos que los acompañan (McPherson 1994, 330).

A su vez, las posibilidades de que transitar por esta etapa no represente un detrimento en la calidad de vida dependen de la receptividad del entorno hacia las PAM. La manera en que cada contexto se conforma y ordena, las oportunidades y obstáculos que ofrece, son reflejo de la forma de construir sobre esta etapa de la vida y a la vez son los límites para sus condiciones de existencia. Las pérdidas físicas en un contexto que no les acoge de forma positiva ocasionan en las PAM pérdidas en otros ámbitos, como el de la salud mental y emocional –ansiedad, depresión–, sus relaciones sociales –aislamiento, violencia–, y en sus condiciones de vida en general –seguridad, independencia económica y para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, relaciones sociales, etcétera (OMS 2015a, 57-58).

Pero la adultez mayor no son solo cambios físicos, sino también psicológicos y sociales, que también se relacionan con el contexto en el que se desarrollan. A nivel psicológico, se presentan cambios en las emociones y pensamientos que son influenciados por los significados que se construyen sobre esta etapa de la vida (OMS 2015a, 27). En lo social, se dan cambios en las relaciones a causa de las

modificaciones de los roles sociales a partir de los significados e implicaciones que la vejez tiene para cada grupo según su cultura, historia y organización social (Ídem).

En lo general, esta etapa suele construirse como una acumulación de pérdidas (físicas, mentales, emocionales y sociales), que conducirían a una pérdida de la agencia. Empero, se puede envejecer en múltiples direcciones que no necesariamente signifiquen deterioro sino también crecimiento (Settersten 2006, 9). Grijalva y Zúñiga (2007, 5-6) explican que el envejecimiento debe explorarse alrededor de “las percepciones que se tienen sobre la vejez y las formas concretas como se vive y se resuelven en la práctica las condiciones que impone el envejecimiento de las personas en los distintos sectores de la población”. Su análisis invita a adentrarse en la experiencia y percepción de la vejez de los diferentes grupos con relación a sus condiciones de existencia. Refieren, por ejemplo, que las mujeres, a diferencia de los hombres, suelen conservar por más tiempo sus formas usuales de contribuir al grupo familiar, por lo que pueden tener una mejor percepción de su vejez y también de parte de sus familiares, pero al mismo tiempo ellas se enfrentan a un mayor desgaste (Ídem).

Otras investigaciones en salud proponen que la enfermedad conlleva grandes diferencias en las capacidades funcionales y en los consecuentes niveles de dependencia de esta población, creando diferentes formas de percibir la etapa (Kehl y Fernández 2001, 133). Chatters (1988), por su parte, también plantea que la salud y la enfermedad influyen en la autoconcepción y bienestar subjetivo de esta población, y Vera, Sotelo y Domínguez (2005) apuntan que estereotipos negativos sobre la

vejez, como la dependencia y una autopercepción negativa, no siempre forman parte de la experiencia de las PAM.

En ese mismo sentido, en esta tesis se exploran las distintas formas de tener y ser cuerpos de AM. El análisis del envejecimiento como proceso corporal-social que aquí proponemos implica trascender, por ejemplo, el deterioro fisiológico, y observar, siguiendo a Esteban (2004, 244), las distintas “parcelas de la experiencia corporal” de esta etapa de la vida: otras formas posibles de sentir el cuerpo que se revelan en las prácticas de las entrevistadas y que conllevan una sensorialidad positiva que, como también señala la autora, tienen la característica de mediar la sensorialidad negativa, en este caso la relacionada con el deterioro fisiológico que conlleva el envejecimiento corporal. Así, en los distintos rubros que conforman el constructo de la adultez mayor, identificamos también las ganancias que puede significar la etapa y su relación con nuevas prácticas en el desarrollo de su rol social.

A su vez, para comprender cómo es que el envejecimiento, en tanto proceso corporal-social, delimita las prácticas de actividad física de mujeres AM con diabetes, lo analizamos con relación al género, a la cultura corporal hegemónica. Tener-ser cuerpo de mujer AM comprende cambios corporales socialmente mediados, implica ciertas formas posibles de sentir, mover, tensar y mostrar el cuerpo, que son distintas a las de los varones adultos mayores y a las de las mujeres en otras etapas de la vida. Ser adulta mayor implica ciertas prácticas posibles y esperadas, en conformidad con el desarrollo de un nuevo rol social de género.

La CFH en la adultez mayor refiere a formas posibles de ser en lo material y en lo práctico cuerpos de mujeres AM. En el análisis de la identidad corporal de

género accedemos a la forma de significar y mediar los distintos cambios corporales-sociales del envejecimiento con perspectiva de género, pero las mujeres AM que aquí participan a su vez comparten otro proceso fisiológico y socialmente significado que suele ser común en esta etapa de la vida en la sociedad mexicana, la diabetes. En el siguiente apartado se analiza sus implicaciones para este análisis.

La diabetes como proceso corporal-social

La enfermedad de la diabetes se aborda también como fenómeno corporal-social, toda vez que las posibilidades corporales –materiales y prácticas– de las personas con diabetes son socialmente delimitadas por las construcciones sociales sobre el cuerpo enfermo y su función social. Desde la biomedicina, la enfermedad es “la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (ISSSTE 2016,4).

En ese sentido la diabetes es una enfermedad sistémica, crónica-degenerativa (un trastorno orgánico de larga duración y lenta progresión), en la que el páncreas no produce suficiente insulina o el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Siendo la insulina la hormona que se encarga de regular los niveles de glucosa en sangre, el efecto de la diabetes en el cuerpo es la hiperglucemia, un aumento de azúcar en la sangre, que va dañando diversos órganos y sistemas del cuerpo al pasar del tiempo (OMS 2016a).

Como la diabetes es una enfermedad metabólica a nivel sistémico, es común que se presenten diversas manifestaciones corporales de la enfermedad. Algunas de las complicaciones más recurrentes de esta enfermedad son la retinopatía diabética,⁶² la neuropatía diabética,⁶³ nefropatía diabética,⁶⁴ enfermedades cardiovasculares,⁶⁵ angiopatía diabética⁶⁶ e hipoglucemias (SS 2010, 20-21).⁶⁷ Estas complicaciones pueden llegar a desarrollar discapacidades por insuficiencia renal, amputaciones o ceguera, entre otros (Ibid., 12).

Es común que se presenten otros síntomas que también van cambiando la experiencia corporal y social, pues significan importantes alteraciones en el cuerpo que impactan el desarrollo de las actividades cotidianas, la forma de relacionarse con las y los demás y con el entorno cotidiano. Algunos de estos síntomas son: sentir

⁶² La retinopatía diabética refiere “al compromiso de los vasos pequeños, incluyendo los capilares, con aumento de la permeabilidad, que permite la salida de lípidos formando exudados duros, obstrucción de vasos con infartos, produciéndose los exudados blandos. Puede haber ruptura de vasos, causando micro hemorragias; la formación de nuevos vasos sanguíneos por hipoxia puede condicionar hemorragias masivas” (SS 2010, 7).

⁶³ La neuropatía diabética es “la neuropatía somática que afecta los nervios sensitivos y motores voluntarios y puede corresponder a un daño difuso (polineuropatía) o localizado en un nervio (mononeuropatía). La neuropatía autonómica (visceral) se manifiesta por diarrea, gastroparesia, vejiga neurogénica, disfunción eréctil e hipotensión ortostática, entre otras complicaciones” (SS 2010, 7).

⁶⁴ La nefropatía diabética corresponde a “la complicación renal tardía de la diabetes. Se refiere al daño predominantemente de tipo glomerular, con compromiso intersticial; frecuentemente se añade daño por hipertensión arterial” (SS 2010, 7).

⁶⁵ “Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco; las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro; las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores” (OMS 2015b).

⁶⁶ La angiopatía diabética “se refiere a la alteración de los vasos sanguíneos [...] Existen dos clases: la macroangiopatía (aterosclerosis) y la microangiopatía (alteración de los pequeños vasos). La aterosclerosis, es la variedad de arteriosclerosis (*endurecimiento de las arterias*), en la que existe infiltración de la íntima con macrófagos cargados de grasa, proliferación de células musculares con fibrosis y reducción de la luz del vaso sanguíneo. Algunas placas pueden llegar a calcificarse. Existe daño endotelial y predisposición para la formación de trombos” (SS 2010, 4).

⁶⁷ La hipoglucemia es el “estado agudo en el que se presentan manifestaciones secundarias a descargas adrenérgicas (sudoración fría, temblor, hambre, palpitaciones y ansiedad), o neuroglucopénicas (visión borrosa, debilidad, mareos) debido a valores subnormales de glucosa, generalmente <60-50 mg/dl. Pueden aparecer síntomas sugestivos de hipoglucemia cuando se reducen estados de hiperglucemia sin llegar a descender hasta los 50 mg/dl” (SS 2010, 6).

hambre constantemente, pérdida de peso inexplicable, tener mucha sed, orinar con frecuencia, fatiga o cansancio, visión borrosa, irritación, calambres en las extremidades, depresión, hormigueo y entumecimiento en las extremidades, resequedad en la piel y comezón, infecciones de la piel, infecciones en la orina, inflamación y sangrado de encías, mareos o pérdida de equilibrio, pérdida de audición, infecciones vaginales, disfunción eréctil y pérdida del deseo sexual. Adicionalmente, el tratamiento farmacológico para el control de la diabetes y sus complicaciones tiene también un efecto en la sensorialidad corporal; como consecuencia de todas estas alteraciones fisiológicas relacionadas con la enfermedad y su tratamiento, ésta implica nuevas formas de sentir-experimentar el cuerpo.

La población con diabetes es un grupo heterogéneo, y debe ser estudiado como tal. La enfermedad presenta diferentes características y consecuencias en los distintos grupos sociales; Rojas et al. (2015, 13) hablan de que hay dos extremos que son visibles sobre todo en el caso de las PAM: están quienes tienen varios años de exposición a la diabetes y presentan un mayor número de complicaciones, por lo que su tratamiento y control es mucho más complicado en comparación con los recién diagnosticados; por otro lado, se encuentran las personas de diagnóstico reciente, que suelen tener una prevalencia baja de complicaciones y son capaces de mantener controlados sus niveles con menos medicamentos.

Mercado y cols. (1996, 182-183), por su parte, hablan de tres tipos de trayectorias del padecimiento de la diabetes, integrando la sintomatología (los cambios en su cuerpo) con las percepciones (sobre su vida laboral, social y emocional a causa del padecimiento) de los sujetos que presentan la enfermedad.

Están primero las estables, donde los sujetos se sienten bien y no perciben los efectos de la diabetes, o solo de forma marginal; luego las oscilatorias, donde los sujetos alternan exacerbaciones y mejorías; y finalmente las de deterioro continuo, donde la vida de quienes padecen la enfermedad se altera completamente en lo físico, emocional, laboral, etcétera.

La diabetes también puede ser una enfermedad “silenciosa”, ya que pueden pasar largos períodos de tiempo sin que sus síntomas se manifiesten físicamente, o como señalan Montiel y Domínguez (2011, 7), en ocasiones los síntomas y algunas de las complicaciones son atribuidas por quienes las experimentan a cambios asociados al envejecimiento o a otras enfermedades, lo que conlleva también a diferentes expresiones sobre esta enfermedad. Este último es un punto importante al analizar la diabetes como proceso corporal-social, pues una parte de las manifestaciones físicas de la enfermedad puede pasar desapercibida para algunas personas.

También hay otras diferencias entre la población con diabetes que tienen menos que ver con lo fisiológico y más con la el condicionamiento social de la enfermedad.⁶⁸ Problematizar sobre el carácter social de la enfermedad nos permite conocer cómo delimita las posibilidades corporales –materiales y prácticas– de las AM con diabetes. De entrada, el desarrollo de la diabetes tiene causas sociales; se ha generado una importante producción científica en torno de los determinantes sociales de la salud, que refieren a las condiciones materiales de vida y a los arreglos sociales

⁶⁸ Existe un amplio debate sobre el peso de las estructuras en la definición de los estados de salud. En esta tesis se reconocen como ampliamente significativos, sin embargo, se entienden más bien como condicionantes y no determinantes, pues se elabora además sobre las posibilidades del sujeto para resistir ante éstas.

detrás de las enfermedades, y que incluyen procesos de distintos niveles. Siguiendo a Castro (2013), destacan la globalización,⁶⁹ el calentamiento global,⁷⁰ el modo de producción,⁷¹ el proceso de trabajo,⁷² el apoyo social,⁷³ y los estilos de vida.⁷⁴

En torno del tema de la diabetes existe una gran cantidad de evidencia generada alrededor del mundo que apunta el efecto dañino para la salud que la urbanización ha traído consigo, especialmente por la transición nutricional que se ha experimentado como forma de adaptación a las nuevas condiciones de vida urbanas, donde la alimentación tradicional es sustituida por un alto consumo de alimentos procesados, contribuyendo directamente al incremento de casos de diabetes (The

⁶⁹ La globalización “se refiere al creciente proceso de integración de las economías nacionales a un mercado mundial, fenómeno que es posible, a su vez, por el creciente desarrollo de las comunicaciones (ante todo internet), y por el impulso al capitalismo a escala planetaria, sobre todo a partir de la caída del bloque socialista. La globalización implica tres tipos de flujos en un volumen sin precedentes: de capitales y mercancías, de información, y de seres humanos. Se trata de un poderoso determinante de la salud y la enfermedad por cuanto ha repercutido directamente en un incremento de las desigualdades sociales: aquellos países, y aquellas clases sociales que ya gozaban de una clara ventaja socioeconómica, han recibido los principales beneficios y ganancias de este proceso, y viceversa” (Castro 2013, 16).

⁷⁰ El calentamiento global refiere al “incremento de la temperatura promedio del globo terráqueo debido al efecto del aumento de gases como el dióxido de carbono y otros en la atmósfera del planeta. Este incremento de los gases, que a su vez potencia el efecto invernadero que regularmente cumplen, es el resultado de fenómenos sociales (la industrialización y la sociedad de consumo, así como el crecimiento poblacional)” (Castro 2013, 17).

⁷¹ “Laurell (1982) y otros mostraron con contundencia que los patrones de morbilidad varían entre una sociedad y otra, y que dicha variación puede atribuirse al modo general en que organiza la producción y se distribuye la riqueza en cada una de ellas” (Castro 2013, 18).

⁷² “En la sociedad capitalista, el trabajo es la forma fundamental de inserción social de los individuos. Tener un empleo en este contexto significa contar con recursos, redes sociales, apoyo social, y también destinar 8 horas diarias dentro de un ambiente laboral específico realizando tareas determinadas, todo lo cual está relacionado con la salud y la enfermedad. Laurell propuso la categoría de proceso de trabajo para dar cuenta de la manera históricamente específica en que los individuos se relacionan con su objeto de trabajo, y la manera en que esta relación afecta su salud. La misma autora identificó patrones específicos de desgaste en el trabajo. Por su parte, Coburn (1978 y 1979) estudió la relación entre alienación en el trabajo, estrés y bienestar” (Castro 2013 19-20).

⁷³ “Cobb propuso la hipótesis del modelo del efecto amortiguador del apoyo social, que complementó la hipótesis del modelo del efecto directo. El modelo del efecto directo postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; el modelo del efecto amortiguador, en cambio, sostiene que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los factores estresantes” (Castro 2013,20-21)

⁷⁴ No como elecciones individuales sino como prácticas relacionadas con el contexto económico, político, social y cultural (Menéndez 1998), “Como productos de la sociedad históricamente específica dentro de la que existen” (Castro 2013, 16-22).

Lancet Diabetes & Endocrinology 2017, 313). Por su parte, Mendenhall et al. (2017) hablan de las desventajas en la salud que el proceso de occidentalización⁷⁵ y globalización ha significado para los países de bajos recursos. Los procesos de urbanización no planificada, las nuevas formas de producción y trabajo, así como la llegada masiva de productos procesados de alto contenido calórico y bajo nivel nutricional a un bajo precio se combinan con situaciones de precariedad y vulnerabilidad que exacerbaban la exposición a factores de riesgo y las consecuencias de la diabetes en la salud general y calidad de vida de sus poblaciones (Ídem). De ahí que en los países con menores ingresos esta epidemia se agudice en proporción y en consecuencias.

Por su parte, Schulz et al. (2006), en su estudio comparativo entre población pima que vive en comunidades tradicionales en México y aquella que vive en localidades occidentalizadas de Estados Unidos, pero que comparten una misma base genética, encontraron índices mucho más altos de diabetes en esta última, estableciendo relaciones entre los estilos de vida generados en cada entorno y las posibilidades de desarrollar diabetes (Ibid., 1868). Es especialmente interesante la diferencia en los niveles de actividad física, siendo mucho más altos en las comunidades tradicionales, con menor proporción de diabetes (Ídem).

El tema de la vulnerabilidad social y su relación con la diabetes se hace evidente en investigaciones como la de Page (2013), donde habla de la manera en que los intereses políticos y económicos detrás de la comercialización de refrescos

⁷⁵ Entendido como aquel en el que se van perdiendo las formas tradicionales de vida y se sustituyen por los nuevos estilos de vida que marca el proceso de modernización a partir de la producción y el consumo en masa.

azucarados en comunidades chiapanecas, tradicionalmente oprimidas y empobrecidas, generan prácticas nocivas de consumo que impactan su salud y elevan sus posibilidades de desarrollar diabetes y sus complicaciones. Como se empieza a observar, el contexto en el que se desenvuelve la persona juega un papel esencial en el desarrollo de la enfermedad.

Las consecuencias de la diabetes también tienen un condicionamiento social. Se ven impactadas por las oportunidades –y limitantes– que cada contexto ofrece a las personas que tienen esta enfermedad. Empezando por el acceso al tratamiento, éste “tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones” (SS 2010, 16). Se trata de un tratamiento integral que contempla un manejo farmacológico y uno no farmacológico, que consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física (Ídem).

Olaiz et al. (2007) refieren que las condiciones de exclusión social magnifican el problema del control de la enfermedad en algunos grupos, principalmente porque se ven limitados en el acceso al tratamiento farmacológico. Se ha comprobado que el acceso a medicinas tan básicas como la insulina es limitado para las personas de los estratos más bajos –que son la mayoría– en países de medianos y escasos recursos (OMS 2016b, 47). Datos provenientes de la ENSANUT 2006, información del programa Oportunidades en centros de atención primaria, y de la Secretaría de Salud en zonas rurales, coinciden en que hay una baja referencia por parte de los médicos generales a los especialistas para revisión oftalmológica, dental,

etcétera, inclusive para hacerse estudios de control y diagnóstico de posibles complicaciones (Romero y Gómez 2016, 93-94).

La investigación sobre el tema apunta varias razones, como la falta de conocimientos por parte de los médicos y el personal de salud, falta de tiempo para realizar consultas como lo dictan los protocolos por saturación de la consulta, falta de motivación del personal de salud, insuficiente accesibilidad a recursos físicos o humanos, y la percepción sobre las pocas posibilidades de que un(a) paciente siga sus recomendaciones (Ibid., 94). Estas situaciones de desigualdad en el acceso a los servicios de salud generan diferentes perfiles entre las personas con diabetes, habiendo quienes difícilmente tienen acceso a los conocimientos e insumos que influyen en el control exitoso de la enfermedad y sus consecuencias.

En torno del control no farmacológico sucede lo mismo. En las zonas rurales, por ejemplo, hay una baja referencia de personal médico para recibir orientación sobre planes nutricionales (Romero y Gómez 2016, 93), fundamental en tanto, como señala Moreno (2007, 167), el consumo de alimentos en personas con diabetes se define a partir de valores socioeconómicos y culturales y de las percepciones socialmente construidas sobre sus consecuencias. Estas problemáticas se suman a lo ya referido respecto de la dificultad para acceder a alternativas saludables ante las fuerzas económicas de una industria de los alimentos que prioriza aquellos con altos contenidos de azúcares y grasas y bajo valor nutricional, así como las consecuencias de la urbanización y la falta de planeación e infraestructura para motivar la actividad física (OMS 2017), el tema de la seguridad, las diferencias en el acceso a los espacios

por parte de los distintos grupos sociales, entre otros, (García y Lara 2016; Jáuregui et al. 2011; Sallis et al. 2016a).

Es de destacar además que el significado de la enfermedad en la vida de las y los sujetos también se relaciona en otros sentidos con el sistema económico, político, cultural y social en el que se desarrollan. Cada sociedad y contexto comprenden un sistema de valores y un orden que organiza temas como el acceso a la salud y su cuidado, así como el rol social de la persona que enferma. Desde las ciencias sociales se ha elaborado sobre la construcción social de la enfermedad, cuyo significado refiere un orden social específico –donde el poder biomédico juega un papel esencial– e impone asumir ciertos roles, definidos estructuralmente y a su vez reconstruidos subjetivamente.

Parsons (1964, 431) planteó que “la salud debe ser definida como el estado de óptima capacidad de un individuo para desempeñar los roles y tareas para los cuales ha sido socializado”. Este autor describió a partir del funcionalismo el rol del enfermo como una forma de conducta desviada temporal, ya que la persona no puede desempeñar sus funciones sociales mientras está enfermo, si bien aclara que el asumir ese rol debe estar legitimado por la autoridad biomédica. La conducta del enfermo está, entonces, medicamente sancionada, pues sin importar lo que suceda en su cuerpo la persona no puede asumir el rol del enfermo si lo que siente no se encuentra medicamente definido. Las reflexiones de Parsons dieron lugar a una amplia producción científica, si bien han sido ampliamente criticadas, sobre todo en lo relativo al tema de las enfermedades crónicas (Gallagher 1976, cit. en Castro 2013, 24), pero su gran aportación a la sociología es que el rol del enfermo es un rol

social que tiene ver con sus interacciones sociales tanto como con el origen biológico de su padecimiento (Ídem).

La teoría de la etiquetación,⁷⁶ por su parte, contribuyó a establecer el carácter socialmente construido de la salud y la enfermedad (Ibid., 26). En esta corriente, Lemert (1951) planteaba que “no es la desviación primaria (la enfermedad en sí) sino la desviación secundaria (la reacción social a la enfermedad) la que da cuenta de los principales diferenciales respecto de esa forma de desviación que llamamos enfermedad” (cit. en Castro 2013, 23). Por su parte, Becker (1963, 9) estableció que la desviación la construyen los propios grupos sociales, pues ellos hacen las reglas que al ser transgredidas constituyen la desviación y de esta manera etiquetan al desviado (Castro 2013, 23).

Desde la mirada de la antropología médica se integra la dimensión cultural. La propuesta de Kleinman (1980) se basa en que la salud, el padecimiento y la atención son parte de un sistema cultural. Distingue que la enfermedad (*disease*) refiere a disfunciones en los procesos biológicos del cuerpo, y que esto ocurre independientemente de si el individuo o el entorno los reconocen de esa manera, bajo la categoría del padecimiento (*illness*) habla de la experiencia individual, integrada por la percepción que el sujeto construye sobre los problemas de la enfermedad y las reacciones sociales ante la misma, mientras que con el concepto de malestar (*sickness*) referencia los procesos de significación cultural del padecimiento.

Young (1982) critica el modelo de Kleinman, señalando que presenta al individuo como un objeto donde se significan los efectos del padecer, sin dar cuenta

⁷⁶ Que fue más bien desarrollada en torno de las enfermedades mentales.

de las relaciones sociales, y propone que el malestar sea entendido como “un proceso para socializar la enfermedad y el padecimiento” (Young 1982, 270). Finalmente, en este enfoque también se cuenta a Corin (1994), que aboga por una perspectiva global que incorpore al análisis el nivel macro-social e histórico, y considera que para entender la complejidad de los procesos salud-enfermedad debe enfatizarse su relación con el contexto sociocultural y con la enfermedad en sí misma en la producción de la experiencia subjetiva.

Desde la fenomenología –que trabaja con el padecimiento– se establece que la enfermedad no es una realidad concreta. Freidson (1978) señala que la medicina crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad, y no solamente legitima la actuación del enfermo, como sostiene Parsons, de ahí que la realidad construida por la biomedicina sea distinta de la realidad corporal: que la sociedad designe algo como enfermedad tiene consecuencias independientes de la dimensión biológica de la misma. En esta tesis, de acuerdo con la propuesta de Scheper-Hughes y Lock (1986) y Singer (1989), “se reconoce la importancia de los procesos económicos, históricos, sociales y simbólicos no solo en el origen sino también en el curso de los padecimientos, sin dejar de lado la dimensión subjetiva de la enfermedad y del sufrimiento, a la vez que se evita la despersonalización y cosificación de los sujetos enfermos” (cit. en Mercado et al. 1996, 181).

Siguiendo a Engelhardt (1975), el concepto de enfermedad es normativo, histórico y contextual. Normativo porque incorpora criterios de evaluación y no se reduce a describir, sino que incita a la acción,⁷⁷ e histórico y contextual porque se

⁷⁷ El estar enfermo depende de los profesionales de la biomedicina.

construye a partir de conceptos culturales. En esta tesis se estudia cómo es que la enfermedad como proceso corporal y social impacta las prácticas de las AM, pero también la salud, en un sentido amplio, como proceso corporal y social, como un concepto normativo, histórico y contextual que permea las distintas instituciones sociales más allá del sector salud e impacta directamente la vida y prácticas de las entrevistadas.

Hoy día la definición de salud que prevalece es la de la propuesta por la OMS en 1948:⁷⁸ “La salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (2014, 1). Esta definición conduce a introducir las diferentes dimensiones de la salud –física, mental, emocional, social– en su análisis, y también de la enfermedad. De igual manera, esta forma de plantear la salud alude al ideal del buen vivir resumido en una vida virtuosa y productiva, ya que si se trae a colación el contexto de la creación de este organismo, y se entiende como expresión del poder de la visión occidental y capitalista, es fácil comprender que la definición de salud que de ésta institución emana exprese el discurso biomédico, y que aquella se entienda como un estado –algo estático– y como algo objetivo –una meta a alcanzar (Eriksson y Lindstrom 2008, 191).

En la vida cotidiana la salud es un constructo más complejo, íntimamente relacionado con el nivel subjetivo y con el entorno en el que las personas se

⁷⁸ La Organización Mundial de la Salud se constituyó en 1948 con la finalidad de “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud” (OMS 1948, 2). Con su creación, la comunidad internacional reconoció, al menos en el discurso, que la salud es indispensable para la “felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos” (Ídem).

desenvuelven. Desde la salutogénesis,⁷⁹ la salud es vista como un proceso dinámico, y se plantea como un continuo salud-enfermedad, no como una dicotomía: la presencia de uno no implica la ausencia del otro (Antonovsky 1993, 725). Este enfoque promueve la idea de que nunca se puede estar totalmente enfermo o totalmente saludable, por lo que la meta es promover el movimiento del individuo hacia un estado de mayor salud a través del tiempo (Ídem).

La gran diferencia entre la concepción tradicional de salud y la propuesta salutogénica es que en la primera la salud se considera un estado “natural”, por lo que las estrategias para su promoción se preocupan principalmente por mantener bajos los riesgos, para que “se mantenga” saludable, situación que dista mucho de la realidad, pues como parte de la cotidianidad siempre se enfrentan nuevos riesgos y episodios de enfermedad (Antonovsky 1996, 13-14). En contraposición, la salutogénesis asume que los “defectos” son “naturales”, que por lo tanto siempre se está en algún punto del continuo salud–enfermedad, y que nunca se dejarán de enfrentar los estresores inherentes a la vida misma (Ídem).

Considero que es aquí donde la propuesta de la salutogénesis puede enriquecerse con las mencionadas aportaciones de las ciencias sociales, que conllevan el reconocimiento de que el contexto histórico, físico, social, económico, político y cultural que organiza la vida diaria de las diferentes comunidades produce imaginarios socialmente compartidos sobre la salud y la enfermedad que deben ser tomados en cuenta, atendiendo también a las relaciones de poder que los conforman. Desde esta perspectiva, y con relación al planteamiento de esta tesis, procesos

⁷⁹ La salutogénesis (Antonovsky 1987) es una propuesta de promoción de salud que se enfoca en los orígenes de la salud, en lo que hace que las personas estén mayormente saludables.

corporales, socialmente significados y relacionados con la enfermedad, pero también con la salud, intersectan las prácticas de las entrevistadas, y sus formas de sentir y poner en funcionamiento el cuerpo son socialmente delimitadas en intersección con otras lógicas –de género, edad, clase, etcétera.

Así, en esta tesis se analizan la diabetes y el envejecimiento como procesos corporales-sociales que intersectan las prácticas que las entrevistadas realizan en los diferentes ámbitos de actividad física en el proceso de configuración de su identidad de género. Además, se pone especial énfasis en identificar otras parcelas de su experiencia corporal-social como AM con diabetes que influyan en su realización. En el siguiente capítulo describimos los métodos y herramientas que nos permitirán aprehender las prácticas de las entrevistadas para poder analizarlas bajo esta propuesta teórica.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

En el apartado anterior construimos teóricamente lo que se va a analizar, y se describieron las bases sobre las que se interpreta el mundo social para comprender la (in)actividad física de AM con diabetes como prácticas corporales y de género. En este apartado se fundamenta la elección de la metodología utilizada para responder a las preguntas de investigación. El término metodología refiere “al modo en que enfocamos los problemas y buscamos respuestas [...] a la manera de realizar investigación” (Taylor y Bogdan, 1987, 16). En ese sentido, desde la elección del problema y para el resto del trabajo de investigación, han estado y seguirán estando implícitas una serie de creencias respecto de la producción del conocimiento que es pertinente explicitar en este momento.⁸⁰

Esta tesis se sitúa dentro del paradigma constructivista. Lo que implica una ontología relativista,⁸¹ una epistemología transaccional y subjetivista,⁸² una

⁸⁰ Guba y Lincoln (2000, 120-121) plantean que a toda producción de conocimiento científico subyacen una serie de creencias básicas o metafísicas que se resumen en un paradigma y que abarca de manera específica varias dimensiones: la ontológica, que responde a la pregunta sobre cuál es la forma y la naturaleza de la realidad, y por tanto qué es lo que podemos conocer de ella; la epistemológica, que responde cuál es la naturaleza de la relación entre quien conoce o busca conocer y lo que puede ser conocido; y la metodología, que implica el cómo puede el investigador arreglárselas para averiguar si lo que él o ella cree puede ser conocido. En una revisión posterior de su propuesta (Guba y Lincoln 2012, 42), estos autores agregan la axiología, rama de la filosofía que trata con la ética, la estética y la religión, es decir, con los valores como una dimensión fundacional de los paradigmas.

⁸¹ “Las realidades son comprensibles en la forma de construcciones mentales múltiples e intangibles, basadas social y experiencialmente, de naturaleza local y específica (aunque con frecuencia hay elementos compartidos entre muchos individuos e incluso entre distintas culturas), y su forma y contenido dependen de los individuos o grupos que sostienen esas construcciones. Las construcciones

metodología dialéctica y hermenéutica,⁸³ y una axiología presente y formativa (Guba y Lincoln 2000, 127-128; 2012, 47).⁸⁴ Lo que aquí se plasma corresponde, entonces, a una realidad construida de manera conjunta con las AM con diabetes que participaron en esta investigación,⁸⁵ una realidad local, específica, basada en la voz de las implicadas y que está mediada por valores –de quienes investigamos y de quienes informan. Una narrativa de su realidad que se fue formando a partir de distintas interacciones, y cuyo proceso de construcción ha tenido consecuencias reales; una realidad que se reconoce inacabada y provisional, porque el conocimiento nunca es absoluto, pero fue trabajada cuidadosamente para que resultase confiable.

La metodología cualitativa se caracteriza por privilegiar la voz de las y los sujetos, por ser inductiva, naturalista, por reconocer al investigador como el instrumento de observación, por ser de carácter flexible y abierto, y por una ética humanista y comprometida (Ibid., 31-33, 40).⁸⁶ Utiliza diversas técnicas para recabar información del campo, entre las que destacan los distintos tipos de entrevista y la

no son más o menos ‘verdaderas’ en ningún sentido absoluto; simplemente son más o menos informadas y/o sofisticadas. Las construcciones son alterables, como lo son también sus realidades relacionadas” (Guba y Lincoln 2000, 127).

⁸² “El investigador y el objeto investigado están vinculados interactivamente, y los valores del investigador (y de los ‘otros’ colocados) inevitablemente influyen la investigación. Por lo tanto los ‘hallazgos’ están mediados por valores [...] y son literalmente creados al avanzar la investigación” (Ibid., 127-128).

⁸³ “La naturaleza variable y personal (instrumental) de las construcciones sociales sugiere que las construcciones individuales pueden ser producidas y refinadas solo mediante la interacción entre el investigador y quienes responde. Estas construcciones variadas se interpretan utilizando técnicas hermenéuticas convencionales, y se comparan y contrastan mediante un intercambio dialéctico. El objetivo final es destilar una construcción consensada que sea más informada y sofisticada que cualquiera de las construcciones precedentes” (Ibid., 128).

⁸⁴ “Algunas de las formas en las que los valores se introducen en el proceso de investigación: elección del problema, elección del paradigma para guiar el problema, elección del marco teórico, elección de los principales métodos de recolección de datos y de análisis de datos, elección del contexto, tratamiento de valores ya vigentes en el contexto y la elección de formato para presentar los hallazgos” (Guba y Lincoln 2012, 42,47).

⁸⁵ En el entendido de que la realidad no equivale a lo que se construye metodológicamente.

⁸⁶ “Es un proceso que va de lo abstracto de la teoría a lo concreto del dato para luego reformular la teoría, como propone la dialéctica, pero que no duda en regresar de nuevo al campo y al gabinete para alimentar este proceso las veces que sea necesario” (Guba y Lincoln 2000).

observación, si bien no son las técnicas las que distinguen esta perspectiva, sino el uso que se da a la información que se obtiene (Ibid., 23):⁸⁷ con estas técnicas se producen datos descriptivos, pero lo que caracteriza a la metodología cualitativa es que busca mostrar la calidad de los hechos sociales, su heterogeneidad y la lógica relacional en la que se desarrollan (Denman y Haro 2000, 9).

Como se refirió con anterioridad, el fenómeno de la (in)actividad física ha sido mayormente estudiado desde las ciencias de la salud, donde la metodología cuantitativa suele ser la que tradicionalmente se emplea para generar conocimiento científico sobre los temas de interés. Actualmente, gran parte de la información sobre actividad física con la que se cuenta refiere de diferentes maneras que el fenómeno ha sido cuantificado y/o relacionado estadísticamente con diversas variables y resultados en la salud de las personas.

En esta investigación se busca contribuir a la descripción y explicación del fenómeno, en específico comprender las prácticas de actividad física que realizan las AM con diabetes, los factores socioculturales que median su realización. Se optó entonces por un análisis cualitativo, por una selección de técnicas de investigación que lograra dar cuenta de la dinámica que subyace a las acciones de las sujetas desde el enfoque teórico seleccionado.

El primer referente que orientó la selección de dichas técnicas fue el interés por trabajar desde la voz de las AM con diabetes. En esta investigación se privilegió su voz por varias razones, primordialmente porque el interés son sus prácticas, y sus

⁸⁷ No puede hablarse de técnicas estrictamente cuantitativas o cualitativas, todo depende del uso que se le dé a los datos recopilados en campo. Resulta más apropiado hablar de metodología cualitativa y cuantitativa, ya que refieren al análisis de diferentes aspectos y dimensiones de la realidad social (Denman y Haro 2000, 13, 23, 24).

voces representan el sentido que dan a sus acciones, corresponden a la forma en que interpretan, actúan y consecuentemente construyen el mundo social –en el entendido de que dicha construcción está socialmente mediada.⁸⁸ Entonces, el trabajar con sus relatos es una cuestión relacionada con la calidad del conocimiento, con el interés de ser co-creadores de un conocimiento con mayor fundamento.⁸⁹

En segundo término, esta elección se sustenta en la convicción de que incluir la voz de las implicadas también es una cuestión de justicia: no basta solo escucharla, sino dialogar, hacerla visible y transformar. Desde la mirada constructivista, la experiencia dialógica e interpretativa que forma parte del proceso de investigación se traduce en fuente de empoderamiento, y la defensa y el activismo son temas claves para la investigación social constructivista (Guba y Lincoln 2000, 134).

Este razonamiento condujo a la selección de la técnica de la entrevista en profundidad. Este tipo de entrevista consiste en “reiterados encuentros cara a cara entre el(la) investigador(a) y los(las) informantes, [...] dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los(las) informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras” (Taylor y Bogdan 1987, 101), con el objeto de provocar una conversación entre iguales, si bien existen diferentes formatos cuya elección depende de lo que se quiere investigar (Ídem).

⁸⁸ “Una porción considerable de los fenómenos sociales consiste en las actividades creadoras de significado de grupos y de individuos en torno de esos fenómenos. Las actividades creadoras de significado en sí mismas son de interés central para los construccionistas/constructivistas sociales, simplemente porque la creación de significados/ la creación de sentido/ las actividades atribuidas, determinan la acción (o la inacción)” (Guba y Lincoln 2012, 42)

⁸⁹ El resultado esperado en toda investigación social hecha desde esta perspectiva es poder plasmar una realidad que “corresponda”, en la mayor medida posible, con el mundo social de los sujetos a los que se dirigirán las diferentes estrategias o políticas en el futuro, para así tratar de garantizar una mayor efectividad de las mismas.

En esta tesis accedemos a la configuración corporal-genérica de las prácticas de actividad física de AM con diabetes analizándolas como parte de sus trayectorias corporales. Se ha establecido así porque las prácticas actuales de actividad física suelen estar relacionadas con las prácticas del pasado (McPherson 1994, 343), y porque, como se estableció en el marco teórico, la identidad corporal de género, lejos de ser algo estático, es un proceso en continua mutación que se desarrolla a lo largo de toda la vida (Esteban 2004, 61).

Para comprender cómo construyen sus prácticas actuales es necesario aprehender su relación con etapas anteriores de sus vidas, toda vez que sus prácticas en esta etapa pueden ser las mismas del pasado, y pueden realizarse de la misma manera, o pueden hacerse de forma distinta al intersectarse con el envejecimiento y la enfermedad como procesos corporales-sociales. O pueden ser prácticas totalmente diferentes, quizá porque algunas prácticas pueden haberse dejado de hacer a consecuencia de esos mismos u otros procesos, o porque pueden surgir nuevas prácticas. Si no rastreamos esta información en sus trayectorias no es posible comprender la configuración de sus prácticas actuales; con ese propósito, retomamos la propuesta de Esteban (2004, 61) sobre la metodología de los itinerarios corporales.

Los itinerarios corporales son procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales. Itinerarios que deben abarcar un período de tiempo lo suficientemente amplio para que pueda observarse la diversidad de vivencias y contextos, así como evidenciar los cambios (Ídem).

No hay que perder de vista que el foco de este estudio son las prácticas de actividad física que actualmente realizan AM con diabetes. Las prácticas del pasado pueden reconstruirse a través de las entrevistas, pero las prácticas del presente podrían ser observadas, por lo que en la investigación se realizó observación participante, que permite una experiencia directa del mundo social, a diferencia de la entrevista, donde quien investiga tiene que basarse indirectamente en relatos de las y los otros. La observación participante consiste en observar atentamente el fenómeno mientras se participa de él (Taylor y Bogdan 1987, 101-102), así, quien observa participa en la vida de quienes estudia, estableciendo un contacto directo para llegar a una comprensión y explicación profunda de la realidad (Bautista 2011, 164).

Otro tema importante en la definición de las técnicas de investigación fue el interés de trabajar la sensorialidad de la práctica. Esto no condujo a seleccionar otras técnicas, pero sí a definir la forma en se dirigen las anteriores. En el marco teórico se definió la materialidad de la práctica en el proceso de configuración de la identidad corporal de género. Pero, ¿cómo acceder a dicho nivel de la experiencia?

Los estudios sensoriales proponen una etnografía sensorial como respuesta (Pink 2015), y aunque en esta investigación no se pretende realizar un trabajo etnográfico, sí hablaremos de entrevistas y observaciones sensoriales, en el sentido de que pretenden acceder a lo que el cuerpo registra-expresa en su interacción sensorial con el mundo material y con quienes lo rodean. Lo anterior implicó: (1) registrar las diferentes formas de expresión por parte de las participantes, (2) realizar preguntas que refieren a la dimensión sensorial de la experiencia, y (3) registrar la interacción sensorial con el medio. En este caso buscamos, tanto en las entrevistas

como en la observación participante, información relacionada con las situaciones corporales-sociales que aquí se analizan, y que, como dijimos antes, intersectan sus prácticas: su sexo, el envejecimiento y la enfermedad.

Por lo anterior, registramos información que no suele verbalizarse, información “inscrita” en otros sentidos y que se expresa en la práctica a través de otros medios corporales. La comunicación multisensorial es una fuente de conocimiento que de otra forma no hubiera sido accesible para quien investiga (Pink 2015, 79); igualmente, durante las entrevistas se hicieron preguntas sobre las diversas sensaciones que la realización de las prácticas provocaba en las entrevistadas y la forma en que percibían sus cuerpos en su desarrollo, con el objetivo de analizarlas en el marco del orden sensorial de género, ya que hablar sobre la experiencia sensorial no solo provee información sobre la experiencia misma, sino sobre el mundo y las personas en el pasado, sobre la cultura y el orden social (Ibid., 84).

También, siguiendo la propuesta de observación sensorial esbozada por Spinney (2006) en el trabajo que hizo observando y entrevistando a ciclistas en el momento que realizaban su actividad, se decidió acompañar a las AM en la realización de alguna de sus prácticas cotidianas y compartir con ellas la experiencia. Así, se observó la forma en que las mujeres interactuaban con el mundo físico y social al momento de realizar la actividad seleccionada, y se hicieron preguntas sobre lo que estaban sintiendo para comprender la forma en que los procesos corporales-sociales ya mencionados mediaban sus prácticas de actividad física. Esto mismo se realizó durante las entrevistas, permitiendo rescatar información que en otro tipo de entrevista u observación hubiera sido de muy difícil acceso. En el siguiente apartado

se describe el proceso de diseño de estos instrumentos, resaltando el impacto de la experiencia en campo en él y su relación con la estructura del capítulo de análisis.

DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y TRABAJO DE CAMPO

Como ya se ha mencionado en repetidas ocasiones, las prácticas de actividad física y la identidad corporal de género del presente se relacionan con lo vivido en el pasado. Por eso, el primer criterio para organizar las entrevistas fue el de las etapas del desarrollo humano (figura 10). Se eligieron 5 etapas, pensando en su relevancia en la construcción de las prácticas actuales de actividad física: la niñez, que abarca de los 6 a los 12 años; la adolescencia, de los 13 a los 17; la juventud, de los 18 a los 29;⁹⁰ la adultez, de los 30 a los 59; y la adultez mayor, a partir de los 60 años (UNICEF 2005, 5; IMJ 2014, 17; SEDESOL 2016, 10).

Empero, es importante señalar que en el desarrollo de la entrevista exploratoria se tuvo que cambiar la estrategia de marcar las etapas por edad, pues no coincidían con la forma en que las entrevistadas diferenciaban sus etapas de vida. Se buscó entonces que fueran ellas quienes marcaran el fin y principio de cada etapa, de acuerdo con las situaciones vividas y su propia identificación como niñas, adolescentes, jóvenes, adultas o AM.

⁹⁰ La definición de las Naciones Unidas establece que los jóvenes son las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad, pero la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud establece un rango que va de los 12 a los 29 años, mismo que se sigue en este trabajo (IMJ 2014, 17).

Las entrevistadas identificaron la niñez como la etapa de los juegos, y marcaron el inicio de la adolescencia en la pérdida de interés por aquellos y, quienes estuvieron en posibilidad, por cuando comenzaron a “andar noviendo” o salir con sus amistades. El fin de esa etapa, a la que aquí nos referimos como la juventud, lo marcó el irse a vivir con su pareja y ser madres, o en el caso de quien no tuvo hijos cuando asumió el cuidado de los de su hermana. El inicio de la adultez fue referido cuando su descendencia dejó de ser dependiente, en algunos casos “se fueron” e hicieron sus propias familias, y en otros continuaron viviendo con ellas. Finalmente, la adultez mayor la definieron como la etapa actual, diferenciada de la anterior principalmente por los cambios corporales relacionados con el envejecimiento.

En el análisis se conservan estas divisiones con la intención de identificar cómo se relacionan las prácticas del pasado con sus prácticas actuales, para ver si sus prácticas son cambios o continuidades, y bajo qué situaciones contextuales y subjetivas propias de cada etapa es que esto sucede. De esta manera se pudieron analizar prácticas que realizan toda su vida, así como prácticas que surgen en la etapa de la adultez mayor pero que no dejan de relacionarse con lo vivido en el pasado.

Cabe aclarar que no en todas las etapas se puso el mismo énfasis en todos los temas, sobre todo en la sensorialidad, por la dificultad que representó en las entrevistas recordar este tipo de detalles cuando ha pasado ya mucho tiempo. También se debe señalar que la adultez resultó una etapa difícil de aprehender, pues los relatos respecto de ésta generalmente se hacían como continuación de otra etapa, y a pesar de que ellas mismas la definieron en sus trayectorias, los relatos de sus prácticas tenían imbricaciones importantes con la etapa anterior o la etapa actual. A

diferencia de las otras etapas, a la hora de definirla la adultez fue la única que no se relaciona con algo que ellas hacían, eran o sentían, sino con su entorno, con los hijos que ya no dependían de ellas.

El segundo criterio para la organización de las entrevistas fue con relación al ámbito de la vida en el que las actividades físicas suceden (figura 12). Las entrevistas se diseñaron siguiendo la propuesta de las recomendaciones mundiales para la actividad física de la OMS (2004,3), lo que significó indagar sobre sus actividades domésticas, laborales, de ocio y de desplazamiento. Esta misma organización es la que se siguió en el capítulo de análisis con fines comparativos; empero, con la intención de destacar su construcción social nos referimos a ellas como prácticas de trabajo doméstico, prácticas de trabajo remunerado,⁹¹ prácticas de ocio y prácticas de desplazamiento.

También es importante aclarar que las prácticas en los diferentes ámbitos se relacionan entre sí y en torno del rol de género que asumen las entrevistadas en las diferentes etapas de su vida, y que la manera en que se conforma cada ámbito en el orden de género es distinta, por lo que a la hora de construirse analíticamente no se pueden abarcar exactamente los mismos temas en cada uno de ellos. El trabajo doméstico y el trabajo remunerado son parte fundamental de los modelos de feminidad y masculinidad hegemónica, situando el eje del rol social de la mujer en el primero y el del hombre en el segundo. Por su parte, aunque el desarrollo de las prácticas recreativas y de desplazamiento también obedece a las posibilidades y

⁹¹ El trabajo no-remunerado surgió de forma recurrente. Las prácticas de este tipo que las entrevistadas dijeron realizar son muy parecidas a las de un trabajo remunerado, pero al no recibir pago por su realización se articulan en un contexto diferente. De ahí que se requiera un análisis por separado, que por cuestiones de tiempo, en esta tesis no se buscó realizar.

límites del orden de género, no son parte esencial de esos roles, por lo que se conforman de manera distinta. Estos temas se desarrollan a fondo en el apartado de análisis.

FIGURA 12. ORGANIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

<i>Etapas de la vida</i>	Infancia
	Adolescencia
	Juventud
	Adulthood
	Adulthood Mayor
<i>Tipos de prácticas</i>	Domésticas
	Laborales
	De ocio
	De desplazamiento

Fuente: Elaboración propia.

Así, el diseño de este instrumento de investigación parte de las prácticas corporales que las entrevistadas realizan en los diferentes ámbitos de actividad física durante las distintas etapas de vida. El eje transversal fue la identidad corporal de género (Esteban 2004), la construcción de la persona social de género como proceso corporal (sensorial-emocional y social) que se sucede en la práctica y que se articula en las posibilidades que, bajo el orden de género, ofrece el contexto en el que se desarrolla (figura 13).

Sobre las prácticas cotidianas en los diferentes ámbitos de actividad física se indagó cuáles eran, sus características, la manera de realizarlas, la frecuencia, la duración, la sensorialidad, el contexto de su realización (físico y social), entre otros. Por su parte, para investigar sobre la significatividad de sus prácticas con miras a

entretenerlo con la construcción de su ser mujeres se indagó sobre las emociones, sensaciones, motivaciones e intenciones implicadas en el desarrollo de sus prácticas, mientras que con el objetivo de comprender el contexto de género en el que se articula su desarrollo, se indagaron sus condiciones de vida, el lugar de residencia, la situación familiar, económica, los roles, acontecimientos y circunstancias que consideraban trascendentales en la forma en que se desarrolló cada etapa de sus vidas, los problemas y recursos que tenían, entre otros.

Todo esto no se tomó solo como datos, sino investigando sobre la emotividad que les provocaba lo que describían, para poder relacionarlo con la configuración de su identidad corporal de género. Para generar información más puntual respecto de ésta se les preguntó, por ejemplo, su percepción sobre cómo eran físicamente, su personalidad, sus gustos, lo que les era importante, cómo se sentían física y emocionalmente, y el rol y posición familiar que asumían.

FIGURA 13. OPERACIONALIZACIÓN

<i>Prácticas de actividad física</i>	Contexto	Físico	Características
			Recursos, obstáculos
			Emotividad
		Sociocultural	Objetivos, valores, intereses
			Composición y organización social
			Recursos- oportunidades
	Actividades	Características	Obstáculos-límites
			Emotividad
			Descripción
			Frecuencia
			Duración
			Intensidad

		Objetivo		
		Recursos y obstáculos	Límites y oportunidades	
			Adaptación/ resistencia	
		Sensaciones	Exteriores (5 sentidos)	
			Interiores	Nociocepción
				Termocepción
				Equilibiocepción
		Efectos corporales	Salud	
			Imagen	
			Desempeño	
		Significatividad	Emoción-sensación	
			Motivación- intención	
			Significación social	
<i>Identidad corporal de género</i>	Cuerpo-emoción	Imagen		
		Salud		
		Sensaciones		
		Límites, posibilidades, adaptación/resistencia		
		Personalidad		
		Estado emocional		
		Gustos		
	Rol	Actividades		
		Responsabilidades		
		Límites/ oportunidades		
		Resistencia/ mecanismos de adaptación		
		Intereses		
		Problemas/ recursos		
		Relaciones		
Posición, poder				

Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas fueron semiestructuradas. Se contó con una guía de temas organizada por módulos (anexo 3), cada uno acompañando de una serie de preguntas guía como apoyo, pero el orden de los temas y la pertinencia de abordarlos variaba

según las características de la conversación que se lograba entablar con cada una de las entrevistadas. El primer módulo nos situaba en el presente, del que describían su contexto y un día común en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana, para desde ahí transitar al siguiente módulo, a la etapa de la niñez, preguntando desde cuando realizaban labores domésticas y sobre el tipo de actividades que hacían, pues el trabajo doméstico, al conformar uno de los ejes de la feminidad hegemónica, suele estar presente durante toda la vida de las mujeres.

A partir de ahí se exploraron las prácticas en los otros ámbitos de la actividad física, así como el contexto de sus vidas y actividades y la percepción sobre sí mismas, para después hacer transición a las siguientes etapas. En el último módulo se regresó a la etapa de la adultez mayor, y nos enfocamos en que describieran su contexto actual y la percepción de sí mismas en éste. Estos temas se dejaron al final con el objetivo de que, después de generar *rapport* en la entrevista, esta etapa pudiese abordarse más fácilmente, pues se consideraban más sensibles al referir a su presente.

Éste fue el formato que resultó más óptimo para garantizar obtener la mayor cantidad posible de información en la primera entrevista. En las dos entrevistas exploratorias se utilizó otro formato, que iniciaba en la etapa de la niñez, pero ante la incertidumbre de poder tener una segunda entrevista en caso de no poder abarcar todos los temas en una sola sesión, se optó por cambiarlo y empezar con el presente, pues el interés principal eran las prácticas actuales, buscando recabar la mayor parte de la información sobre todos los temas en la primera sesión.

A su vez, como el desarrollo de la entrevista no fue lineal, sino que en ocasiones brincábamos de una etapa a otra, nos percatamos de que quedaron temas sin explorar a profundidad, por lo que se optó por hacer una lectura rápida de las primeras entrevistas para identificar dudas o temas pendientes, para después volver con las entrevistadas que hicieran falta y buscar accedieran a una segunda. Sin embargo, independientemente de la posibilidad de volver a una segunda entrevista, el nivel de profundidad posible de alcanzar con las entrevistadas fue distinto entre ellas. Hubo ocasiones en las que se quedaron temas pendientes, pero por la manera en que se desarrolló la entrevista se pudo inferir que aunque se programara otra no se podría profundizar más en la experiencia de esa entrevistada, por lo que se decidió volver solo con quienes fuera necesario y que además se manifestaran más abiertas al proceso.

Sobre las entrevistas, cabe señalar además que al inicio de todas se utilizó un cuestionario (anexo 4) para recabar datos generales y situarlas. Como dijimos antes, las entrevistas fueron a su vez entrevistas sensoriales, lo que implicó hacer preguntas encaminadas a indagar sobre la experiencia sensorial que significan las prácticas que las entrevistadas relataban. Pero además se siguió una guía para observar la entrevista y aprehender información no verbal, es decir, información que expresaban con otras partes de sus cuerpos, lo que proporcionó datos sobre sus posibilidades corporales, sobre su imagen, sobre prácticas relacionadas con el cuidado personal (pastillas, comida), destacándose también su forma particular de interactuar con el medio en el que desarrollan sus prácticas a través de su cuerpo de AM.

Durante el desempeño de sus actividades las entrevistadas recurrieron a apoyarse en objetos comúnmente situados en el imaginario social como propios de la etapa, como pudieran ser el bastón, los lentes, pedir ayuda, etcétera. Además, ante condiciones comunes que comparten con el resto de la población, como por ejemplo el estado de las banquetas, ser cuerpo de AM genera diferentes situaciones y peligros, pero también oportunidades, como puede ser la socialización. Tomar en cuenta estos y otros acontecimientos, como las interacciones con otros en distintos momentos de la entrevista, daba oportunidad para hacer más preguntas relacionadas con estos temas y profundizar en ellos. La guía de observación de las entrevistas (anexo 5) se enfocó entonces en el contexto de la entrevista (y su preparación) y en la interacción de la entrevistada con el medio físico y social (incluida la investigadora).

Finalmente, con la técnica de la observación participante se obtuvo información nueva y complementaria que ayudó a profundizar en la sensorialidad de las prácticas y en la interacción corporal de las entrevistadas con el medio físico y social. La experiencia del momento también facilitó que compartieran recuerdos de otras experiencias vividas en el mismo sentido, o donde las cosas habían sucedido de diferente manera en esa y otras etapas de sus vidas, y también significó la oportunidad de obtener información complementaria sobre actividades en otros ámbitos de la vida, indagando sobre comentarios espontáneos de las entrevistadas durante nuestros encuentros. En especial, llamó la atención la forma en que sus otras y otros significativos (familiares, amistades y hasta personal de salud) influyen sus actividades cotidianas aunque no estén presentes, evidenciando la manera en que

las entrevistadas negocian, justifican, luchan o complacen a las y los demás a través de sus prácticas cotidianas.

Sobre las observaciones realizadas es pertinente destacar que en un principio se buscó observar prácticas que en las entrevistas hubiesen manifestado que requerían un gasto de energía significativo y que fueran frecuentes, si bien en la dinámica del trabajo de campo las decisiones sobre las prácticas a observar dependieron de la oportunidad. Respecto de las prácticas recreativas, decidimos observar las sesiones y otras actividades recreativas del Grupo de Ayuda Mutua, mientras que en lo relativo a las prácticas en los otros ámbitos de actividad física se seleccionaron aquellas que resultaban más “naturales” a observar en el entramado de la relación establecida con las entrevistadas.

Realizar observaciones de trabajo doméstico resultó particularmente difícil, pues la observación se presentaba como más invasiva a su privacidad; por cuestión de los horarios, la presencia de familiares, el permitir la entrada a diversas áreas de la casa, en general no se observó pertinente. Entonces se optó por pedir a una de las entrevistadas que gusta mucho de cocinar que compartiera alguna de sus recetas para la observación: aunque cocinar no es en sí misma una actividad que ellas manifestaran que requiere gran cantidad de energía, se incluyó con la intención de obtener información sobre sus posibilidades corporales y sobre otras actividades relacionadas (limpiar la cocina, lavar trastes, etcétera). A otra de las participantes se le solicitó que nos permitiera observar cómo acostumbraba tostar el café, y aunque es una actividad que requiere mayor esfuerzo físico, la entrevistada dijo que la realiza solo una o si acaso dos veces al mes; sin embargo, se consideró que el encuentro

representaba una oportunidad importante para ahondar en la sensorialidad de ésta y otras prácticas de trabajo doméstico.

Finalmente es importante señalar que, sobre todo en estos casos, la observación fue una oportunidad para generar mayor *rapport*, pues eran experiencias en las que compartían conocimientos y habilidades significativas para ellas. A su vez, en todos los casos se percibe cómo cambia la interacción respecto de las entrevistas, pues en las observaciones las participantes se adueñan de la interacción, facilitando el *rapport* y el intercambio de información. A continuación (figura 14) se detallan las entrevistas y observaciones realizadas a cada una de las participantes, y en el siguiente apartado ahondamos en la estrategia de selección de las participantes y otras medidas para garantizar la calidad del conocimiento.

FIGURA 14. DESCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS Y OBSERVACIONES REALIZADAS

Participante	Entrevistas	Observaciones			
		Trabajo doméstico	Trabajo remunerado	Recreación	Desplazamientos
Eva	2			Mandados (casa del pensionado, INE y súper), comida en restaurante, sesiones del gam, Baile de la cana	Caminar, camión
Teresa	2	Cocinar, compra de insumos (supermercado)	Venta de productos por catálogo		Caminar
Alma	2	Tostar café	Costura	Sesiones del gam y Baile de la cana	Caminar
Oralia	1			Sesiones del gam y Baile de la cana	Caminar, camión
Ana Luisa	1			Sesiones del gam y Baile de la cana	Caminar, camión
Berenice	2			Sesiones del gam y Baile de la cana	
Cecilia	1			Sesiones del gam y Baile de la cana	

Fuente: Elaboración propia.

El interés por indagar sobre las prácticas de actividad física de mujeres AM con diabetes obedece a que la información disponible sobre el tema en mayores de 60 años en general es limitada, y a que ésta no suele implicar la experiencia diferenciada de las mujeres,⁹² a pesar de que en esta etapa se reduce considerablemente la actividad física y éstas son el grupo que registra mayor prevalencia de diabetes. El pertenecer al colectivo de las mujeres significa enfrentar riesgos diferenciales en salud a causa de condicionantes sociales, culturales, económicas y políticas relacionadas con el orden de género (Tájer et al. 2014, 15), entonces, se decidió trabajar con ellas con la intención de contribuir en la producción de conocimiento científico sobre las prácticas de actividad física que permita mejorar la calidad de vida de este grupo en específico.

Las participantes de esta investigación son mujeres mayores de 60 años con diagnóstico de diabetes, pertenecientes a un Grupo de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas (GAM) que sesiona en un centro de salud en la ciudad de Hermosillo. Estos grupos se enmarcan en la Estrategia Nacional de Grupos de Ayuda Mutua, que se encuentra incorporada a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes de la Secretaría de Salud, para

⁹² El conocimiento científico sobre los procesos de salud-enfermedad suele invisibilizar las particularidades de vida del grupo de las mujeres, al hablar de forma “neutral” sobre el ser humano, cuando en realidad se construye mayoritariamente sobre las características y experiencias de los varones (Tájer et al. 2014, 15).

brindar educación sobre enfermedades crónicas a los pacientes de los diversos centros de salud pública (SS 2016a, 9).⁹³

En los lineamientos de operación de los GAM, éstos son definidos como “organizaciones de pacientes que con el apoyo del personal de salud tienen como objetivo en común, coadyuvar al control metabólico de sus enfermedades a través de una estrategia educativa, el apoyo recíproco y la adopción y promoción de un estilo de vida saludable” (Ibid., 12). Estos grupos se encuentran en los centros de primer nivel de atención a la salud, y buscan prevenir o retrasar las complicaciones de las enfermedades crónicas.

Estos grupos también son punto de encuentro de la población objeto de la investigación. Aunque en sus estatutos establecen que están destinados a población en riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión, a personas con diagnóstico de hipertensión y de diabetes, la mayoría de los que pertenecen y asisten a los GAM son personas con diabetes, mayores de 60 años y mujeres (Lara et. al 2004, 333; Velázquez 2017, 45-46). Se decidió trabajar con AM que asistían a uno de estos grupos, pues esto representó una oportunidad para facilitar el trabajo de campo.

En conformidad, se optó por trabajar específicamente con participantes de uno de los grupos que sesiona en Hermosillo, pues en el marco del proyecto “Herramientas y prácticas para disminuir las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones en la población diabética en México”⁹⁴ se había estado en contacto

⁹³ En 2016 se tenían 6,702 GAM, con un total de 147,026 participantes (Ibid., 10, 20).

⁹⁴ Esta investigación fue realizada de manera conjunta por el Mel and Enid Zuckerman College of Public Health de la Universidad de Arizona y El Colegio de Sonora con fondos del Instituto Nacional del Corazón, los pulmones y la Sangre (NHLBI por sus siglas en inglés) perteneciente a los Institutos

con parte del personal de salud vinculado al GAM seleccionado. Una vez iniciado el programa de doctorado, durante la etapa de exploración y definición del problema de investigación, se buscó la oportunidad de empezar a asistir semanalmente al grupo con fines exploratorios,⁹⁵ y la buena relación establecida con las y los integrantes del grupo y con el personal de salud durante las reuniones semanales facilitó que varias asistentes accedieran a participar en la investigación.

Finalmente, la decisión de trabajar con personas de ese GAM también tuvo que ver con la selección de las técnicas más apropiadas que permitieran obtener el tipo de información que requería la investigación. El *rapport* y la confianza son esenciales para poder generar información adecuada sobre todo en temas sensibles e íntimos como los relacionados con el cuerpo, la enfermedad y el envejecimiento,⁹⁶ así como para la implementación de formatos más complejos que el intercambio verbal. El haber asistido a las reuniones semanales del grupo por varios meses permitió construir este tipo de relación previa con las entrevistas, lo cual significaba una gran ventaja ante la posibilidad de trabajar en un nuevo GAM.

Sin embargo, el trabajar con personas que asistieran a un GAM implicaba otros supuestos que hubo que analizar y valorar (figura 13). En primer lugar, se trata de personas en constante relación con el sector salud y que han participado en varios programas de promoción de salud. Esto pudiese significar una ventaja en cuanto a su

Nacionales de Salud del gobierno de Estados Unidos (NIH por sus siglas en Inglés) como parte de la iniciativa Alianza Global para las Enfermedades Crónicas.

⁹⁵ Durante esta etapa se asistió a algunas de las sesiones y actividades del GAM, se estuvo observando, conociendo a los integrantes, se tuvieron pláticas informales con ellos y con parte del personal de salud (específicamente con la encargada del GAM y la psicóloga del centro de salud) y se realizó una entrevista exploratoria a una de las integrantes que sirvió para afinar detalles del marco teórico.

⁹⁶ Esteban (2004) describe en su libro cómo el haber conocido previamente a algunas de sus entrevistadas facilitó varios temas relacionados con el cuerpo en comparación con quienes no conocía.

voluntad para participar en la investigación, pues ya están acostumbrados a hacerlo y han tenido experiencias positivas, pero a su vez puede representar un riesgo, pues las participantes pudiesen dirigir sus respuestas según las expectativas de sus experiencias previas.

En segundo lugar, debía ponderarse que no se trata de una muestra representativa de las AM con diabetes en el país. Quienes asisten al GAM pertenecen a una minoría de la población con diabetes que realiza este tipo de actividades para mejorar el control de su enfermedad. Su asistencia al GAM también supondría un mayor conocimiento sobre el cuidado de su salud y un mayor control de su enfermedad también como consecuencia de un mayor acceso a medicamentos, citas médicas, chequeos periódicos, etcétera, en comparación con quienes no tienen ningún tipo de orientación fuera de la consulta médica (Lara et al. 2004, 333).

Asimismo, el poder asistir cada semana a la reunión significa que su salud física y mental les permitía hacerlo, que cuentan con la posibilidad de desarrollar sus actividades básicas, y por lo menos una parte de las actividades instrumentales de la vida diaria, lo que finalmente sugiere que cuentan con otros recursos, como por ejemplo cierto grado de libertad e independencia para gestionar su tiempo, dinero para pagar cada sesión (aportan 10 pesos de cooperación al grupo cada sesión) y en ocasiones traslados, que viven en una colonia que cuenta con infraestructura que les permite trasladarse al lugar de la sesión, entre otros. Es importante considerar estas particularidades y reflexionar sobre el peso que pudiesen tener en la definición de las prácticas de actividad física de las entrevistadas a diferencia del resto de la población.

Sobre el proceso de selección de las participantes es importante señalar que primero se realizó un taller (anexo 1) que tenía como objetivo presentar la investigación e invitar a las AM a participar en ella. Éste fue también un ejercicio para “despertar” la conciencia sobre el propio cuerpo y crear una imagen positiva del mismo, y para fomentar el interés por recordar y compartir lo vivido. Después se procedió a invitar de manera personal, primero a las AM con las que se tenía mayor relación, para a partir de lo obtenido en esas primeras entrevistas, así como en las exploratorias, ir definiendo otros criterios de selección de las informantes.

Se optó por la saturación teórica como una de las estrategias para garantizar la calidad de la información, para decidir el número de AM con diabetes que era necesario entrevistar. Esta propuesta refiere al momento en que la información obtenida en campo se vuelve repetitiva y deja de aportar algo nuevo a la investigación como condición para poder dar por terminada la fase de la recolección de información (Arias y Giraldo 2011, 506). Sin embargo, como argumenta Bertaux, “el investigador no puede estar seguro de haber alcanzado la saturación sino en la medida en que haya buscado conscientemente diversificar al máximo sus informantes” (cit. en Ídem).

Conforme se fue avanzando se observó que el tipo de prácticas que las AM hacen en los diferentes ámbitos de su vida diaria se revelaba distinto según las personas con las que viven en la actualidad. Entonces, se optó por diversificar la selección de informantes de acuerdo con sus arreglos de cohabitación con el fin de hacer comparaciones. Después se reveló importante buscar incluir a mujeres que vivieran con familiares pero que se asumieran como cuidadas, para comparar sus

prácticas, pues hasta el momento todas se asumían, aunque en diferentes niveles, como cuidadoras. De acuerdo con la información obtenida en mi interacción con el grupo, solo una, Ana Luisa, se encontraba en esa situación. Finalmente, aunque ya se había entrevistado a dos personas que vivían solas, se decidió invitar a otra participante que no tuvo hijos, también con fines comparativos, dada la centralidad de la maternidad en la definición de lo femenino. El grupo de AM seleccionadas para ser entrevistadas quedó conformado como muestra la figura 15.

FIGURA 15. ADULTAS MAYORES CON DIABETES SELECCIONADAS PARA ENTREVISTA Y ARREGLO FAMILIAR

<i>Nombre</i>	<i>Personas con quien vive</i>
Eva	Vive sola
Teresa	Vive sola
Berenice	Vive sola (no tuvo hijos)
Alma	Esposo
Cecilia	Esposo e hijos
Oralia	Otros familiares
Ana Luisa	Otros familiares (cuidada)

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, la posibilidad de hacer generalizaciones es una de las principales preocupaciones para quienes trabajamos en la producción de conocimiento científico, y desde los paradigmas cualitativos, la construcción de tipologías se presenta como uno de los principales instrumentos no-estadísticos utilizados para lograrla. Trabajar con tipos ideales permite la explicación a profundidad de fenómenos específicos, y a su vez permite generalizar más allá de dicha especificidad (Menéndez 2008). Los tipos ideales son construcciones basadas

en la realidad, pero no equivalen a la realidad que explican y suponen una relación constante entre tipo e historicidad, es decir, se encuentran temporal y contextualmente situados, característica que es fundamental para poder hablar de transferibilidad (Ídem).⁹⁷

El trabajo con tipos ideales se remonta a los trabajos de Emile Durkheim (1897) sobre el suicidio y de Max Weber (1921) sobre los tipos de autoridad y dominación. Sin embargo al hablar de la construcción de tipologías es necesario considerar que existen diversas propuestas con diferentes matices teóricos, que si bien también se enfocan en buscar patrones para explicar los fenómenos sociales, lo hacen desde diferentes maneras de aproximarse a la realidad y con múltiples objetivos en mente. En esta investigación se trabaja con la propuesta de John Mckinney (1969), que contempla que en la construcción de tipologías el investigador se encarga de identificar y conceptualizar regularidades presentes en la realidad empírica con el objetivo de simplificar y ordenar esta información y hacerla comparable (cit. en Llanes 2016, 105).

Aquí la construcción de tipologías se hizo con relación a los distintos ámbitos de actividad física, diferenciando las posibilidades para las prácticas en correspondencia o no con los mandatos de la corporeidad femenina hegemónica en cada uno de ellos durante las diferentes etapas de vida. A su vez, cabe señalar que en la construcción y análisis de las tipologías no solo se atendieron las diferencias que separan a los distintos tipos, sino que también se trabajó sobre las relaciones entre

⁹⁷ Que en el paradigma positivista equivale a la generalización, siguiendo la propuesta de Guba y Lincoln (2000, 61), que establece que la investigación constructivista (y cualitativa) demanda criterios de rigor distintos a la investigación cuantitativa.

éstos; es decir, a la hora de buscar patrones para crear tipologías también se identificaron los aspectos comunes y transversales entre los tipos (Ibid., 107).

Trabajar en la construcción de tipologías fue una de las principales medidas para garantizar el rigor científico de esta investigación. Pero la estrategia también implicó otras acciones complementarias, como una descripción densa del contexto en el que se obtuvieron los hallazgos y la explicitación de las condiciones en que deben considerarse válidos (Denman y Haro 2000, 34-35). A su vez, desde la teoría de la práctica se apunta la importancia de analizar las tipologías siempre en su relación de poder –y jerárquica– con la estructura y con las y los demás sujetos (Menéndez 2002, 137).

Entonces, para comprender mejor cómo se conforman las prácticas de actividad física de AM con diabetes se hizo necesario incluir en la investigación a quienes representan influencias importantes en la lógica de la problemática. Una de las mayores fuerzas sobre las necesidades y posibilidades de actividad física en AM con diabetes la ejerce la biomedicina, que en el caso de nuestras entrevistadas se encuentra asimilada en varios niveles de la estructura, no solo en el quehacer biomédico: se encuentra en la dinámica de la consulta médica y la prescripción de la actividad física como tratamiento ante la diabetes y ante la pérdida de las capacidades funcionales en el marco del envejecimiento, pero también en la forma de organizar las políticas de salud pública y consecuentemente en el enfoque de otros profesionales que trabajan bajo ese marco normativo.

La otra gran fuerza, el orden de género, estructura la dinámica familiar en la que se articula la construcción de sí mismas como mujeres AM con diabetes: los

familiares son actores trascendentales en la significatividad de sus prácticas y por ende en su definición. En un principio se tenía planeado entrevistar a personal de salud y familiares, sin embargo, en las entrevistas de las AM con diabetes se logró observar que era posible recuperar las influencias de éstos en sus prácticas a través de los relatos de las propias entrevistadas, de manera que, dada la dinámica, objetivos y alcances de la investigación, se optó por priorizar esta forma de acceder a su influencia y proponer este diálogo directo con las y los otros significativos para futuras investigaciones.

Con relación a la calidad del conocimiento, es importante aclarar también que las prácticas aquí descritas no se reducen a las acciones relatadas por una sola mujer, sino que son una construcción basada en los relatos de todas las AM con diabetes entrevistadas, como propone Denman (2008, 80) en su investigación. Tal y como se establece en la definición de los itinerarios corporales, desde la nueva teoría social del cuerpo se aboga por trabajar con las prácticas corporales de los individuos, pero reconociendo que éstas siempre remiten a un colectivo (Esteban 2004, 58), así, lo que se muestra en los capítulos de análisis son los ejemplos más contundentes en los relatos de las entrevistadas que revelan la manera en que afirman, rechazan o adaptan los mandatos de la CFH en sus prácticas.

También es importante señalar que trabajar con trayectorias vitales tiene implicaciones importantes, en primer lugar éticas, pues como explicamos antes, desde el paradigma constructivista asumimos que la interacción tiene efectos reales en la vida de las entrevistadas. En este caso, investigar sobre la identidad corporal de género implica indagar sobre temas sensibles, y conlleva la posibilidad de revivir

momentos difíciles en la vida de las entrevistadas o provocar reflexiones que puedan conducir las a estados emocionales negativos.

A diferencia de Esteban (2004), que trabajó con mujeres –y algunos hombres– pertenecientes a colectivos cuyas experiencias de vida comprendían un trabajo previo sobre temas relacionados con sus cuerpos y sus identidades de género (Ibid., 122 y 181), en este caso entrevistamos a mujeres que era poco probable que hubieran tenido ese tipo de experiencias. Inclusive su sexo, edad y condición de salud y económica, entre otras características que se describen más adelante,⁹⁸ son características que, como vimos en los antecedentes, hablan de posibles vulnerabilidades sociales.

Así, a la hora de comenzar a trabajar con ellas desconocíamos los recursos con los que contaban para que nuestras conversaciones no provocaran sentimientos de angustia que trascendieran nuestros encuentros y afectaran sus estados emocionales. Se pensó entonces en un taller autobiográfico al finalizar con las entrevistas, en el que una reflexión guiada y compartida facilitase el cierre de procesos emocionales que pudiesen haber quedado abiertos, y que funcionara como herramienta para potenciar su empoderamiento como mujeres AM. Dicho taller fue diseñado e impartido por una escritora feminista sonorensa, experta en talleres autobiográficos, a la luz de algunos temas observados durante el trabajo de campo (anexo 2).

Relacionado con la calidad del conocimiento, hemos de señalar que al trabajar con relatos sobre prácticas de las entrevistadas en el pasado, asumimos que

⁹⁸ En el apartado de Descripción de las Entrevistadas.

se trata de información resignificada a la luz de quienes son ellas ahora. Siguiendo a Denzin (1989), su presente forma parte de una trayectoria vital marcada por inflexiones, por acontecimientos importantes que van cambiando las estructuras de significación de lo vivido, y la forma en que revelan sus prácticas pasadas es resultado de su proceso de dar coherencia a su experiencia vital, y en ese entramado es que las significan en la construcción de sí mismas. A su vez, hemos de considerar que la forma en que revelan sus prácticas pasadas y presentes se enmarcan en el entramado de la relación que establecimos en contactos previos a las entrevistas y durante las mismas, y forman parte de una imagen que proyectan en el marco de esa interacción.

La descripción detallada del proceso de recolección, procesamiento y análisis de la información, y el registro de lo observado lo más cercano al evento son formas de asegurar la calidad del conocimiento (Farías 2016, 11). En lo técnico, cabe que señalar que todas las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas, y que las observaciones de las entrevistas se redactaron el mismo día en el que se llevaron a cabo. Por su parte, lo observado en el acompañamiento a las participantes durante el desempeño de sus actividades cotidianas se registró en notas de voz inmediatamente después de realizada la observación, y a la brevedad, antes de la siguiente observación, fueron transcritas. Posteriormente, la información obtenida se procesó en el programa NVivo.

Respecto del proceso de análisis de la información, a continuación se describe la forma en que se elaboraron las categorías en NVivo. Es importante señalar que construimos casos para cada entrevistada, que comprendían las diferentes entrevistas

y observaciones realizadas a cada una de ellas. De entrada, cada caso se clasificó por etapa de vida y por ámbito de actividad física. Clasificar la información por etapa de vida permitió identificar cómo se expresaron las diferentes categorías analizadas en las distintas etapas, lo que hizo posible apreciar cambios y continuidades en sus trayectorias, así como analizar la información de todas las entrevistadas en una determinada categoría y etapa para identificar diferencias y similitudes entre ellas. Por su parte, la clasificación por ámbito de actividad física permitió describir las prácticas y su contexto, así como identificar la forma en que se expresaron otras categorías en cada uno de ellos.

Ahora, para plantear el cuerpo como eje para el análisis de las prácticas de actividad física, empezamos por definir éstas como prácticas corporales en el entramado de la Teoría social actual sobre el cuerpo (Esteban 2004, 25). Como se expresó en el capítulo 2, se consideran prácticas realizadas por agentes ante un abanico de posibilidades estructurales. Dichas prácticas son (1) sociales, es decir, refieren a un colectivo y poseen una significación, fin y estructuración social, y (2) materiales, pues implican una dimensión físico-emocional también socialmente estructurada.

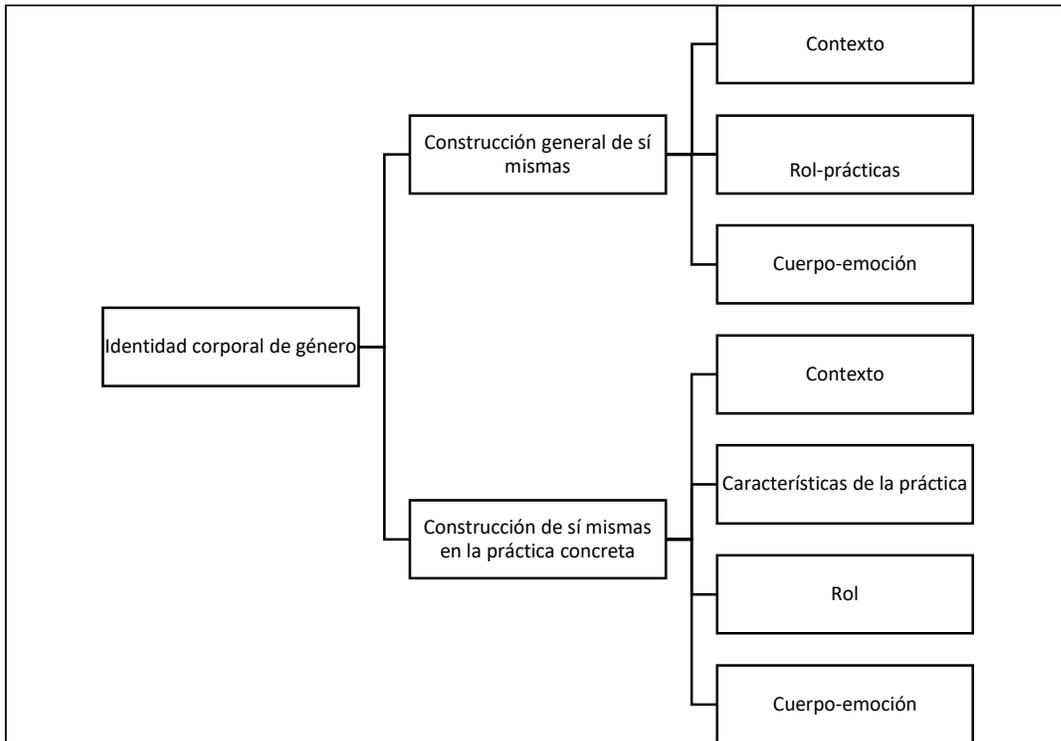
Desde este punto de partida, el esquema para la clasificación y análisis de la información en NVivo (figura 16) contiene la propuesta construida para analizar las prácticas de actividad física como prácticas corporales desde una perspectiva de género. Ésta comprende el análisis de la información a la luz de la identidad corporal de género (Esteban 2004, 61) como un proceso subjetivo que se conforma a través de

prácticas corporales articuladas en las posibilidades del contexto, siguiendo lo planteado en el capítulo 2.

Para ello, tanto en las entrevistas como en las observaciones identificamos dos tipos de información. Por un lado, la que nos hablaba de la construcción de sí mismas como mujeres en lo general, que implicó su descripción-valoración del contexto en el que se desarrollan –por ejemplo, de su situación familiar, económica, el ordenamiento y la distribución del poder, valores, costumbres, otras redes, etcétera–, así como la manera en que se construyen como mujeres –su percepción sobre su rol familiar-social, sobre quiénes son, cómo son y cómo se sienten, sobre su cuerpo, su salud, sus emociones, las posibilidades y significados de sus prácticas en esta construcción más totalizadora de sí mismas, entre otros.

Por otro lado, se identificó aquella información que refería a la construcción de sí mismas en el desarrollo de prácticas concretas en los diferentes ámbitos de actividad física. Dentro de este criterio clasificamos aquello que nos hablaba sobre el contexto de realización de la práctica y sobre la experiencia sensorial-emocional-social de su desarrollo. Para ahondar en el proceso de clasificación y análisis de la información, puede consultarse el catálogo de codificación de NVivo en el anexo 8.

FIGURA 16. ESQUEMA PARA LA CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN NVIVO



Fuente: Elaboración propia.

Esta organización de la información, a su vez, nos permitió construir otro nivel de análisis más allá de lo subjetivo, pues permitió transitar del nivel de la identidad corporal de género al de la cultura corporal hegemónica, que, como se detalló en el capítulo anterior, comprende los mandatos socioculturales dominantes sobre las características y prácticas de los cuerpos de hombres y mujeres (Esteban 2004, 244). Fue así como construimos el abanico de posibilidades en el que las sujetas articulan sus prácticas corporales en el proceso de configuración de su identidad corporal de género, si bien trabajar este nivel no implicó generar nuevos códigos, sino ir analizando la información que, en el desarrollo de la práctica (en cada ámbito y etapa), refería a la corporeidad femenina hegemónica y a la corporeidad masculina hegemónica.

En este apartado se resumen algunas de las características más importantes sobre la ciudad, específicamente de las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBS) en las que residen las entrevistadas, con el objetivo de empezar a situar sus prácticas cotidianas en el contexto en el que las desarrollan. Hermosillo es la capital del estado de Sonora, entidad que se localiza en el noroeste de México, a 1,889 km de la Ciudad de México, capital de país, y a 280 km al sur de la frontera con Estados Unidos. Al analizar las formas de vida de la población es importante tener en cuenta su localización, así como la influencia estadounidense en la dinámica de la región.

La ciudad está ubicada en el desierto de Sonora, por lo que su clima es extremo, con elevadas temperaturas en el verano y bajas en el invierno. En 2018 la mínima registrada fue de 2°C, y la máxima fue de 48.5°C, con una temperatura media anual de 24.2°C (CONAGUA 2020). Las lluvias son escasas (precipitación de 386.9 mm en 2015), y suceden mayoritariamente durante los meses de julio, agosto y septiembre (Davis et al. 2019, 62), pero en los últimos años el fenómeno de “La Niña” ha significado un descenso en las precipitaciones, dándose en 2020 la mayor sequía en los últimos 50 años.

La ciudad de Hermosillo, en específico, se asienta de un terreno mayoritariamente plano, sin una topografía accidentada, y cuenta con el mayor número de habitantes en el estado, si bien su densidad poblacional es baja en

comparación con otras zonas del país.⁹⁹ En 2020 tenía 855,563 habitantes, de los cuales 50.4% eran mujeres y 49.6% eran hombres (INEGI 2020b). Su población es joven, con una edad promedio de 27.9 años en 2015 (COESPO 2015), y con una razón de dependencia de 47.3%, 39.3% infantil y 8.1% de PAM en ese mismo año (Ídem).

En 2020, una de cada diez personas tenía más de 60 años (el 11.4 % de su población), entre las cuales las mujeres superaban a los varones en un 9.6% (54.8% y 45.2% respectivamente). En ese mismo año, 4.3% de la población de la localidad tenía alguna discapacidad, y 10.2% alguna limitación física para realizar sus actividades, algunas de las cuales, las más comunes, se muestran en la figura 17 (INEGI 2020b). Respecto del perfil epidemiológico de la región, tenemos que en 2019 las principales causas de muerte en Sonora fueron ECNT (SS 2020), ocupando los primeros tres lugares las enfermedades del corazón, con 24.7%, los tumores malignos, con 13.4% y la diabetes, con 8.7%; juntas, estas tres causas sumaron casi la mitad de las muertes en el estado (Ídem).

Para ajustar un poco la lupa al contexto en el que se ubican las entrevistadas, analizamos la información de las cuatro AGEBS de la ciudad de Hermosillo en los que se localizan sus viviendas, ya que éstos presentan características similares. Se tratan de colonias céntricas tradicionales de la ciudad, donde la proporción de la población que pertenece al grupo de 60 años o más es superior a la proporción de la ciudad de Hermosillo.

⁹⁹ La densidad poblacional del municipio de Hermosillo es de 56 hab/Km² en 2015 (COESPO 2015) frente una densidad poblacional de 64 hab/Km² a nivel país en 2020, donde la densidad va de 15 hab/km² (Chihuahua) y a 6163 hab/km² (Cd. de México) (INEGI 2020c).

En 2020, este grupo representaba el 34.1% de la población de estas zonas, un 22.7% por encima del promedio de la localidad. En el desagregado, este grupo se conformaba en un 59% por mujeres y en un 41% por hombres, con una diferencia de 18% entre ambos, casi el doble de la que presentamos para la población en general (INEGI 2020b). A su vez, 6.2% de la población que reside en estas AGEBS reportó alguna discapacidad, y 15.5% alguna limitación para hacer sus actividades, cifras que también superan los datos de Hermosillo (Ídem). En la referida figura 17 se muestran las discapacidades y limitaciones más comunes en la población de estas AGEBS, y se comparan con los datos de la localidad, pudiéndose observar diferencias importantes en la mayoría de ellas.

Por su parte, en 2015 la razón de dependencia por vejez en estas zonas se localizaba entre 12.9% y 35.6%, muy superior a las periferias, donde no rebasa un 1.5% (Reyes 2019, 3). Sobre los datos epidemiológicos, tenemos que la zona en la que se ubican las cuatro AGEBS presenta altas tasas brutas de mortalidad a causa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en comparación con otras de la ciudad, lo que también se relaciona con su mayor densidad de PAM (Ídem).

FIGURA 17. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD O LIMITACIÓN. HERMOSILLO Y AGEBS SELECCIONADAS. 2020. PORCENTAJE.

<i>Discapacidad o Limitación</i>	<i>Hermosillo</i>	<i>AGEBS de las entrevistadas</i>
Discapacidad para caminar, subir o bajar	47.5	61.7
Discapacidad para ver, aun usando lentes	41.7	30.7
Discapacidad para vestirse, bañarse o comer	20.5	34.2
Discapacidad para recordar o concentrarse	19.5	28.4

Discapacidad para oír, aun usando aparato auditivo	18.1	20.0
Discapacidad para hablar o comunicarse	14.5	14.8
Limitación para ver, aun usando lentes	62.3	58.5
Limitación para caminar, subir o bajar	27.8	37.4
Limitación para recordar o concentrarse	19.9	23.4
Limitación para oír, aun usando aparato auditivo	17.9	25.5
Limitación para hablar o comunicarse	5.6	4.3
Limitación para vestirse, bañarse o comer	4.3	6.7

Fuente: Elaboración propia con datos INEGI (2020b).

Con relación al desarrollo económico de la ciudad, éste tradicionalmente se ha basado principalmente en actividades relacionadas con la agricultura y la ganadería, pero en las últimas décadas se ha presentado un importante desarrollo industrial y turístico vinculado principalmente con el sur de Estados Unidos (Ojeda, Narváez y Quintana 2014, 149). En 2016 Hermosillo fue catalogado como el tercer municipio más rico del país (Davis et al. 2019, 21), con un grado de marginación y de rezago social catalogados por la CONAPO como muy bajos (SEDESOL 2013).

En 2020 el grado promedio de escolaridad de la población en la localidad era de 11.6 años, frente a un promedio nacional de 9 años, sin presentar una variación importante entre hombres y mujeres (Davis et al. 2019, 20). El PIB per cápita en la ciudad fue de 18,200 pesos para 2015, casi el doble que el nacional, que en ese año fue de 9,450 pesos, si bien la distribución de la riqueza en la ciudad es desigual.

Las AGEBS a los que pertenecen las entrevistadas, no se encuentran en los de mayor marginación urbana (en este nivel se sitúan principalmente los de la periferia de la ciudad), pero tampoco entre los de mayor nivel socioeconómico. En las AGEBS

de las entrevistadas el grado promedio de escolaridad fue de 13.2 años en 2020 (INEGI 2020b). Para ubicar mejor la situación económica de estas AGEBS en comparación con otras zonas de la ciudad, en la figura 18 se hace un comparativo sobre el tipo de viviendas; como se puede observar, solo en lo relativo a la disposición de teléfono celular se ubican por debajo de lo reportado a nivel de la localidad de Hermosillo.

FIGURA 18. CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS. HERMOSILLO Y AGEBS SELECCIONADOS. 2020. PORCENTAJE.

<i>Viviendas habitadas</i>	<i>Hermosillo</i>	<i>AGEBS de las entrevistadas</i>
Con piso de material diferente de tierra	98.6	99.7
Con solo un cuarto	2.1	2.4
Disponen de energía eléctrica, agua entubada de la red pública y drenaje	98.9	99.8
No disponen de automóvil o camioneta, ni de motocicleta o motoneta	28.3	18.7
Disponen de refrigerador	97.1	98.1
Disponen de lavadora	82.2	89.8
Disponen de horno de microondas	63.0	79.4
Disponen de automóvil o camioneta	70.5	79.8
Disponen de televisor	94.7	95.5
Disponen de computadora, laptop o tablet	56.5	72.5
Viviendas particulares habitadas que disponen de línea telefónica fija	36.1	70.3
Disponen de teléfono celular	95.5	92.7
Disponen de Internet	73.5	85.0
Sin tecnologías de la información y de la comunicación (TIC)	0.6	0.0

Fuente: Elaboración propia con datos INEGI (2020b).

En 2015 la ciudad de Hermosillo contaba con una extensión de 168 kms² (Davis et al. 2019, 62), siendo una ciudad de rápido crecimiento, que en los últimos

30 años ha quintuplicado su superficie. A razón de esta expansión, se han construido una serie de fraccionamientos en la periferia de la ciudad, que han conducido a un crecimiento horizontal (Davis et al. 2018) y ha acarreado una serie de problemas de urbanización, infraestructura y abastecimiento de servicios (Ídem).

Más de 30% de las vialidades donde transita el transporte público no están pavimentadas (SIDUR 2016, 38), y “en cuanto a los indicadores de áreas verdes y de recreación, la relación es de 84.5 ha/100.000 hab y para los espacios públicos, la ciudad cuenta con 86.3 ha/100.000 hab” (Davis et al. 2019, 62). Sin embargo, en una encuesta de opinión realizada por el Banco Interamericano de Desarrollo (Ídem) se observó que 7 de cada 10 hermosillenses considera los espacios públicos insuficientes e inseguros, y que 4 de cada 10 personas que residen en la ciudad tiene que salir de su colonia cuando quiere utilizar un espacio público, una proporción que aumenta a 6 de cada 10 en el estrato alto de marginación.

En el caso de nuestras entrevistadas, todas dijeron que había varios parques dentro de sus colonias, y que las calles que las conforman están pavimentadas. A su vez, refirieron que contaban con la mayoría de los servicios que necesitan cerca de sus hogares, que tenían paradas de camión a tres cuadras o menos, y acceso a las principales rutas del transporte público.

Finalmente, es importante abordar el tema de la seguridad, ya que tanto en la ciudad, al igual que en el resto del país, los niveles de violencia se han incrementado de forma significativa en los últimos años. La última Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre la Seguridad Pública (INEGI 2019b) arrojó que la percepción de inseguridad en el estado es de 68.4%, y en el entorno cercano de

43.4%. Los lugares donde la población reportó sentirse más insegura fueron los cajeros bancarios en la vía pública (79.3%), la calle (71.7%), el transporte público (61.0%), el banco (58.1%), parques o centros recreativos (50.9%), y el mercado (49.5%).

La encuesta destaca, también, que 25.4% de los hogares en el estado tuvo al menos una víctima de delito, siendo el más frecuente el robo total o parcial de vehículos (18.1%), seguido por fraude (15.3%), extorsión (14.1%), otros robos (13.5%), robo en casa habitación (12.4%), robo o asalto en calle o transporte público (8.1%), y otros delitos, entre los que se ubican la violación (5.5%) y las lesiones (3.1%). Las colonias donde viven las entrevistadas no se encuentran entre las zonas más conflictivas de la ciudad, sin embargo, el aumento de la violencia y la inseguridad es una situación que aqueja a toda la localidad, y las entrevistadas refirieron que es una situación que les preocupa.

CAPÍTULO 4

ENVEJECER Y VIVIR CON DIABETES COMO SITUACIÓN CORPORAL EN LA PRÁCTICA

El envejecimiento y la diabetes son procesos fisiológicos que producen cambios físicos, mentales y emocionales en las personas (OMS 2015a, 27). Como nuevas situaciones corporales, conducen a nuevas formas de sentir, percibir y construir sobre el propio cuerpo y sus posibilidades para la práctica en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana,¹⁰⁰ y por ende nuevas formas de implicarse en ellas (Connel 2003, 81).

En este capítulo se analiza la manera en que las entrevistadas elaboran sobre estos cambios corporales y los relacionan con la etapa que están viviendo como AM con diabetes. La sensorialidad que a continuación se describe se revela en la realización de la práctica (de ciertas o múltiples prácticas), y aunque es parte de su percepción corporal actual como AM con diabetes (las sitúa en esta etapa en comparación con otras etapas), no la sintetiza. La importancia de analizarla estriba en que dicha sensorialidad intersecta cómo estas mujeres realizan sus prácticas cotidianas, aunque, como se irá viendo en los próximos capítulos, hay otros factores socioculturales y de género que también median su realización, e inclusive el impacto de dicha sensorialidad en la definición de la práctica.

Nos referimos a nuevas formas de sentir el cuerpo o que representan cambios respecto de cómo lo sentían en etapas anteriores. Las entrevistadas asocian esta nueva sensorialidad al envejecimiento (como consecuencia del desgaste corporal) y/o

¹⁰⁰ Procesos que se conforman en retroalimentación con las estructuras sociales que delimitan sus posibilidades como mujeres AM con diabetes.

la multimorbilidad que manifiestan, característicos de esta etapa, siendo ahora cuando refieren que se exacerban los síntomas de sus enfermedades o sienten que interfieren más con sus prácticas cotidianas, a pesar de que se hayan desarrollado antes.

Entre estas nuevas sensaciones se encuentran, por ejemplo, las relacionadas con un diagnóstico de enfermedad o accidente, como alguna lesión, artritis, diabetes o insuficiencia cardíaca, y entre ellas destacan el dolor, la falta de aire, la fatiga, taquicardia, hipoglucemias, neuropatías, mareos, etcétera. También refirieron sensaciones como la rigidez o falta de flexibilidad, el entumecimiento, inflamación, la pérdida de fuerza, el cansancio y la lentitud como propias del proceso de envejecimiento, más allá de que en ocasiones también se asocie a alguna enfermedad en concreto.

El objetivo de este capítulo es aprehender las principales formas de sentir sus cuerpos y su relación con los procesos fisiológicos y de salud que intersectan sus cuerpos y sus prácticas en esta etapa, en específico aquéllos asociados al envejecimiento y a la diabetes y que las posicionan en esta nueva situación corporal común, con miras a definir esta dimensión de su corporeidad como AM con diabetes. Cabe aclarar que aunque las manifestaciones corporales del envejecimiento y la diabetes suelen conducir a formas compartidas de sentir el cuerpo entre las mujeres de esta investigación, en el desarrollo de esta tesis se verá que la forma de percibir, interpretar e implicar esta sensorialidad en las distintas prácticas varía de acuerdo al contexto, inclusive tratándose de la misma persona. En el capítulo siete se explora cómo las entrevistadas median esta corporeidad en la práctica.

Es importante señalar que, en esta investigación, la diabetes, como proceso fisiológico-sensorial que forma parte de la corporeidad de estas mujeres, se observa en el contexto del envejecimiento. La diabetes es una enfermedad metabólica que con el paso del tiempo va dañando diversos órganos del cuerpo (OMS 2016a), por ello, es más frecuente que en la adultez mayor se presenten más y mayores síntomas de esta enfermedad que alteran diversas funciones corporales. Además, dichos síntomas se presentan junto con otros procesos de deterioro corporal asociados al envejecimiento y a otras enfermedades.

Montiel y Domínguez (2011, 7), señalan que es común que las PAM identifiquen los síntomas y complicaciones como parte de su envejecimiento, y que no los distingan específicamente como consecuencias de la diabetes. En este capítulo se analiza esta dimensión de la corporeidad de las AM con diabetes, que implica nuevas formas de sentir sus cuerpos en esta etapa asociados a la enfermedad, pero también a las sensaciones que atribuyen al proceso de envejecimiento y a la multimorbilidad que lo caracteriza, pues se observó la dificultad que representa el distinguir los diferentes procesos.

Finalmente, es importante señalar que este capítulo se construye mayoritariamente con la información de seis de las siete entrevistadas, ya que el caso de Berenice es diferente en varios sentidos. Ella construye distinto sobre su corporeidad en esta etapa de su vida: mientras el resto, específicamente en el ámbito fisiológico, relatan sobre las pérdidas corporales que caracterizan esta etapa, Berenice refiere múltiples ganancias en esta área.

Y es que dijo que en la adultez subió mucho de peso, pero que a partir de su diagnóstico de diabetes en la adultez mayor hizo cambios en sus hábitos de salud (incrementó su actividad física y empezó a alimentarse de forma más saludable) que le permitieron bajar más de 30 kilos. Cuando elabora sobre su corporeidad actual, la compara con la etapa de la adultez y dice estar y sentirse “mucho mejor ahora” por las ganancias físicas que ha obtenido, y en ese sentido se sitúa en ella y percibe su nueva corporeidad. Por ejemplo, dijo ser más flexible, más fuerte, sentirse más ligera, con más energía, etcétera, y expresó que el proceso de envejecimiento no interfiriere con sus prácticas actuales, salvo en contadas ocasiones.

La figura 19 muestra datos relacionados con la situación actual de salud de las entrevistadas, así como su percepción sobre ésta y sobre su nivel de actividad. La media de edad al momento de las entrevistas era de 68 años, y la mediana 68.7 años; con edades iban de los 65 a los 74 años. De las siete entrevistadas, Berenice es la que reportó menos años con diabetes (4 años), mientras el resto tenía desde 9 años hasta 17 años con diabetes al momento de la entrevista, con un promedio de 13 años entre ellas.

Solo Ana Luisa y Cecilia usan insulina, y cinco de ellas tienen sobrepeso y dos obesidad tipo 1 (Eva y Ana Luisa). Todas reportan multimorbilidad; tres de ellas reportaron diagnóstico de hipertensión (Berenice, Cecilia y Alma), y también tres complicaciones de la diabetes (Alma, Ana Luisa y Teresa). Ana Luisa fue la única que consideró su salud como mala, y Cecilia como regular, mientras el resto la

considera buena. Finalmente, independientemente del nivel real de actividad física,¹⁰¹ dos de ellas dijeron no ser muy activas, y el resto manifestaron ser activas.

Los datos de salud que se muestran en la tabla, clasifica la salud de las entrevistadas de acuerdo con parámetros biomédicos, pero son insuficientes para comprender la relación entre manifestaciones concretas de enfermedad, su percepción de salud, y las prácticas que las AM con diabetes realizan en los diferentes ámbitos de actividad física.

¹⁰¹ Es decir sin atender parámetros de intensidad y frecuencia de sus actividades en los distintos ámbitos.

FIGURA 19. DATOS RELACIONADOS CON LA SALUD Y ACTIVIDAD DE LAS ENTREVISTADAS

Entrevistada	Edad	Edad de diagnóstico de diabetes	Años con diabetes	Años de asistir al GAM	Se inyecta Insulina	Glucosa	Hemoglobina Glucosilada	Peso (kgs)	Altura (mts)	Cintura	IMC PAM	Sobrepeso/obesidad**	Manifestaciones de diabetes	Otras enfermedades	Episodios recientes de enfermedad	Autopercepción de salud	Autopercepción de actividad
Eva	74	59	15	15	No	130	6	80	1.55	98	33.3	Obesidad tipo I		Alergias, artrosis de rodillas (prótesis)	Bronquitis, infección en el estómago	Buena	Activa
Teresa	68	59	9	4*	No	97	6.3	61.3	1.5	91	27.2	Sobrepeso	Glaucoma	Vértigos lesionados por caída, bronquitis crónica, problemas de circulación, insuficiencia cardíaca, presión baja, tiroides, anemia, artrosis	Caída, mareos, dos cirugías (oral y vesícula)	Buena	Activa
Alma	68	56	12	12	No	100	8	67	1.5		29.8	Sobrepeso	Hipoglucemia	Hipertensión, insuficiencia cardíaca, artritis, osteoporosis, cataratas	Caída, fractura de pie, hidropesía, hipoglucemia	Buena	Activa
Oralia	69	52	17	6	No	97	7	67	1.5	96	29.8	Sobrepeso		Derrame vítreo, osteoporosis, artritis.		Buena	No muy activa
Ana Luisa	72	62	10	10	Si	139	7	69	1.51	96	30.3	Obesidad tipo I	Neuropatía diabética	Osteoartritis, osteoporosis	Caída, bronquitis, parálisis facial, taquicardia, neuropatía diabética	Mala	Activa
Berenice	65	61	4	4	No	124	5.6	80	1.65	100	29.4	Sobrepeso		Gastritis, hipertensión		Buena	Activa
Cecilia	65	51	14	14	Si	159	10	72	1.56	99	29.6	Sobrepeso		Hipertensión	Mareos	Regular	No muy activa

* Hace 2 años aproximadamente dejó de asistir a las sesiones, sólo se chequea y va a eventos especiales

**IMC en PAM normal 22.1-24.9/Sobrepeso 25-29.9/obesidad tipo 1: 30-34.9

Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente fragmento Teresa se expresa sobre su multimorbilidad:

[Adulthood] ¡Ay, ¿qué no tengo ya yo, oye?! Nomás falta que me vengan y que me digan que (x). Le digo al doctor: “ya no me diga que tengo otra cosa porque ya no hay lugar para ponerla”, “¿cómo que no hay lugar?” “Si en la lista de la hoja, ya está todo lleno doctor” ((risas)) [...] Tengo la diabetes y luego tengo la tiroides, tengo la presión baja, tengo insuficiencia cardiaca, mmm... la columna con las vértebras mal [...] tengo problemas de circulación [...] Entonces todo es problema, te digo, ¡a mí todo me pasa! ¡Ah! Y me salió glaucoma en los ojos.

A pesar de lo anterior, a la hora de construir sobre su percepción de salud, Teresa manifestó que la consideraba buena, y dijo sentirse bien. Uno de los principales cambios corporales identificados por las entrevistadas con esta etapa fue la multimorbilidad. Todas las mujeres entrevistadas refirieron tener otras enfermedades crónicas además de la diabetes, y aunque el origen de algunas de sus enfermedades venga de una etapa anterior, en esta etapa las describen como un continuo, como un estado corporal, independientemente de que tan seguido perciben sus consecuencias, mientras que en otras etapas sus enfermedades las relataban como eventos. Este continuo, sin embargo, no se constituye en un sentido totalizador de su percepción corporal, y en la cotidianidad de sus prácticas no siempre se expresa de la misma manera; en ocasiones lo refieren abrumador y contundente, y otras veces como algo propio de la etapa.

La multimorbilidad se relaciona con una serie de síntomas de enfermedad. En la etapa de la adultez mayor, ni la ausencia de la enfermedad ni de sus síntomas

define la percepción sobre la propia salud. Como señalan Beaman et al. (2004, 117), la autopercepción de salud en las PAM se relaciona más bien con el poder cumplir con los roles impuestos en la forma de actividades físicas, mentales o sociales, aún ante la presencia de enfermedades.

Todas las entrevistadas manifestaron experimentar sensaciones de malestar relacionadas con una o varias de sus enfermedades, y haber cambiado la forma en que realizan algunas de ellas a consecuencia de éstas. Empero, la mayoría percibe su salud como buena y dice sentirse bien; solo Ana Luisa refirió su salud como mala, y ella es también la que reveló una mayor imposibilidad para realizar actividades instrumentales de la vida cotidiana como consecuencia de sus enfermedades;, asociando su percepción de salud a su capacidad funcional, como señalan Azpiazu et al. (2002, 694). Cabe destacar la construcción genérica de lo anterior, ya que las actividades que dijo no poder hacer son de trabajo doméstico, eje de la Corporeidad Femenina Hegemónica en la división de los roles sociales de género (tema que se desarrolla en el siguiente capítulo).

En esta etapa la relación entre salud, autonomía e independencia se hace más evidente, específicamente en torno de la posibilidad de moverse y poder realizar aquellas actividades que consideran significativas para su vida cotidiana (Dulcey, Sánchez y Arrubla 2013, Brown 2009, y Peel 1995, cit. en Castaño 2015, 90-91). Pero, como se puede observar en el siguiente fragmento, no es una relación lineal: cada una matiza, de acuerdo con su percepción sobre sus posibilidades corporales, su contexto físico y social actual –y de género– y su trayectoria de vida, su sentido de independencia y su percepción de salud. En ese entramado asumen sus

enfermedades, sus síntomas y sus limitaciones y posibilidades, y aunque refieran la enfermedad como parte de su estado corporal “normal-natural” de la etapa que intersecta la realización de sus prácticas, no significa que construyan su salud como mala y/o perciban una corporeidad negativa a consecuencia de ella.

[Juventud, Adulthood mayor] En ese tiempo ((juventud)) me sentía muy bien, yo siempre he trabajado, como te digo, siempre me muevo, ahorita no debo y lo hago. [...] Ahorita también muy bien. Ya viste que fui y di la vuelto, tenía desde antes de enfermarme del infarto que no caminaba así sin parar, pero dije: “Sí puedo”. Te soy sincera, cuando íbamos llegando al parque yo quería ir a sentarme a la banca, yo no quería saber nada ya que cruzamos [...] El pecho me lo llevaba así ((presiona su pecho con sus manos)), y yo cuando voy sintiendo que se me oprime mi pecho me debo de parar, y dije: “no, sí puedo, por fe puedo, por fe”. Me quedaba un rato seria y agarraba aire o tosía [...] Es muy bueno eso cuando te duele el pecho de un infarto, toser aunque no tengas ganas o levantar las manos. Son ejercicios que me enseñaron algunos cardiólogos, entonces todo se puede hacer [...] (Alma).

Teresa y Alma dijeron tener insuficiencia cardiaca. Ambas hablaron de la sensación de falta de aire, las palpitaciones y fatiga que les produce caminar o hacer actividades que les requieran emplear un esfuerzo físico importante. Ninguna manifestó dejar de hacer alguna actividad a causa de esto, pero ambas refirieron cambios en sus actividades, así como haber aprendido a lidiar exitosamente con las formas en que se manifiesta esta enfermedad.

Alma refirió detenerse o toser como le dijo el cardiólogo, y Teresa detenerse y cuando lo ve necesario tomar una pastilla que le recetó su médica. Por su parte, Ana Luisa, ante la emergencia reciente de este mismo tipo malestar, dijo mediar estas sensaciones descansando en sus trayectos, o dividiendo sus viajes en varias jornadas, para así poder continuar realizando sus actividades. Sin embargo, ella se

mostró más preocupada que las anteriores al referir que su doctora aún no le decía bien a qué se debía esta nueva situación corporal.

En el siguiente fragmento, Alma hace referencia a la incompatibilidad de las recomendaciones médicas con sus necesidades y aspiraciones de esta etapa, algo que fue muy común en los discursos de las entrevistadas. Esta serie de contradicciones revelan cómo la percepción de salud con relación a la capacidad funcional se construye en la experiencia, social y genéricamente delimitada. El análisis de variables cuantificables (Azpiazu et al. 2002; Beaman et al. 2004; Vivaldi y Barra 2012) es solo el inicio para comenzar a comprender cómo se construye esta realidad.

[Adulthood mayor] La insuficiencia no me ha cambiado nada [...] Sigo caminando yo, sigo barriendo, sigo trapeando, no debo (x) a mí el cardiólogo me quitó rotundamente el trapeador, la escoba, todo lo que pudiera hacer agachada, hacer ejercicio inclusive me quitó [...] Yo me mido [...] Estoy al pendiente de mi persona, de qué reacción, o qué siento o qué. Si ya me sentí así, pues “párate diez segundos”, y siento cuando se me empieza a bajar [...] Y al rato ya empiezo de vuelta. Son muchos años lidiándome a mí misma (Alma).

El dolor se reveló como una de principales manifestaciones de la enfermedad que caracteriza esta etapa (Sáez et. al 2015, 272). Las entrevistadas lo describen como sensaciones de malestar corporal, consecuencia de distintas enfermedades o accidentes que se presentaron en el pasado o en la etapa actual, o a razón del desgaste corporal provocado por el envejecimiento. Se refieren a distintas sensaciones, ya que se presenta en diferentes partes del cuerpo y con variada intensidad y frecuencia.

En esta etapa, el dolor no solo es más común como consecuencia de la multimorbilidad, sino que cambios fisiológicos relacionados al envejecimiento

hacen que su percepción sea mayor (Karp et al. 2018). Seis de las siete entrevistadas, exceptuando a Berenice, refirieron presentarlo en la adultez mayor; Cecilia, Oralia y Eva externaron que el dolor emerge en el desarrollo de actividades específicas, o relacionado con episodios de crisis de alguna enfermedad, pero Ana Luisa, Teresa y Alma lo refirieron como constante, aunque en algunas actividades lo revelen más contundente.

Teresa y Ana Luisa hablan de dolores que se presentan desde etapas tempranas en su vida, pero que se vuelven importantes hasta la adultez mayor. En el siguiente fragmento, Teresa encuentra una relación directa entre su problema de columna a causa de una caída con sus limitaciones de movilidad actuales. En otro fragmento, que se cita más adelante, también da cuenta de cómo la intensidad y la frecuencia del dolor limita sus actividades hasta el punto de haber dejado de realizar algunas. Durante la entrevista, al hablar de su salud en etapas previas de su vida nunca hizo referencia a este episodio; en ese tiempo, como el dolor eran menos frecuente y de menor intensidad, no parece que afectara su vida, pero ahora manifiesta que interseca casi la totalidad de sus prácticas.

[Adolescencia, Adultez mayor] Tuve una caída muy fuerte y me lastimé la columna [...] Todo el tiempo me ha dolido, pero me dolía por ahí de vez en cuando, pero ahora ya de vieja, en los últimos años, me ha agarrado ya muy fuerte, y ya estos últimos dos años es diario, ya todos los días del año me duele [...] Batallo para sentarme, batallo para pararme, batallo para caminar, no me puedo agachar [...] (Teresa).

A su vez, Ana Luisa fue la única que expresó sentir dolor como consecuencia de la diabetes: “desde hace como un año que empecé con la neuropatía, me dan piquetes muy fuertes, son muy dolorosos, haz de cuenta que algo te da toques [...]”.

Dijo que toma pastillas para remediar esta sensación, y que la mayor parte del tiempo le ayudan, pero que no deja de sentir “un hormigueo” constante. Alma, por otro lado, frecuentemente hizo referencia a dolores intensos en sus manos y pies a causa de la artritis, e inclusive dijo que las pastillas para el dolor forman parte de su tratamiento diario, pero se mantuvo firme durante toda la entrevista al decir que éste no ha ocasionado que ella haya tenido que cambiar o dejar de hacer alguna de sus actividades.

En su caso, se observó que no deja de hacer algunas de las cosas que le causan dolor. Por ejemplo, durante las reuniones del GAM, siempre participó en las caminatas o ejercicios, aunque después comentara que traía hinchados y le dolían los pies. También lo comentó en varias ocasiones cuando hablaba de su forma de trasladarse al GAM porque tenía que tomar un camión y caminar un tramo.

Aun así, tal y como refiere Karp (2018), el dolor es una importante fuente de discapacidad en esta etapa. Esta dimensión fisiológica-sensorial de la adultez mayor fue una de las más referidas por las entrevistadas al describir las razones por las que dejaron de realizar ciertas prácticas, pero no hay que perder de vista que inclusive estas decisiones que refieren a algo tan “material” se insertan en un contexto sociocultural y de género. Algunas de las entrevistadas refirieron que el dolor forma parte de su situación corporal actual, de su cotidianidad, que intersecta la realización de casi todas sus prácticas, si bien en las observaciones se reveló cómo se hace presente en múltiples prácticas inclusive cuando en las entrevistas no lo expresaron de esa manera.

Sin embargo, en ambos escenarios hay otros factores que ponen en la balanza los efectos del dolor y su percepción sobre el mismo en la construcción de su corporeidad. La relación entre su percepción sobre el dolor y continuar realizando algunas actividades, o dejar de hacerlas, tampoco se presentó de forma lineal, sino que se matiza según el tipo de actividad y la importancia que le otorgan, como se analiza en el capítulo 7.

Finalmente, sobre la experiencia-sensorialidad del dolor, cabe señalar el hecho de que dijeron remediarlo con medicamento. Sobre todo quienes dijeron que forma parte de su tratamiento diario refirieron las desventajas que supone su uso en otras parcelas de la sensorialidad corporal, expresando pérdida de energía, de la concentración o de la agudeza mental, somnolencia, etcétera (también lo refirieron respecto del uso de otros medicamentos).

Esas otras sensaciones las revelan como más discapacitantes que el dolor cuando se trata de hacer actividades que les son significativas, pues dijeron en ocasiones preferir no tomarlas para poder realizarlas a pesar del dolor. En el caso de algunas entrevistadas, éstas son consecuencia de los medicamentos, y también forman parte de su sensorialidad en esta etapa de sus vidas, revelándose que generan una mayor actitud de rechazo y malestar cuando las relacionan a los medicamentos que cuando las refieren como parte del proceso de envejecimiento, como se verá un poco más adelante.

Por ejemplo, Alma refirió que a veces deja de tomar su medicación porque se “harta” y se siente como “abotagada”. Ana Luisa, por su parte, dijo que cuando van sus nietos o tiene compromisos no se los toma porque se anda “durmiendo por todos

lados”, o a veces se siente “como ida”. También comentó que le “molesta” que la doctora le dé esos medicamentos, y que no se los quiera cambiar porque le dice que no hay otros y debe que tomarlos para controlar la neuropatía.

También fue común que las entrevistadas relataran entumecimiento de distintas partes del cuerpo al permanecer en una misma posición, una sensación a la que asocian también un tipo de dolor. Refirieron que tienen dificultades al inicio de un movimiento corporal, pero que a medida que se desarrolla, éstas tienden a disminuir y/o a desaparecer, contrario al tipo de dolor que se describió en párrafos anteriores, que va en aumento con la realización de sus actividades.

La diferencia es también que no relacionan esta sensación con una enfermedad específica, sino como consecuencia “natural” del envejecimiento, y que no la relatan como mediadora de sus prácticas cotidianas sino hasta que se hizo evidente en la interacción de la entrevista o la observación. Las entrevistadas no hicieron referencia a esta sensorialidad al relatar sus prácticas durante las entrevistas, pero sus efectos en su realización fueron observables (se soban o hacen gestos de incomodidad), y/o en ocasiones elaboraron sobre ella de forma espontánea en el desarrollo de sus prácticas.

Por ejemplo, durante la observación, Eva, habiendo pasado más de media hora sentada en el camión, se levantó despacio de su asiento cuando llegamos a nuestra parada, y al bajar comentó que estaba entumida, mostrando dificultad para llevar el paso, por lo que entre risas comentó: “un ratito y entro en calor”, refiriéndose a lo que sentía y que le impedía caminar como normalmente lo hace. Las entrevistadas describieron que estas sensaciones han ido en aumento conforme

transcurren los años, que ahora suceden más frecuentemente, que se entumen más rápido, y que es más intenso, por lo que tardan más en recuperarse.

Refirieron ahora tener que estarse levantando, caminar un poco, o si están mucho tiempo paradas, sentarse un rato para remediar el malestar y que no empeore. Durante las reuniones del GAM, después de un tiempo de estar sentadas, varias comentaron que se entumían, que se quedaban “tiesas” después de un rato, o pedían que las “disculparan” por tenerse que estar levantando para caminar un rato. Se observó que este tipo de sensación media constantemente la forma en que realizan sus actividades, pero no manifestaron dejar de hacer alguna de ellas como consecuencia de esta nueva sensorialidad, y destaca de otras sensaciones, pues las entrevistadas refieren que en lugar de conducir a la disminución de la actividad, para remediarla, se implican en actividades que requieran mayor movimiento.

Por su parte, la inflamación de las extremidades inferiores en algunos casos también se presentó como una nueva consecuencia de permanecer en la misma posición o de caminar. Eva, Alma y Teresa refirieron que les pasaba constantemente y que les dificultaba sobre todo caminar; por ejemplo, durante la observación de Eva, cuando bajamos del camión, comentó que el que llevase sus zapatos tipo pantuflas acolchonadas era positivo, porque si no ya hubiera empezado a “batallar” por la hinchazón de las piernas. Cuando le pregunté si fue por el tiempo que permanecimos sentadas en el camión (alrededor de 50 minutos), comentó entre risas y con un tono de resignación que sí, pero que si caminaba mucho también se le inflamaban. Cuando llegamos a nuestro destino y se sentó de nuevo comentó: “Mira mis piernas, mira las bolas que se me hacen”. Traía inflamado el empeine y hasta

más arriba de los tobillos. Le pregunté si le dolía y dijo que no, pero que sí le molestaba.

Por su parte, Teresa y Alma refirieron que después de sus viajes o de permanecer un tiempo paradas se acostaban o se sentaban con las piernas en alto, hasta que sentían que se comenzaban desinflamar. Cabe destacar que esta forma de sentir y construir sobre sus cuerpos de AM en el desarrollo de sus prácticas también se reveló más constantemente en las observaciones, y que lo relacionaron con la sensorialidad de esta etapa, en específico en el desarrollo de sus prácticas, pues expresaron que antes no les pasaba, o solo de vez en cuando y/o únicamente cuando “en realidad” pasaban mucho tiempo sentadas, paradas o caminando, refiriendo al deterioro de sus capacidades corporales conforme avanzaron en edad.

Solamente Ana Luisa refirió que ésta nueva sensorialidad era consecuencia de su diabetes: “Ahora también se me están hinchando los pies, dice la doctora que también es por la neuropatía, ¡y tanto que camino! [...]”. En el trascurso de la entrevista comentó varias veces que a causa de esta nueva situación se le está empezando a dificultar caminar, que no puede dar todas las vueltas que antes daba y que ha tenido que dejar de ir a lugares si no es urgente que lo haga. Al igual que las demás, refirió que se tiene que recostar para que se le desinflamen sus piernas, pero también dijo que en ocasiones pasa casi toda la tarde en cama y no lo consigue. En su caso, esta sensorialidad y sus consecuencias se revelaron más contundentes y median no solo sus viajes, sino sus posibilidades de prácticas en otros ámbitos, pues dice que la obliga a permanecer más tiempo en reposo.

A su vez, seis de las siete entrevistadas en algún momento de nuestros encuentros refirieron la pérdida de flexibilidad y/o una nueva sensación de rigidez en las articulaciones como una característica propia de esta etapa y/o como consecuencia del avance de la enfermedad de la artritis. Relataron una pérdida importante en la movilidad como consecuencia y elaboran sobre ella con relación al pasado. Es decir, cuando describen esta sensación refieren actividades que antes podían hacer y ya no, o que ahora les cuesta más trabajo realizar, como por ejemplo el poderse agachar.

Oralia y Teresa mostraron durante la entrevista hasta donde pueden agacharse, para evidenciar la limitante física que ahora tienen. Alma, Oralia, Cecilia, Eva y Ana Luisa también refirieron en diversas ocasiones la pérdida de flexibilidad y movilidad de sus articulaciones, sobre todo en sus manos y dedos. Eva pidió que le ayudara a abrir un sobre de azúcar porque no puede hacer el movimiento debido la rigidez de sus dedos, y Ana Luisa mostró hasta donde puede flexionarlos, señalando que por eso no puede agarrar el trapeador, la escoba o el cuchillo.

En ese entramado construyen esta sensación como una pérdida de capacidades que limita sus posibilidades corporales, y que las conduce a pedir apoyo a terceros y/o a hacerse de instrumentos que les faciliten realizar sus actividades, como pinzas que funcionan como extensiones para levantar cosas del piso sin agacharse, sillas con altura ajustable para acercarse al piso, banquitos, etcétera. Esta imposibilidad corporal a la que conduce la rigidez, a su vez, se observó que la construyen como una pérdida de fuerza que también sitúan como propia de su corporeidad como AM.

Varias de las entrevistadas también elaboraron sobre la pérdida de fuerza muscular como una característica de su corporeidad en esta etapa, y la refirieron al relatar la dificultad para empujar o cargar algunas cosas que antes sí podían. Por ejemplo, durante la observación de Alma, ésta dijo que antes movía las cajas de leña por su cuenta, pero ahora solo lo hace cuando no están muy pesadas porque tiene prohibido los esfuerzos grandes por el corazón (el tema del riesgo se elabora un poco más adelante), y además porque siente que “en serio” ya no las puede, por lo que ahora mejor espera a que su esposo la pueda ayudar. Teresa, por su parte, también refirió ya no poder mover sus muebles para limpiarlos como a ella le gustaría, y que ahora puede limpiarlos solo por encima, pero que a veces aprovecha cuando va su nuera o su nieto y les pide que le ayuden a moverlos.

Relatar estas sensaciones como pérdidas refiere a una manera específica de situarse corporalmente en el presente con relación al pasado, aun cuando no signifique resumir la propia corporeidad como tal, sino una nueva forma de ser cuerpos que las conduce a modificar sus prácticas. Ninguna de las entrevistadas relató esta disminución de la fuerza como debilidad, por el contrario, en la percepción sobre sus cuerpos en el desarrollo de las prácticas que consideran significativas, revelaron aún sentirse fuertes, y daban gracias a Dios de que aún pueden “hacer sus cosas” y de que todavía se sienten con el ánimo de realizarlas.

Asumen así las limitaciones corporales que presentan en esta etapa como consecuencia del envejecimiento, en comparación con etapas anteriores (que forman parte de su corporeidad actual y que intersectan sus prácticas), pero no definen su corporeidad con relación a sus pérdidas sino a sus posibilidades. La construcción de

dicha significatividad que diferencia sus prácticas en los diferentes ámbitos se analiza en el capítulo siete.

En otro tenor, Cecilia y Teresa dijeron presentar mareos ocasionales. Ambas refirieron no entender por qué a veces les sucede, ni identifican el mecanismo fisiológico que los desata en determinados momentos. Por ejemplo, dijeron que no eran porque se les subiera la presión o porque se les subiera o bajara el azúcar, pues ambas se habían checado sus niveles cuando les sucedía y les salían bien. Pero lo elaboran como una sensación nueva, propia de esta etapa y que debe estar relacionada con alguna de sus enfermedades. Cecilia los relaciona con la hipertensión, aunque lleve muchos años con la enfermedad y nunca antes se le habían presentado, y Teresa con alguna enfermedad que su médica aún no ha podido identificar.

Este tipo de sensación se percibe como una amenaza constante, ya que no saben cuándo se presentará. Dicen tener períodos en los que se incrementa y es ahí cuando se autolimitan en la realización de algunas actividades (se van a acostar, deciden no ir a algún evento, etcétera) y toman mayores precauciones por el miedo a caerse (como usar bastón, andar despacio, caminar cerca de las paredes para poderse sostener). Pero si no se presentan en un tiempo considerable, revelan que media solo la realización de prácticas específicas, como por ejemplo al levantarse de la cama o silla o al hacer actividades que requieran subir los brazos para alcanzar algo.

Otra situación corporal que caracterizan como propia de esta etapa fue la dificultad para poder ver bien. Se diferencia de etapas anteriores, pues refirieron que no logran resolverla con lentes como en el pasado. Teresa expresó que desarrolló

glaucoma hace 4 años a consecuencia de la diabetes, y que desde entonces a veces ve borroso, como empañado, que le lloran los ojos y/o siente piquetes que son muy dolorosos. Dijo que se pone gotas para prevenirlos, pero que de todas maneras en ocasiones se siente así y que su visión en general ha disminuido, sobre todo cuando no hay suficiente luz, y que no se siente confiada de andar por temor a tropezar y caerse.

Oralia también relató que “ya ni con los lentes” ve bien. A pesar de que les ha ido cambiando la graduación, dijo que ya no logra ver como antes en el día, pero que, sobre todo en las noches, siente que ve muy poco, así que procura no salir para prevenir caídas. Ella más bien lo atribuye al deterioro como consecuencia del paso de los años, al igual que Eva y Alma, que refirieron sentirse un tanto inseguras a consecuencia de esta nueva sensorialidad, pero que también dijeron lograr mediarla dejando algunas luces prendidas en el interior y exterior de sus casas durante la noche y cambiando algunas de sus prácticas, sobre todos sus horarios, procurando salir mejor durante el día.

El cansancio fue otra sensación que las entrevistadas construyen como propia de su corporeidad en esta etapa, lo asocian al envejecimiento, y surgió como tema cuando se les preguntó si se consideraban activas. En lo general, pareciera que construyen el cansancio como un estado corporal que se caracteriza por una pérdida de energía, en comparación con la etapa de la juventud. Las entrevistadas expresan una acumulación del cansancio a través de los años como consecuencia de las múltiples actividades que realizaron en otras etapas, en un sentido de continuidad, de que era de esperarse se expresara así en la etapa actual.

Sin embargo, un análisis más detallado permite observar que lo sitúan en la práctica. Por ejemplo, Oralia refirió que cuando sus hijos eran pequeños hacía más labores de la casa, pero que en ese entonces tenía más energía, que estaba joven, que ahora se cansaba más y más rápido en la realización de sus actividades cotidianas, pues “tener casi 70 años no es cualquier cosa”. Por su parte, Alma comentó que ella sentía que tanto en etapas anteriores como ahora ha sido muy activa, que “[...] la única diferencia era la juventud, tenía más energía, ahí no había cansancio, entonces no me dolían mis manos, no me dolían mis pies”, comentó.

Las entrevistadas constantemente diferencian la etapa de la juventud de la actual a partir de comparar la energía que tenían y el cansancio que ahora experimentan en la realización de sus prácticas, construyendo al cansancio como una sensación temporal que se relaciona principalmente con el dolor que surge en su desarrollo. Por ejemplo, al igual que Alma, cuando a Oralia se le preguntó cómo sentía cansancio, expresó que era cuando le empezaban los dolores en la realización de sus actividades.

En su relación con el dolor, en ocasiones lo median con medicinas, otras con descanso, haciendo las cosas más lentamente (para reducir el esfuerzo que requiere su realización), o inclusive dejando de hacer algunas de sus actividades. Como relató Eva cuando se le preguntó si se consideraba una persona activa: “Si, siempre estoy buscando que hacer, desde chica. Lo único diferente ahora son los años. Con los años ya va uno haciendo menos cosas, ¿no?, se cansa más rápido”. Así, no refieren el cansancio como un estado corporal, sino situado en la práctica, pero sí lo definen

como propio de su corporeidad en esta etapa de sus vidas y que intersecta su realización.

Por otro lado, más allá de referir la realización de sus actividades más despacio con el fin de no cansarse tan rápido, está la percepción de sentirse más lentas en sus movimientos y/o procesos mentales (lo refieren como lentitud para pensar, para entender ciertas informaciones que les parecen complejas). Esta cuestión se revela como una imposibilidad corporal de realizar estos procesos con la misma velocidad que en el pasado, y a consecuencia de ello refieren que ahora les toma más tiempo hacer ciertas tareas, por lo que se organizan distinto, lo que implica dividir sus actividades en varios días, hacerlas menos seguidas o dejar de hacer actividades que consideran menos importantes porque no alcanzan a realizarlas.

Esta nueva sensorialidad se expresa, por ejemplo, en las descripciones de sus prácticas actuales, cuando señalan los detalles que implican su realización. Antes resumían estas prácticas en una sola acción, pero ahora relatan cómo se manifiesta en ellas la imposibilidad corporal, separando las diversas actividades de las que se conforma una práctica, como se expresa en el siguiente fragmento. A su vez, refieren, por ejemplo, que ahora caminan más despacio, no solo por precaución, como se verá más adelante, sino por imposibilidad corporal. Teresa y Eva, por ejemplo, dijeron que ya no pueden alcanzar a sus familiares cuando tratan de ir a su paso.

[Adulthood] Me levanto a las seis y ya, como te digo, me salgo al café. Voy a la cocina, hago café, leo mis oraciones, me meto a bañar, y ya empieza el trajín, de sacar la toalla, sacar la ropa sucia y todo eso, y ahí se le va a uno el tiempo. Como le digo a mi hermana, haces un huevo, agarras el sartén, la cuchara, la cuchara del café y que esto, que la azúcar, son detallitos que

parece que no, pero ahora pierdes mucho más tiempo, pues. Le digo, las muchachas de ahora ya compran todo hecho, ¿verdad? Y yo también, ahora que estoy sola pues muchas cosas, hay una señora atrás de mi casa que me vende el litro de frijol a 30 pesos, ya molidito y toda la cosa. ¡Ay, agosto!, n'ombre yo andar (x), ya no (Eva).

En torno de la sensorialidad de la diabetes, hasta ahora se ha visto que Ana Luisa señaló la neuropatía diabética (en la forma de dolor ocasional, hormigueo e inflamación de sus pies), y Teresa refirió el glaucoma (en la forma de dolor ocasional y disminución-cambios de su visión). A diferencia de ellas, que refieren síntomas constantes que median la realización de sus prácticas, Alma señaló experimentar exclusivamente manifestaciones ocasionales de la enfermedad que no suceden en el desarrollo de alguna práctica significativa para ella.

Dijo que alrededor de dos o tres veces al mes experimenta episodios en los que su nivel de azúcar baja, y que suelen ser durante la noche: “Uy, se siente muy feo. Empiezas a sudar mucho y (x) yo me impacto porque cuando me da un ataque al corazón, un infarto es lo mismo sudas, sudas mucho, mucho [...]”. A pesar de la intensidad y malestar de la sensación, refirió que no afecta sus actividades. Como plantea Mercado (1996, 214), en su caso no se expresan como dificultades, problemas o conflictos en el desarrollo de su vida diaria, y esto incide en su percepción de su enfermedad.

Por otro lado, Alma, al igual que Ana Luisa y Teresa, relaciona claramente estos síntomas con la enfermedad de la diabetes, y además de la sensorialidad, conoce y corrobora los parámetros biomédicos asociados, si bien, a diferencia de Ana Luisa y Teresa, Alma refiere poder controlar sus efectos. El siguiente fragmento

es ejemplo de ello, pero también de cambios en sus rutinas y actividades (horarios, comidas, sueño) como precaución y/o respuesta a la sensación que le produce la baja de azúcar, a pesar de que constantemente refirió que la diabetes no ha cambiado sus prácticas.

[Adulthood Mayor] A mí la diabetes no me ha cambiado nada, nada me ha cambiado. Nada más lo de la glucosidad. Yo me cuido, no sé por qué se me baja el azúcar, los médicos me dicen que soy de picos, me va brincoteando, pero yo no siento nada, hasta que se me baja mucho [...] Yo nunca traigo mi, mi lengua reseca [...] Yo la piel pues es reseca porque es natural pero, pero no la siento seca [...] Tengo mi sensibilidad en los pies, que al pasar los años la va perdiendo con la diabetes. Y a mí me pican, me tocas y yo siento de volada. Entonces, yo trato de cuidarme todo lo más que pueda. Eso sí, en la mañana desayuno muy temprano aunque no tenga hambre, o me como unas tres galletas o un pedazo de pan que no esté dulce. Se me calma el hambre y ya espero, porque no puedo esperar mucho porque se me empieza a bajar el azúcar. Por ejemplo, ahora en la madrugada, a las cuatro de la mañana desperté y tengo un acabamiento en mi estómago me siento rara, son ocho medicamentos pues. Y me chequé y traía ochenta de azúcar, “ahí va pa’ bajo, no le voy a dar chance”, me agarre me fui a la cocina, me preparé un café y agarré tres galletas y ya. Pero no, de que a mí me de mucha sed, yo orino normal también [...] (Alma).

La hipoglucemia, en el caso de Alma, se expresa como una forma de sentir el cuerpo con diabetes en esta etapa de la vida, pues identifica estos síntomas como propios de la enfermedad, y refiere que en otras etapas de ésta no los presentaba. Pero a diferencia de las sensaciones descritas a lo largo de este capítulo, no surge en el entramado de la realización de una práctica en específico, y dice poder controlarla, características de la experiencia que median su corporeidad como AM con diabetes.

Por su parte, el resto de las entrevistadas (Cecilia, Oralia, Berenice y Eva) dijo no experimentar síntomas de la diabetes, y fueron contundentes en expresar que ésta no había provocado ningún cambio en el desarrollo de sus actividades. Como

revela Moraga (2005, 165), cuando habla de la normalización de la enfermedad en la vida cotidiana las entrevistadas, al no identificar síntomas en su experiencia de la enfermedad y al no representar una dificultad para la realización de prácticas cotidianas significativas, dijeron que no la sienten, inclusive algunas expresaron sentir como si no la tuvieran o a veces olvidar que la tienen, si bien, como se expresa en el siguiente fragmento, refieren el desarrollo de prácticas destinadas a su control y cuidado de su salud.

Así, la diabetes como proceso fisiológico (definido bajo parámetros biomédicos), pero no necesariamente sensorial, también intersecta el desarrollo de sus prácticas cotidianas. En el caso de Eva, Berenice, Cecilia y Oralia, tener un diagnóstico de diabetes cambia algunas de sus prácticas (su forma de alimentarse, de ejercitarse, consumo de medicinas, asistir a chequeos médicos, al GAM, etcétera),¹⁰² pero estos cambios se relacionan con la situación de enfermedad, no con sensaciones relacionadas con ella, como en el caso de Alma, Teresa y Ana Luisa.

[Adulthood mayor] La diabetes no me ha cambiado nada, para nada, para nada, porque yo sigo siendo la misma, o sea, mi carácter es el mismo. No sé por qué, ¿será que yo trato con gente muy positiva? Mis amigas son muy positivas, muy entregadas a Dios, muy buenas amigas [...] No la siento, porque, mira, hay veces que salgo alta en el GAM, y vengo con el doctor y no, que muy bien y todo. Y acá salgo alta y me agüito. Pero nomás me agüito ¿no? Porque luego me voy al mercado y ahí camino con el carrito, agarrada nomás, y le doy vuelta ahí a todo para que se me baje el azúcar y ya, ya siento que ((hace señas de que todo está bajo control)). ¿No? Yo nunca ando así, ¿cómo te dijera?, aflojerada, cansada. Claro que me canso, pero cuando me canso pues me acuesto un ratito. Y hay veces que me quedo dormida un ratito, y luego ya me acuerdo de que “¡ay, tengo que sacar la basura!” y ya me levanto, te digo que no sé estarme quieta. Pero no creo que sea por la diabetes. [...] Entonces no, nada. No tengo resequead en la piel, ni nada así, y nunca se me ha bajado el azúcar (Eva).

¹⁰² Tema que se explora a fondo en los siguientes apartados.

Tener-ser cuerpos de AM con diabetes refiere a una forma específica de percibir y construir sobre sus cuerpos relacionados con la sensorialidad, pero también con la situación físico-corporal que comprende la enfermedad. El fragmento anterior también es ejemplo de la relevancia de estudiar la experiencia de la diabetes en el entramado de la experiencia de la adultez mayor, pues, como refieren Montiel y Domínguez (2011, 7), sus síntomas pueden confundirse con otros procesos que las entrevistadas relacionan con el envejecimiento. La sensorialidad de la diabetes, dada la naturaleza multisistémica de la enfermedad la analizamos en el entramado del proceso del envejecimiento para no perder las diferentes expresiones de la experiencia fisiológica-sensorial.

Por su parte, tener-ser cuerpos de AM también se relaciona con aspectos que refieren a los procesos fisiológicos que conlleva el envejecimiento, pero no necesariamente a la sensorialidad que se sucede en la práctica. El envejecimiento, como situación corporal, conduce a formas específicas de percibir el cuerpo, distintas a otras etapas de sus vidas y que también intersecta las prácticas que las AM realizan. A diferencia de la diabetes, el envejecimiento como situación corporal se construye sobre todo con relación a la sensorialidad que se sucede en la práctica (dolor, rigidez, problemas de visión, etcétera), no a parámetros biomédicos (diagnóstico o niveles) o sociales (como la edad). Estas dimensiones de la sensorialidad de la adultez mayor que se conforman en la experiencia de la práctica a su vez conforman otra dimensión de la percepción corporal: la percepción de un cuerpo en riesgo.

Como se ha ido revelando a lo largo de este capítulo, la percepción de un cuerpo en riesgo es una característica común en el entramado de la experiencia del envejecimiento que se sostiene en la sensorialidad. Aunque no es una sensación en sí misma, refiere a procesos fisiológicos y supone formas de percibir el propio cuerpo en su relación con éstos, que surge ante la posibilidad de presentar daños irreparables a la salud que pudieran poner en riesgo su independencia en esta etapa. Este temor se sostiene en el deterioro de las capacidades corporales de respuesta ante la interacción con determinados factores externos a consecuencia del proceso de envejecimiento y/o a la enfermedad en ese entramado, y se expresa como temor a la interacción, específicamente por su situación físico-corporal como AM. Se presenta como emoción corporizada que conforma su corporeidad de AM e intersecta la realización de sus prácticas.

Algunas lo asociaron a situaciones corporales muy específicas que presentan en esta etapa. Por ejemplo, Eva dijo que ya no practica cachibol porque el desgaste de sus rodillas y el dolor que le provocaba ocasionó que optara por ponerse prótesis, y que decidió dejar de hacer ésta y otras actividades que considera pudieran poner en riesgo su efectividad, pues ya no podrían operarla de nuevo por su edad. Dijo que no quiere estar en cama sus últimos años, como su mamá, y que por eso decidió operarse en el pasado y cuidar mucho sus prótesis en el presente.

Por su parte, Ana Luisa comentó que, por el avance de su osteoporosis, los médicos le dicen que está en alto riesgo de fractura; temerosa de empeorar su condición y ya no poder recuperarse en caso de un evento de este tipo, evita hacer actividades como cargar cosas pesadas, agacharse o subir escalones. Alma también

dijo que ahora evita actividades que le requirieran mucho esfuerzo, como cargar cosas pesadas, o que se va midiendo a la hora de realizarlas por temor a provocarse un infarto, mientras Oralia también comentó que evita esfuerzos y agacharse para evitar otro derrame vítreo.

En estos ejemplos, su corporeidad en riesgo está situada en experiencias pasadas y en el discurso biomédico, en una enfermedad en el entramado de la adultez mayor, y con relación al desarrollo de actividades concretas en esta etapa. Las entrevistadas refirieron evitar realizar estas actividades, lo que revela que la percepción de un cuerpo en riesgo en la práctica forma parte de la corporeidad que asumen como AM. Dicha percepción también se devela cuando describen la forma en que, en ocasiones, continúan realizando dichas actividades, que construyen como de riesgo; no se implican en ellas de la misma forma que en el pasado, sino que su nueva corporeidad de AM intersecta su realización. El siguiente fragmento es ejemplo de ello.

[Adultez mayor] Cuando fue el derrame, sentía como telarañas así, se me nublaba, como telarañas, y no veía bien. Y ya iba a urgencias. Y ya hasta que me pasaron bien con el oftalmólogo y me hicieron estudios, ya me dijeron que siga las indicaciones. [...] Tengo como dos años con lo de la vista así, pero ya se me regularizó. Ya no siento nada, tengo como un año que no me ha pasado nada en la vista. Me dicen nada más no levantar pesado, no agacharme mucho, agacharme así rápido no puedo tampoco. Para limpiar el refrigerador, tengo que poner una silla, sacar las cosas ((risas)), pues para no agacharme. Y una vez me dijeron, ‘ni siquiera se agache a ponerse los zapatos, que se los pongan sus hijas’. ‘Mjm’, dije yo, pues no, no está ninguna aquí ((risas)). Pero pues uno tiene que apechugar, lo hago despacio (Oralia).

La percepción de un cuerpo en riesgo en la práctica, en todos los casos, se presentó en la realización de actividades que les representan la posibilidad de una

caída, inclusive en el caso de Berenice. Se expresó que ese temor, como emoción corporizada que se retroalimenta tanto en experiencias anteriores –tropezones o caídas previas– como en el discurso de la fragilidad como rasgo de la adultez mayor, junto con la sensorialidad del envejecimiento que se conforma en el desarrollo de otras de sus prácticas –mareos, pérdida de flexibilidad, de fuerza, visión, etcétera–, intersecta el desarrollo de sus prácticas y conforma parte de su corporeidad como AM en la práctica. Esta percepción sobre sus cuerpos en riesgo de perder su movilidad e independencia constantemente intersecta sus prácticas, así, refirieron que en ocasiones dejan de realizarlas, cambian su forma de hacerlas y/o toman precauciones, además de salir de día, por ejemplo, usar bastón, evitar escaleras, caminar más lento y apoyarse en sus acompañantes o de barandales, entre otras medidas.

A manera de resumen, al analizar las prácticas de las entrevistadas se encontró que la adultez mayor es una etapa que, en el entramado de la salud, se caracteriza por una nueva sensorialidad a causa de situaciones fisiológicas específicas propias del envejecimiento, que se sintetiza en pérdidas corporales. Esta serie de sensaciones, como lo son el cansancio, el dolor, la fatiga, la pérdida de fuerza, de flexibilidad, el entumecimiento, etcétera, son malestares que intersectan sus prácticas y conducen a cambios en ellas, y las lleva a situarse como AM y construir sobre su corporeidad actual.

Tener diabetes juega un papel crucial en este proceso de deterioro corporal, aunque, como hemos referido, gran parte del mecanismo de su afectación suele pasar desapercibido para quienes la presentan, disolviéndose en la experiencia y construcción del envejecimiento. Atendiendo esa forma de percibir y vivir la

enfermedad, en los siguientes capítulos resumimos dichos procesos juntos, entendiendo que al hablar de lo relacionado con el proceso corporal-social del envejecimiento implicamos que estamos hablando de cuerpos que experimentan la enfermedad de la diabetes, cuerpos que comparten características con los de otras AM, pero que a su vez viven las consecuencias de ésta.

A la serie de sensaciones corporales hasta ahora expuestas son a lo que nos referimos en los siguientes capítulos cuando hablamos de la manera en que el envejecimiento –y la diabetes–, como proceso fisiológico, intersecta las prácticas de estas mujeres. Y este es el punto desde donde partimos para después elaborar sobre el proceso reflexivo de la práctica en el proceso de construcción de la identidad de género y la forma en que éste logra mediar esta dimensión de la percepción corporal de la adultez mayor y definir las prácticas de las AM en los diferentes ámbitos de sus vidas.

Debe señalarse, a su vez, que prácticamente todas estas sensaciones se relacionan con la movilidad, si bien, aunque manifiestan haber disminuido la frecuencia de sus prácticas o haber dejado de hacer algunas de ellas a consecuencia de éstas, ninguna se construye como inactiva. Algo parecido sucede con la percepción sobre su salud, donde a pesar de que todas refieren múltiples enfermedades y malestares corporales derivados de éstas y del proceso de envejecimiento, solo una de ellas la percibe de forma negativa.

Así, es importante destacar que esta sensorialidad del envejecimiento se sitúa en la realización de las prácticas y conforma parte de su corporeidad como AM, pero no permea necesariamente cada ámbito de ésta. Esto confirma la necesidad de abrir

el análisis de la experiencia corporal-sensorial de la adultez mayor a otras parcelas de la sensorialidad, como propone Esteban (2004, 248), para comprender mejor cómo es que estas mujeres conforman su corporeidad de AM con diabetes y su papel en la definición de sus prácticas cotidianas (tema a explorar en el capítulo siete). Empero, en el análisis siempre habrá de considerarse lo referente a esta dimensión de la sensorialidad de las prácticas de las AM, porque como plantea Gomes (2012, 11), “por mucho que los individuos hayan encontrado una imagen más o menos convincente, más o menos satisfactoria, viven la inevitable vejez de estos cuerpos”, por lo que esta sensorialidad no deja de ser importante en la realización de sus prácticas.

Finalmente, podemos comenzar a inferir que al decir que así sienten sus cuerpos las mujeres AM en la práctica, la forma en que esta dimensión de su corporeidad intersecta sus prácticas, depende del contexto sociocultural y de género en el que se articula el proceso de configuración de su identidad corporal de género, temas que se abordan los siguientes capítulos. Como plantea Connel (2003,96) sobre las prácticas que se derivan y se reflejan en el cuerpo: si bien es la dimensión material (sensorial-emocional) de la experiencia la que define la práctica, esta sensorialidad corporal que se revela en la experiencia y las conduce a situarse-definirse como mujeres AM con diabetes –que comienza pero va más allá de la sensorialidad hasta ahora descrita–, lejos de ser interna o individual, es resultado de una retroalimentación con lo social y genéricamente construido sobre los cuerpos de hombres y mujeres y sus posibilidades corporales.

CAPÍTULO 5

TRABAJO DOMÉSTICO Y TRABAJO REMUNERADO: EJES DE LA CULTURA CORPORAL HEGEMÓNICA

En el entramado de la división sexual del trabajo, que fundamenta el orden de género, la reproducción es el eje social y cultural de la identidad femenina hegemónica (Lagarde 2005, 121). El rol reproductivo de las mujeres se sustenta en su cuerpo y en su capacidad física de tener hijos, pero la maternidad, como construcción social, va más allá de la reproducción biológica, e inclusive de la relación madre-hija/hijo que deriva de ella. Las mujeres son las encargadas de reproducir física, emocional, intelectual y socialmente a la familia y a la sociedad en general (Ídem).

En ese tenor, la corporeidad femenina hegemónica prioriza lo relacionado con dicha función social, delimitando sus posibilidades de tener-ser cuerpos de mujeres en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana. Sin embargo, el trabajo doméstico y de cuidado es la principal práctica relacionada con el desarrollo de su rol, y dada su naturalización, su desarrollo les corresponde de manera exclusiva a las mujeres. Como contraparte, el trabajo remunerado es el eje de la masculinidad hegemónica, de su rol como proveedor, por lo que su desarrollo le corresponde al varón (Bonino 2002, 18).

A lo largo de los próximos apartados y capítulos iremos viendo que las mujeres se desempeñan en los diferentes ámbitos de actividad física y que sus

posibilidades para la práctica se sitúan en esta división de género del mundo y de la práctica. Sin embargo, las prácticas de trabajo doméstico y trabajo remunerado se localizan en el eje de la división sexual del trabajo, por lo que su ordenamiento es un reflejo más apegado y contundente de la cultura corporal hegemónica en comparación con otros ámbitos de la vida cotidiana.

Así, en este capítulo el énfasis se pondrá en la forma en que la CFH delimita las prácticas cotidianas en estos ámbitos, al tiempo que conforma el desarrollo de cuerpos en ese sentido, y también sobre las posibilidades para asumir otras formas de ser cuerpos de mujeres a través de la práctica, integrando aspectos asociados a la corporeidad masculina hegemónica en experiencias que no dejan de ser femeninas (suceden bajo el orden de género). A su vez, se elabora sobre las continuidades y cambios que se revelan ante las nuevas encrucijadas corporales y sociales propias de la etapa de la adultez mayor, como cuando los cuerpos de mujeres se intersectan por el envejecimiento y por la enfermedad de la diabetes, estableciéndose nuevos límites y posibilidades para las prácticas y para construirse a través de ellas como mujeres.

Con el objetivo de elaborar sobre diversas formas en que la cultura corporal hegemónica establece los límites y posibilidades para la práctica en estos ámbitos de la actividad física, este capítulo se divide en dos apartados, el primero sobre el trabajo doméstico y de cuidado, y el segundo sobre trabajo remunerado. Cada uno de ellos, por su parte, se subdivide de la siguiente manera:

- *Introducción*: se elabora sobre la forma en que el desarrollo de la práctica en ese ámbito se sostiene –o no– en la CFH. Si por haber nacido mujer, se le atribuye –o no– de forma “natural” el desarrollo de esas actividades. Corresponde a la base teórica con la que se dialoga en cada ámbito de actividad física.

- *Construcción de la actividad como práctica de género*: se elabora sobre cómo se expresa esa actividad en la figura de sus padres y madres. Se plantea como forma aprehender más fácilmente la construcción de esa práctica como femenina o masculina desde la perspectiva de las entrevistadas, como una construcción estática que no refiere directamente a su experiencia en el desarrollo de su propio rol de género, sino a una percepción más general. Como se irá viendo, en sus propias experiencias negocian constantemente con dichos constructos.
- *Corporeidad de género aprendida*: se elabora sobre las posibilidades de aprender esa práctica como mujeres, sobre la forma en que se les transmite, y la exclusividad de género de ese conocimiento corporal. Se maneja como conocimiento incorporado, como aprender a ser cuerpo de mujer en la práctica desde etapas tempranas.
- *Cuerpo, género y posibilidades para la práctica*: se elabora sobre los diferentes tipos prácticas que las mujeres realizan en cada ámbito y la forma en que la cultura corporal hegemónica se expresa en ellas, así como otras características de las prácticas, que también refieren a esta construcción pero que se relacionan con el contexto de su realización.

EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO

García y Pacheco (2014) definen el trabajo doméstico y de cuidado como “la producción de bienes y servicios de manera no remunerada destinados al mantenimiento y reproducción de los integrantes de los hogares mediante su consumo directo”. Éste incluye actividades culinarias, de limpieza, de cuidado y de gestión del hogar, es decir, organización de tareas, realizar compras, trámites y pagos, traslados de otros miembros de la familia, entre otros (Pedrero 2004). El trabajo doméstico y de cuidado tiene una asignación de género, pues en la división sexual del trabajo el desarrollo de estas prácticas corresponde mayoritariamente a la mujer y no al varón, y a lo largo de la historia y hasta la actualidad, las mujeres realizan la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado (INMUJERES 2019).

Dicha asignación social se relaciona con el cumplimiento de su rol de género, que a su vez se fundamenta en sus cuerpos de mujeres, por lo que lo referente al desarrollo del trabajo doméstico y de cuidado se encuentra naturalizado¹⁰³ en el constructo de la feminidad hegemónica. Como se estableció en el marco teórico, la reproducción es el eje de la feminidad y se sostiene en la capacidad biológica de la mujer de tener hijos, pero va más allá de ello (Lagarde 2005, 120). La maternidad implica la capacidad-responsabilidad de reproducir física, emocional y socialmente no solo a su cría, sino a otros miembros de la familia, e incluso a la sociedad (Ibid., 387), y en ese entramado, el trabajo doméstico y el de cuidado se presentan como uno de los principales medios para instrumentar el trabajo reproductivo que corresponde a las mujeres.

Los estereotipos de género, “tienen la capacidad de fijar atributos naturalizándolos” (Imaz 2007, 133). Por ejemplo, se asume que las mujeres –a diferencia de los varones– están “naturalmente” dotadas no solo de la capacidad de parir, sino de las características físicas, mentales, emocionales y sociales necesarias para satisfacer las demandas del trabajo reproductivo en su conjunto. Estas características conforman la base de la Corporeidad Femenina Hegemónica, y refieren a distintos ámbitos de la identidad femenina hegemónica que remiten directamente a las mujeres en su calidad de cuerpos a la luz del constructo de la maternidad.

¹⁰³ En lo sucesivo, al poner entre comillas palabras y expresiones como “por naturaleza”, “naturalizan”, “natural” o “naturalmente”, me refiero a la construcción social de que ciertas características, capacidades o funciones correspondan a hombres o mujeres por sus características biológicas.

A su vez, en función de estas características “femeninas” se naturalizan determinadas capacidades, funciones, actividades y espacios que confirman el trabajo doméstico y de cuidado como “femenino”, como práctica corporal femenina. Como apunta Imaz (2007, 133), en este tipo de construcciones los datos biológicos corroboran las creencias. A continuación se analiza la construcción del trabajo doméstico y de cuidado como femenino y su fundamentación corporal en el entramado de la CFH, para posteriormente analizar cómo se expresa en la configuración corporal-genérica de este ámbito de actividad, la forma en que la CFH y la CMH (como oposición) delimitan el abanico de posibilidades para las prácticas de las mujeres en este ámbito, y la manera en que dicho orden, a su vez, conforma-reafirma cuerpos femeninos en la práctica.

Empezando por características físicas contundentes como su capacidad de gestación y de amamantar, sobre las que, siguiendo a Imaz (Ibid., 97-98), se construye un vínculo indisoluble y selectivo de la madre hacia la cría, dicho vínculo adquiere la forma del amor maternal, y, al ser la madre la única “capaz” de sentirlo, será también la única que tendrá el interés genuino sobre el bienestar de su cría y la única capaz de proveerle los cuidados que necesita –instinto maternal. Así, de la madre es de quien se espera –quien debe y puede– que, de forma instintiva y desinteresada –por amor–, desarrolle las prácticas de trabajo doméstico y de cuidado relacionadas con la supervivencia del bebé, prácticas que, en el entramado de construcciones como las del instinto y el amor maternal, se extienden a otras etapas y van más allá de su resguardo físico, abarcando otros aspectos que conforman la vida de la cría en sociedad y que se extienden más allá de la relación entre ésta y la madre.

Siguiendo a Lagarde (2005, 372-387), a partir de estas características físicas de la mujer, del cuerpo matriz y el cuerpo lactante, se esencializa la feminidad, y así, nos encontramos con que las mujeres, por ser mujeres, maternalizan –para referirnos al desarrollo de este tipo de prácticas de reposición y reproducción cotidiana, entre las que se encuentra el trabajo doméstico y de cuidado–, independientemente de que se concrete físicamente su maternidad. Este tipo de prácticas son, en el entramado de la feminidad hegemónica, las formas esperadas de interacción de la mujer con las cosas, las instituciones y las personas –independientemente de si son sus hijos(as) o no–, durante las diferentes etapas que conforman sus vidas (Ídem).

A partir de la capacidad reproductiva de las mujeres también se construye su felicidad, toda vez que en el constructo de la feminidad hegemónica ésta se define en el contexto de la maternidad (Lagarde 2005, 372): “La felicidad para la mujer es la entrega colmada [...] las mujeres movilizan sus capacidades y sus energías vitales en busca de la vivencia del amor” (Ibid., 444). Esas prácticas maternas, entre las que se encuentra el trabajo doméstico y de cuidado, se plantean también como instrumento de su amor maternal, siendo en esta entrega altruista donde habrán de encontrar la felicidad.

Así, el cuerpo maternal es el cuerpo que define a la mujer y lo femenino, más no le pertenece a ésta: pertenece y está al servicio de quienes la rodean. En el desarrollo de las prácticas de trabajo doméstico y de cuidado priman las necesidades ajenas frente a las propias, expresándose-conformándose una corporeidad femenina para las demás personas. El cuerpo de la mujer, en el entramado de la maternidad, pertenece al bebé –a las y los otros– y éste lo usa: es su espacio de supervivencia, lo

arropa, lo alimenta, lo resguarda, lo acuna, lo consuela (Ibid., 382). Es un cuerpo que se entrega al bebé –y al otro– a través de sus prácticas maternas.

Más allá de su capacidad biológica de reproducirse, hay otras características físicas que se esencializan como propias de los cuerpos de las mujeres y que, al significarse con relación a la maternidad, perpetúan la naturalización del trabajo doméstico y de cuidado como femenino. Por ejemplo, características físicas asociadas a la construcción de los cuerpos de las mujeres en lo general, como menor tamaño y musculatura respecto del varón, o una complexión más fina que éste, se relacionan con su capacidad de realizar las labores que requiere el cuidado de un recién nacido.

Por tanto, con relación a estas características físicas, a las mujeres se les construye como delicadas y cuidadosas en sus movimientos y prácticas, lo que, aunado a su instinto maternal, les permite cuidar al frágil, a diferencia de los varones, cuyas características corporales se esencializan como opuestas, imposibilitándoles este tipo de labores. La característica física de la fuerza del varón también conlleva a que se les asuma “más dotados para la vida pública” que la mujer, a la vez que se relaciona con el poder social (Strathern 1979, cit. en Imaz 2007, 133). Como contraposición a dicha corporeidad, el cuerpo de la mujer se construye como débil y frágil, lo que contribuye a legitimar corporalmente la asignación del trabajo doméstico y de cuidado a la mujer, su pertenencia al espacio del hogar –adentro–, y su situación de dependencia y subordinación ante el varón.

Sobre la construcción de la pertenencia de “lo femenino” al hogar, cabe señalar la confluencia de múltiples construcciones sobre la corporeidad que lo

reafirman, como la referida fragilidad, en la que la necesidad de protección y su incompatibilidad física con lo público llevan a la mujer a permanecer adentro. A su vez, el hogar es el lugar de la familia, y así se convierte en el ámbito de la existencia social de la mujer, al ser donde acontecen las necesidades familiares que la mujer ha de satisfacer como eje de su rol reproductivo.

La felicidad en el entramado de la maternidad también sitúa a la mujer en este espacio, pues es el lugar para maternalizar por excelencia. Es, a su vez, el único lugar en el que podrá sentirse satisfecha y feliz, e independientemente de la problemática que le toque enfrentar en él, está obligada a encontrar la felicidad en él (Lagarde 2005, 444); así, al confirmarse este lugar como propio de lo femenino se reafirma su compatibilidad y obligación con lo que ahí acontece, con el desarrollo del trabajo doméstico y de cuidado.

Otra característica socialmente atribuida a los cuerpos de las mujeres es la belleza. La belleza como constructo cultural que refiere directamente al cuerpo –a sus características y formas–, si bien ha cambiado con el tiempo y se matiza de acuerdo con las realidades de los diferentes grupos sociales (Esteban 2004, 77).¹⁰⁴ Empero, independientemente de cómo sea definida, la estética corporal se sostiene en la construcción de que los cuerpos de las mujeres son bellos por naturaleza con fines reproductivos de atraer al varón (Muñiz 2014, 426; Lagarde 2005, 213),¹⁰⁵ mientras los cuerpos de los varones son fuertes con fines de protección de la cría y la madre. Con relación a esta dimensión de la belleza en el entramado de su “naturaleza

¹⁰⁴ Por ejemplo en los últimos años los estereotipos de belleza femenina se han transformado de formas voluptuosas –asociados a la maternidad– a cuerpos más andróginos, púberes y estilizados (Del Toro citado por Esteban 2004, 77).

¹⁰⁵ Este tema se analiza en el apartado sobre las prácticas de ocio.

reproductiva”, se construye que la mujer está dotada de un sentido estético, que conlleva la demanda social de reproducirlo en su persona, pero también en las cosas y en quienes le rodean, en su casa y en su familia (Lagarde 2005, 434), lo cual refuerza la correspondencia entre el trabajo doméstico y de cuidado con la corporeidad femenina.

En otra dimensión de ese proceso en el que el cuerpo de la mujer se plantea como “naturalmente” apto para el trabajo que implica la reproducción en su conjunto se resumen diversas características y capacidades corporales de las mujeres que los varones no poseen y que les permiten realizar las prácticas maternas. En lo que Sabido (2016, 67) describe como “percepciones sensibles genéricamente diferenciadas”, el orden sensorial de género incluye “atribuciones de sentido” diferenciadas para hombres y mujeres, que se materializan en diferentes formas de percibir el mundo entre los sexos.

Así, se tiene que a las mujeres se les atribuyen destrezas físicas asociadas al desempeño de determinadas labores y cuidados que comienzan con su relación con el bebé, pero que, al igual que las otras prácticas maternas, se extienden a quienes se encuentran en su entorno, como por ejemplo una mayor agudeza sensorial para percibir y satisfacer las necesidades ajenas (Imaz 2007,101), que incluye desde su capacidad de escuchar a la cría cuando otros no pueden, de verla, estar siempre pendiente y ser capaz de hacer varias cosas a la vez debido a las múltiples demandas del cuidado, hasta su sexto sentido, que implica una intuición de madres, que se construye como producto del vínculo carnal de haberlo gestado y haber sido en un

momento un solo cuerpo, lo que les permite anticiparse y percibir cosas que otros no pueden sobre sus hijos –y sobre las y los demás.

El cuerpo de la mujer se revela también en el imaginario como un cuerpo inmóvil, donde la imagen de la mujer continuamente embarazada, pariendo, con su gran barriga y numerosos hijos, permanece arraigada (Tahon 1995citado por Imaz 2007, 94). En el entramado de su corporeidad como cuerpo gestante se asume su naturaleza sedentaria, y a su vez, se implica su presencia como permanente y constante en la casa y en la vida de su familia, asociado también al vínculo maternal indisoluble que, como dijimos antes, forma parte de la esencia femenina.

A partir de esta corporeidad que emerge con relación al constructo de la maternidad y se naturaliza en su capacidad reproductiva, a la mujer se le asignan –y también se naturalizan– las características psíquicas, cognitivas y socioemocionales “necesarias” para lo que implica, en los diferentes niveles, la reproducción de su familia, que le son exclusivas y la diferencian del varón, facilitan las labores relacionadas con su rol de género, y a la vez obstaculizan su desarrollo en otros ámbitos y las definen, independientemente de que tengan hijos o no. Las mujeres en el entramado de la maternidad se construyen como pasivas, inseguras, tímidas, pacientes, empáticas, emocionales, sensibles, intuitivas, buenas, honestas, confiables, mediadoras, de espíritu menos inquieto, responsables, con gusto por relaciones personales y de intimidad, hábiles para construir y sostener redes familiares, entre otros (Imaz 2007, 101).

La feminidad comprende, así, una corporeidad-identidad “naturalmente” apta y capaz para reproducir a la familia a través del trabajo doméstico y de cuidado,

rasgos en los que se sustenta su responsabilidad de realizarlo. La masculinidad se construye en oposición a lo anterior, definiendo a los hombres como “naturalmente” incapaces, como no dotados de los atributos necesarios para desarrollarlos, y dotados de características opuestas que los hacen aptos para desenvolverse en lo público, como se retoma en el siguiente apartado.

Bajo el constructo del instinto maternal –que va más allá de lo relacionado con la supervivencia del bebé–, se fundamenta y se hace obligatoria para las mujeres –pero no para el varón– la realización de este tipo de prácticas de cuidado. Y aunque las labores que conforman el trabajo doméstico varían en las diferentes épocas y de acuerdo con el tipo de sociedad, el constructo de la maternidad –y su fundamentación biológica– como esencia de lo femenino, hace que prevalezca la asignación de las prácticas reproductivas a las mujeres. En ese tenor, todas las entrevistadas refirieron haber realizado este tipo de trabajo de forma ininterrumpida en las diferentes etapas de sus vidas.

A continuación se presenta cómo se expresa la CFH –y la CMH como oposición– en el ordenamiento de este ámbito de actividad. En esta etapa el análisis se plantea de forma estática para facilitar su aprehensión, aunque en la realidad no se revele de esta manera. Lo anterior permite mostrar la configuración corporal-genérica en la que las mujeres articulan sus prácticas de trabajo doméstico, para después, en el capítulo siete, analizar cómo construyen su corporeidad de mujeres a través de ellas.

Construcción del trabajo doméstico como práctica de género

La construcción del trabajo doméstico y de cuidado como femenino, y su correspondencia con la CFH, se observa cuando las entrevistadas describen la figura de sus madres en sus familias. Revelan que este tipo de trabajo les corresponde a sus madres por ser mujeres, y que sus prácticas en este ámbito las diferencian de sus padres y de su rol como varones proveedores. En la descripción de sus madres, relacionaron características de la CFH (físicas, emocionales, habilidades, gustos, etcétera) con el trabajo doméstico que éstas realizaban en el desarrollo de su rol familiar de género.

Las entrevistadas definieron el deber-ser de sus madres con base en esa asignación corporal de género, y, por la forma en que relatan sus características y capacidades para asumirlo –o no–, las resumen como mujeres. Por ejemplo, en el siguiente fragmento Teresa se expresa sobre la capacidad de su madre de asumir la totalidad del trabajo doméstico y de cuidado, que incluye múltiples actividades dentro y fuera del hogar, y en ello se expresa sobre un cuerpo para y de quienes la rodean, a la vez de que resalta su sentido “natural” de la estética y del orden como característica de su feminidad. Al describir la forma en que cumplía con su rol como madre y esposa y las características que se lo permitían, la construye en el entramado de la feminidad hegemónica.

[Niñez] En el pueblo mi mamá hacía todo lo de la casa y ella era la que estaba al pendiente de nosotros; que de la comida, de escuela, de llevarnos al doctor y así. Y mi papá era el que se iba a trabajar. Tenía la casa siempre muy bonita mi mamá, llena de rosales. ¡Ay, qué bonito se veía! Le gustaban mucho las

flores, tenía muy buen gusto mi mamá, y siempre todo muy ordenado [...] (Teresa).

De la misma manera, pero en sentido opuesto, en el siguiente fragmento, Berenice elabora sobre la negativa de su madre para realizar algunas de las actividades que conforman su rol de género y refiere el desconcierto que le produce la situación. Al expresar que su madre no desarrollaba algunas de las tareas domésticas y de cuidado que requería la familia, la plasma como que no poseía ciertas características que como mujer maternal le debieran ser naturales, como sacrificio, entrega, dedicación a las necesidades de la familia y la felicidad en el entramado de la familia.

Esta carencia se justifica únicamente con la imposibilidad corporal, pues solo así es, hasta cierto punto, posible ser madre –que se haya concretado biológicamente la maternidad– y no maternalizar con los hijos –y otros miembros de la familia– sin ser una madre fallida,¹⁰⁶ lo cual reafirma la correspondencia del trabajo doméstico con la CFH. A su vez, al relatar como hazaña el que su padre realizara esas actividades, revela la no-correspondencia de lo masculino con el trabajo doméstico, como señala Lagarde: “los hombres que realizan trabajos femeninos transgreden el orden social y faltan a la masculinidad” (2005, 130).

[Niñez] Yo me acuerdo mi mamá siempre con lo de la casa y que le ayudábamos mucho a ella. En ese entonces mi papá era el único sueldo que entraba ahí [...] tenía varios trabajos y llegaba ya tarde [...] Ella era más de casa, como que no le gustaba salir, nunca supe por qué, a lo mejor porque estaba enferma, pero por ejemplo, él nos llevaba al parque, nos llevaba a comer, él nos llevaba a comprar ropa, los zapatos, mi mamá casi no, mi mamá

¹⁰⁶ Como explica Lagarde (2005, 394), se construyen como “madres malas” aquellas que no logran satisfacer las necesidades y deseos, reales e imaginarios, de las y los otros, pues en ello se resume la maternidad.

a la única parte que nos llevaba era al seguro ((risas)). Ahí si tenía que ir porque mi papá pues siempre trabajando (Berenice).

Más allá del caso de Berenice, en la descripción de sus padres y su relación con el trabajo doméstico las entrevistadas los definen como incompatibles por ser varones. Refieren que no poseían las características necesarias para desarrollarlo, e incluso resaltan aspectos de su personalidad “masculina” que les imposibilitan involucrarse en lo doméstico, sobre todo en la crianza, planteándolo no solo como normal, sino como fortaleza y complemento de otras características masculinas que los hacen aptos para el trabajo y lo público. Así, el siguiente fragmento es ejemplo de la construcción de esta práctica como deber-ser y “naturaleza” exclusivamente femenina, en oposición a la “naturaleza” masculina.

[Niñez-adolescencia] Mi papá trabajaba mucho, siempre andaba ocupado que en la mina, o luego con los otros señores también, con sus proyectos. Era muy así, ¿cómo te diré?, de que se le ponía una idea, muy terco, muy movido, hizo muchas cosas para el pueblo [...] Era muy inteligente mi papá, y, ¿cómo te dijera? Por ejemplo, nosotros no éramos dignos, de contradecirlo, no, porque así nos iba. Muy castigador mi papá, y era muy serio, así todo el tiempo parecía que estaba enojado o pensando en no sé qué, planeando, no sé (Alma).

En los cuerpos de sus madres se materializa la correspondencia entre las características físicas, mentales, emocionales y sociales que se sostienen en el cuerpo materno como eje de la CFH y la construcción del trabajo doméstico y de cuidado como práctica de género femenina, observándose cómo en la naturalización de esta corporeidad femenina se naturalizan también éstas prácticas como femeninas. En el siguiente apartado se analiza que esta correspondencia corporal y práctica es, a su

vez, un proceso de aprendizaje social, una práctica aprendida mediante la que se confirma y conforma la CFH.

Corporeidad de género aprendida

Sus cuerpos de mujeres, que comparten con sus madres, implican desde pequeñas a nuestras entrevistadas en el desarrollo de prácticas que, como ya dijimos, se relacionan con la maternidad como eje de su condición genérica (Lagarde 2005, 121). Empero, aunque la asignación de estas actividades se sustente en la construcción de un cuerpo “naturalmente” apto para el trabajo doméstico, ha de analizarse como una forma de ser mujer aprendida, como una corporeidad que se construye y se materializa en la práctica. Dicho proceso de socialización comprende el aprendizaje de ciertas técnicas corporales que sitúan a las mujeres genéricamente, técnicas en las que a su vez sus cuerpos son moldeados y contruidos conforme a las normativas de género (Esteban 2004, 74). El trabajo doméstico y de cuidado, como técnica corporal de género, sitúa a las mujeres en el entramado de la feminidad hegemónica, a la vez de que, en su realización, éstas se conforman como cuerpos femeninos.

En las vidas de las entrevistadas, el trabajo doméstico y de cuidado se revela como un conocimiento práctico-corporal que otras mujeres, sobre todo sus madres, les transmiten por ser mujeres. Las entrevistadas en ocasiones sitúan la transmisión de ese conocimiento en actos precisos (por ejemplo, cuando refieren que su mamá les

enseño a cocinar, a elegir la fruta, a coser, etcétera); en otras, el aprendizaje corporal sucede de forma indirecta, en la asignación y realización de labores domésticas de forma cotidiana bajo la supervisión y responsabilidad de sus madres.

De esta forma, estas prácticas que les corresponden por ser cuerpos de mujeres son a la vez prácticas mediante las que van conformando su corporeidad de mujeres, a través de las que van aprendiendo el sentido físico-emocional y práctico de la feminidad hegemónica, de ser mujeres. Como plantea Connel (2003, 83), la experiencia corporal es central en la memoria de la propia vida y en la comprensión de quienes somos en función del género, pues en el desarrollo de la práctica se condensan significados, emociones y sensaciones que sitúan a la persona genéricamente con relación a su realización (Ídem).

Ayudar en la satisfacción de las necesidades de trabajo doméstico de la familia es parte de su deber-ser de mujeres-hijas. En esta asignación corporal de género, desde etapas tempranas se obliga a las mujeres a la práctica, y a su vez desarrollan características físicas, emocionales, sociales, capacidades y habilidades propias de un cuerpo femenino bajo el constructo de la maternidad relacionadas con su realización. Esto se expresa, por ejemplo, cuando refieren habilidades e intuición para cuidar a sus hermanos menores, destrezas para realizar tareas delicadas y minuciosas, habilidad “natural” o gusto por la cocina o por embellecer su entorno, etcétera.

Estas prácticas, cuya asignación se sostiene en sus cuerpos de mujeres, están a su vez cargadas de significado, y en su desarrollo se va conformando una corporeidad femenina resumida en un ser de y para las y los demás. Así, se va

materializando en sus cuerpos la CFH y la correspondencia entre ésta y las prácticas de trabajo doméstico y de cuidado en su calidad de prácticas maternas. “Los significados públicos de género se funden de manera instantánea con la actividad corporal y los sentimientos incluidos en una relación” (Connell 2003, 96), y a través de esta socialización las mujeres van situando una forma específica de tener-ser cuerpos de mujeres que se corresponde con el desarrollo de estas prácticas en el entramado de la feminidad hegemónica –específicamente de la maternidad ampliada a los diferentes actores.

Este proceso de aprendizaje va más allá de cubrir las necesidades de la familia, y tiene el objetivo expreso de formarlas como futuras mujeres-madres-esposas. El siguiente fragmento es ejemplo de que el objetivo de la asignación genérica de la práctica era el aprendizaje como tal: aprender las técnicas corporales que definen la feminidad. Así, las mujeres, ante su inevitable destino corporal de género (la maternidad), deberán aprender a ser los cuerpos de mujeres que necesitan ser para poder realizar el trabajo doméstico que inevitablemente les corresponderá.

[Adolescencia] Teníamos quién nos ayudara en la casa, siempre tuvimos, pero mi mamá siempre nos puso a trabajar a nosotras, ¡para enseñarnos! [...] que los trastes, me acuerdo, nos ponían a planchar, a todo nos enseñaba mi mamá. Aunque tuviéramos quién nos ayudara nosotros también teníamos que hacer. [...] ¡Nomás las mujeres, los hombres no! (Ana Luisa).

De la misma manera, en etapas posteriores, ellas se encargan de transmitir este conocimiento corporal-práctico de mujeres a otras mujeres, lo que evidencia su materialización como conocimiento incorporado. En su juventud, las entrevistadas hacen pocas referencias sobre haber enseñado a sus hijas o a otras mujeres a realizar

trabajo doméstico. Sin embargo, no es que no hayan enseñado esa corporeidad a sus hijas, sino que el proceso de transmisión de ese conocimiento como tal fue mayoritariamente invisible para ellas, aun cuando siempre estuvo presente en la práctica, en el hacer y en la gestión del trabajo doméstico.

Las que fueron madres trasmitían ese conocimiento incorporado a sus hijas en el saber hacer y en el hacer cotidiano de estas actividades. A su vez, como encargadas de la gestión del trabajo, expresaron haber implicado a sus hijas en el desarrollo de estas tareas, convirtiéndose así no solo en receptoras de este conocimiento práctico, sino también en transmisoras de las técnicas corporales de género mediante las que otras mujeres conforman su propia corporeidad en el mismo sentido. Algunas cumplieron este rol desde la niñez, donde lo relacionan principalmente con las necesidades de la familia, como ayuda y responsabilidad, y otras durante la adolescencia, donde, como se puede observar en el siguiente fragmento, se hace más visible la correlación que asumen entre la CFH y las prácticas de trabajo doméstico y de cuidado.

[Juventud] Nadie me ayudaba y un día dije: “No, tienen que hacer algo, no pueden estar así de flojas”. Ya estaban grandes pues, y no sabían hacer nada. Mira, a ti te va a tocar la cocina y lavar, planchar la ropa [...] Me daba tanta risa verla planchar, planchaba la ropa al revés, hacia cada desastre, pero yo la dejaba, tenía que aprender [...] (Teresa).

Las entrevistadas realizan trabajo doméstico toda su vida, para ellas, para sus esposos, para sus hijas e hijos y sus familias. En el saber hacer y en el hacer cotidiano de estas actividades siguen enseñando esta forma de ser cuerpos de mujer a otras mujeres a su alrededor. En la adultez mayor, la titularidad de ese

conocimiento femenino se expresó, por ejemplo, cuando para la observación Teresa enseñó gustosa una receta de cocina de su mamá, y platicaba que nadie de su familia había querido aprenderla, y que le preocupaba que si nadie lo hacía, cuando ella ya no pudiera prepararla, nadie sabría cómo hacerlo y se perdería su receta. Otro ejemplo fue cuando Eva comentó orgullosa haber enseñado a sus hijas y nueras a hacer tortillas: esta forma asumir sus saberes de mujeres y de querer transmitirlos a otras mujeres, planteándolos como un legado, reflejan la consolidación de estas prácticas domésticas como prácticas femeninas en la definición de su propia corporeidad como mujeres.

Hasta ahora se ha establecido cómo el trabajo doméstico en lo general, como construcción social y práctica corporal, se corresponde con la feminidad hegemónica, pero éste se conforma de múltiples prácticas que refieren a distintos elementos de la corporeidad de género. El siguiente apartado explora cómo estas prácticas femeninas remiten a ciertos elementos de la CFH o integran elementos contruidos como masculinos que se traducen en distintas posibilidades de conformarse como mujeres femeninas en su desarrollo.

Cuerpo, género y posibilidades para las prácticas de trabajo doméstico de las mujeres

Como ya vimos, en lo general el trabajo doméstico y de cuidado refiere-produce cuerpos en sintonía con la corporeidad femenina hegemónica. Sin embargo, como apunta Esteban (2004, 78), las relaciones entre cuerpo y género forman parte de un

contexto complejo en el que convergen diversos elementos que inclusive pueden parecer contradictorios. La contradicción se diluye al ser significados en el contexto de la feminidad hegemónica.

Al ser el trabajo doméstico y de cuidado una práctica tan trascendental en la construcción de la feminidad hegemónica, su realización por parte de una mujer siempre habrá de confirmar, en algún punto, su feminidad, pero ello no anula la importancia de los matices posibles. El trabajo doméstico y de cuidado comprende diferentes tipos de actividades que se anclan en distintos aspectos de la CFH, y a su vez algunas de ellas refieren a diversas formas de ser cuerpos relacionadas con la construcción de la CMH.

En este apartado se analizan estas características de las prácticas y la forma en que dichas características conducen a diversas posibilidades de ser cuerpos de mujeres en su realización, así como la manera en que el envejecimiento, como situación corporal-social, intersecta lo anterior. Como plantea Connel (2003, 86), cuando el desempeño corporal no se puede sostener, las prácticas corporales –de género– se reconfiguran de acuerdo con las posibilidades que ofrece el contexto.

Tipos de actividades

Algunas actividades de trabajo doméstico suelen realizarse en el exterior del hogar y/o relacionarse con el mantenimiento de la casa; entre ellas están el pintar paredes, arreglar cosas que no funcionan, podar las plantas, etcétera. Al describir estas prácticas, las entrevistadas refieren características como fuerza y destrezas físicas-

mentales relacionados con la construcción de la CMH. Se revela que las entrevistadas las construyen como “masculinas” cuando, algunas de ellas, las distinguen como actividades con las que sus esposos u otros varones ayudaban en el hogar, o cuando revelan que también realizaban este tipo de actividades ante la falta de un varón que estuviese dispuesto a hacerlas.

A pesar de que las construyan como masculinas, para el varón estas tareas son opcionales, y bajo el constructo de la maternidad que se realicen les corresponde a ellas, independientemente de la capacidad de alguien más para realizarlas –al igual que el resto de las actividades domésticas (Lagarde 2005, 381). Sin embargo, como se puede observar en el siguiente fragmento, aunque se trate de trabajo doméstico, cuando las prácticas implican elementos relacionados con la CMH, en su realización se pueden asumir ese tipo de características asociadas con lo masculino.

[Adulter-Adulter mayor] Cuando mi mamá vivía aquí, también vivía mi hermano. Entonces, por ejemplo, él ayudaba, hacía lo de las plantas, o sea, regaba las plantas y él barría afuera, pero yo barría todo lo de acá de adentro, y aparte tenía yo, bueno, uno de mis hermanos me mandaba a un señor que me lavara el baño, o sea, o que me limpiara vidrios porque yo tenía que hacerle comida especial para mi mamá [...] Ahora que no está él, yo no creas que estoy atendida, de que, ¡ay! que venga un sobrino y me pinte, o pagarle a alguien para que lo haga. No. Yo pinto, yo limpio vidrios, yo limpio las persianas, o sea, no tengo problema pues (Berenice).

En la adultez mayor permea la misma construcción sobre este tipo de actividades, y son sobre las que más revelan pedir-recibir ayuda. Sobre el arreglo de electrodomésticos, refirieron no saber hacerlo. Por ejemplo, Oralia dijo que su primo (que vive con ella) no arregla las cosas cuando se descomponen, y tiene que llamar a

algún sobrino o alguien más para que las arregle, revelando que la construye como una tarea para varones.

En general, revelan que sus enfermedades y el envejecimiento (la pérdida de la fuerza, de la flexibilidad, el riesgo, etcétera) les impiden realizar este tipo de actividades “más pesadas” del hogar. Cecilia fue la única que vive con algún varón que participa de tareas domésticas, y refiere que es de éste tipo de tareas de las que su esposo se encarga. Éstos son ejemplos de la correspondencia de estas prácticas con la CMH.

La construcción masculina de este tipo de actividades y la posibilidad corporal-social a la que conduce su desarrollo (más allá de la feminidad hegemónica y de la vejez) se revela cuando, en la descripción del trabajo doméstico, Berenice enfatiza que ella puede hacer este tipo de actividades y resalta que no requiere ayuda de varones (ver fragmento anterior). En la descripción de su realización se expresa sobre un cuerpo fuerte, capaz de realizar trabajo manual, y en ese entramado independiente y autónomo –características de la CMH– revela otras posibilidades de ser cuerpo de mujer más allá de un cuerpo de y para las y los demás.

Otras actividades que conforman el trabajo doméstico y de cuidado suelen llevarse a cabo mayoritariamente dentro del hogar, ámbito propio de lo femenino (adentro-femenino/afuera-masculino). Estas tareas domésticas, que se construyen como femeninas, también por estar alineadas con la CFH, con la construcción sobre las destrezas, las posibilidades corporales y el rol social de las mujeres, se relacionan con características “naturalizadas” de lo femenino, como la estética, la pureza, la pulcritud, el orden, etcétera (Lagarde 2005, 433), y en su mayoría consisten en la

limpieza de la casa, como barrer, trapear, sacudir, etcétera, así como también algunas actividades relacionadas con su responsabilidad sobre el correcto desarrollo de la familia en los diferentes ámbitos en los que participan, como por ejemplo lavar ropa de sus hijos, esposos o padres.¹⁰⁷

Como apunta Esteban (2004, 247), al no significar un enfrentamiento con la cultura corporal hegemónica, en el desarrollo de estas actividades difícilmente se revelan oportunidades de construir matices de lo femenino, sino que más bien se corrobora la CFH. En la descripción de la realización de este tipo de actividades como parte del trabajo doméstico, las plantean como tareas propias de este tipo de trabajo en el cumplimiento de su rol de género, y en su desarrollo expresan y normalizan su corporeidad femenina de y para las personas en su entorno.

[Juventud] Yo era la que hacía todo lo del hogar. ¿Qué era todo? Pues todo, lo normal, lavar, cocinar, cuidar ((risas)). Nadie me ayudaba, yo todo. Hasta que me divorcie ((risas)) [...] Cuando estaban chicas las chamacas, pues empezaba con el desayuno, a gritarles “apúrense” ((risas)), y pues luego ya todo lo demás, empezar a lavar, limpiar, cocinar y ya la una y media empezaban a llegar y así, lo normal [...] (Oralia).

El valor social de las actividades reproductivas femeninas es menor al de las actividades proveedoras masculinas (Lagarde 2005, 438), pero entre las actividades domésticas construidas como femeninas se encuentran algunas en las que se expresa en mayor medida la devaluación de lo femenino ante lo masculino. Son actividades que en otros contextos se relacionan con trabajos de servidumbre, que, cabe señalar, en lo público también corresponden a las mujeres, dada su inferioridad en el orden de género (Ibid., 117). Estas prácticas son las formas más serviles de maternalizar: al

¹⁰⁷ Cuando las relataban para sus hermanos dejaban de ser normales y se convertían en serviles.

describir labores como planchar ropa de otros miembros, limpiar baños, recoger cosas del suelo, las relataron como la máxima expresión de servicio, y todas las entrevistadas refirieron, directa o indirectamente, haberlas realizado en diferentes etapas mientras se asumieron encargadas del quehacer en sus familias. En su realización, confirman la CFH de ser para las y los demás.

En la adultez mayor, el envejecimiento como situación corporal intersecta la realización de todas sus prácticas de trabajo doméstico. Todas las mujeres revelaron haber disminuido la frecuencia de este tipo de prácticas en comparación con otras etapas u otros cambios en su forma de realizarlas, e incluso haber dejado de realizar algunas de ellas. Quienes viven solas dijeron que ya no desarrollan ninguna práctica de este tipo por los demás, y se expresaron aliviadas de ello. Por ejemplo, Eva refirió que ya está “descansando de eso”, y Teresa comentó: “ahorita ya gracias a Dios nadie me tira, yo ya estoy sola y nadie me ensucia”.

En estas frases se observa que asumían su desarrollo como su responsabilidad de mujeres-madres, pero ahora se han liberado de ello. Ese sentido de libertad es otra de las oportunidades que presenta la etapa: “‘la última edad’ puede representar una liberación, ya que han estado sometidas durante toda su vida a sus maridos y dedicadas a sus hijos” (Goldenberg 2011, 82). Sin embargo, quienes viven con otros familiares y como encargadas de lo doméstico permanecen con una carga significativa, aunque revelan nuevas formas de realizar sus actividades como consecuencia del envejecimiento: más lento, menos detallado, menos frecuentemente, eliminan aquellas actividades que no les resultan trascendentales (como planchar), etcétera.

Por su parte, las actividades relacionadas con la preparación de comida se anclan en otro tipo de característica en el eje materno-conyugal de la feminidad hegemónica, que viene de esa capacidad física, anteriormente descrita, de alimentar al recién nacido. El cocinar y dar de comer es, en las diferentes etapas, parte del paquete de responsabilidades domésticas que corresponde a las mujeres (Lagarde 2005, 381), pero también se revela como medio para expresar su amor de madres o esposas en la versión romántica del trabajo doméstico. Así, estas prácticas en ocasiones se enfatizaron como medio para consentir a los suyos, para dar placer y para construir su felicidad en el entramado de la familia.

Aunque también es una forma de servir y darse a las personas en su entorno, estas prácticas destacan, pues en las descripciones de su desarrollo las entrevistadas priorizan otras características como saberes, talentos y destrezas femeninas. A su vez, estas prácticas se revelan como medios para el poder maternal, que Lagarde (2005, 418) define como “el poder sobre los otros emanado de ser-para y de-los-otros [...] pero el poder nunca es absoluto [...] Los únicos que puede oprimir la mujer son quienes están bajo sus órdenes y bajo su cuidado: sirviente y los hijos. Los esposos están sometidos al poder opresivo de las esposas en todos los hechos que involucra su dimensión de hijos”.

Con relación al cocinar, expresan este poder en su capacidad de reunir, de influenciar, de enterarse y de dirigir a la familia mediante su realización, un tipo de construcción que permanece en la adultez mayor. Por ejemplo, durante la observación Teresa comentó que todo el tiempo le ha gustado mucho cocinar, sobre todo para su familia, que es su forma de consentirlos, pero que además disfruta

mucho cuando todos se reúnen y comen juntos lo que ella cocina, “como antes”, que se reunían todos los días a la mesa para comer a medio día y platicaban de cómo les había ido en el día, comentó.

También le permite mantener relaciones, pues a sus hijos desde chicos les hace sus platillos favoritos y come con ellos mientras platican muchas cosas, siendo ahí donde se entera de lo que les pasa y los aconseja. Ahora, cuando quiere platicar con alguien en especial, le llama y le dice que va a cocinar lo que le gusta y lo invita a comer; además, dijo que se siente halagada de que a todos les guste tanto su comida. En la adultez mayor la práctica de cocinar permanece como vestigio del poder de antes, aunque ahora no consiga el mismo impacto, pues ese tipo de poder, como dijimos antes, solo se podía ejercer mientras su descendencia estaba a su cuidado, mientras eran sus dependientes.

En esta etapa todas se expresan sobre la cocina para otros miembros de sus familias que no viven con ellos como forma de placer, de consentirlos, sobre todo a sus hijos(as) y nietos(as), y enfatizan que no les provoca flojera. Así, en la adultez mayor cocinar se convierte en una especie de actividad recreativa femenina, pues refieren que la realizan de forma opcional cuando quieren dar un trato especial y expresar su amor por las y los demás. A su vez, como establecimos en el apartado de corporeidad aprendida, la refieren como un talento, un legado “femenino” que se sostiene, desde lo corporal en la maternidad. Es así una práctica mediante la que se construyen como AM en el entramado de la feminidad hegemónica, pero en un contexto distinto, sin ser ya una obligación. A su vez, el envejecimiento intersecta

sus prácticas y revelan, como consecuencia, disminuir considerablemente la frecuencia en que cocinan con ese objetivo.

Sin embargo, para quienes siguen cocinando para alguien más como parte de sus obligaciones domésticas cotidianas, su realización permanece como un servicio, y dependiendo del contexto emocional –socialmente construido– en el que se inserta, adquiere su significación, si bien en esta etapa, y debido al proceso de envejecimiento y su rol familiar como AM, buscan y pueden ser “más prácticas”. Por ejemplo, optan por cocinar para varios días o compran algunos alimentos preparados, lo cual también es común entre las que viven solas. Aquí, el cocinar sigue siendo exclusivamente una práctica doméstica, pero que realizan para la satisfacción de sus propias necesidades, no las ajenas.

Como se dijo antes, las prácticas de trabajo doméstico se sostienen en las necesidades reproductivas de la familia, pero también en la estética de las mujeres como eje de la feminidad. En la construcción de la belleza “natural” de las mujeres, la limpieza y el orden se relacionan con su capacidad también “natural” para embellecerlo todo, las cosas y las personas (Lagarde 2005, 433-434), una característica exclusiva de lo femenino. Así, en el desarrollo de este tipo de prácticas también se expresan talentos y destrezas que definen a las mujeres, las hacen destacar, y las diferencian de los varones e inclusive de otras mujeres. Se expresa como una forma de aportar a la familia algo que las distingue y les confiere mayor valor social en la construcción de sí mismas y ante los ojos de las y los demás. Como se puede observar en el siguiente fragmento, el sentido estético del trabajo doméstico se revela como una habilidad importante y propia de la esencia de las mujeres, que a

su vez habla de su persona, de su feminidad; en ese entramado, estas prácticas femeninas las reafirman en la CFH.

[Juventud-Adulthood mayor] Si tú ves está todo limpio, y así como está, así va a amanecer, porque ¿quién me la va a ensuciar? Yo no la ensucio, yo la cuido, me gusta mantenerla así. Cuando yo misma la ensucio entonces la tengo que limpiar. Porque a veces si la ensucio, de que a veces dejo trastes ahí, o que el mueble se ve con polvo y ya se ve mal y tengo que limpiarlo, no me gusta que se quede así, soy alérgica a ver algo mal. No puedo ver cosas que están fuera de donde van. Mi casa, siempre me ha gustado tenerla impecable (Teresa).

En el párrafo anterior y en el que sigue, se observa que en la adultez mayor persiste dicha construcción sobre este tipo de prácticas. Sin embargo, su nueva corporeidad como AM también la flexibiliza, más en el caso de quienes viven solas, pero también en el caso de quienes viven con familiares y se encargan del trabajo doméstico. Como referimos antes, todas las entrevistadas relataron disminuir la frecuencia, intensidad y/o realizar otros cambios, o inclusive dejar de realizar algunas de las actividades domésticas, si bien, como se expresa en el siguiente fragmento, su capacidad para mantener el orden, la limpieza y la estética de su casa, sigue relacionada con su identidad como mujeres en el entramado de la CFH, ante sus ojos y de las y los demás. A su vez, la entrevistada revela que permanece como demanda femenina, pero, desde su perspectiva como AM (intersectada por la situación corporal-social del envejecimiento), asume natural la flexibilización de estas prácticas, aunque su entorno no lo perciba de la misma manera.

[Adulthood mayor] En la casa me gusta tener, donde yo estoy, limpio. Me gusta tener (x) que estén mis cosas limpias, viejas y todo lo que tú quieras pero limpio. No soy de mucho lujo ni de mucho acá, no. Pero me gusta tener bien. [...] El otro día llegó mi hija y que “ay que esto y ay que el otro”. Me dijo, verás, me dan ganas de decirle cómo no voy a tu casa yo y te digo esto y te digo el otro, nada, nada para nada. Pero pues ¿cómo va a comparar?, su casa

es nueva, entonces le digo, estas casas o sea mi casa, son casas viejas, todo se acumula (Eva).

En otro tenor, las labores relacionadas con el cuidado y la salud física o emocional de la familia se anclan en el “instinto” maternal. La mujer se construye como “naturalmente” dotada de lo necesario para garantizar la supervivencia y desarrollo óptimo de su cría (Imaz 2007, 97-98), capacidad que, como el resto, se extiende a quienes la rodean. La mujer en el entramado de la feminidad hegemónica es cuidadora por naturaleza (Lagarde 2005, 433), poseedora de características, saberes y habilidades femeninas como la intuición, el afecto, la sensibilidad, conocimientos y destrezas para dar cuidados, para sanar cuerpo y alma, para desarrollar en todos los niveles a su familia (Imaz 2007, 101; Lagarde 2005 119, 124, 302, 382), que en suma la hacen apta para realizar este tipo de prácticas.

Así, en su desarrollo se confirma la CFH. Pero en el análisis de este tipo de prácticas, se observó que en su realización también se pueden expresar características construidas como masculinas, como resistencia, fuerza, valentía, entereza, etcétera, y que al describirlas y describirse en ese entramado las entrevistadas se presentan como poseedoras de conocimientos de mujeres, posicionando a través de ello su poder maternal (Lagarde 2005, 418).

[Juventud] Uno de mis hijos estaba muy enfermo, y el doctor me dijo que tenía que tener mucho cuidado con él porque se podía lastimar [...] Pero yo siempre confié en Dios, yo veía a mi hijo correr y jugar y sabía todo lo que le podía pasar. Entonces sí te mortificas, y mucho, y más a un hijo, pero yo no podía decirle “no lo hagas”, porque no podía enfermarlo, o sea mentalmente. Yo decía “Señor, protégelo”, y siempre estaba al pendiente de dónde andaba, que no se subiera aquí o se dé un tropezón. Pero siempre dije “si eso pasa hay que aceptarlo. Señor, yo te pido que lo protejas, que lo cuides pero Tú eres el que da la última palabra”. Y a los 13 años mi hijo lo superó, por tanta oración,

tanto pedirle a Dios y suplicarle, Dios me ayudó, le quitó su problema. Yo le daba todas sus medicinas y hacía lo que me decía el doctor, pero era algo que no se podía quitar con medicamento, solo con oración (Alma).

En la adultez mayor siguen desarrollando prácticas de cuidado, y a través de ellas se siguen construyendo como cuidadoras, pero el envejecimiento interseca su capacidad para proveerlos y disminuye su espectro, habiendo ámbitos que quedan fuera de sus capacidades corporales y actividades que por tanto dejan de realizar, sobre todo aquellas relacionadas con el uso de la fuerza, como cargar, pero también, por ejemplo, el cuidado que supone cuidar a sus nietos porque se cansan.

Al mismo tiempo, las demandas disminuyen, al no tener dependientes directos, si bien el desarrollo de estas prácticas, que en esta etapa se vuelve más flexible, sigue siendo una exigencia social exclusiva de las mujeres cuando se trata de cuidados para su descendencia en primer o segundo grado, ya que, por ejemplo, quienes integran el primer grupo no solicitan este tipo de favores a sus padres varones, permeando la idea de su “disponibilidad y gusto natural” para dar cuidados como parte de su permanente instinto maternal, aunque la demanda disminuye de forma significativa. Sin embargo, en la adultez mayor, al igual que en el resto de las etapas, la exigencia de cuidados hacia sus parejas, padres o madres no cesa, y si bien a causa del envejecimiento cambian algunos patrones de su desarrollo como los anteriormente descritos (disminución de frecuencia, de intensidad, eliminación de algunas actividades no consideradas esenciales, etcétera), los cuidados siguen siendo una práctica obligada y esperada.

La otra cara de la moneda de esta trayectoria como cuidadoras y encargadas permanentes del trabajo doméstico es la imposibilidad de convertirse en receptoras de estas prácticas, toda vez que la CFH también implica la capacidad de las mujeres de satisfacer sus propias necesidades domésticas y no requerir ayuda externa en su desarrollo (Lagarde 2005, 433), caso contrario del varón, que en las diferentes etapas de vida permanece como receptor de este tipo de prácticas por parte de las mujeres. Salvo casos de imposibilidad corporal contundente, que pueden manifestarse en cualquier etapa, se revela una resistencia por parte de sus familiares a otorgarles cuidados y también a construirse como cuidadas.

Que las prácticas de trabajo doméstico y de cuidado se naturalicen como femeninas, conlleva que sus cuerpos de mujeres estén permanentemente obligados a realizarlas, una demanda social tanto interna como externa. Así, estas prácticas en la adultez mayor, cuando el envejecimiento y su nuevo rol de género intersectan su existencia, siguen dadoras de gran significado en la construcción de sí mismas, y en éstas se sostiene en gran medida su sentido de autonomía e independencia, como se irá viendo en los demás apartados.¹⁰⁸

Finalmente se tienen otro tipo de actividades que suceden fuera del hogar y que, aunque son femeninas, pues se relacionan con las necesidades de supervivencia de la familia, refieren en otro sentido a la corporeidad masculina, y comprenden actividades como adquirir víveres u otros insumos del hogar, hacer pagos, trasladar a los miembros de la familia al médico o a la escuela, llevarlos a comprar ropa,

¹⁰⁸ Goldenberg (2011), en el marco de su investigación “cuerpo, envejecimiento y felicidad”, al preguntar a sus entrevistados quién los iba a cuidar en la vejez, dijo que la mayoría de los hombres respondió que sus esposas, en cambio la mayoría de las mujeres dijo que ellas mismas.

etcétera. Como se puede observar en el siguiente fragmento, en la descripción de este tipo de prácticas que se llevan a cabo en el espacio de lo público –que es masculino–, las entrevistadas se expresan sobre formas de ser cuerpos asociadas a la CMH, como cuerpos en constante movimiento, libres, seguros, se presentan como mujeres sociables e inteligentes. Aunque en el desarrollo de prácticas femeninas, este tipo de práctica confiere la posibilidad de otros matices sobre la CFH.

[Juventud] Cuando trabajaba me ayudaban mucho las chamacas con todo lo de la casa, con los más chiquitos, era con lo que me ayudaban, siempre fueron muy hogareñas. Y yo, pues sí hacía cosas de la casa, claro, tenía que, pero ya también yo hacía más lo de que ir al súper, los mandados y eso, y ellas era con lo que me ayudaban con cosas de la casa (Ana Luisa).

Lo mismo expresan en la adultez mayor a la hora de relatar este tipo de prácticas como extensión de sus labores domésticas, es decir, con la finalidad de satisfacer sus necesidades en este rubro. A través de su desarrollo expresan libertad, movimiento e independencia, sin embargo el envejecimiento media sus prácticas, provocando cambios en la forma en que las realizan, en la frecuencia y tipos de mandados que efectúan y los que les permiten hacer, así como en los que piden ayuda, como cuando necesitan comprar cosas más pesadas y piden el favor a alguna vecina o a familiares. Este tema se retoma en el apartado de traslados, pues estos cambios se relacionan en gran medida con sus posibilidades en este rubro.

[Adultez mayor] Todavía camino bastante, voy al centro de salud que me queda a quince minutos, de ahí luego todavía me voy al súper [...] y luego ya ahora que tengo que ir al centro, ahí voy hasta el mercado y luego ya me vengo, hoy voy a aprovechar para llegar con el del celular [...] Al mercado voy de vez en cuando nomás, porque cuando paso por la otra tienda, todo lo compro ahí pues. Pero hay veces que quiero cosas de allá y tengo que ir (Teresa).

Hasta aquí hemos visto que los diferentes tipos de actividades que conforman el trabajo doméstico y de cuidado implican distintos elementos de la CFH y de la CMH, y suponen diferentes posibilidades de ser cuerpos de mujeres en su desarrollo. Estas prácticas presentan, también, otras características, relacionadas sobre todo con el contexto en que suceden, y refieren a diversos elementos de la CFH y en ocasiones también de la CMH. En el siguiente apartado analizamos lo referente a estas condiciones bajo las que se suceden este tipo de prácticas y las oportunidades de ser cuerpos que suponen.

Contexto de realización de las prácticas

La construcción de la corporeidad femenina también se expresa en otros aspectos que conforman el ámbito del trabajo doméstico. Dichas características delimitan sus posibilidades de asumir y ser cuerpos en el desarrollo de sus prácticas, al referir a diversos elementos de la CFH y de la CMH. En este apartado se analiza cómo se expresa la cultura corporal hegemónica en este ámbito, más allá del tipo de actividades que desarrollan, y sus consecuencias en la corporeidad que se asume y construye en la práctica. En el desarrollo de las prácticas de trabajo doméstico las entrevistadas asumen aspectos de la corporeidad hegemónica femenina y rechazan otros de acuerdo con las posibilidades estructurales.

La asignación de la reproducción de la familia como el eje de su rol de género y que este tipo de actividades sucedan principalmente en el hogar sostiene la pertenencia “natural” de la mujer a este espacio. Esta asignación limita su movilidad en otros ámbitos, la constriñe, y en esa permanencia se va construyendo su

pertenencia al mismo. Ese sentido de pertenencia lo encontramos cuando expresan pasar mucho tiempo en él y refieren estar acostumbradas a ello y sentirse cómodas – o más cómodas que en otros lugares–, cuando refieren al control que tienen sobre lo que ahí sucede e implican que éste les pertenece, cuando expresan directamente su preferencia por permanecer en él y/o hablan de lo felices que son ahí.

Como se muestra en el siguiente fragmento, cuando las entrevistadas hacen ese tipo de referencias en positivo suelen relacionar este gusto o preferencia con estar con su familia. Al hablar de su juventud, por ejemplo, referían constantemente que buscaban estar en casa para estar pendientes de los hijos(as) y de lo que ahí pasaba, lo que se relaciona con la responsabilidad de su rol doméstico y con la construcción de la felicidad en el entramado de la familia, adscribiéndose a los mandatos de la feminidad hegemónica.

[Adolescencia] Lo que me gustaba hacer era ayudar a mi mamá y a mi papá. ¡Cómo les ayudaba! A mí no me llamaba la atención irme a jugar y pues te digo que no, no nos dejaban ir a ningún lado, entonces ahí me la pasaba. Siempre estaba haciendo algo de la casa, les ayudaba mucho [...] pero yo era feliz ayudando a mis papás [...] (Teresa).

La trayectoria corporal en el espacio doméstico, en intersección con el envejecimiento y el nuevo rol social en la adultez mayor, se relacionan con que en esta etapa las mujeres confirmen su pertenencia a este ámbito. Independientemente de que algunas hagan énfasis en su gusto por hacer actividades fuera de casa, todas, sin importar su situación familiar (si la consideran armoniosa o no, o si viven solas o acompañadas), refieren gusto por estar en casa, y expresaron disfrutar su estancia en ella, sentirse cómodas, libres, independientes y felices.

Teresa, por ejemplo, expresó: “Yo estoy muy agusto aquí, yo soy feliz aquí en mi casa, le digo a mi hijo ‘ahí en mi casa soy la mujer más feliz del mundo’, le digo ‘es más, ahí ni yo me oigo roncar’”. Por su parte, Alma, a pesar de los constantes enfrentamientos con su esposo, durante la observación también expresó su preferencia por estar en su casa, donde también dijo sentirse feliz y disfrutar. Refirió que cuando no está su esposo ella “aprovecha”, pero que si él está, “no importa”, que ella se encierra en su cuarto “muy agusto” y se pone a hacer “sus cosas” (arreglar sus cosas, rezar, ver televisión, hacer sus ejercicios, etcétera).

La diferencia con etapas anteriores es que esta preferencia no se relaciona con sus familias o con el cumplimiento de su rol doméstico, sino con ellas mismas. Este cambio, como refiere Goldenberg (2011, 84), permite reflexionar que en esta etapa surge la posibilidad de un nuevo enfoque sobre la propia existencia, en el cual las mujeres consiguen –al menos en algunos ámbitos de sus vidas– dejar de existir para alguien más. Un cambio de un cuerpo para las y los demás a un cuerpo para sí mismas, que, sin embargo, conserva características de su existencia-condición de género, como esta preferencia más común de permanecer en casa que salir, un tema que se retoma en los próximos apartados.

La pertenencia de la mujer a este ámbito también se revela cuando expresan que sus redes más cercanas y fuertes son sus familiares y vecinas. Las entrevistadas refieren que gran parte de sus interacciones sociales suceden dentro o cerca de sus hogares o de sus familiares, y que se relacionan con el desarrollo de su rol de género en torno del trabajo doméstico y de cuidado de sus familias. Por ejemplo, en sus relatos sobre las visitas cotidianas a su familia de origen, expresaron que ayudaban

con el trabajo doméstico, cuidaban o acompañaban a sus familiares, o que se reunían con sus familiares y vecinos mientras cuidaban a sus hijos, cocinaban, tejían o realizaban otras labores domésticas. A su vez, la feminidad hegemónica contempla reproducir a la familia en el nivel afectivo, no solo en su relación con el trabajo doméstico., por lo que fortalecer esas redes para el bienestar de sus familias es, a su vez, una práctica maternal. Como se verá en el apartado de actividades de ocio, constantemente se desdibuja la línea entre un tipo de práctica y otra.

[Juventud] Y cuando me casé y tuve a la niña me iba yo allá con mi mamá y me estaba con ella. Y ya que mi esposo venía de trabajar me venía para la casa. Y ahí con mi mamá, ahí en la casa yo ayudaba y mis hermanas me ayudaban con la niña [...] Con mi mamá siempre había gente, que llegaban mis tías, mis primas y ahí nos la pasábamos con los plebes (Cecilia).

En sintonía con otras etapas, en la adultez mayor siguen siendo sus familias y vecinas sus redes más importantes. El tiempo que pasan en sus hogares durante esta etapa hace que inclusive quienes se mudaron a esas colonias en la adultez mayor o quienes dicen no frecuentar mucho a sus vecinos refieran sentirse seguras de contar con ellos en caso de cualquier necesidad. Describieron diversos tipos de ayudas que reciben, como mandados y que estén pendientes de su seguridad, de su salud y de sus pertenencias, y también dijeron recibir/hacer visitas, acompañarse, regalarse mutuamente platillos, postres, etcétera. Todas estas actividades relacionadas con lo doméstico y el cuidado. A su vez, todas refirieron que la mayoría de sus interacciones fuera de su domicilio son con sus familiares, y que en éstas frecuentemente también implican el desarrollo de tareas domésticas o de cuidado. La pertenencia de la mujer a este ámbito permanece como vínculo para diversas formas de interacción con los miembros de sus redes.

En general, independientemente de la etapa en la que se encuentren, del tipo de actividades que prioricen en el desarrollo del trabajo doméstico y de cuidado, sean físicamente demandantes o no, o dentro o fuera del hogar, cuando las entrevistadas se describen realizando múltiples tareas domésticas se expresan sobre un cuerpo activo, fuerte, resistente, en constante movimiento, características todas de la CMH. Refieren que su desarrollo les demanda distintas habilidades, talentos y saberes, y así construyen sobre su capacidad como mujeres de desarrollar eficientemente múltiples tareas, a diferencia del varón. En sus descripciones del trabajo doméstico, en este sentido, aluden características de la corporeidad masculina, si bien dentro del desarrollo de prácticas femeninas que encuentran su vigencia en el constructo del amor maternal (en un ser de y para las y los demás a través de ellas).

[Juventud] ¿Lo de la casa? Todo, todo, todo yo, yo sola, porque pues yo estaba sola todo el tiempo, yo no tenía esposo para que me ayudara, mi mamá, pues ya estaba grande, ya ella no salía más que al patio, de manera que yo lo hacía todo lo de la casa. Hacía la casa, iba al mandado [...] a las reuniones de la escuela, los llevaba que al doctor, hasta el pueblo, porque no había ahí en el barrio, y así cualquier cosa que se ofrecía. Y también trabajaba. Todo el tiempo trabajé (Alma).

El fragmento anterior también revela la percepción del tiempo en la realización del trabajo doméstico. En la descripción del desarrollo de estas múltiples labores expresan que, aunque ellas controlan su tiempo, éste no les pertenece, y que las demandas familiares que deben atender es lo que define su gestión, siendo sus integrantes quienes disponen de su tiempo, otra dimensión de ser para y de las y los demás a través del trabajo doméstico. Es común que también expresen un sentido de que éste no es suficiente, que no alcanza para realizar las tareas del hogar, sobre todo en la etapa de la juventud, que es cuando refieren la mayor carga, revelando que la

mayor parte de su día se va haciendo cosas para la familia y rara vez expresan usar su tiempo para ellas mismas.

En la adultez mayor, manifestaron disminuir la frecuencia e intensidad de las tareas domésticas y de cuidado, e incluso eliminar algunas de ellas dadas sus condiciones corporales o cambios en la demanda social. A pesar de ello, e independientemente del tipo de labores que realicen, en la descripción del trabajo doméstico siguen implicando un cuerpo activo, en constante movimiento, capaz de realizar múltiples tareas a las que dedican una parte importante de su tiempo. Refieren también que sus esposos, padres, hermanos, siguen disponiendo, de sus cuerpos y de su tiempo para la realización de las labores domésticas, al igual que su descendencia, aunque en menor medida, para cuidar nietos, hacerles compañía al efectuar mandados, les cocinen, etcétera, demandas que no realizan a sus padres y que al igual que en etapas anteriores se sostienen en el constructo de la maternidad, en su amor de madres.

[Adultez mayor] Un día estaba ya dormida y no lo oía que tocaba [su nieto], sino que mi sobrino le abrió, “ha de estar dormida”, le dijo, y ya abrí toda mensa, “estaba dormida”, le dije, “¿a qué vienes?”, a cenar seguro. “Ay sí, ay tú”. Y toda dormida me puse a cocinar [...] Ay pues es que él es el consentido, ¿tú crees que voy a dejar de hacerle? (Teresa).

Al construir el trabajo doméstico y de cuidado como una destreza corporal “natural” de la mujer, relacionada con su rol reproductivo, estas prácticas se tratan de la mujer haciendo lo que “naturalmente” sabe, debe, puede y gusta. De esta manera, las habilidades construidas como “propias” y “naturales” de sus cuerpos de mujeres implican no solo la posibilidad corporal sino también la disponibilidad permanente

para hacerlo, lo que se revela cuando, como se ha visto en diferentes fragmentos hasta ahora citados, expresan que en la distribución del trabajo doméstico y de cuidado son la primera, la mejor y a veces única opción para su realización, situación corporal que permanece hasta la adultez mayor. Si bien la demanda adquiere distintas características a causa del envejecimiento corporal y su nuevo rol como AM, se construyen, y las construyen, como siempre disponibles para el trabajo doméstico y de cuidado en la medida de sus posibilidades corporales.

Pero dicha construcción sobre su corporeidad, en la que las y los otros elaboran sobre sus posibilidades corporales, en ocasiones se revela muy distinta a lo que ellas perciben, como se expresa en algunas demandas antes referidas, como por ejemplo con relación al cuidado de sus esposos, o de mantenerse no solo independientes en el desarrollo del trabajo doméstico y de cuidado para ellas mismas, sino a la vez cumpliendo ciertos estándares. En ocasiones, también sucede en torno de tareas más puntuales, en las que, al insertarse en el instinto maternal, los límites corporales del envejecimiento, a los ojos externos, se desvanecen aún más, como en el cuidado de los nietos o de cocinar para consentir a sus familias. Es cuando refieren frases como “¿ni modo de decirle que no?”, o “¿cómo crees que no le voy a hacer lo que le gusta?”. Como se verá más adelante, este tipo de prácticas domésticas son en las que ellas mismas median mayormente la sensorialidad del envejecimiento que pudiese limitar su realización.

Finalmente, en la adultez mayor también refieren la ganancia de un tiempo para sí. En el caso de quienes viven solas, al ser las principales destinatarias de su trabajo doméstico, la práctica es en beneficio directo propio. A su vez, quienes viven

acompañadas disminuyen las prácticas para las y los demás, y también aparecen en su discurso las prácticas de trabajo doméstico para ellas mismas. En otras etapas estas prácticas no figuraban en sus discursos al describir su trabajo doméstico, lo cual no quiere decir que no las realizasen, pero se pierden en esa demanda de ser de y para quienes las rodean, que se revela tan intensa en la juventud. Esa nueva disponibilidad se relaciona directamente con su nuevo rol familiar, y cabe destacar que esta ganancia sobre su tiempo, no solo se presenta con relación a prácticas domésticas, sino también a prácticas que realizan en los demás ámbitos, como se irá viendo en los próximos apartados.

EL TRABAJO REMUNERADO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO

El trabajo comprende “aquellas actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos” (OIT 2020).¹⁰⁹ En la sociedad actual el trabajo remunerado es la principal actividad relacionada con el rol del varón como proveedor dentro de la construcción de la masculinidad hegemónica (Bonino 2002,18).

¹⁰⁹ El trabajo no remunerado, así como el trabajo forzado, se dejan fuera del análisis de esta tesis por los límites de tiempo establecidos para esta investigación. Ambos suceden bajo un esquema distinto al del trabajo remunerado, si bien carecen de los valores, recompensas y objetivos que lo caracterizan, por lo que requieren ser estudiados por separado.

La feminidad, como complemento y a la vez contraparte de ésta (que como dijimos en el apartado anterior se define con relación al trabajo reproductivo y al ámbito privado), coloca a las mujeres como ajenas a esta práctica y espacio socialmente construidos como masculinos. Sin embargo, todas las entrevistadas refirieron haber realizado este tipo de prácticas en alguna etapa de sus vidas; empero, su experiencia se configura bajo el orden de género imperante: “la masculinidad se asocia al rol productivo dominante en contraposición con la feminidad ligada al rol reproductivo, frágil y de subordinación” (Burin 2007, cit. en Vásquez y Urbiola 2014, 163).

En este apartado se elabora sobre las posibilidades de las entrevistadas de implicarse en prácticas de trabajo remunerado siendo mujeres, sobre la manera en que diversos aspectos de la masculinidad hegemónica conforman y ordenan este ámbito y delimitan sus posibilidades en el desarrollo. También, se analiza cómo este ordenamiento refiere a los cuerpos de los hombres y de las mujeres en oposición y subordinación en el entramado de la masculinidad y la feminidad hegemónica, estableciendo posibilidades para las prácticas de las mujeres que se sostienen en la CFH y que confirman cuerpos-identidades en ese sentido, pero que también, al ser un contexto que refiere a la esencia de lo masculino, comprenden nuevas posibilidades de ser cuerpos de mujeres en la práctica.

Como establecimos antes, en el orden de género las mujeres –y lo femenino– son cuerpos, se esencializan desde su capacidad reproductiva y a partir de ahí se construye su rol de género (Posada 2015, 108). Por su parte, la base de la masculinidad es la diferencia con lo femenino: ser hombre se traduce en una

identidad negativa, supone no tener nada de lo que en la cultura se construye como inferior –las mujeres (Bonino 2002, 24; Connel 1995, 2). La masculinidad, como oposición a la vida cotidiana y doméstica que conforma el mundo de lo femenino, supone la vida pública como el mundo de lo masculino, siendo los valores culturalmente definidos como propios de lo masculino los que dan forma a éste, que es al que pertenece el trabajo remunerado.

Mientras las características adjudicadas a las mujeres y lo femenino son ser para otros, la pasividad, la vulnerabilidad, la dependencia, etcétera, lo masculino se erige sobre la independencia, el dominio y la jerarquía (Ibid., 15). Mientras la mujer es cuerpo, es instinto reproductivo, y en sus prácticas de género es de y para las y los demás, el hombre es mente, es razón y es para sí en la práctica. El hombre está incitado al éxito social, a la sublimación (Cixous, 1995, 58, cit. en Posada 2015, 108), a la trascendencia, la actividad y la producción (Bonino 2002, 18), para los cuales el trabajo remunerado es un medio.

En la organización –división– genérica de la sociedad, bajo una falsa idea de complementariedad de género,¹¹⁰ la mujer es proveedora reproductiva para el varón y el varón es el proveedor económico, jurídico y social de la mujer (Lagarde 2005, 438). Así, el hombre adopta este papel ante su propia “incapacidad natural” de reproducirse en los diferentes niveles, que como contraparte implica la “incapacidad natural” de la mujer para desarrollarse en los ámbitos “masculinos”. En la relación de dominación que caracteriza las relaciones de género, esta asignación al varón como proveedor no se sostiene en su incapacidad reproductiva, sino en la construcción

¹¹⁰ Es en realidad una relación de dominio, servidumbre y dependencia (Lagarde 2005, 438).

sobre su capacidad de sostener su propio mundo, que implica “la responsabilidad y el derecho de control de los ‘suyos’” (Bonino 2002, 18).

Aunque el hombre no es cuerpo, la construcción de la masculinidad tiene una base corporal que lo diferencia de la mujer. En ese tenor, las características corporales de los varones son significadas en el entramado de la masculinidad hegemónica –y su rol social–, y en esa retroalimentación positiva entre lo biológico y lo socialmente construido se naturalizan como masculinas una serie de capacidades, destrezas, gustos, prácticas y espacios. Todo lo valioso y lo deseado en la cultura, bajo orden de lo masculino, se le adjudica al varón (Bonino 2002, 11), así, es importante destacar que todas las características que definen la identidad-corporeidad masculina son más valoradas socialmente, empezando por su cuerpo que es construido como físicamente –estructuralmente– superior al de la mujer (Courtenay 2000, 1389).

En torno de su mayor tamaño y complexión, más gruesa y robusta que la de la mujer, se sostienen capacidades como mayor resistencia, fuerza, destrezas y mejor desempeño físico, una construcción como cuerpo herramienta (Ibid., 1388, 1389; Bonino 2002, 18, 20). Lo anterior, a su vez, conlleva características psíquico-cognitivas y socioemocionales específicas: el varón no solo es fuerte físicamente, sino también emocionalmente, con aplomo, inhibición del miedo, valiente, en control de sus emociones –o carente de ellas–, pero a la vez agresivo y atrevido (Bonino 2002 18 y 20), poseedor también de mejores aptitudes, relacionadas con su mejor cuerpo-mente, como mayor inteligencia, racionalidad objetiva y despersonalizada (de la sabiduría y no la emoción), audacia y liderazgo (Ídem).

Esta superioridad, que abarca las diversas características que definen al varón, legitiman su dominio del mundo y su pertenencia por naturaleza a lo público: “la ideología patriarcal considera que el padre es el hombre pleno, el adulto que trabaja, que organiza la sociedad, y dirige el trabajo, la sociedad y el estado” (Lagarde 2005, 375). Él es “naturalmente” apto para desenvolverse ahí donde se disputa el poder real –pues el poder sobre su familia ya le viene dado (Lagarde 2005, 375) –, donde están los peligros, fuera del hogar, en lo público (Bourdieu 2000, 25). Y él es también el más compatible con este medio, pues comparte en su esencia las características que lo conforman, toda vez que son valores masculinos, como la competencia, la jerarquía, la dominación, el poder y el individualismo, los que conforman el ámbito y práctica del trabajo remunerado en la economía capitalista.

A su vez, como institución, el trabajo, al igual que el Estado, tiene una configuración masculina, y sus prácticas organizacionales se ordenan con relación a la división sexual del trabajo: hay una configuración de género en la contratación y promoción, en la división interna del trabajo, en los sistemas de control, en las políticas, en las rutinas prácticas y en la movilización del placer (Connel 1995, 8). En esa correspondencia entre la “naturaleza” masculina (características físicas, psíquicas, socioemocionales, habilidades, destrezas, etcétera), el ordenamiento masculino del ámbito y la construcción social de su rol como proveedor, el trabajo remunerado se fundamenta como masculino.

En oposición, la feminidad plantea a las mujeres como “naturalmente” ajenas a este espacio y sus prácticas. A pesar de ello, todas las entrevistadas refirieron haberse implicado en éste, y si bien dos de ellas trabajaron solamente durante

períodos cortos (Oralia y Cecilia), el resto ha trabajado durante casi toda su vida. Empero, el trabajo masculino se construye distinto del femenino, pues en el entramado de la masculinidad hegemónica su desarrollo no solo es parte de su rol, sino medio para su masculinidad (Calvario 2014, 54), pues es en la práctica donde se hacen hombres, proceso que se relaciona con el éxito, con el poder, con ser importante, siendo a través del trabajo que se hacen de diversos capitales y se separan y diferencian de la mujer y del ámbito de lo femenino, de lo doméstico.

En cambio, como se irá viendo en los siguientes apartados, en el caso de las mujeres el trabajo no se corresponde con su rol social. En el entramado de la feminidad hegemónica adquiere distintas características, no solo en su desarrollo, sino también en su significación, y su práctica se fundamenta como una necesidad económica relacionada con la satisfacción de necesidades primarias, o con obtener una capacidad adquisitiva que les permita acceder a otro tipo de bienes que, como define Imaz (2007, 36), les hagan sentirse “integradas a la sociedad”.

El trabajo, así, surge como necesidad ante la ausencia o imposibilidad del varón de proveer en el nivel que ellas requieren o esperan. Es a partir de la maternidad –y como se verá, a veces desde antes–, que se convierte en una práctica maternal, en una extensión de su trabajo como cuidadoras y encargadas del bienestar de sus hijos, una expresión más de un cuerpo para las y los demás (Lagarde 2005, 144). Aun así, refiere a una corporeidad en tensión con la feminidad hegemónica, pues implica salirse del rol materno-conyugal ideal de dedicarse solo al trabajo doméstico y de cuidado (Ídem).

Construcción del trabajo remunerado como práctica de género

En la descripción del rol familiar que desempeñaban sus padres y madres, se observa que las entrevistadas construyen el trabajo remunerado como una práctica masculina, donde es el varón quien trabaja, es al que le corresponde, y quien está en posibilidad de hacerlo. Dijeron que sus padres fueron los encargados de trabajar y de mantener a sus familias mientras ellas y sus hermanos vivieron en la casa familiar, y que eran quienes tomaban las decisiones relacionadas con la economía familiar –como la administración de los recursos, decidir quién estudiaba y quién trabajaba, el lugar de residencia de la familia en función de su trabajo, etcétera–, revelando que éste era un ámbito de dominio del varón como jefe de familia.¹¹¹

Al relatar lo referente al trabajo de sus padres, las entrevistadas resaltaron una serie de características físicas, mentales, emocionales y sociales que éstos poseían y les permitieron desempeñar esta actividad de la forma en que lo hicieron.¹¹² Los describieron como inteligentes, trabajadores, visionarios, valientes, aventureros, líderes familiares y comunitarios, respetables, responsables, fríos, calculadores, decididos, hábiles, fuertes, etcétera, características todas de la masculinidad hegemónica (Bonino 2002). El siguiente fragmento es ejemplo de ello:

[Niñez] Mi papá cuidaba un campo. Él era el que se encargaba de todo el campo, y después no sé, le gustaba andar de aventurero, que empezó a trabajar en el campo en diferentes partes y toda la familia junta pues lo seguíamos [...] hasta se llevó también a mi tía para el otro lado [...] luego ya

¹¹¹ Ser encargado de administrar los recursos familiares se traduce en un poder y control más allá de lo económico.

¹¹² Solo Eva no vivió con su padre en su niñez, pero al hablar de su trabajo, también lo describió en el mismo sentido que el resto de las entrevistadas, aunque no fuera el proveedor principal de la familia y no participara de la mayoría de las decisiones familiares.

se tuvo que venir y ya nos regresamos allá el pueblo [...] Luego se estableció en Culiacán y ya mandó por mi mamá y nos fuimos todos para allá (Teresa).

Como contraparte, en la descripción del rol familiar de sus madres y las actividades relacionadas con su desarrollo se observa la construcción de lo femenino como “naturalmente” ajeno a este ámbito. La única que refirió que su madre trabajaba la describió como incompatible con el trabajo, como que no contaba con las características necesarias para desarrollar con éxito esta actividad (que no era muy activa, era perezosa, introvertida, débil de carácter), mientras las demás describieron prácticas de trabajo no-remunerado de sus madres.

Una de ellas dijo que su madre trabajaba ayudándole a su papá. Las demás dijeron que sus madres se dedicaron al hogar y que no trabajaron, aunque después también se reveló que más bien las formas en que algunas de sus madres desarrollaron esta actividad les eran invisibles, ya que refirieron que éstas “ayudaban” a sus padres en sus negocios. El relato de Ana Luisa es ejemplo de ello, se compone de dos fragmentos de diferentes momentos de la entrevista. Como señala Lagarde (2005, 117), el trabajo de la mujer generalmente no es concebido como tal, pues al relacionarse con su rol reproductivo se vuelve un hecho natural y no una actividad social creativa, como en el caso del varón: ayudar a su pareja en el trabajo es parte de sus cuidados hacia éste y hacia su familia.

[Niñez] Mi mamá se dedicó al hogar, nunca trabajó, mi papá (x) ella se encargaba de todo lo de la casa y mi papá se dedicaba a trabajar [...] Cuando vivíamos allá en Caborca, todos le ayudábamos a mi papá en la tienda, mi mamá ahí se la pasaba y pues nosotros también ahí con ella (Ana Luisa).

Corporeidad de género aprendida

La construcción del trabajo como práctica masculina empieza a concretarse en sus vidas desde etapas tempranas, a través de diversas formas de exclusión de los procesos de formación para su realización. Este tipo de trabajo, a diferencia del trabajo doméstico, que se construye como un instinto y que no se necesita aprender (aunque como ya dijimos es un aprendizaje), se liga a procesos más formales de capacitación para la adquisición de los conocimientos y habilidades específicas para su desarrollo, mismos que, a su vez, se relacionan con la identidad-corporeidad masculina hegemónica, con características, capacidades, gustos y roles socialmente construidos como propios de los varones que los hacen aptos para aprenderlos –los mismos que los hacen aptos para el trabajo. Como refiere Calvario (2014, 54), el inicio laboral es a su vez un rito de iniciación para los varones, para afianzar su masculinidad, más allá de la finalidad de obtener ingresos. En sus relatos, las entrevistadas distinguen sus experiencias de las de sus hermanos varones, reconociendo distintas expectativas y oportunidades a razón de su sexo.

Por ejemplo, Alma comentó que, durante su adolescencia, sus hermanos se iban a trabajar a la mina con su papá, mientras que a ella la mandaban a trabajar en el cuidado de niños y aseo de la casa de una vecina. La transmisión del oficio a los hijos varones obedece a la división sexual del trabajo, y significa tanto un legado como una preparación para cumplir con su rol como proveedores. Este caso es ejemplo de que el distanciamiento corporal-social con el padre conlleva que se le asuma incapaz de dominar habilidades que éste ostenta como varón –es decir,

relacionadas con la masculinidad hegemónica–, y que ante necesidades económicas de la familia se les asignen actividades construidas como femeninas para desarrollar fuera o dentro de casa.

Por su parte, la contribución de Teresa a la economía familiar, no consistía en que sus padres se la llevaran a trabajar al campo o la mandaran a trabajar a otro lado, sino que la dejaban cuidando a sus hermanos pequeños mientras los demás salían a trabajar. Su trabajo es femenino, se corresponde con su cuerpo, y al ser reproductivo, a pesar de su edad, le viene natural y carece del sentido de trabajo como actividad productiva (Lagarde 2005, 404).

A su vez, la formación de las niñas en el ámbito del trabajo remunerado no se considera prioritaria, pues no se relaciona con el desarrollo de su rol de género como futuras madresposas (a diferencia de lo que se observó sobre las labores domésticas). La educación formal a través de la escuela es otra forma de preparación para el trabajo, y si bien todas las entrevistadas asistieron a la misma,¹¹³ este espacio, aunque incluyente de la presencia de las mujeres, se ha caracterizado por reproducir y transmitir estereotipos de género (Lechuga, Ramírez y Guerrero 2016, 111).

¹¹³ Las entrevistadas asistieron a la primaria y secundaria entre finales de la década de 1940 y principios de 1960. A partir de la década de 1950 inicia en México un proceso de expansión educativa que buscaba incrementar el número de escuelas, docentes y estudiantes, y que se caracterizó por un énfasis en un mismo tipo de instrucción fundamental para la vida en sociedad en escuelas urbanas y rurales. En esa época la primaria era obligatoria, aun así, había importantes diferencias entre la matrícula de niños y niñas, y la oferta educativa incluía materias exclusivas para las niñas, relacionadas con las labores del hogar (Meneses 2002, 408) Los planteles que ofrecían educación secundaria eran limitados, y este tipo de educación se impartía en escuelas privadas, públicas generales, y dado el proceso de industrialización del país se empezó a impulsar un sistema de educación técnica secundaria. La participación de mujeres en este nivel era mucho menor a la de los varones. Por ejemplo, en 1958, en las 665 secundarias dependientes de la SEP había cerca de 80,000 varones y 40,000 mujeres (Ibid., 412), mismas que, a su vez, tenían una oferta curricular que pretendía atender los intereses diferenciados de hombres y mujeres –como por ejemplo electricidad y carpintería para los primeros, y corte y confección y economía doméstica para las segundas (Ibid., 115-116, 284-285, 413-414).

Las posibilidades de asistir y la experiencia escolar se entrecruzan con los roles y expectativas de género de acuerdo con las costumbres, la religión, la situación económica, el lugar de residencia, entre otros (Lagarde 2005, 144). Es un espacio cuya forma de organización y valores son predominantemente masculinos, guiado por los mismos valores (jerarquía, competencia, individualismo, etcétera) que conforman las bases del trabajo remunerado, lo que, a su vez, posiciona a la mujer como incompatible con éste ámbito. Todo esto genera distintas posibilidades para desarrollarse en él, y por ende distintas experiencias para hombres y mujeres.

Aun así, en general, las entrevistadas refirieron que disfrutaron mucho asistir a la escuela, y elaboraron sobre esta experiencia como una muy positiva y gratificante. Cuando Alma relató que tuvo que dejar sus estudios por cuestiones económicas en la familia, expresó que lo vivió como una gran pérdida. En contra de lo que plantea la feminidad hegemónica sobre la pertenencia de la mujer al ámbito de lo doméstico, las entrevistadas asumían la escuela como un lugar al que les gustaba pertenecer, un sentido de pertenencia que se relaciona con poseer las características necesarias para desarrollarse de forma positiva en este espacio.

En la descripción de su experiencia escolar en ese sentido, asumen características físicas (activas, resistentes, fuertes y hábiles para el deporte), intelectuales-cognitivas (inteligentes para las clases, poseedoras de los saberes necesarios para manejarse con éxito en ese ámbito), emocionales (decididas, confiadas, gusto por asistir y aprender) y sociales (sociables, líderes) relacionadas con la masculinidad. De esta manera se revela cómo este contexto de valores y prácticas predominantemente construidas como masculinas se presenta como una

oportunidad para las mujeres de conformar otras posibilidades corporales (Esteban 2004, 250).

[Niñez] Yo era muy participativa en la escuela y era muy inteligente, mi mamá siempre me lo decía, yo la primaria me la llevé así muy bien, muy fácil [...] (Eva).

[Niñez] Mira llegaba morada uno, no roja, de lo que corríamos y los juegos que hacíamos. Yo la gozaba la escuela. [...] Yo llegué y entré a segundo directamente, ya me sabía todo lo de primero, mi papá me enseñaba en la casa y todo me lo aprendía, siempre fui muy buena para la escuela [...] (Teresa).

Sin embargo, la experiencia de las entrevistadas no deja de ser femenina. En sus relatos también se revela el ordenamiento de género de este ámbito que las segrega y subordina y que hizo que su forma de pertenecer y desarrollarse en este espacio fuera distinta a la de sus compañeros varones. Sobre sus prácticas escolares fue común que refirieran gustos y destrezas sobresalientes en actividades femeninas, como baile, costura, declamar, cantar. Asimismo, sobre todo durante la secundaria, refirieron, por ejemplo, platicar con las amigas en lugar de jugar en la cancha durante el receso como los varones. Todas estas características de su experiencia refieren a la corporeidad femenina hegemónica y su relación con la estética e imagen femenina, al “temperamento”, gustos y personalidad de la mujer u otros aspectos relacionados con el rol materno-conyugal femenino.

El orden y el poder de lo masculino también se expresó como limitante de sus prácticas cuando relataron las distintas formas de acoso que vivieron por parte de maestros y/o compañeros, el haber estado constantemente preocupadas y alertas por cuidar su reputación como mujeres, que no las dejaban reunirse después de clase

para hacer tareas o para socializar, fuera con hombres o mujeres, y/o que a veces ellas eran las que tenían que faltar –no sus hermanos varones– para cumplir con alguna necesidad de trabajo doméstico de la familia. En etapas tempranas, estudiar formaba parte de su deber-ser como niñas/adolescentes-mujeres, de su responsabilidad como hijas, pero el objetivo social de esta práctica es distinto al del varón, y no se relaciona con el desarrollo de actividades laborales en el futuro, pues éstas no conforman parte de su rol de género, por lo que no tiene la misma importancia.

Así, esta contradicción que representan el sentido de pertenencia de las entrevistadas a este espacio y las diversas formas de exclusión vividas después se transforma en una exclusión “natural”. Las entrevistadas coinciden en haber cursado máximo hasta la secundaria o su equivalente, y los límites estructurales sobre esta práctica como mujeres se revelan normalizados en sus relatos al dar como terminada su formación escolar y plantear su trayectoria escolar como regular. Aunque refirieron que sus hermanos varones siguieron estudiando, no relataron el fin de este ciclo como una carencia o pérdida –como Alma, quien dejó la escuela en la primaria–, sino como la costumbre para las mujeres de la época. Cambiaron esta práctica sin resistencia por la expectativa del nuevo rol de género que les correspondería en su siguiente etapa como madresposas.

[Adolescencia] Yo ya después de la escuela yo me quedé ayudándole a mi mamá [...] mis hermanos si le siguieron pero ya yo y mi hermana ya no, las chiquitas tampoco [...] no sé por qué, me imagino que porque así era en ese tiempo (Oralia).

Es de destacar una trayectoria en la que se concreta la exclusión de lo femenino del proceso de formación para el trabajo de diferente manera. El siguiente relato es un ejemplo de la incompatibilidad corporal-social de lo femenino con este espacio, pues la entrevistada revela aspectos que refieren a la identidad femenina hegemónica como “naturalmente” ajena a este entorno masculino, al referir padecer una enfermedad mental-emocional que deviene de la incompatibilidad corporal-social de la mujer con este ámbito,¹¹⁴ lo que ocasionó que prefiriera dejar la escuela y optara por quedarse en casa ayudando a su mamá durante la adolescencia.

Cecilia, en este caso, no relató haber vivido este episodio como una pérdida, y su decisión fue validada sin mayor problema por su entorno cercano. Esto refleja la configuración genérica de la práctica que hace que su realización sea flexible para las mujeres. El dejar de asistir a la escuela no se consideró transgresión de su deber-ser como hija al sostenerse en un cuerpo de mujer “naturalmente” incompatible con este ámbito, y al sustituirse por una práctica femenina en la que la imposibilidad desaparece. Dejar la escuela es a un tiempo expresión y efecto de la corporeidad femenina hegemónica, pues la enfermedad surge y se sostiene en la imposibilidad corporal-social de satisfacer las exigencias de este entorno masculino, mientras que esta misma corporeidad es compatible con lo doméstico.

[Adolescencia] Pues yo me enfermé de los nervios después de que entré a la secundaria y ya no quise seguir en la escuela. [...] Me dio de repente, a los trece años que me dio la regla. [...] de repente empecé que a dispararles cosas

¹¹⁴ Los nervios, la histeria, son enfermedades mentales-emocionales que se naturalizan femeninas al sostenerse culturalmente en cambios hormonales asociados al sistema reproductor de la mujer (como la menstruación, el parto, puerperio o la menopausia). Desde la antropología médica se plantea que estas enfermedades refieren a un entramado sociocultural de género que provee las pautas para la experiencia del padecer, y que estos padecimientos surgen, se viven e interpretan a partir de este contexto (Juárez 2006, 249-250).

a las muchachas en la escuela y no traía dinero, cosas así, “yo creo que está enferma la Cecilia”, decían. Y ya yo lo tuve mucho tiempo, el doctor le dijo a mi mamá que me dieran té de azar y que así me tuvieran, pero yo ya me enfadé y ya no quise ir a la escuela. Quince, dieciséis, diecisiete, ya no fui a la escuela y me quedé ayudándole a mi mamá, y con mis hermanos, yo era la mayor [...] Solo se me fue quitando y ya empecé a trabajar con una señora que le ayudaba en su casa (Cecilia).

Respecto de otras etapas, algunas refirieron haber vuelto a tomar cursos o capacitaciones para el trabajo cuando sus hijos crecieron. A medida de que se impone su destino corporal-social como mujeres madresposas, se concreta su exclusión de estos espacios formativos por su incompatibilidad con el nuevo rol que asumen, y porque la misma dinámica de éste no se los permite. Sin embargo, quienes volvieron a tomar cursos o capacitaciones relacionadas con el trabajo relataron sus experiencias de forma muy similar a lo vivido en la escuela: como logros, como experiencias positivas, como prácticas en las que se revelan sus atributos y habilidades, como su inteligencia, decisión, valentía, capacidad de lograr lo que se proponen y de asumir retos, etcétera.

Así, se observa que en el desarrollo de estas prácticas, construidas como masculinas en las diversas etapas, integran características en ese sentido. Sin embargo, no son experiencias comunes, la exclusión y la no pertenencia a este espacio se revela al contrastar la vida de quienes tuvieron hijos (solo una refirió haber tomado este tipo de cursos y fue en la adultez) y la trayectoria de quien no tuvo hijos, donde este tipo de experiencias es una constante en su vida, como refiere en el siguiente fragmento.

[Juventud-Adultez mayor] Yo me hice muy sociable y me gustaba mucho aprender y me informaba y tomaba cursos. Como a mi papá, el no tuvo

escuela pero le gustaba aprender cosas, una vez contrató a un maestro para que le enseñara inglés, aprendió a hacer artesanías, o sea todo lo que podía aprender, él lo aprendía. Yo también, estudié un curso de contabilidad para ayudarlo a mi cuñado con su negocio porque él tampoco tenía escuela, y luego me metí a lo de la repostería, a un curso en la universidad y ahora a lo de los diabéticos, siempre me han interesado ese tipo de cosas y le busco (Berenice).

Cuerpo, género y posibilidades para las prácticas de trabajo remunerado de las mujeres

En las descripciones sobre sus madres y padres vimos que las entrevistadas construyen lo femenino como ajeno a este ámbito, si bien en la descripción de sus experiencias cotidianas revelan la manera en que como mujeres se han implicado –y se implican– en esta práctica, que se corresponde con el rol del varón. La configuración genérica del medio delimita sus posibilidades para sus prácticas de trabajo por ser mujeres, pues en contraste con el trabajo doméstico y de cuidado –que se trata de una práctica y un entorno femeninos–, la esencia masculina del trabajo ocasiona que en su desarrollo se asuman más aspectos de lo masculino.

Igualmente, la pertenencia al grupo de las mujeres ocasiona que su desarrollo se interseque por la feminidad hegemónica, creando posibilidades para la práctica específicas para las mujeres en las que se revela el orden de género imperante. Esta configuración genérica de la práctica es el tema que se explora a continuación, y en torno de ella también se analiza la forma en que el envejecimiento como situación corporal y social interactúa con dicha configuración de género y redefine –o no– las posibilidades para la práctica.

Tipos de actividades

La cultura corporal hegemónica conforma el abanico de posibilidades en el que las entrevistadas articulan sus prácticas de trabajo. El tipo de trabajo que realizan y las condiciones bajo las que desarrollan sus prácticas se delimitan por la construcción corporal-social de lo femenino bajo el orden de lo masculino, características que conforman el medio, refieren a las corporeidades hegemónicas, y producen cuerpos en ese sentido. En este apartado se analiza la manera en que la cultura corporal hegemónica delimita el tipo de prácticas que realizan las entrevistadas y las posibilidades de ser cuerpos de mujeres que establece.

Aunque el trabajo remunerado sea una práctica masculina, éste ámbito se conforma de actividades masculinas y femeninas. Su clasificación se relaciona con los roles de género hegemónicos. Las actividades femeninas suelen ser mayoritariamente realizadas por mujeres, pues su configuración genérica les facilita su desarrollo. Como se verá a continuación, comprenden actividades que obedecen a la construcción sobre la feminidad hegemónica y su “naturaleza” reproductiva (Lagarde 2005, 398), y se relacionan con una idea de corporeidad que se sustenta en la maternidad y su habilidad “natural” para el trabajo doméstico y de cuidado descritas en el apartado anterior. Cuando las mujeres realizan estas actividades se trata de las mujeres haciendo actividades de mujeres, que se supone que ellas saben hacer, que se les dan de forma “natural”, y que por ende les corresponden por su género.

Anker (1997, 355-356) hace referencia a algunos estereotipos de género que se relacionan con la segregación de las ocupaciones entre hombres y mujeres:

disposición natural de la mujer a ocuparse y cuidar de las y los demás, destreza y experiencia en las tareas del hogar, mayor agilidad manual fina, mayor honradez, aspecto físico atractivo, renuencia a supervisar el trabajo ajeno (las descalifica de ocupaciones de supervisión y dirección), menor fuerza física, menor aptitud para la ciencia y las matemáticas, menor disposición a viajar, menor disposición a afrontar el peligro físico y a emplear la fuerza física, mayor disposición a recibir órdenes, mayor docilidad, menor inclinación a quejarse del trabajo o de sus condiciones, mayor disposición a aceptar un salario bajo, menor necesidad de ingresos, mayor interés por trabajar en casa. Éstas y otras creencias sobre la mujer, que vienen de la naturalización de su rol reproductivo y de su posición en el orden de género, van delimitando las condiciones que caracterizan el trabajo de las mujeres.

En los relatos de las entrevistadas se observa que a éstas se les facilitaba acceder a este tipo de trabajos femeninos (que por sus prácticas y valores refieren a diversos aspectos de la feminidad hegemónica), y que desempeñarse en ellos les representaba menos obstáculos en el desarrollo de su vida cotidiana como mujeres. Así, cinco de las siete entrevistadas, en alguna(s) etapa(s) de su vida desempeñaron trabajos relacionados con labores domésticas y de cuidado, tales como lavar o coser ropa, hacer comida o postres, hacer manualidades –adornos–, cuidar niños o personas enfermas, ordenar o asear casas u oficinas, entre otras. En el desarrollo de actividades tan variadas como éstas reafirmaban la CFH descrita en el apartado del trabajo doméstico, que implica su capacidad y responsabilidad de embellecerlo todo y/o de servir, atender y cuidar a las y los demás mediante la reposición cotidiana de diversos tipos de energías vitales (Lagarde 2005, 119).

[Adultez] Cuando me vine, me dice mi hija: “mamá compre flores y haga arreglos”. “Yo nunca he hecho eso, no sé hacer arreglos”. “Mire la voy a llevar, ¿ve cómo están todos los arreglos en las importaciones?, pues trate de hacerlos igual, y con el dinero que trae lléveselo de flores y todo y allá las hace”, me dice. Y pues le hice caso. Y entonces me vine y ya fui a la cerámica y compre bases y empecé, ni sabía cómo, yo le hice la lucha, la mente la puse a trabajar y empecé a hacer arreglos. Aprendí, y a veces tenía yo las flores ahí y las bases y no sabía cómo hacerlos y ya me acostaba y estando acostada se me venía a la mente cómo y, ¿sabes que hacía?, me levantaba y me ponía a hacerlo el arreglo y ya luego me acostaba. Y en la mañana despertaba y ya estaba mi arreglo muy hecho. Me inspiraba [...] Desde chiquita yo aprendí así que a coser, a bordar, en realidad siempre se me ha dado hacer ese tipo de cosas (Teresa).

Este tipo de actividades ya no fue común en la adultez mayor, observándose que la sensorialidad del envejecimiento intersecta sus prácticas y ocasiona cambios. Cuando relataron haber dejado de realizar estas actividades expresaron que se cansaban, que les dolía, que ya no podían hacerlo debido a nuevas condiciones corporales, como enfermedades, o porque les requería más energía, fuerza, etcétera. El siguiente fragmento es ejemplo de ello, en él, Eva revela el desgaste corporal como consecuencia de este tipo de trabajo, mismo que en el curso de su trayectoria no solo la motivó a irlo dejando poco a poco y empezar a inclinarse más por las ventas (actividad que sigue realizando hasta ahora), sino que además se manifiesta en su corporeidad actual, pues ahora tiene sus prótesis en las rodillas y revela distintas maneras en que esta nueva situación corporal media sus actividades en los distintos ámbitos.

[Adultez-Adultez mayor] Allá tenía unas casas que arreglar de hasta tres pisos, me la pasaba bajando y subiendo escaleras. Estaba yo en el tercer piso, en el de abajo, y el niño en la mañana me aventaba el biberón así y ya sabía yo que tenía que irle a hacer una mamila, y hasta el primer piso, donde estaba la cocina y ¡ay un trabajal! En esas subidas, allí me lastimé las rodillas, me las achaté ((se golpea sus rodillas con las manos)), porque también era mucho el peso [...] Ahora me voy a Los Olivos por allá, hay una como plaza así donde

se pone mucha gente. [...] Hace mucho que no voy, que primero el calor, luego que la lluvia y luego que me enfermé. Queremos ir este sábado y domingo, dice mi amiga que quiere ir también. Ya no me voy sola porque no puedo cargar mucho ¿ves? por mis rodillas, pero nos vamos a veces las dos en su carro [...] (Eva).

Otro trabajo recurrente en las diferentes etapas de las entrevistadas fueron las ventas, actividad que también se construye como femenina (Anker 1997, 355). Sin embargo lo que se vende, cómo se vende, y dónde se vende, son características que cargan la actividad de mayores elementos masculinos o femeninos. Cuando se desarrollan en tiendas formales operan bajo esquemas más masculinizados, en cambio, en casos como los de las entrevistadas otras características femeninas convergen en su desarrollo, lo que conduce a reafirmar su corporeidad en ese sentido. Los artículos que las entrevistadas vendían refieren a la corporeidad femenina hegemónica, pues eran dirigidos a mujeres para el desarrollo de su rol tradicional de género (artículos para el hogar, de salud o belleza, ropa, accesorios); a su vez, en los siguientes fragmentos se observa que al venderlos las entrevistadas se expresan como expertas y conocedoras de este tipo de artículos.

Por su parte, en el desarrollo de esta actividad se refieren habilidades también construidas como femeninas, como capacidad para convencer, que les gustaba mucho platicar y conocer a sus clientes, que generaban confianza en ellos, relaciones de amistad, etcétera.¹¹⁵ El tipo de ventas que realizan integra también otros elementos que se analizan más adelante: son en su mayoría ventas por catálogo, a

¹¹⁵ Lagarde (2005, 347-348) elabora sobre este tipo de intimidad con relación al chisme, como intercambio coloquial entre mujeres en el que comparten acontecimientos de la vida diaria, experiencias y aprendizajes, con los que se sostienen relaciones de amistad y complicidades entre ellas.

domicilio o en sus propias casas, y con clientes que eran vecinos, familiares o amigos, y en algunas ocasiones en oficinas, escuelas o tianguis de su comunidad.

[Juventud- Adulthood mayor] Yo siempre he vendido ropa. La vendo en la casa o saco para el porche [...] Y vendo también ahí en el grupo. Me traigo mis bolsas de ropa y ahí las ajuereo a todas. Y luego gusta mucho mi ropa. Por ejemplo, si les gusta esta blusa que traigo puesta “¡ay apártamela!” (Eva).

En la adultez mayor las ventas persisten como un trabajo común entre las entrevistadas, pues aunque el envejecimiento no deja de intersectarlas es una actividad que se puede adaptar a su nueva corporeidad en esta etapa, como se reveló en el fragmento en el que Eva relata que por los problemas de sus rodillas y su dificultad para cargar ya no iba tan seguido a vender a la plaza. Por su parte, Alma refirió que ya no vende en el GAM porque no puede cargar la ropa a causa de su insuficiencia, pero que sus clientas, aunque ya tiene pocas, van a su casa. Teresa, por su parte, dijo ya no vender en ningún otro lugar más que en el centro de salud, porque ya no se puede trasladar tan lejos como antes; comentó que se le hace pesado y peligroso, y que le preocupa, sobre todo, el riesgo de caerse en los camiones por andar con el carrito que usa para llevar sus productos, además intenta ir menos días a la semana para no cansarse.

Tres de ellas trabajaron en diferentes etapas como secretarias, que es también una actividad femenina (Lagarde 2005, 398). Aunque suceda en entornos masculinos, como por ejemplo en oficinas de abogados o en un sitio de taxis, el tipo de trabajos a las que ellas tienen acceso es femenino y en su realización reafirman la CFH. Implica el desarrollo de labores domésticas y de cuidado de varones, como

hacer el café, encargarse de sus agendas y relaciones, a veces también limpiar y adornar, atender asuntos privados para sus jefes, etcétera (Ídem).

En sus relatos, las entrevistadas también refirieron ser reconocidas por sus superiores y colegas por características o atributos asociados con lo femenino, como por ejemplo que las buscaban para recibir sus consejos, que confiaban en su honestidad, etcétera (Anker 1997, 355). Todas éstas son otras formas de asumir un rol materno-conyugal más allá de sus familias y de reafirmar en la práctica la CFH, sin embargo, dada la estructuración masculina de este tipo de actividad formal (que se explora en el siguiente apartado), es poco común que las mujeres, sobre todo las madres, permanezcan o se incorporen en este esquema de trabajo¹¹⁶.

[Juventud] Pues llegaba, ponía la cafetera y veía que pendientes había, y yo le pasaba sus citas y eso y pues lo normal, contestaba el teléfono (x). A mí me tenía mucha confianza mi jefe, luego, luego me dio a mí las llaves, y yo tenía (x), yo manejaba la caja chica y también le hacía (x) le ayudaba con cosas de él, personales, que para sus hijos o para él, me tenía mucha confianza. Aparte yo me hice muy amiga de las de ventas y él me preguntaba que sí que pasaba con fulanita, y ya yo le ayudaba con eso también. Ya luego me dio la oportunidad de cambiarme a ventas y pues no la pensé dos veces, yo ya sabía que era más dinero, por las comisiones, y ya ahí me quedé muchos años en ventas (Berenice).

En la adultez mayor ninguna realiza este tipo de trabajo. La organización formal del trabajo en el sistema económico imperante plantea la vejez como fin de la edad productiva, y por ende de la trayectoria laboral, por lo que es poco común que se contrate a PAM bajo este esquema. A su vez, bajo este formato de actividad formal que genera prestaciones de ley, una de éstas es el derecho a una pensión en la adultez

¹¹⁶ Incluso después de la etapa de crianza de los hijos, pues el trabajo “se concibe como algo poco permeable, una vez que se sale, se considera difícil retornar” (Imaz 2007,38). A su vez, la organización del trabajo como especialización y experiencia es poco receptor de la interrupción en las trayectorias o ingresos “tardíos”.

mayor, por lo que las entrevistadas se colocan en el tiempo en el que les tocaría acceder a ella. Empero, entre las entrevistadas solo Ana Luisa cumplió con los requerimientos de horas trabajadas para obtener dicha prestación, hallándose pensionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, mientras el resto recibe un apoyo económico por parte del gobierno federal –el cual, en abril del 2021 era de \$2,550.00 bimestrales (Secretaría del Bienestar 2021).

Contexto de realización de las prácticas

A continuación se analizan diversas manifestaciones de la cultura corporal hegemónica que configuran las prácticas de trabajo remunerado de las entrevistadas, más allá de los tipos de actividades de trabajo, y se estudian los límites que la construcción corporal-social de lo femenino impone sobre sus prácticas y cómo, en su desarrollo, se afirman/conforman corporeidades en ese sentido. A su vez, elaboramos sobre otras posibilidades de ser cuerpos que surgen con relación a la esencia de lo masculino como eje en la configuración de este tipo de práctica.

En las descripciones previas sobre sus padres y madres las entrevistadas plasmaron la asimilación de la división sexual del trabajo en la familia, el cual, construido como práctica masculina, también se revela en la descripción de sus propias experiencias en este ámbito. Aunque todas dijeron haber trabajado alguna vez, su forma de implicarse en esta práctica y de asumirla expresa esta no correspondencia a razón de género, y cuando se concreta en ellas su destino corporal de género y asumen su rol de esposas, todas lo hicieron bajo el acuerdo de

conyugalidad tradicional, en el que su deber-ser como mujeres era encargarse de lo doméstico y el de sus parejas proveer económicamente para la familia.

Así, en el principio de sus vidas en pareja, quienes sintieron sus necesidades económicas resueltas no trabajaron, e inclusive quienes trabajaban dejaron de hacerlo. Como señala Imaz (2007, 367), prima la idea de que el varón se considera el principal proveedor, y en las familias solo el trabajo de la mujer es sopesado en su relación con el trabajo doméstico, y sobre todo en lo concerniente al cuidado de los hijos, siendo ellas las únicas que se cuestionan o son cuestionadas sobre su permanencia en el trabajo remunerado. Solamente la ausencia o incapacidad total o parcial del varón para proveer es condicionante para continuar trabajando o empezar a hacerlo.

[Juventud] Vivíamos en buenas casas, en colonias bien, bien acondicionado todo, teníamos todo. Con él nunca tuve que trabajar [...] yo me dediqué a mis hijas y a todo lo de la casa, vivíamos bien, nos llevábamos bien, siempre andábamos juntos, yo era muy dependiente de él en todo [...] (Oralia).

El trabajo remunerado es una práctica que por ser mujeres se revela flexible, que en ocasiones podían y en ocasiones debían dejar de hacer o reducir, a diferencia del trabajo doméstico, cuya demanda social nunca cesa y nunca dejan de realizar. Por ejemplo, cuando apremiaban necesidades domésticas, sobre todo en lo relativo al cuidado de miembros de la familia enfermos, o se consideraba que no había necesidades económicas que justificaran su desarrollo, y, sobre todo, cuando se trataba de trabajo fuera de casa. En la renuncia, cambio o reducción del trabajo remunerado para priorizar lo doméstico, no reflejan una pérdida, sino el curso natural de su ser-mujeres, y en la decisión –obligación– de priorizar el cuidado de la familia

confirman su corporeidad en el entramado de la feminidad hegemónica: un cuerpo de y para las y los demás. Este acto de renuncia de sí mismas y entrega a las necesidades ajenas se traduce en la feminidad hegemónica en un acto de amor que tiene como objetivo instrumentar su felicidad (Lagarde 2005, 444).

[Juventud] Yo trabajé como dos o tres años cuando estaba soltera, ya después de casada no trabajé, me quedé con lo de la casa, con él, y luego como al año tuvimos a nuestro primer hijo (Cecilia).

En la adultez mayor, la flexibilidad de la práctica a razón de género se revela en la posibilidad de disminuirla considerablemente, al ya no tener dependientes económicos –pues, como dijimos, el trabajo es una extensión de los cuidados maternos ante la imposibilidad del varón de proveer– y al verse intersectadas por las consecuencias del envejecimiento corporal. En la disponibilidad de sus familiares para mantenerlas o ayudarlas económicamente se observa la construcción del trabajo como una práctica ajena a lo femenino, una práctica que no se espera de ellas, sobre todo en la adultez mayor, a la luz de sus cuerpos envejecidos.

Esta percepción también se expresa en su disposición para recibir ayuda o asumirse dependientes económicas, lo que no sucedía con relación al trabajo doméstico, cuyo desarrollo se sostiene en su “esencia” femenina, por lo que la correspondencia de su realización les es permanente independientemente del envejecimiento –salvo casos contundentes de imposibilidad física. Ante un mismo cuerpo, sus posibilidades corporales son interpretadas a la luz de las construcciones de género, y en la disminución o eliminación de sus prácticas de trabajo confirman y conforman su corporeidad en el entramado de la feminidad hegemónica.

Berenice, que es la única que no tuvo hijos y no recibe ayuda económica de sus familiares, no revela haber reducido sus prácticas de trabajo remunerado en esta etapa. Por su parte, Cecilia y Alma se asumen dependientes económicas de sus esposos, y Oralia, Eva y Ana Luisa de sus hijos. Aunque algunas de ellas trabajen, o Ana Luisa esté pensionada, estiman su ingreso como insuficiente, y se consideran dependientes económicas de sus familiares, conservando sus prácticas de trabajo reducidas. Finalmente, Teresa comentó haber reducido sus prácticas, más no a un nivel que la haga depender de su hijo, y dijo solo recibir ayudas. Los matices respecto de esta práctica se analizan en capítulo siete.

En otro tenor, cabe destacar que en general los trabajos de las entrevistadas se caracterizaron por ser flexibles también en otro sentido, toda vez que no demandan un horario específico y/o conllevan la posibilidad de manejar la carga de trabajo a conveniencia. Este tipo de trabajo suele ser desempeñado en el sector informal, predominantemente por mujeres, pues es compatible con su rol femenino como encargadas de lo doméstico, y les permite trabajar y a la vez realizar sus principales funciones de atención y cuidado de sus familias, independientemente de si lo revelan como su prioridad o como una demanda social que no pueden obviar.

En el siguiente fragmento Teresa describe cómo compaginaba su trabajo con su rol doméstico. Como señala Imaz (2007, 368), la maternidad tiene más peso que el trabajo, por lo que las mujeres se insertan en esquemas que les permitan desarrollar ambas funciones, si bien priorizando su rol de madres –por “gusto” o por necesidad– y confirmando su corporeidad de y para las y los demás.

[Juventud] En ese tiempo vendía cosas también, camisas de hombre (x) En mi casa tenía un cuarto lleno, lleno de pura ropa. Vendía ahí en la casa y cuando los iba y los dejaba en la escuela [a sus hijos] me iba en el carro y vendía en diferentes partes. Vendía zapatos, camisas y así. Vendía diferentes cosas. Luego ya iba por ellos, comíamos, que si la tarea [...] Ya en la tarde me iba con mi escalerita de chamacos a ayudar a mis papás [...] (Teresa).

En sintonía con el fragmento anterior, en el siguiente se observa una característica más del trabajo remunerado de las mujeres: que representa una doble jornada. Implicarse en este ámbito no sustituye su responsabilidad “natural” de encargarse del trabajo doméstico (Lagarde 2005, 130), a diferencia del varón, a quien el trabajo remunerado lo deslinda de responsabilidades domésticas bajo el constructo de la masculinidad hegemónica (Calvario 2014, 54). Así, esta demanda social que obliga a desempeñarse en ambos ámbitos es femenina, y en el desarrollo de prácticas de trabajo bajo estas condiciones, comunes entre las mujeres que trabajan, se concreta y expresa la corporeidad femenina de ser para y de las y los demás.

Además de lo anterior, dicho esquema de trabajo concreta la posición de subordinación de la mujer en el orden de género. Sobre todo en los relatos de su juventud, se observa que las entrevistadas asumen la doble carga de manera obligada –revelan que no tienen otra opción ante la ausencia del varón–, y refieren lo pesada que fue y el desgaste que significó. A la par, asumen esta asignación como “natural”, y se expresan con orgullo sobre haber podido cumplir con lo que se esperaba de ellas como mujeres-madres en este acto de entrega. En su desarrollo también reafirman una corporeidad femenina por el tipo de prácticas que realizaban, y porque a través de ellas valoran-construyen sobre su capacidad de mujeres de satisfacer las múltiples demandas de su rol.

[Juventud] De lo de la casa me encargaba yo, del trabajo también yo. [...] Cuando estaban mis hijos chicos estaba yo sola y pues tenía que trabajar. Eran cinco, y yo tenía que vestirlos, calzarlos, darles comida, darles todo, pues mucho trabajo para mí sola [...] trabajé mucho [...] Todos los días lavaba y planchaba ajeno y hacía tortillas grandes y tortillas gorditas, además hacía pan de levadura. Yo duré más de quince años durmiendo dos horas, dos horas y media diarias, yo me acostaba a las once de la noche y me levantaba todos los días a la una de la mañana [...] (Alma).

Respecto de las características femeninas de esquemas flexibles y de dobles jornadas, tenemos primeramente que, en la adultez mayor, todas las que trabajan lo hacen en el sector informal y bajo esquemas flexibles de trabajo. Aunque en esta etapa no refieran responsabilidades domésticas que les impidan integrarse al sector formal, permanecen bajo este tipo de organización del trabajo, y sus trayectorias de trabajo, mayoritariamente bajo este tipo de esquemas, definen sus prácticas en la actualidad, no solo por la acumulación de experiencia, saberes y por la costumbre, sino también porque, como ya dijimos, la trayectoria “regular” en los trabajos formales las coloca fuera de ellos a razón de su género además de por su edad.

A su vez, en esta etapa de nuevas encrucijadas corporales a causa del envejecimiento expresan la conveniencia de este tipo de prácticas, que les permiten manejar su carga y sus horarios. Por ejemplo, Teresa relató que en verano hace todo su trabajo antes de que esté fuerte el sol, o que cuando no se siente bien no va y se programa para otro día. Por su parte, Berenice señaló lo conveniente de este tipo de trabajo para poder hacer “sus cosas”, entre las que están sus ejercicios, ir al GAM, citas médicas, etcétera, nuevas necesidades corporales como AM que el sector formal no recoge. Es de destacar también que en esta etapa la conveniencia de este tipo de trabajos flexibles se fundamenta en la posibilidad de hacer cosas para ellas, no para

sus familiares, de cuidarse o de hacer otras actividades de interés, refiriendo de nuevo el surgimiento de ese tiempo “para sí” en esta etapa, un tiempo del que antes no se permitían disponer, como apunta Goldenberg (2011, 84).

De igual manera, como se dijo antes, en la adultez mayor la demanda de trabajo remunerado disminuye, y se vuelven mayores receptoras de ayudas económicas, mientras la demanda de trabajo doméstico permanece, aunque bajo diferentes circunstancias. En los casos de las entrevistadas, dados sus arreglos familiares actuales, no se revelan dobles jornadas que asemejen a lo vivido en etapas anteriores. Teresa y Eva, que viven solas, reciben apoyos económicos, y redujeron su trabajo remunerado, mientras que respecto del trabajo doméstico se encargan prácticamente solo de sus propias necesidades.¹¹⁷

Berenice, aunque no recibe apoyo económico, trabaja y actualmente realiza actividades domésticas para satisfacer sus propias necesidades (antes tenía a su cargo la manutención de su mamá y sus sobrinas). Por su parte, Oralia, Cecilia y Alma asumen la carga doméstica de sus hogares familiares, mientras sus familias solventan sus gastos –Oralia y Alma refirieron trabajar de forma muy esporádica–. Y Ana Luisa, que está jubilada y dijo que sus hijas mantienen el resto de sus gastos, externó que, como consecuencia de sus limitaciones físicas, asume solo algunas tareas domésticas en su familia. En esta etapa, la enfermedad y el envejecimiento reafirman la construcción del cuerpo femenino como incompatible con el trabajo remunerado, pero, como vimos en el apartado anterior, no con el trabajo doméstico.

¹¹⁷ Como se expresó en el apartado de trabajo doméstico en esta etapa, todas, aun cuando sea ocasionalmente, apoyan a sus familiares en tareas domésticas.

En otro tenor cabe destacar que, de acuerdo con su rol de género, el ámbito doméstico –privado– es el espacio donde la mujer puede, debe y se espera que esté, de modo que otra característica recurrente en las trayectorias de trabajo de las entrevistadas fue que trabajaran en casa, reafirmando la pertenencia de la mujer a este espacio. En el desarrollo de sus prácticas de trabajo en este entorno las entrevistadas conforman una corporeidad acorde con la feminidad hegemónica que las circunscribe a este ámbito, refiriendo que trabajar en casa representaba menos problemas para ellas, por ejemplo, para cumplir con su rol doméstico o para que sus familiares se sintieran cómodos (de que no tuvieran que salir).

“Las mujeres representan en la pareja a la pareja, en la familia a la familia [...]” (Lagarde 2005, 334), lo que deviene una custodia permanente de su moralidad desde fuera, de ahí que el trabajo en casa implique menos “transgresiones” de lo femenino (pues la casa es un espacio femenino), al tiempo que se relaciona con la posibilidad de cumplir con las demandas de trabajo doméstico exclusivas de las mujeres. Así, las entrevistadas transforman la casa, la cochera, el patio, en espacios de trabajo, donde “extienden el territorio del trabajo doméstico” (Lagarde 2005, 139), donde pueden mantenerse a cargo de la crianza y/o del cuidado de sus familiares y seguir haciendo tortillas, pasteles, lavando ajeno, remendando ropa, produciendo sus manualidades y vendiéndolas. Los siguientes fragmentos son ejemplo de cómo se impone y asume este tipo de trabajo como compatible con su rol doméstico.

[Juventud] Cuando se enfermó mi hijo, con él yo me decidí de trabajar en mi casa para cuidarlo y estar pendiente de él. Entonces yo trabajé mucho, pero en mi casa [...] (Alma).

[Juventud] Pues estaba con los cosméticos por catálogo, y luego empecé con lo de los banquetes ahí en la casa para estar más cerca de mi mamá. Es que mi mamá era como muy exigente así con la comida y aparte no le gustaba mucho que yo anduviera en la calle, o sea como que quería más compañía también. Se ponía seria, seria, si yo me iba a vender (Berenice).

En la adultez mayor el trabajo en casa sigue siendo muy común, lo que se revela como una continuidad de otras etapas, parte de la configuración genérica de sus trayectorias,¹¹⁸ aunque en ésta no lo revelen relacionado con su rol doméstico sino con sus posibilidades físicas. Así, en la descripción de sus prácticas actuales, algunas de las entrevistadas refirieron la conveniencia de trabajar en casa. Por ejemplo, Alma y Eva expresaron ya no salir tanto a vender ropa, sino que sus clientas van a sus domicilios pues se les dificulta cargar su mercancía (a Alma por su insuficiencia y a Eva por sus rodillas). Su nueva corporeidad como AM plantea más adecuado para ellas el trabajo en casa, modalidad que ya se revelaba compatible con su corporeidad de mujeres desde otras etapas. Esto facilita su desarrollo en la etapa actual, y que a través de sus prácticas de trabajo continúen reafirmando su pertenencia como mujeres a este entorno.

A pesar de que en la división sexual del trabajo se establece la pertenencia de la mujer al ámbito de lo doméstico (a su casa, adentro), en diferentes momentos de sus vidas todas las entrevistadas realizaron trabajos fuera de casa. Empero, su forma de “estar afuera” en el desarrollo de estos también es femenina, destacando que los realizaban en lugares cercanos a sus casas¹¹⁹ (en casa de vecinos o en comercios

¹¹⁸ Con relación a su rol de género y a la estructuración del medio que delimita sus posibilidades para sus prácticas.

¹¹⁹ Sobre todo en la juventud y adultez fue recurrente que combinaran trabajo dentro y fuera de casa, sobre todo en ventas, refiriendo que los clientes iban a sus casas y también que salían a vender. En la juventud, quienes vendían en lugares más alejados dijeron tener automóvil, lo cual se revela más

cercanos a sus domicilios) o en casas de familiares (como extensiones de aquéllas). Y, ya sea para desarrollar trabajos domésticos como aseo, cuidar niños o personas enfermas o para vender sus productos, trabajar en espacios que les requerían una menor movilidad es más compatible con su rol doméstico, pues implica estar menos tiempo fuera de casa (menor tiempo en traslados) y un sentido de permanecer cerca de ella (disponibles y vigilantes).

A su vez, trabajar en lugares cercanos-familiares se revela más apropiado para ellas en el entramado de la construcción de la CFH, del cuerpo femenino “naturalmente” frágil y vulnerable que debe ser física y moralmente cuidado y custodiado (Lagarde 2005, 427). Finalmente, trabajar en otras casas y/o en lugares cercanos y conocidos implica menor riesgo físico y moral que trabajar en lugares públicos y lejanos, y representa otras formas de estar dentro y a cargo de lo doméstico y de reafirmarse en ese sentido a través de la práctica.

[Adolescencia] Uy, si trabajaba, en las vacaciones de la escuela, si trabajé. En un súper Los Robles, estaba ahí a la vuelta de la casa. Empacaba, limpiaba la fruta y todo eso. No sé si te tocó, era muy famoso. Y luego trabajé con una señora en una mercería, estaba ahí cerquita también, era conocida de mi abuela, todo mundo la conocía a ella. Ahí me gustaba acomodar. Me gustaba la cuestión de que poner bonito todo, ¿no? Y me gustaba mucho cuidar niños, mucho me encantaba cuidar, y cuidé a algunos niños, vecinitos, en las vacaciones o que no estuvieran sus papás (Eva).

En la adultez mayor el trabajar en lugares cercanos a casa se hizo aún más recurrente que en etapas anteriores. Solo Berenice manifestó tener clientes en lugares alejados de su domicilio, aunque a su vez refirió que sus clientas lo eran ya de hace muchos años y que se hicieron amigas (tema que se discute un poco más abajo). Con

compatible con su rol doméstico, pues les permitía moverse lejos en menos tiempo. Se ahonda en este tema en el apartado de traslados.

relación a este cambio, Teresa expresó que ahora nada más vende en el centro de salud, que ya no le gusta irse lejos, y dijo sentirse más segura en la zona cercana a su casa, y que, además, ahora necesita llevar su mercancía en el carrito porque ya no puede cargarla en bolsas y sería muy difícil subirlo a los camiones. Lo anterior resume su preferencia por trabajar en lugares cercanos con relación a los riesgos para la salud y bienestar que implica el envejecimiento.

Sin embargo, en los relatos sobre sus prácticas de trabajo también se observa que permanece la custodia por parte de sus familiares por su fragilidad y el riesgo corporal que implica su corporeidad de mujeres AM. Las prácticas de trabajo de las AM se intersectan por un doble riesgo corporal: el riesgo atribuido a sus cuerpos de mujeres y el atribuido a sus cuerpos envejecidos. Este último limita su movilidad desde su propia perspectiva, pero, sobre todo, desde la de quienes las rodean. Este tema se explora más a fondo en el apartado de traslados.

En la construcción de la sexualidad, los cuerpos de las mujeres en lo público son siempre cuerpos en riesgo físico-moral. Son cuerpos que pertenecen a sus padres, esposos, hijas e hijos, a sus hogares, a lo doméstico, y son símbolo del honor de la familia, o más bien son la familia, la encarnan (Lagarde 2005, 334, 427). En ese entramado, cuando las entrevistadas describieron que salían a trabajar, constantemente se expresaron sobre las personas con las que trabajaban –clientes, empleadores o colegas– en lo relativo a su calidad moral. Fue común que refirieran trabajar con familiares o vecinos, que al ser personas cercanas suelen ser confiables, y cuando relataban haber trabajado con extraños se esforzaban por hacerlos ver de la

misma manera, resaltando que trabajaron en empresas o con personas confiables, como en negocios o casas de familias conocidas de la comunidad.

En sus descripciones también caracterizaban a las personas en su entorno laboral como buenas personas, que confiaban en ellas y que las querían y cuidaban,¹²⁰ o explicaban que trabajaban con gente que sus familiares conocían y les recomendaban. Así, se expresa la necesidad como mujeres de plantear sus trabajos como seguros y honorables, y se revela cómo las distintas demandas de la moralidad fémica en el entramado de la CFH limitan sus espacios, su movilidad, sus oportunidades, sus prácticas de trabajo. Los cuerpos de las mujeres son cuerpos moralmente cuestionados, cuerpos que siempre habrán de permanecer pendientes de la calidad moral de sus actos.

[Adolescencia] Allá trabajaba en la central camionera, mi papá era chofer, entonces ahí entré con él. Y luego cuando nos venimos para acá también entré a la central de acá. Y luego estuve en una organización de choferes, una que formaron ellos, yo era secretaria también de ahí. Yo me iba y venía con mi papá, luego cuando él no estaba hasta el inspector iba por mí ((risas)). Me cuidaban mucho ahí todos por mi papá (Ana Luisa).

En la adultez mayor sucede igual. Destacan vender a familiares, vecinas, compañeras del GAM, clientes y/o amigas de mucho tiempo. Teresa y Berenice, que suelen vender en lugares públicos, como oficinas, relatan que se han hecho muy amigas de sus clientas, y se sienten queridas y cuidadas por ellas. Teresa, a su vez, implica en ese cuidado la forma en que el envejecimiento ha intersectado sus prácticas: dice que se ha hecho amiga de “las muchachas del centro de salud”, que la quieren mucho, que siempre la cuidan y están al pendiente de ella, que, por ejemplo,

¹²⁰ Por ejemplo Berenice y Eva refieren que las personas con las que trabajaron siempre fueron muy buenas con ellas, y Berenice inclusive resalta que hasta la fecha permanece la amistad.

cuando sale, a veces la acompañan caminando un tramo, o que cuando la operaron le llamaron para ver por qué ya no había ido.

Estas condiciones bajo las que las mujeres suelen realizar sus prácticas de trabajo a lo largo de sus trayectorias vitales (en sus hogares, o cerca de ellos, con familiares, vecinos o amigos) conducen a aumentar sus redes de apoyo cercanas, y a través de su trabajo, y no solo de sus prácticas domésticas, las expanden y fortalecen. Sus prácticas de trabajo incrementan sus interacciones con otros familiares fuera de su familia nuclear, así como con sus vecinos, al tiempo que establecen relaciones de amistad y apoyo con otras personas con las que trabajaban cotidianamente. En ese sentido, su trabajo suele ser un medio para incrementar y afianzar sus redes en las diferentes etapas, y en la adultez mayor significa la posibilidad de extender sus redes de cuidado.

[Adultez mayor] Mira, si yo abro la puerta, se me vienen los vecinos. “¡Ay Eva!, ¡hace mucho que no te veía!, ¿dónde estabas?” Y ya se vienen a tomar café, y se vienen a platicar y ya se llevan que una blusa, algo para la nieta, lo que sea [...] Mis vecinas son mis clientas y son mis amigas, si se me ofrece algo yo sé que ellas siempre me ayudan (Eva).

La configuración de género de este ámbito de actividad también se expresa en la precarización del trabajo de las mujeres. Las actividades “femeninas” que comúnmente desarrollan las mujeres poseen menor valor social –como todo lo femenino en el orden de lo masculino (Bonino 2002, 11)–, y la retribución económica por su desarrollo suele ser menor a la de las actividades masculinas (Lagarde 2005, 148). Inclusive en el desarrollo de las mismas actividades que el varón, la construcción y posición de la mujer en el entramado de género conlleva en

numerosas ocasiones recibir una menor retribución por su desarrollo (Zúñiga y Orlando 2001, 65). De igual manera, factores ya mencionados, como las diferentes formas de exclusión de los procesos de capacitación para el trabajo (brechas en la remuneración a razón de distintos niveles de calificación) y la demanda social de mantenerse a cargo de la familia, inciden en su disponibilidad y posibilidad de implicarse en trabajos mejor remunerados (Ídem).

A pesar de lo anterior, en la descripción de sus experiencias de trabajo todas las entrevistadas, excepto Alma,¹²¹ relataron haber tenido buenos trabajos, y refirieron experiencias positivas y exitosas al haber podido satisfacer sus necesidades económicas de las diferentes etapas. El siguiente fragmento es ejemplo de cómo ellas construyen sus prácticas de trabajo como experiencias de eficacia y éxito personal (valores masculinos que conforman esencia de la práctica), no como víctimas de un contexto que las lleva a desarrollar prácticas precarias, independientemente de que en su desarrollo se revele la delimitación genérica de sus prácticas: por el tipo de trabajos femeninos que desarrollaban, la priorización de su rol doméstico, y en ocasiones, además, como fuente de recursos económicos extras o complementarios para la familia (Imaz 2007,368). Y es que, como se verá en el capítulo 7, el trabajo es una práctica que conduce a diversos tipos de empoderamiento.

[Adultez] En esa época tuve muchos trabajos. Como te digo, paría una y me venía para acá y perdía el trabajo, luego paría la otra y ya me iba para allá otra vez. Y otra vez veía el periódico y encontraba, tenía muy buena suerte para conseguir trabajos. Muy buenos trabajos tuve siempre (Eva).

¹²¹ Solo Alma habla de trabajos muy precarios durante casi toda su trayectoria, así como de haber vivido una situación económica muy difícil, incluso como dependiente de su esposo. Aun así, en lo que refiere a su experiencia de trabajo, la considera exitosa, pues logró dar escuela a sus hijos.

Como referimos con anterioridad, en la adultez mayor solo Berenice solventa sus gastos por sí sola. En el caso de las demás, el no hacerlo se matiza a la luz de los apoyos económicos que reciben de sus familiares. Se matiza, ya que todas refirieron que el envejecimiento intersecta sus prácticas y ha conducido a que no puedan realizarlas como antes, a tener que reducirlas o cambiarlas, y anticipan dificultades en caso de querer satisfacer por sí solas, por lo que su trabajo se vuelve mayoritariamente complemento de la manutención o ayuda que reciben de sus familiares. Aun así, en las actividades que dentro de sus nuevas posibilidades corporales realizan, Eva, Teresa y Berenice –que son quienes dijeron que actualmente trabajan– se construyen como exitosas en el desarrollo de sus prácticas, y las asumen como experiencias positivas.¹²²

Es así que se va revelando que las mujeres construyen el trabajo remunerado como ajeno a lo femenino en lo general, y que se implican en él desde sus posibilidades como mujeres. Empero, en el desarrollo de esta práctica esencialmente masculina no se asumen ajenas o incompatibles con el medio o la práctica, sino que asumen formas de ser cuerpos construidas como masculinas –o más bien las adaptan, porque su situación de género no les permitiría integrarlas de la misma forma que a un varón–, conformando así nuevas posibilidades que no se presentan en el desarrollo del trabajo doméstico. Fue común que en la descripción de sus experiencias de trabajo en las diferentes etapas vitales se describieran como inteligentes, hábiles, capaces, sociables, con iniciativa y trabajadoras –refiriendo gusto y ser buenas para ello–, características todas de lo masculino en su relación con

¹²² Alma y Oralia dijeron que no trabajaban y se dedicaban al hogar, aunque a su vez refirieron prácticas esporádicas de trabajo, pero no se asumen exitosas en esas prácticas. Se ahonda en su caso en la siguiente característica.

el trabajo remunerado, y que son las mismas que expresaron al describir a sus padres en este ámbito, así como en su experiencia escolar.

A diferencia del cuerpo como instrumento para servir y darse a las y los demás que caracteriza el trabajo doméstico, en la construcción masculina del trabajo remunerado éste se plantea también como instrumento para adquirir autonomía e independencia. En las trayectorias de las entrevistadas se observa esa forma de asumirse-construirse en el desarrollo de este tipo de prácticas,¹²³ siendo el trabajo remunerado un conducto a estas otras posibilidades de ser cuerpos y de ser mujeres en la práctica y de resistir a los mandatos de la feminidad hegemónica.

[Adultez] Me tocó una patrona que compraba mucha ropa y ¡ay! así las bolsas ((hace señas de una bolsa grande con las manos)) y sabe que me decía, pero le entendía, muy trucha yo, a ninguna palabra le entendía, porque no sabía yo nada de inglés en ese tiempo, pero a todo le entendía ¿sabes? Ella me decía que me llevara la ropa y mi hija en ese entonces estaba recién casada, “vamos a venderla, mami”, pues vamos pues, tenía una camioneta ella y luego con un *estereón* ahí y poníamos la música y ahí vendíamos, nos iba bien con eso también (Eva).

Esteban (2004, 127) habla del potencial de este tipo de vivencias, al referir los casos de las modelos profesionales que trabajan desde su corporeidad femenina (belleza) en contextos conformados por valores masculinos como la alta competencia, el poder, la autonomía económica, etcétera. Las mujeres que participan en su investigación se implican en prácticas y/o contextos masculinos en “escenarios corpocéntricos”, en los que el desarrollo de una actividad o profesión conlleva un importante trabajo corporal que conduce a una mayor conciencia sobre el propio cuerpo y que se traduce en formas de resistencia y contestación a la cultura corporal

¹²³ Aunque desde su posición de mujeres, desde la subordinación frente al varón, la doble jornada, los intereses de la familia frente a los propios, etcétera. Este tema se explora a fondo en el capítulo 7.

hegemónica en la construcción del propio ser de género, aunque aceptando la conceptualización y exigencias diferenciadas para cada sexo (Ibid., 126-127). Cuando las entrevistadas describen sus prácticas de trabajo se observa algo parecido, si bien menos contundente, pues no en todos los casos se traduce en resistencias en otros ámbitos de sus vidas, y menos permanente, sobre todo entre quienes trabajaron un período corto de sus vidas.

En la descripción de sus prácticas de trabajo en la adultez mayor, Eva, Teresa y Berenice manifiestan continuidad sobre dichas formas de ser cuerpos, y refieren poseer las capacidades para desarrollarse exitosamente en este ámbito, construyéndose en ese sentido como hábiles, inteligentes, capaces, etcétera, en el desarrollo de sus prácticas de trabajo, aunque asumiendo sus nuevas posibilidades corporales consecuencia del envejecimiento, que como ya dijimos conllevan cambios en sus prácticas. Alma y Oralia, que dijeron que no trabajaban y se dedicaban al hogar, pero que a su vez refirieron prácticas esporádicas de trabajo, sí hacen referencia a su incompatibilidad actual con el medio, pero no porque carezcan de las características o capacidades para trabajar, sino porque sienten que el medio no es receptor de su actualidad como AM.

Alma expresa que posee las ganas y las habilidades para trabajar, pero que ya le “cae” muy poco trabajo, mientras Oralia comenta que, si dependiera de ella, se iría a trabajar a la ciudad donde viven sus hijas, pero que no lo hace porque siente que sería muy difícil encontrar un trabajo que con el cual pudiera ganar lo suficiente para vivir sola.¹²⁴ Y es que en esta etapa, la adultez mayor, y no solo su género,

¹²⁴ Como se analiza en el capítulo 7, ésta no es la única razón por la que no se va, pero es importante.

intersectan sus prácticas, convergiendo la construcción sobre el fin de la vida productiva de las y los adultos mayores y la preferencia de la mano de obra joven del sistema económico actual, que se traduce en menores posibilidades de empleo y mayor precarización del trabajo para las AM (Bazo 2001, 13; Zetina 1999, 25; Sánchez 1992, 101).

Sobre todo en los relatos sobre actividades físicamente demandantes, como el aseo, cocinar, lavar ajeno y cuidar niños, o cuando describieron que requerían caminar o cargar mucho para sus ventas, las entrevistadas integran a su corporeidad aspectos físicos de la masculinidad hegemónica. En el siguiente fragmento se puede observar que a través de este tipo de prácticas de trabajo las mujeres asumen formas masculinas y femeninas de tener y ser cuerpos de mujeres, refiriendo un cuerpo fuerte, resistente, que les permitió desempeñarse con éxito en el desarrollo de este tipo de actividades femeninas.

Se trata de actividades asociadas a características de la CFH, que suceden en contextos femeninos (dentro o en extensiones del “territorio femenino”), pero que refieren a una práctica en esencia masculina (el trabajo remunerado), y a características corporales también construidas como masculinas. En ese entramado es que se expresa el circuito reflexivo de la práctica que señala Connel (2003, 94), en el que la sensorialidad de la práctica se retroalimenta en las construcciones de género que la ordenan y conduce a nuevas posibilidades corporales-identitarias.

Son formas de construir sobre el propio cuerpo en la práctica, distintas a las de las mujeres que no realizan este tipo de trabajos y a quienes las realizan como parte de su trabajo doméstico, sin obtener las retribuciones económicas y sociales del

trabajo remunerado. Al no tratarse de “escenarios corpocéntricos”, no tiene el mismo impacto como proceso de transformación y resistencia como en los casos que analiza Esteban (2004), pero no dejan de ser procesos corporales importantes en la construcción de la propia corporeidad de género.

[Adultez] Tengo treinta años yendo y viniendo. Todo el tiempo he vendido ropa, antes me iba allá a los *swap meet*. ¿Los conoces? Son enormes. A todo le daba vuelta, así agarraba ((dibuja laberintos con su mano)) y todos los recorría, y me traía ropa, me venía bien cargada y aquí la vendía. Y a veces de aquí llevaba así cosas también, artesanía mexicana y también nos poníamos en el *swap meet* nosotros. [...] (Eva).

Independientemente del tipo de trabajo, sea físicamente demandante o no, las entrevistadas construyen sobre un sentido de actividad que no necesariamente se relaciona con la movilidad o con intensidad de la práctica, sino con estar siempre ocupadas, con el tiempo dedicado, con realizar múltiples actividades durante el día y/o realizarlas de manera frecuente y rutinaria. Así, al expresarse sobre el trabajo en etapas anteriores a la adultez mayor suelen implicar una corporeidad que no se mantiene pasiva, sino en constante actividad, característica socialmente construida como masculina, aunque en el desarrollo de actividades femeninas. Este mismo sentido de movilidad y actividad lo construyen respecto del trabajo doméstico, pero en el entramado del trabajo remunerado se inserta en un discurso de eficacia personal, autonomía y logros, más allá de un ser de y para las y los demás.

[Adultez] Pues empecé con los arreglos y luego ya empecé también a bordar, y hacía muchas frutitas para poner con imanes en el refrigerador y las vendía. Así empecé, pero luego seguí, que hacía monos de santa y todo lo de navidad. Todas las cosas de navidad hacía, las bordaba. Y luego me iba a la cerámica, y compraba las cerámicas y las pintaba y las vendía también. Y luego estudié para hacer tarjetería española y repujado. Todo eso, todo eso hacía ¡Verás

cómo hacia cosas! ¡Una cosa exagerada! Estaba como las hormigas. Me desvelaba, me daban las 2-3 de la mañana haciendo cosas (Teresa).

Como dijimos con anterioridad, en la adultez mayor no es común que las entrevistadas realicen actividades físicamente demandantes como las descritas en otras etapas. Inclusive cuando relatan sus prácticas de ventas refieren haber dejado de hacer las partes que les demandaban mayor esfuerzo físico (como cargar, caminar largos trayectos, etcétera), de modo que en la descripción de sus prácticas de trabajo actuales no refieren a ese cuerpo joven y fuerte que se expresaba en el desarrollo de prácticas físicamente demandantes en el pasado, sino más bien los cambios que sus pérdidas corporales a causa del envejecimiento las llevaron a realizar. Esto no quiere decir que perciban un cuerpo débil o frágil en la práctica, sino que se enfocan en un cuerpo posible, capaz de hacer, de satisfacer sus necesidades. En el desarrollo de sus prácticas de trabajo prima la posibilidad corporal sobre la imposibilidad, y es con relación a ello que construyen su corporeidad como AM.

[Adultez mayor] Estaba trabajando todos los días y últimamente ya digo “no es justo que vaya tanto”. Por lo menos 3 veces a la semana voy ahora y hay veces que voy toda la semana, todos los días. Depende de si tengo que ir a entregar un producto y que al día siguiente me llega otro y también tengo que entregarlo o que tengo que ir a cobrar, duro dos, tres días para cobrar porque no me pagan el mismo día. Depende de eso [...] (Teresa).

Respecto del sentido de constante actividad en el desarrollo de la práctica, en la adultez mayor, Teresa y Berenice siguen refiriendo que en esta etapa el trabajo ocupa una parte muy importante de su tiempo, y fueron las únicas que expresaron tener días, horarios y rutinas para desarrollar sus actividades laborales. A su vez, a diferencia del resto, refieren encargarse de su manutención, aunque Berenice no

recibe apoyos económicos de familiares y Teresa sí. Esta última hace constantes referencias a cambios en el desarrollo de sus prácticas de trabajo como consecuencia del envejecimiento, sobre todo a la reducción de sus prácticas, pero ambas se expresan sobre un cuerpo en constante actividad en el mismo sentido en que ellas mismas –y el resto– se expresaron respecto de su desarrollo en etapas anteriores.

El caso de Eva no se manifiesta igual, pues ella no refiere construir su sentido de actividad en función de este tipo de prácticas. Una diferencia importante de Eva respecto de Teresa y Berenice es la necesidad económica, pues refiere que sus hijos(as) la mantienen. Así, aunque a diferencia de Oralia y Alma la refiere como una actividad importante, para ella no depender de su actividad se relaciona con su forma de implicarse en su desarrollo, pues parece relacionarse más con preservar formas de vida que la conectan con su pasado, con sentirse útil, un cierto sentido recreativo y sobre todo algo de independencia. Los ingresos que Eva recibe de su trabajo son importantes para ella, pero como recursos extras, para instrumentar más sus gustos y preferencias, no para cubrir sus necesidades básicas.

Imaz (2007, 367) encontró algo parecido en el caso de madres jóvenes que no trabajan por necesidad económica, sino por necesidad personal, de formación y/o de autoestima. A su vez, la organización de la práctica de Eva también es distinta de la de Teresa y Berenice, pues refirió trabajar seguido pero no de forma estructurada, sin horarios o rutinas. Eva comentó, por ejemplo, que nada más abría la puerta y las vecinas, que también son sus principales clientas, iban a tomarse un café con ella y siempre le compraban algo.

CAPÍTULO 6

OCIO Y DESPLAZAMIENTO: POSIBILIDADES EN LA CULTURA CORPORAL HEGEMÓNICA

A partir de la división sexual del trabajo se fundamenta una también aparentemente “natural” división genérica de todo el cosmos (Bourdieu 2000, 11). A diferencia del trabajo doméstico y del trabajo remunerado, las prácticas de ocio y de desplazamiento no se sitúan en el origen y fundamento de este ordenamiento de género, sin embargo, el abanico de posibilidades para su desarrollo también se delimita en el entramado de las construcciones sobre los cuerpos de hombres y mujeres. Como iremos viendo a lo largo de este capítulo, estas prácticas se relacionan con la CMH y la CFH, pero, al no conformar el eje de esta división, presentan mayor flexibilidad en su desarrollo, mayores posibilidades de resistir al orden corporal hegemónico de género, sobre todo cuando las mujeres se encontraron en etapas distintas a cuando se concreta en sus cuerpos su destino corporal de género —la maternidad— y su descendencia era todavía su dependiente.

Así, en este capítulo se analiza cómo se expresa el ordenamiento de la cultura corporal hegemónica en las prácticas de ocio y de desplazamiento de las entrevistadas. Al igual que el capítulo anterior, cada ámbito se divide en sub apartados; primero, nos referimos a la forma en que el desarrollo de la práctica en ese ámbito se sostiene —o no— en la CFH; y después, en la construcción de la actividad como práctica de género aprehendemos las prácticas que las entrevistadas atribuyen a lo femenino y a lo masculino en la figura de sus padres y madres. A diferencia del

capítulo anterior, en el sub apartado de “Cuerpo, género y posibilidades para la práctica”, no solo elaboramos sobre cómo se expresan la CFH y la CMH en los diferentes tipos de prácticas que realizan las entrevistadas y en otras características que las ordenan, sino que además analizamos las diferencias que presentan en las diferentes etapas de sus trayectorias de vida.

EL OCIO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO

En el marco de la clasificación de la actividad física de la OMS (2010, 54), las actividades en tiempo de ocio comprenden aquellas que no son necesarias como actividades esenciales de la vida cotidiana y que se realizan a discreción,¹²⁵ y autores como Trilla (1991), a su vez, plantean que las experiencias de ocio implican que su desarrollo sea satisfactorio y placentero. En este apartado se analiza la configuración corporal-genérica que delimita las posibilidades de las mujeres de realizar este tipo de prácticas en las diferentes etapas de sus vidas, destacando la construcción del placer y la satisfacción en el marco del orden de género.

¹²⁵ En esta tesis se utilizan sin distinción los términos de prácticas de ocio, recreación y tiempo libre. De entrada, se utiliza el término *ocio*, pues es el que maneja la OMS (2010, 54) en sus recomendaciones sobre actividad física. Empero, en el caso de las mujeres es difícil hablar de tiempo de ocio o tiempo libre como tal, pues, como se irá viendo, varias de sus prácticas se funden con el trabajo doméstico y de cuidado y son parte de las demandas de su rol. De igual manera, es difícil hablar de recreación con relación al placer, pues varias de ellas se relacionan con la construcción del propio placer en función de dar placer al otro. A las entrevistadas se les preguntó de varias maneras para identificar las prácticas que se exponen en este apartado, inquiriéndose qué hacían en su tiempo libre, qué les gustaba hacer cuando no estaban trabajando (remunerado o no remunerado), para divertirse, para entretenerse, para pasar el rato, e independientemente de las condiciones anteriores, lo aquí contenido son las prácticas que refirieron como respuestas.

En lo general, este tipo de prácticas se sitúan en el eje de la masculinidad hegemónica, que plantea a los varones en una legítima y constante búsqueda del placer y la satisfacción centrada en ellos mismos (placer autorreferente) como medio para su masculinidad. Se convierten en satisfactores propios de los varones, pues estas prácticas son medios para valores masculinos como la individualidad, autonomía, autoafirmación, autoconfianza, egocentrismo, autoglorificación, protagonismo, libertad, potencia, poderío, prestigio, trascendencia (Bonino 2002, 18, 21).

Corporalmente, algunas de estas actividades se sostienen en atributos masculinos como la fuerza y otras destrezas físicas, así como en su “naturaleza” bélica, dominante, agresiva, su valentía, inteligencia, etcétera (Ídem). En la feminidad hegemónica, en cambio, la felicidad y el placer de la mujer se inscriben en los constructos de la maternidad y la conyugalidad (Lagarde 2005, 372), centrándose en quienes la rodean, en la obtención de satisfactores para éstos como medio para instrumentar su propia satisfacción (Ibid., 444), por lo que, desde su esencia femenina, la mujer se plantea como ajena a este tipo prácticas.

En el capítulo anterior hablamos, sobre todo, del cuerpo de la mujer como cuerpo de y para las y los otros con relación a su función reproductiva. Vimos que, a partir de esa construcción, se le atribuye la realización de una serie de prácticas maternas, que se relacionan con la reproducción cotidiana de la familia y de la sociedad en los diferentes niveles (Ibid., 402). En ese mismo entramado se sostiene el desarrollo de prácticas de ocio, que pudiéramos llamar también “maternas”, pues se anclan en su rol reproductivo, prácticas que, como se irá viendo, refieren a las

construcciones sobre su rol materno o son una extensión de las labores domésticas y de cuidado de la familia y se funden en ellas. A su vez, comparten varias de las características previamente expuestas: generalmente suceden en el ámbito de lo privado, se realizan con la familia, son formas de instrumentar el bienestar de los suyos, de ser de y para las y los demás en su desarrollo, y de construir la propia felicidad a partir de esa entrega de sí mismas en la práctica.

En el análisis de las prácticas de ocio se vuelve trascendental analizar más a fondo otra dimensión construida sobre la CFH que también se encuentra “naturalizada”: la relacionada con su sexualidad y el erotismo de su cuerpo. Si bien también se ancla en su cuerpo reproductivo, la atracción como condición para lograr la maternidad por lo que refiere a un cuerpo de y para las y los demás (Muñiz 2014, 418, 422; Lagarde 2005, 213), su construcción es muy distinta a la de la maternidad. De entrada su ética es negativa, mientras la del cuerpo maternal es positiva (García 2007, 239), y refiere directamente al placer y al deseo que provocan sus cuerpos en el otro mientras ellas no pueden sentirlo (Ídem).

Desde la ética del cristianismo, el cuerpo de la mujer es el cuerpo del pecado, de la tentación: en la figura de Eva se representa simbólicamente a todas las mujeres que “por su desobediencia erótica e intelectual son encarnación del mal” (Lagarde 2005, 224). En ese entramado, el cuerpo de la mujer habrá de ser sujetado y custodiado, y la Iglesia-religión se plantea como el principal medio para ello, y de ahí el resto de instituciones bajo su influencia, empezando por la familia (Ibid., 425-426). Bajo ese discurso, se limita su presencia y prácticas en diversos espacios (García 2007, 240).

Este cuerpo emerge en la etapa de la adolescencia, ante el advenimiento de la pubertad. Como se irá viendo a lo largo de este apartado, con relación a esta dimensión de su corporeidad, los cuerpos de las niñas se perciben como si estuvieran en algunos sentidos “dormidos”, a diferencia de sus cuerpos maternos, que se revelan desde su nacimiento. Decimos “en algunos sentidos” porque desde la infancia las niñas son socializadas para realizar prácticas relacionadas con el gustar, agradar y atraer a los demás con sus cuerpos (Lagarde 2005, 213), si bien en la construcción sobre su ciclo de vida en lo relativo a su desarrollo corporal el erotismo no conforma parte del cuerpo de la niña.

Como apunta Lagarde (Ibid., 425), el erotismo de la niña es un tabú definido dentro de la ética católica, y desde ahí se niega su existencia. Son, así, cuerpos física y socialmente más parecidos a los de los niños, lo que facilita la realización, en esta etapa, de prácticas de ocio relacionadas con la construcción de la CMH. Como se irá viendo a lo largo de este apartado, la construcción erótica sobre su corporeidad emerge y sus cuerpos son sujetados de distintas maneras en el resto de las etapas con relación al eje materno-conyugal que las define, proceso en el que se delimitan algunas de las prácticas de ocio que las mujeres realizan después de la infancia.

También es importante mencionar que las prácticas de ocio se ven influenciadas directamente por las condiciones en las que suceden las prácticas de trabajo doméstico y remunerado de las mujeres descritas en el capítulo anterior, ya que el tiempo libre, que es cuando tienen lugar las prácticas de ocio, se conforma en sentido estricto con relación a ellos, con no estar realizando ninguno de esos dos tipos de trabajos. Aunque en este apartado iremos viendo cómo en la vida de las

mujeres no aparece tajantemente tal división, es importante plantear el tema de la disponibilidad del tiempo libre y su relación con la CFH.

En el caso de las mujeres, a partir de la misma construcción de un cuerpo para quienes las rodean en el entramado de la maternidad, se sostiene un tiempo de las y los demás. La doble jornada, que como vimos se fundamenta en su maternidad, incide en sus posibilidades reales de desarrollar prácticas de ocio por la escasez de tiempo libre a la que conduce. El varón como proveedor tiene derecho al ocio (Hijos 2018), y los hombres suelen vivir una sola jornada laboral, que se caracteriza por ser estructurada, delimitada por horarios y días precisos. El término de su jornada diaria y el no tener una jornada doméstica le permiten, moral y materialmente, el ocio.

La jornada de la mujer no es solo doble o triple, sino que no tiene fin, pues las demandas domésticas no cesan (Lagarde 2005, 127). La construcción del trabajo doméstico como naturaleza femenina, no como trabajo, hace que su jornada no tenga límites formales (Ibid., 130); a su vez, la naturaleza de los trabajos de la mujer¹²⁶ hace que sus tiempos libres sean no solo escasos, sino también discontinuos, lo que influye directamente en los tipos de actividades de ocio que puede realizar (Ureta 2017, 18 y 64). Finalmente, el trabajo doméstico, y sobre todo el de cuidado, están cargados de una moralidad que estigmatiza cualquier intento por apropiarse de ese tiempo de las y los demás, pues implica obviar su desarrollo y anteponer el propio placer al quienes la rodean (Hochschild 1989, cit. en Ureta 2017, 15-16), yendo en

¹²⁶ Por ejemplo, la alimentación, el cuidado de la salud y la higiene, por sus requerimientos, no se pueden postergar, y requieren no solo realizarse todos los días, sino varias veces en el curso del mismo, demandando que la mujer permanezca cerca y disponible para los receptores de sus prácticas, lo que conlleva la realización de prácticas flexibles que puedan hacerse en cualquier lugar y momento del día (Ureta 2017, 18, 64).

contra de la “naturaleza” maternal femenina, a diferencia, como dijimos antes, de la búsqueda del propio placer y realización personal como parte de la CMH.

Finalmente, es importante destacar que respecto de este tipo de prácticas se revelan distintas posibilidades de resistencia. La recreación no es parte fundamental de los roles de género femeninos o masculinos, y si bien, como ya dijimos, las posibilidades de su realización se relacionan con la división sexual del trabajo y se sostienen en la construcción sobre los cuerpos de hombres y mujeres, se trata de prácticas cuyo desarrollo es más flexible en el entramado de los roles de género.¹²⁷ El trabajo doméstico es el eje de la feminidad hegemónica, y el trabajo remunerado de la masculinidad hegemónica, pero el ocio no es una práctica de tal relevancia. Así, algunas prácticas recreativas representan oportunidades para conformar la propia corporeidad más allá de los mandatos de género, pues no significan una confrontación muy contundente.

Esto, como se verá más adelante, da la oportunidad de que sean formas más asequibles de resistencia y empoderamiento frente a los mandatos de género, sin que ello signifique que las posibilidades de su impacto sean menores, pues estos procesos tienen el potencial de impactar la forma de conformarse en otras parcelas de la propia vida. Como señala Ureta:

Las actividades recreativas individuales o sociales además de proveer disfrute, son una oportunidad para desarrollar ideas y solidaridades comunes, mejorar la autoestima y el empoderamiento, no solo porque éstos son aspectos importantes en la vida de las personas, sino también porque para muchas mujeres puede significar cruzar las fronteras del “mundo de la vida privada” para poder destinar un tiempo para sí mismas dejando de lado las

¹²⁷ En la juventud, ante el hecho de la maternidad, la fuerza del rol femenino es más contundente reduciendo las oportunidades de resistencia en comparación con otras etapas.

necesidades de los otros y poder pensar por y para ellas mismas (Ureta 2017, 44).

Construcción de la recreación como práctica de género

En la descripción de sus madres y padres, las entrevistadas no plantearon las prácticas de ocio como exclusivas de un sexo-género. Esto es distinto a lo que se plasmó en cuanto a la división, asignación y desarrollo del trabajo doméstico y del trabajo remunerado, pues expresaron que ambos realizaban prácticas de ocio; sin embargo, sí se observa una correspondencia de cierto tipo de prácticas a cada uno a razón de su género. Sus descripciones confirman la correspondencia entre las llamadas “actividades femeninas” y la figura de sus madres, y las “actividades masculinas” con la de sus padres.

Este tipo de clasificación suele ser utilizada en las investigaciones sobre la división sexual del tiempo de ocio, donde su realización se relaciona con los estereotipos de género dominantes (Castelli 2014 cit. en Ureta 2017, 18). Las primeras se identifican como privadas o domésticas, y son mayoritariamente realizadas por mujeres (por ejemplo, reunirse con la familia, mirar televisión, tejer, bordar, etcétera), mientras las segundas son públicas, y mayoritariamente realizadas por hombres (entre ellas se encuentran reunirse con amigos, ir al estadio, ir a bares o clubes sociales, comunitarios o deportivos) (Ídem).

Al preguntar a las entrevistadas qué solían hacer sus madres en su tiempo libre, varias comentaron que se ponían a tejer o a coser, solas o junto con otras

mujeres de la familia, y algunas refirieron que rezaban o participaban en actividades religiosas, o que solían visitar o recibir visitas de sus familiares. En muchos de estos relatos es difícil distinguir cuando termina el trabajo doméstico y de cuidado y empiezan las actividades de ocio, pues dichas prácticas recreativas eran mayormente una extensión de las labores domésticas o de cuidado de la familia, prácticas que se sostienen en la maternidad.

Es importante resaltar que en las descripciones sobre prácticas que implicaban constante socialización con la familia –y no respecto de las que realizaban solas, aunque también eran femeninas–, describieron a sus madres de forma positiva, como alegres y buenas madres (primer fragmento), expresándose la correspondencia de este tipo de prácticas –maternales, con la familia y en el ámbito de lo privado– con la CFH. A su vez, su desarrollo se revela como una más de sus responsabilidades como madres, y la felicidad que atribuyen en el ser de y para la familia en la práctica recreativa confirma lo femenino como ajeno al placer autorreferente. Por su parte, quienes relataron que sus madres no acostumbraban salir ni convivir con la familia, implicaban en sus descripciones que eran tímidas o que estaban deprimidas o enfermas, y en ese entramado –que no se relaciona con el desarrollo de otras prácticas de trabajo doméstico como tales, sino con la recreación como práctica maternal–, relataban una maternidad fallida y negativa (segundo fragmento).

[Niñez] Con mi mamá siempre nos íbamos a casa de mi abuelita. Y ya ahí a la casa llegaban las tías, las nueras, los primos, éramos un montón de primos y nos poníamos a jugar todos [...] los grandes ahí con mi abuelita en la cocina, que haciendo pan, queso, elotes, hasta carne ¡Que ricura! [...] Era muy alegre mi mamá, muy familiar, muy devota también. Casi todos los días en la tarde

nos íbamos todos a la iglesia. Mi mamá, mi abuelita y mis tías iban al rosario, y ahí vamos todos los chamacos también [...] (Teresa).

[Niñez] Era rara mi mamá, como que (x) no sé, como que engordó y como que le daba vergüenza, yo siento. No le gustaba salir, ni ver a nadie, ni con nosotras, ni con su familia [...] no fue ni a mi graduación. [...] como que le daba pena, mucha depresión yo creo, se la llevaba acostada ahí, dormida a veces y no estaba diabética ni nada (Eva).

En la descripción del tiempo libre de sus padres, en general, refirieron actividades en el espacio público, como actividades deportivas, tomar con amigos, implicarse en la gestión-realización de obras de infraestructura para la comunidad, entre otras, mientras en casa describieron actividades como leer, tomar algo, descansar. Todas estas actividades refieren a lo masculino, y están centradas en ellos mismos, en sus necesidades varias (placer autorreferente, trascendencia, etcétera). A su vez, revelaron que el resto de la familia respetaba esos momentos, y que, en general, realizaban sus actividades sin acompañantes de la familia. Con relación a actividades recreativas familiares, destacaban viajes en familia, que sucedían esporádicamente, y casi no refirieron actividades cotidianas con ellos. El alejamiento de lo masculino de este tipo de prácticas se revela en la descripción de Berenice, quien relata a su padre como algo fuera de lo común porque era el los llevaba a pasear, a comer fuera, quien organizaba reuniones con familiares en casa, etcétera.

[Niñez] Mi papá era muy curioso, muy alegre, le gustaban mucho las fiestas, siempre nos festejaba los cumpleaños, y era muy espléndido con nosotros, con todos (x) organizaba e invitaba a los vecinos, la familia, todos tienen muy bonitos recuerdos de él [...] Él era el que nos paseaba, hasta cuando venían mis abuelos, los del lado de mi mamá, él era el que los llevaba a todos lados. Era muy así mi papá, muy familiar, no creas que se iba el solo con sus amigos ni nada (Berenice).

En este apartado se analiza cómo se revela la cultura corporal hegemónica en la configuración de las prácticas de ocio de las entrevistadas. Antes de iniciar, es importante destacar que, como ya vimos en apartados anteriores, el trabajo doméstico y de cuidado y el trabajo remunerado son prácticas que conforman los ejes de la feminidad y la masculinidad hegemónica, y su desarrollo se encuentra naturalizado como parte esencial de la CFH y la CMH. Por su parte, el ocio se relaciona con la cultura corporal hegemónica en lo concerniente a la delimitación de las características de las prácticas y las condiciones en las que suceden, pero no forma parte de la esencia construida del ser-hombre o ser-mujer, permitiendo una mayor flexibilidad para su desarrollo.

Como se irá viendo, hay prácticas que aparecen en unas etapas de la vida de las mujeres y desaparecen en otras, o que se presentan muy distintas en la forma en que se realizan en cada una de ellas. Estas prácticas, al igual que las del trabajo doméstico y el remunerado, se relacionan con el cuerpo reproductivo, pero se diferencian de las otras porque algunas de ellas a su vez refieren más directamente a las construcciones sobre el cuerpo erótico de la mujer y su sujeción en las diferentes etapas de la vida.¹²⁸ A razón de estas discontinuidades, este sub apartado se construyó un tanto distinto a los presentados en el capítulo anterior, integrando la

¹²⁸ En el capítulo anterior vimos que algunas de las condiciones en las que suceden las prácticas de trabajo remunerado o doméstico se relacionan con esa dimensión erótica de su corporeidad, como por ejemplo con relación a su permanencia en lo doméstico o cuando hablamos de su sentido estético.

corporeidad aprendida con los tipos de prácticas y resaltando cambios importantes en su desarrollo en las diferentes etapas.

Tipos de actividades y corporeidad de género

Las prácticas de ocio son muy variadas, sin embargo, al analizarlas en la trayectoria de las entrevistadas se pueden identificar formas de ser cuerpos de mujeres aprendidas en su desarrollo en etapas tempranas. Entre ellas, diferenciamos dos tipos de prácticas a razón de la forma en que refieren a los cuerpos de hombres y mujeres como masculinas y femeninas respectivamente. Como iremos viendo, su realización por parte de las entrevistadas se relaciona con la construcción sobre sus cuerpos en las diferentes etapas vitales en torno de la dimensión maternal y/o erótica de su corporeidad femenina.

La niñez, por un lado, se devela como la etapa en la que empieza el aprendizaje de su rol de género, pero, a la vez, como una etapa hasta cierto punto “neutra” sobre su corporeidad erótica, lo que les permite compartir fácilmente actividades de ocio con los varones.¹²⁹ En cambio, en la adolescencia la pertinencia de sus actividades de ocio se delimita con relación a su destino corporal de género como madresposas en el futuro cercano. A su vez, con el reconocimiento del advenimiento de su sexualidad a consecuencia de los cambios corporales que implica la pubertad, su cuerpo es sujetado para mantenerse “puro” (virgen en la doctrina cristiana), a la vez de que debe cumplir con la exigencia de atraer, agradar, gustar y

¹²⁹ Sí hay un aprendizaje sobre esta dimensión de su corporeidad, por ejemplo, respecto de prácticas para atraer (Lagarde 2005, 213), pero la niña, por su inmadurez física (reproductiva), a su vez se construye como asexual, lo que hace posible esta percepción como neutral.

ser deseada por los varones para concretar su destino materno-conyugal (Lagarde 2005, 213-214).

Así, desde etapas tempranas tenemos prácticas de ocio que se corresponden con la CFH, y que en su desarrollo conforman corporeidades en ese sentido, prácticas que permanecen a lo largo de sus vidas aunque presenten variaciones en las diferentes etapas. También tenemos prácticas que se corresponden con la corporeidad masculina hegemónica, que las entrevistadas suelen realizar sin problema durante la niñez, pero cuya incompatibilidad con la CFH se revela cuando en la adolescencia dejan de hacerlas o su desarrollo se convierte en una forma de resistir los mandatos de género. A continuación se describen los distintos tipos de prácticas en estas etapas, la configuración corporal de género que subyace a su realización, y las formas de ser cuerpos femeninos que implica su desarrollo.¹³⁰

Algunas entrevistadas refirieron que en etapas tempranas pasaban parte de su tiempo libre tejiendo, cosiendo o bordando con otras mujeres de sus familias (madres, hermanas, tías, abuelas). Por ser mujeres, sus madres las implicaban en este tipo de actividades recreativas –a diferencia de sus hermanos varones–, a través de las cuales se transmiten gustos, destrezas y habilidades femeninas (como motricidad fina, delicadeza, sentido de la estética, etcétera). También se transmiten la pertenencia de la mujer a lo privado y la pertinencia del desarrollo de este tipo de actividades domésticas que producen bienes para la familia como formas apropiadas-deseadas de pasar el tiempo libre, y como conocimiento incorporado a través de la práctica remite

¹³⁰ Cabe señalar que se incluyeron aquellas actividades que por lo menos dos de las entrevistadas hayan referido hacer en sus trayectorias.

a la construcción de la felicidad de la mujer en el entramado de la familia y lo doméstico.

[Niñez-Adultez] Ahí con mi abuelita se ponían a bordar, mi mamá y mis tías [...] A mí me enseñó a bordar mi abue, desde niña aprendí. Todas las primas aprendimos, pero mi abuelita siempre me decía a mí que tenía mucha facilidad, me gustaba mucho, siempre me ha gustado hacer esas cosas y ¿quién iba a decir que después de tantos años hasta los iba vender? [...] De joven, yo a mis hijas les hice todos sus vestidos y a mis hijos les hacía hasta las camisas. Y a mis nietas, ¡cómo les hice vestidos también! Siempre me gustó (Teresa).

Como se expresa en el fragmento anterior, las entrevistadas refirieron que en etapas posteriores siguieron desarrollando este tipo de actividades. En sus descripciones relatan un gusto y aprendizaje que viene de etapas tempranas, y revelan que estas prácticas en ocasiones se fusionaron con el trabajo doméstico o el remunerado. En la juventud, las prácticas de ocio en hombres y mujeres con hijos se reducen como consecuencia de las demandas de sus roles (Isamaya y Gomes 2008, citados por Novella 2016, 36), y en el entramado de la maternidad, estas actividades se construyen como formas de aportar y consentir a los suyos, a la vez que constituyen una de las pocas prácticas de etapas tempranas que permanecieron.

Es común que las actividades en la adultez mayor se relacionen con intereses y actividades de etapas anteriores (Novella 2016, 136). Sin embargo, sobre estas actividades manuales se reveló que el envejecimiento intersecta de tal manera su realización que dejan de hacerlas o su desarrollo se vuelve muy esporádico, como se puede observar en el siguiente fragmento. “El ocio tiene sentido para las personas, en la medida en que les proporciona satisfacción” (Ídem), independientemente de que ésta se construya con relación a la satisfacción de las y los demás. En estas prácticas,

los dolores priman sobre la satisfacción, y se revelan como el principal obstáculo para su realización.

[Adulthood] Cosía en la máquina y no puedo coser ya, no puedo. Si me pongo a coser no aguanto el dolor en la espalda. Me ponía a tejer y ya no, lo último que hice fue una bufanda para el nieto y ya, fue lo último y ya no (x) porque ¡ay como sufrí para hacer la bufanda! (Teresa).

Las prácticas de ocio siempre gozarán de cierta flexibilidad, pues, como planteamos desde su definición, se realizan a discreción. Sin embargo, en el caso de las mujeres, muchas de éstas se conforman como extensión de sus responsabilidades domésticas de madres, por lo que no siempre tienen dicha característica, si bien durante la adultez mayor el entramado de su nuevo rol familiar, sin dependientes a su cargo y ante la construcción social sobre sus cuerpos de AM, ratifica el carácter optativo de su desarrollo. En el circuito de las prácticas (Connel 2003, 96), la nueva sensorialidad de esta etapa se retroalimenta en la construcción sobre su corporeidad como AM y como mujeres, y la realización de éstas se flexibiliza ante el dolor y otras manifestaciones del envejecimiento; como veremos más adelante, es en ese entramado que la mayoría de las prácticas de ocio se flexibilizan en la adultez mayor.

En las trayectorias de las entrevistadas también se reveló que, desde etapas tempranas, mediante su inclusión en las prácticas religiosas cristianas van conformando una corporeidad femenina que implica el gusto y pertenencia a este espacio y sus prácticas. Las entrevistadas refirieron que sus madres y abuelas les enseñaban sus rezos, las llevaban o mandaban a la iglesia y al catecismo, y que a ellas les gustaba rezar e ir a convivir con otros infantes en ese entorno.

Sin embargo, a partir de la adolescencia esta práctica se impone de forma más contundente como parte del proceso de aprendizaje a ser cuerpos de mujeres,¹³¹ volviéndose más tajantemente femenina, un deber-ser. La iglesia se torna en un lugar al que pertenecen las mujeres, y en algunos casos el único sitio, fuera de la escuela o el trabajo, al que tenían permitido asistir. Quienes tenían permiso de salir a otros lugares refirieron que nunca enfrentaron resistencia de sus padres para asistir al templo,¹³² y en la posibilidad-obligatoriedad que adquiere esta práctica en su formación como “buenas mujeres” adolescentes se revela la sujeción de sus cuerpos en esta etapa ante el advenimiento de su sexualidad (Lagarde 2005, 425).

[Adolescencia] A mí a ningún lado me dejaban ir, yo iba de la casa al trabajo directo, bueno y a la iglesia, mi papá ahí sí, siempre. O sea, ya que llegué a la pubertad, ya así muchacha yo nunca conocí bailes, nunca conocí fiestas, nunca conocí nada, porque estábamos en la iglesia y era una Iglesia muy estricta [...] Eso sí, en ese tiempo yo iba a todos los servicios de la semana, a los de la juventud, yo era feliz ahí [...] (Alma).

Al hablar de la práctica religiosa como práctica recreativa ha de diferenciarse de la fe. Como práctica recreativa comprende rituales con un objetivo específico, que se desarrollan con cierta periodicidad en un tiempo dedicado expresamente a su realización. Desde etapas tempranas, la práctica religiosa se presenta como una práctica recurrente, una opción viable y apropiada para ellas como mujeres. En ninguna etapa se les cuestiona su desarrollo, si bien el envejecimiento, como nueva

¹³¹ Como se expresó en el marco teórico, la femineidad hegemónica escinde a las mujeres de su corporeidad, planteándola como prohibida, como fuente tentación para el varón en el entramado de la sexualidad y la religión, dentro de la cual se plantea como el medio para su reivindicación, a través del cuerpo maternal (Lagarde 2005).

¹³² Los límites de género de varias prácticas recreativas se sostienen en las construcciones religiosas sobre la corporeidad femenina en lo relativo a la sexualidad, no solo sobre su pertenencia a la Iglesia y su compatibilidad con la práctica religiosa, sino en permisos de la adolescencia para realizar otras prácticas, y delimitando prácticas apropiadas o socialmente cuestionables como mujeres durante las siguientes etapas. Este tema se va explorando conforme se describen las diferentes prácticas.

situación corporal, también intersecta y flexibiliza su realización. A excepción de Berenice, quien sigue asistiendo de forma semanal a misa, el resto de las entrevistadas refieren ya no asistir tanto al templo (salvo en ocasiones especiales) y rezar en casa, y algunas también dijeron ver la misa por televisión o en el celular.

[Adulthood mayor] A veces soy muy floja y a veces no voy. Pues ya ves que toda la semana ando con esto y aquello y a veces el domingo, como es temprano ahí la misa, es a las 8 (x). Como ahora que dije: “sí voy a ir a misa el domingo” ¡N’mbre!, me desperté a las ocho y media; pues ya no. Y luego me dice la vecina “es que vaya allá al Santuario, o allá a Catedral”. “¡Ay con el solón que hace no voy!, ya no puedo. No me va a pasar nada”. “No pues, es que es pecado”. “Ya sé que es pecado, pero Dios sabe por qué no voy, y no me va hacer nada, no me va a castigar por eso, yo aquí le rezo”, le digo (Teresa).

A su vez, ha de destacarse otro sentido en que la CFH sostiene la pertenencia de la mujer a este espacio y prácticas. Siguiendo a Lagarde (2005, 309-312), el mundo de la mujer es lo cotidiano, lo doméstico, la vida diaria: ella es la encargada de mantener ese mundo que, por su naturaleza multidimensional (que implica el bienestar físico, material, emocional, mental, social de los diversos miembros de la familia, ellas incluidas) y por las fuerzas externas que lo impactan, es imposible de mantener.

Las mujeres existen en el mundo para acoger materialmente y terrenalmente a otros, no para acogerse, acunarse, protegerse a sí mismas, por eso se ven compelidas a allegarse a alguien que las proteja, y a creer en algo que les permita encontrar sentido a lo inexplicable. Su fe es absoluta: es la fe en un Dios, el creador, en particular en el Dios ordenador del caos vital, el responsable de las vidas y de las muertes de todos, de lo que hacen y dejan de hacer (Ibid., 312).

En ese tenor, la oración y el canto religioso, como prácticas de fe, se revelaron como prácticas que en sí mismas conducen a estados emocionales positivos, capaces de mediar la tristeza, el miedo, el enojo, la preocupación, la incertidumbre, de

tranquilizar, de dar paz, felicidad y sentido a la propia vida. En su desarrollo, las mujeres sostienen su rol de género y confirman la CFH. Como expresa Teresa en el siguiente fragmento:

[Adulthood mayor] Es mi virgen, cuando me cambie aquí, mi hijo me trajo mis cosas, pero no me trajo la virgen. Como a los ocho días vino. “Hijo, ¿me puedes traer mi virgen?” “Sí”. Y ya me la trajo y me la puso. “Ay, ahora sí voy a dormir acompañada”, le dije, pero suspiré ((risas)). “Ahora sí voy a dormir acompañada”. Es la que me cuida, es la que le encargo mi casa, le encargo que me cuide, que me cubra con su manto cuando me voy, que me lleve y me traiga, le pido por mis hijos, para que les vaya bien, por mis nietos para que sean personas de bien, por todo. Mucho le rezo yo siempre, le tengo mucha fe [...] en cuanto me levanto lo primero que hago es rezar mis oraciones [...] (Teresa).

Por otro lado, las entrevistadas también relataron haber practicado deportes durante su niñez y parte de la adolescencia. Dijeron haberlos realizado principalmente en la escuela como actividad extracurricular obligatoria y/o en clase de educación física. Así, los construyen principalmente como prácticas que tenían que realizar, pues eran parte de sus responsabilidades escolares, por lo que en los relatos de las entrevistadas se revela que los consideraban ajenos a la corporeidad femenina.

Por un lado, varias dijeron que no les gustaba el deporte, e inclusive hicieron referencia directa al malestar corporal-cultural de su realización, revelando la incompatibilidad de la práctica con su corporeidad de mujeres (frágil, débil, en riesgo). Este tipo de descripciones, en las que la incompatibilidad con la práctica se sostiene en sus características físicas, pero no con relación a una enfermedad específica, se revelaron exclusivamente en los relatos de la adolescencia.

En el siguiente fragmento, Berenice construye diferente sobre la actividad de correr cuando es en el contexto del deporte reglado y cuando es en el de los juegos. La práctica deportiva se construye como masculina, pues se conforma de valores masculinos como la competencia, alto rendimiento, disciplina, dominio, individualismo y protagonismo, a la vez de que refiere a características corporales también atribuidas a los varones, como fuerza, velocidad, movimiento, destreza, etcétera (Connel 2003, 85). El correr solo se tradujo en una incompatibilidad corporal cuando la práctica se ubicó en el entramado de dicha institución masculina y no en los juegos, lo que sugiere, a su vez, su construcción corporal-genérica.¹³³

[Adolescencia] Nos daban cultura física una vez a la semana, eran varios deportes por ejemplo, voleibol, había una fosa ahí con aserrín y brincábamos, pero yo nunca estuve así en un equipo ni nada. A mí me daba un dolor cuando corríamos, entonces como que me daba miedo y, y no participaba mucho, por ejemplo en las competencias y eso [...] Nosotros subíamos y bajábamos el cerro todos los días, muchas veces, para eso no tenía problema, cuando jugábamos tampoco. Me acuerdo que cuando llovía y terminaba de llover nos íbamos por todos los cerros, hasta bajar a los praditos, así le decíamos, y nos poníamos a corretearnos, y no ahí no me dolía, no que yo me acuerde (Berenice).

Por otro lado, hubo quienes, en el contexto de la niñez y la adolescencia, al describir sus prácticas deportivas, hablaron sobre sus habilidades, sobre ganar competencias, sobre su protagonismo, sobre el gusto por su realización y la socialización, y las expresaron como experiencias de placer autorreferente. A su vez, describieron un cuerpo que disfruta, activo, en movimiento, energético, fuerte, libre, autónomo, cómodo estando en lo público, afuera y en compañía de otras personas. Todos estos valores y formas de ser cuerpos son socialmente construidos como

¹³³ Un poco más adelante analizamos el tema de los juegos en específico.

masculinos, y como se puede observar en el siguiente fragmento, son relatados como prácticas que otras mujeres no solían hacer o disfrutar, revelando la no-correspondencia con lo femenino.

En el desarrollo de este tipo de prácticas, las mujeres asumen nuevas posibilidades corporales, y autoras como Kleiber, Kane y Shaw (cit. en Ureta 2017, 44) plantean la posibilidad que ofrece la práctica deportiva, sobre todo los “deportes masculinos”,¹³⁴ para resistir la cultura corporal hegemónica. La experiencia de Eva revela que en la práctica de “deportes femeninos” también se revela esta posibilidad, pues independientemente de que reproduzcan estereotipos femeninos, se insertan en la institución masculina del deporte. Esta característica las diferencia de otras actividades femeninas de ocio, pues, como apunta Connel (2003, 97), en el desarrollo de la práctica deportiva y su construcción masculina se sitúan y conforman cuerpos respecto del género.

[Adolescencia] Yo era muy deportista, era muy buena. Me gustaba mucho, yo jugaba tenis, jugábamos ahí en el estadio. Mi amiga tenía un vecino que se encargaba de cuidar ahí [...] y nos daba chanza de jugar frontón y tenis. Y luego en la escuela jugaba básquet, voleibol y empezaban con aquellas tablitas que se ponían así y las brincábamos, y luego te ponían más grandes, más grandes, más grandes y las íbamos brincando (Eva).

La no correspondencia de la práctica deportiva con su corporeidad de mujeres se termina de materializar cuando, al salir de la escuela, todas dejaron de realizar este tipo de actividades. En contraparte, revelaron que sus vecinos y/o hermanos, y más

¹³⁴ Se consideran deportes masculinos aquellos relacionados con la motricidad gruesa, la fuerza, la velocidad, masa muscular, la competencia, el contacto, entre otros. Por ejemplo, el fútbol, boxeo, lucha, básquetbol, halterofilia, etcétera; mientras que se catalogan como femeninos los que implican motricidad fina, coordinación, flexibilidad, equilibrio y creatividad, como por ejemplo la gimnasia, natación, tenis, atletismo, danzas (Hijos 2018).

adelante sus esposos, solían pertenecer a alguna liga o jugaban deportes con amigos en otros lugares, refiriendo una continuidad de la práctica en las diferentes etapas. Autores como Engel (1994, 439) señalan la tendencia de las mujeres a reducir la práctica a partir de la adolescencia, lo que se revela más relacionado con la configuración masculina de la práctica que con su trayectoria escolar. Además de la incompatibilidad corporal-social de lo femenino anteriormente descrita, se suman otros factores de género relacionados con las expectativas y valores familiares, la falta de oferta, su exclusión de los diferentes espacios, la escasa disponibilidad de tiempo debido a su doble-triple jornada, entre otros (Ureta 2017, 34-37).

En la juventud, solo Eva dijo haber hecho ejercicio –salía a caminar con sus vecinas. Sin embargo, su realización se ancla en una construcción muy distinta a la anteriormente planteada, pues ya no la describe como medio para el placer autorreferente, sino como medio para controlar su peso y mejorar su apariencia física, y su desarrollo se sitúa en la demanda femenina de la belleza, y el mandato, también femenino, de agradar a través de su imagen (Lagarde 2005, 433). Así, la construcción sobre su cuerpo de mujer intersecta la realización de la práctica. En su práctica ahora prima un cuerpo de y para las y los demás.

[Juventud-adultez] Pues mi esposo a veces se iba a jugar béisbol con sus amigos, yo ya no, en esa época no se usaba, no había de mujeres, o bueno yo no sabía que hubiera. En ese tiempo caminábamos, salía a caminar con mis vecinas. Es que yo toda la vida me cuidé, me la llevé a dieta, y trataba de caminar, porque todo el tiempo anduve cuidando el peso pues, yo engordé cuando me fui al otro lado, pero porque allá me eché a la milonga pues, porque pues no salía, me la llevaba ahí encerrada comiendo, viendo la tele [...] (Eva).

Eva y Alma refirieron haber empezado a jugar cachibol durante la adultez en el GAM. En esta etapa plantearon el inicio de su realización en el entramado de la salud y la enfermedad, por recomendación médica tras su diagnóstico de diabetes. Empero, además de relacionarse con su obligación de AM de mantenerse saludables, el ejercicio se relaciona con la demanda social femenina de cuidar de sí mismas y de su estética corporal,¹³⁵ toda vez que se integra a “un discurso de la salud permeado por la valoración intrínseca de la estética, de la belleza” (Valenzuela y Meléndez 2019, 13).

A su vez, en los relatos de sus experiencias en esta etapa, las entrevistadas se expresaron sobre el placer autorreferente que se devela en la práctica. De manera distinta a la niñez o a la adolescencia, no elaboraron sobre habilidades corporales, solo hablaron de disfrute, diversión y socialización, empezando a revelar esta posibilidad que, durante su juventud, se veía imposible ante las altas demandas materiales (tiempo) y sociales (la construcción de la felicidad en el entramado de la familia) de la maternidad. Como se ha expuesto en otras investigaciones (Bialeschki y Michener 1994; Parry y Goldenberg 1999; Shaw y Henderson 2005, cit. en Ureta 2017, 37), cuando los hijos se independizan y dejan el hogar algunas mujeres empiezan a percibirse interesadas en y merecedoras de su ocio personal. En la adultez mayor, Eva y Alma continuaron haciendo este deporte, pero, en los siguientes fragmentos, se observa cómo a medida de que va avanzando el proceso de

¹³⁵ “Aunque los cuidados a su persona no son valorados como tales, porque se parte de la idea de que ella no necesita cuidados y su existencia no implica actividades y trabajo. Si se ocupa de sí misma, es por requerimientos sociales tales como las normas de cortesía, la moda, para agradar a otros, pero nunca porque ella lo requiera” (Lagarde 2005,433).

deterioro físico relacionado con el envejecimiento refieren no haber tenido más opción que dejar de realizar esta práctica.

[Aduldez- Aduldez mayor] Pues antes hacía el cachibol, con las del grupo, nos la pasábamos re-bien, pero ahora ya pues todas estamos más (x) ya no podemos tanto ((risas)). (Alma)

[Aduldez- Aduldez mayor] Volví a empezar a hacer deporte ya dentro del grupo. Hacíamos antes el cachibol. Íbamos allá al Guevara. En ese tiempo si podía todavía, pero ya no, y menos ahora, porque las prótesis las cuida mucho. Pero yo siempre iba, si me gustaba, al final iba a ver nada más, pero siempre seguí yendo. Igual ahora con lo del boliche, voy a ir también nada más a ver porque no puedo más, me tengo que cuidar. Pero me gusta andar ahí con todas. (Eva)

En sus relatos sobre la adultez mayor destacan prácticas de menor impacto físico, como caminar, bailar, nadar y hacer ejercicios. Alma, Cecilia y Berenice refirieron realizar alguna de éstas de forma regular, y Oralia y Teresa de forma esporádica.¹³⁶ En esta etapa, su realización también se relaciona con la salud, y como se observa en el siguiente fragmento, en algunos casos, como el de Alma, el envejecimiento y la enfermedad impactan de forma determinante su realización y conducen a nuevas formas de desarrollarlas, pues hace lo que sus nuevas posibilidades corporales le permiten.

Independientemente de ello, Alma manifiesta gusto por ejercitarse, y lo relata como medio para el disfrute corporal, para sentirse bien, revelando que la posibilidad del placer autorreferente en el desarrollo de esta práctica permanece asequible en esta etapa de la vida. En el mismo sentido se expresaron otras entrevistadas, al describir

¹³⁶ Teresa dijo que solo nada o sale a caminar en las temporadas que visita a su hija en otra ciudad, ya que aquí camina mucho con su trabajo. Oralia dijo que en invierno deja de caminar porque oscurece más temprano y no ve bien. Ambas dijeron sentirse bien cuando hacen ejercicio.

la práctica de caminar también como paseo, con fines de promover su salud pero también como fuente placer y bienestar al implicar socializar con otros (extraños o conocidos), respirar aire puro, recibir sol, ver gente pasar, admirar el paisaje, etcétera, todo lo cual coincide con lo encontrado en otros estudios sobre prácticas de adultos mayores en las ciudades (González 2017, 24, 28).

[Adulter- Adulter mayor] Yo todo el tiempo he hecho el ejercicio de (x), como siempre hemos tenido aquí en el grupo de esa clase de ejercicios de Meta Salud. Todos los días, aunque sea poquito, prendo (x) simplemente prendo música y un rato bailo, o en su defecto tengo el disco de los Cinco Pasos, también me ayudo veces a con él. A mí me gusta mucho poner música y bailar, hacer, digamos, mambo, chachachá, cumbia, lo que sea, aunque sea un ratito y me paro, otro ratito y me paro. [...] Lo hago por tiempos porque no puedo irme corrida. Si puedo los quince minutos lo hago, y si ya empieza a oprimirme el pecho, me paro un rato y luego empiezo de vuelta (Alma).

Finalmente, hubo casos en que el proceso de envejecimiento corporal se impone sobre la realización de este tipo de prácticas, pues las entrevistadas construyen sobre un alto riesgo corporal (Ana Luisa por su osteoporosis y Eva por sus prótesis) que les impide su realización.¹³⁷ Los matices sobre la forma en que la sensorialidad del envejecimiento intersecta sus prácticas se analizan en el siguiente capítulo.

La práctica recreativa más frecuente durante la niñez fue jugar, que siempre se relaciona con el placer autorreferente. Las entrevistadas plantearon los juegos como actividades propias –exclusivas– de esta etapa. En sus descripciones es posible identificar las construcciones de género implicadas en su desarrollo, pues algunas actividades refieren –y construyen– a la corporeidad femenina y otras a la masculina.

¹³⁷ Sin embargo, Ana Luisa siempre participa en las caminatas por la salud, y Eva siempre participa en las sesiones de ejercicio del GAM. Este tema se retoma más adelante.

Relataron que jugaban a lo que las niñas acostumbraban en su época, refiriendo en ese tenor su construcción femenina, y expresaron que disfrutaban mucho jugar con otras mujeres (sus hermanas, primas o vecinas) a las muñecas, a la casita, a la escuelita, a las comadritas, al salón de belleza, o a disfrazarse con ropa y pinturas de sus madres. Como corporeidad aprendida, este tipo de juegos que se desarrollan dentro de casa reafirman su pertenencia al ámbito de lo doméstico, la felicidad en el entramado del cuidado de las y los demás (diversas formas de maternalizar), así como el gusto y demanda de la estética femenina en sus cuerpos y en las cosas (Lagarde 2005, 213, 403).

[Niñez] En la casa de mi abuelita también jugábamos a las comadritas. Le agarrábamos los vestidos a la tía y ¡ya sabrás!, nos disfrazábamos, nos pintábamos, nos poníamos que los tacones y no nos decían nada, nos dejaban hacer todo [...] (Teresa).

A su vez refirieron haber jugado juegos “masculinos”. En su forma de relatarlos se expresa que perciben que su desarrollo no les correspondía a razón de género, y los plantean como hazañas, con poseer habilidades y gustos que no eran comunes entre las niñas, pues para su realización asumían formas de ser cuerpos que no les correspondían. Eran juegos como las carreras, las escondidas, las canicas, juegos de pelota, explorar, etcétera, que se caracterizaban por desarrollarse con niños varones, por ser al aire libre, por requerir una mayor demanda física (fuerza, velocidad, resistencia), por implicar estar en movimiento constante, y porque en su realización referían un sentido de libertad.

En ese tenor, asumían –y construían sobre– características que corresponden a la corporeidad masculina. El situarse en la etapa de la niñez, que conlleva la

posibilidad de ser ese cuerpo neutro del que hablamos anteriormente, así como la construcción de los juegos como actividades propias de la etapa que se relacionan con el desarrollo infantil en lo general y no con el sexo, les permitió desarrollar este tipo de juegos y asumir esta corporeidad en el proceso. El desarrollo de estas prácticas, bajo esas condiciones de posibilidad, hace que su realización, aunque refiere a una corporeidad masculina, no se presente como resistencia, sino como posibilidad de la etapa.

[Niñez] A mí lo que más me gustaba era jugar. Aunque nosotros fuimos los primeros ahí en el barrio que tuvimos televisión, si me decían “mira, va a haber un programa muy bueno, o ¿quieres ir a jugar?”, yo siempre mejor me iba a jugar. Y a todo me gustaba jugar, a la bebeleche, al bote escondido, a todo. Cuando llovía, siempre decíamos “¡vamos a los praditos!”, y nos íbamos por todos los cerros. Para nosotros era como una fiesta que lloviera y que nos fuéramos por todos los cerros. Y toda la bola y una gritona, y luego bajábamos y nos quedamos un rato ahí y correteábamos, y luego ahí veníamos otra vez por todos los cerros (Berenice).

En cambio, en la adolescencia desaparecen todos los juegos, pues supone la etapa en la que empieza la demanda social de madurar y de prepararse para su destino corporal como madresposas. A su vez, se intersecta su corporeidad erótica, pues las entrevistadas refirieron que de repente sus padres ya no las dejaban salir tan fácilmente de casa, ni les permitían realizar actividades con sus amigos y amigas en las mismas condiciones que antes, y/o que les daba pena y no se sentían cómodas conviviendo con varones.¹³⁸ Así confirmamos que, a partir de esta etapa, las prácticas de placer autorreferente tienden a desaparecer, pues lo mismo sucedió con los deportes, mientras en el caso de los varones es más común que ambas permanezcan

¹³⁸ El mandato de la corporeidad femenina hegemónica se impone desde dentro y desde fuera.

como actividades de ocio, tanto en la adolescencia, como en etapas posteriores de sus vidas (Ureta 2017, 41).

Por ejemplo, en el caso de los varones, los juegos permanecen en la forma de juegos de azar que realizan con los amigos (dominó, cartas), en el caso de las mujeres solo Eva, en la adultez, y Berenice, en la adultez mayor, refirieron que empezaron a ir a jugar al casino. En sus descripciones, revelan el regreso del placer autorreferente ahora bajo la modalidad de este tipo de juegos de azar, confirmando la posibilidad del tiempo para sí y este tipo de placer que, como dijimos antes, refiere a lo masculino y empieza a surgir a partir de que se flexibiliza su rol como madres.

Pero ahora los juegos son prácticas sedentarias. Este tipo de prácticas de ocio se revelan posibles en la etapa de la adultez mayor, pues la sensorialidad del envejecimiento intersecta más que nada las prácticas que implican una mayor demanda física, siendo éstas las que tienden a disminuir o a eliminarse. La posibilidad de realizar esta práctica se relaciona más bien con la situación económica de las AM, con sus posibilidades de traslado,¹³⁹ y con la construcción social-genérica de la práctica misma.

El apostar en el casino es una práctica que se desarrolla en lugares públicos (masculinos) y refiere a valores masculinos (competencia, valor económico, riesgo, etcétera). A pesar de la incompatibilidad de género que representa, como señala Goldenberg (2011,82), en la adultez mayor –o poco antes– se abre la posibilidad de dejar de preocuparse por las opiniones de las y los demás y de priorizar los propios deseos.

¹³⁹ Tema que se analiza más adelante en el apartado sobre desplazamiento.

A medida que se van reduciendo las demandas de género, los roles se empiezan a flexibilizar, y esto se traduce en nuevas oportunidades de ser cuerpos a través de las prácticas de ocio. El desarrollo de este tipo de prácticas implica salir de lo privado, acceso a otras redes, a otras ideas, a otras formas de ser (Murillo 1996 cit. en Ureta 2017, 44); así, son prácticas que no reproducen la CFH, sino que la confrontan y se traducen en formas de resistir a los mandatos de género. Cuando las entrevistadas describieron este tipo de prácticas las relacionaron con un sentido de independencia, libertad, autonomía y placer autorreferente, y en su desarrollo implicaron la posibilidad de asumir estas formas masculinas de ser cuerpos.

Regresando a los juegos femeninos, a partir de la adolescencia la exigencia social de la estética femenina que antes se implicaba en algunos de ellos se materializa en sus preferencias y gustos por los rituales de belleza, como ir al salón de belleza, pintarse y arreglarse con las amigas, o en actividades como ir a comprar ropa o accesorios de moda o confeccionarlos ellas mismas. Estas prácticas se sostienen en la construcción de la corporeidad femenina y la demanda de la estética corporal basada en la belleza, la juventud y la atracción, y se presentan como medios que les permiten acercarse a los ideales de belleza femeninos (Muñiz 2014, 425). La realización de estas prácticas son formas de gestionar, ejercer, y a la vez expresar su feminidad, y son, a la vez, formas de ser de y para las y los demás, pues su sentido está en el placer ajeno, en agradarle y atraerle (Lagarde 2005, 213).

[Adolescencia] Pues yo era flaquita, morena, flaquita, pelo hasta aquí, ondulado. Esa era yo a los 18 años ((señala una foto en su sala)), cuando andaba de novia con él ((su esposo)). A mí me gustaba cambiarme, me gustaba peinarme. Cada semana me peinaba, cuando traía mi pelo largo, me hacia mi chongo, iba al salón de belleza. Cada semana después de que

trabajaba, el sábado me peinaba (Cecilia).

Estas prácticas se sostienen en la forma en que introyectan esa demanda social y en la forma en que asumen su corporeidad en el entramado de la belleza. Pero esta demanda es a la vez contradictoria en la construcción de lo femenino, pues implica cumplirla, pero no asumir ese cuerpo erótico prohibido (Lagarde 2005, 559). Al preguntarles sobre su apariencia física en etapas tempranas, la mayoría habló de su belleza de forma indirecta, refiriendo cumplir con los referentes sociales de la época (delgadas, guapas, cabello largo, etcétera) pero no asumiéndose bellas, como en el fragmento anterior de Cecilia. O por ejemplo, Alma aclaró, en retrospectiva, que, aunque era muy bonita en la adolescencia y en la juventud, nunca se sintió así. Con estos relatos revelan que la feminidad hegemónica no solo comprende la demanda de la belleza, sino también la imposibilidad de apropiarse de ella, pues solo Eva refirió que se sentía bonita, si bien no deja de ser cuidadosa en su forma de plasmarlo:

[Adolescencia] Era muy bonita ((risas)). “¡Ay, amá!, ¿por qué me hiciste tan bonita?”, le decía yo a mi mamá, jugando [...] Tenía muchos pretendientes, andaban los chamacos pero si loquitos por mí. Era muy bonita, me dicen, y que muy coqueta. Pero yo no me sentía coqueta, verás que curioso, yo creo que esa cosa ya la trae uno, ¿no? Yo era muy confianzuda con todo mundo, a todo mundo le hablaba, tenía muchas amigas, pero muchas, éramos una bola. No era para nada cohibida, yo era muy entrona, muy, nada de que “¡ay, qué vergonzosa!”, ni nada. [...] a veces piensan que porque uno es así, como si quiere otra cosa, pero no, nada que ver (Eva).

En la adultez mayor siguen refiriéndose a los rituales de belleza que realizan de forma cotidiana, como prácticas dirigidas a destacar aspectos de su corporeidad relacionados con la construcción hegemónica sobre la feminidad y la belleza

corporal. A pesar de que en esta etapa sus cuerpos se encuentren alejados de éstos como consecuencia del envejecimiento, es común que se vuelvan aún más importantes, ante la imposibilidad de alcanzar el ideal de belleza (Muñiz 2014, 427). Son prácticas significativas que algunas de ellas, además, relacionan con un placer que, aunque parezca autorreferente, no deja de ser construido con relación al otro. Por ejemplo, Oralia dijo que le gustaba irse a hacer las uñas periódicamente, y Eva que le gustaba ir a peinarse. La fuerza de la demanda social sobre sus cuerpos de mujeres se expresa en el siguiente fragmento, donde Teresa plantea estas prácticas como condicionantes para ser, para la realización de otras prácticas.

[Adulthood mayor] Yo me levanto y me arreglo, a mí no me gusta salir así como ando ahorita, no. Mi nieto el otro día me quería llevar a comer así como ando, “n’ombre”, le digo, “yo necesito arreglarme”. “Abue, pues si anda bien bonita, así bien guapa”, me dice. “No”, le digo. “Si ando mal” ((risas)). Yo no salgo con esta ropa, y ya me pinto poco, pero no salgo sin eso (Teresa).

La imposibilidad de alcanzar los estándares de belleza no significa una percepción negativa sobre su estética corporal, sino más bien lo que pudiera entenderse como una nueva estética corporal de la adultez mayor (Gomes 2012, 14). Estas prácticas son formas de dar continuidad a algunos aspectos de su imagen femenina para construirse en esta nueva etapa, a la par de que integran las nuevas situaciones de su cuerpo que envejece.

Los ideales de imagen corporal ahora se relacionan también con la salud y la actividad (Ídem),¹⁴⁰ así, ante el envejecimiento, que comprende el deterioro y la

¹⁴⁰ “Muchas mujeres mayores pueden liberarse de la dictadura de la apariencia y preocuparse más por su salud, la calidad de vida y el bienestar”, señala Goldenberg (2011, 84). Pero no hay que olvidar que a su vez se trata de otra dictadura, la de la juventud permanente. Esta nueva demanda social obedece a la dinámica del sistema económico y tiene una configuración de género. En el caso de las mujeres el

pérdida de funciones corporales, el tema de la estética femenina se expande a la posibilidad corporal de hacer las cosas y de transmitir dicha imagen, a que “no se noten” el envejecimiento o el cansancio, para no dar una imagen que aluda a la imposibilidad corporal. Los rituales de belleza ayudan a transmitir esa imagen de la nueva estética corporal de la adultez mayor, pero en la observación se reveló que también importa la forma en que realizan sus prácticas y se muestran al mundo a través de ellas, pues la nueva estética corporal de la adultez mayor se transmite directamente en la práctica, no remite a una imagen estática del cuerpo.

Otra práctica recreativa referida por las entrevistadas fue bailar. El baile comprende una habilidad corporal para realizar movimientos finos, armoniosos, estéticos, rítmicos, suaves y coordinados, formas de ser cuerpo consideradas femeninas (Hijos 2018; Rubio 2001, cit. en Miranda y Antúnez 2006). Solo Eva refirió que le gustaba mucho bailar en la niñez, y en el siguiente fragmento, donde se expresa respecto de la construcción genérica de la práctica, presenta una imagen de su corporeidad femenina que va más allá de la apariencia física, integrando la gracia y el baile como habilidades corporales femeninas que se relacionan con su belleza, insertando su desarrollo en la demanda de la estética femenina, de agradar-atraer a las y los demás (Lagarde 2005, 203, 433).

[Niñez, Adultez mayor] Yo era muy bonita de chiquita, así de la carita, flaquita, blanquita. Y luego era bien curiosa, bien graciosa, bien participativa,

cuidarse es una demanda más fuerte que en el de los hombres (con relación a su construcción como cuidadoras y nunca como cuidadas); aun así, en ambos casos la imagen asociada al envejecimiento activo no deja de fijar estereotipos que no recogen la realidad de esta etapa. En un análisis de la imaginería de una revista dirigida a adultos mayores, Becerril (2011, 139) resume que “el modelo de ‘persona mayor’ responde a estas características: cabello rubio/blanco (teñido), ojos claros, piel bronceada, delgados y ágiles. Europeos urbanos que rebosan de satisfacción y felicidad mientras disfrutaban de su tiempo libre en pareja. Jóvenes mayores que viven una etapa idealizada de la vida conquistando con sus iguales espacios públicos en busca de un envejecimiento activo y saludable”.

a mí todo el tiempo me andaban escogiendo en la escuela para que recitara, para que bailara, para que el otro. [...] En la escuela decían va a haber un bailable y yo era la primera que levantaba la mano, ¿quién va a participar? Y yo era la primera. Me encantaba. Y todavía me gusta mucho (Eva).

Pero esta práctica, a pesar de reproducir estereotipos de género, refiere a formas placenteras de sentir y disfrutar el cuerpo. En sus relatos, bailar se relaciona siempre con el placer autorreferente, independientemente de las condiciones de su realización. En la adolescencia bailar se empieza a insertar en el entramado del cortejo, y se vuelve una práctica que no es compatible con el mandato de la CFH dada su relación con la construcción del cuerpo erótico, siendo esta etapa donde se establecen límites sobre su desarrollo, vinculando su prohibición con la demanda de género de contenerse, de ser pudorosa, de resguardar el honor de la familia y de sacrificar el propio placer (Lagarde 2005, 435).

Así, las entrevistadas refirieron que era difícil –y a veces imposible– que sus padres las dejaran salir a bailar –o a bailes–, o que les daba pena (el mandato interiorizado como imposibilidad corporal). Y sobre la juventud, se expresaron en el mismo sentido, o ni siquiera refirieron la práctica, salvo que fuera una actividad que realizaran con sus parejas, revelando la posibilidad de esa corporeidad exclusivamente en el entramado de la conyugalidad, donde a su vez el esposo se vuelve el nuevo custodio de su cuerpo y de su “naturaleza femenina” (Ídem). De este modo, el baile no deja de ser una práctica placentera, pero se inserta en la relación de dependencia y en la existencia de la mujer con relación al varón (Ibid., 388).

[Adulter- Adulter mayor] Yo ahora, así de grande, con el grupo, es cuando he salido más. Ni cuando me divorcié la segunda vez. Era raro que yo fuera a los bailes [...] no yo no iba. Yo la primera vez que fui a un baile me asusté, y

tenía veintidós años [...] yo nunca había ido a un baile y vi mucha gente y fue un muchacho a sacarme a bailar, ahí en Culiacán, y muy guapo el muchacho, y cuando llegamos a mitad de la pista, lo miré, y empezó a bailar y yo volteé pa' la mesa, y que lo dejo parado ahí a media pista, me fui, agarre mi bolsa y me fui [...] sabe, me daba miedo [...] (Alma).

Algunas desde la adultez y otras hasta la adultez mayor refirieron haber empezado a realizar la práctica bajo condiciones distintas al cortejo o la conyugalidad: solas, con amigas o con familiares, en casa y en fiestas o bailes, también en las sesiones del GAM.¹⁴¹ En las observaciones de esta práctica en lo público se reveló que, a diferencia de otras etapas, en la adultez mayor cada quien baila lo que quiere o puede. El envejecimiento media sus prácticas; por ejemplo, Ana Luisa solo bailó una canción, su favorita, porque dice que le da miedo caerse, mientras Alma bailó hasta que se sintió agitada, paró y luego regresó a la pista. Eva, por su parte, se fue a sentar cuando sintió que ya traía muy inflamados sus pies, descansó un rato y luego volvió, al tiempo que Oralia y Berenice¹⁴² bailaron varias tandas y entre ellas se sentaban o paraban un rato a platicar. Cecilia, por su parte, bailó con su esposo, y cuando éste se quiso ir a sentar, bailó con sus amigas.

La única que no refirió ir a bailar fue Teresa, lo que revela la importancia de una infraestructura que permita instrumentar la realización de este tipo de prácticas de ocio (al no integrarse de lleno al GAM, nunca participó de estos eventos), como también expresó Alma en el fragmento anterior. Esta práctica en lo privado es medio de reconciliación con ese cuerpo erótico –antes sujetado y negado– y con el placer autorreferente, y como experiencia de ocio en lo público, fuera de la conyugalidad,

¹⁴¹ Cecilia continúa realizándola con su pareja, pero también gusta de bailar con sus amigas.

¹⁴² Inclusive Berenice, que nunca se casó, empezó a bailar en etapas recientes, pues dijo que antes le daba pena, refiriendo a esa sujeción interiorizada de su cuerpo de mujer.

posee además esos componentes de libertad y autonomía propios de lo masculino, pues “provee de oportunidades para ejercitar el poder personal que puede ser usado como una forma de resistencia a las limitaciones y restricciones de género” (Shaw 1994, 15, cit. en Ureta 2017, 44).

A diferencia de la adolescencia, esta práctica se expresa como posible desde dentro y desde fuera en la mayoría de las entrevistadas. Por un lado, como hemos venido señalando, en esta etapa van recuperando sus cuerpos, que ya no son siempre esos cuerpos maternales para y de las y los demás, sino también cuerpos para ellas y medios para el placer autorreferente (Goldenberg 2011, 82; Ureta 2017, 37). A su vez, su misma corporeidad de AM parece librarlas de la construcción sobre su cuerpo erótico, y por ende se reduce la fuerza del mandato de la feminidad hegemónica de custodiarlo (ellas mismas y la sociedad).

Ante el deterioro corporal como consecuencia del envejecimiento, en esta etapa en que las AM empiezan a recuperar sus cuerpos, a su vez se les escinde de sus cuerpos. La vejez se construye como un “período asexual privilegiado para la reflexión, la sublimación y a virtud” (De los Santos y Carmona 2016, 9), y, a la vez, esta práctica permanece como una forma de expresar y asumir la corporeidad femenina a través del ritmo, la gracia y la armonía corporal, de adscribirse a la estética de la CFH como una nueva posibilidad de ser ese cuerpo erótico negado. Finalmente, en su desarrollo se expresa la energía, fuerza, destreza y posibilidad corporal, que se revela como medio para esa nueva estética corporal de la adultez mayor anteriormente referida, que se relaciona más con la posibilidad de ser y hacer

bajo un nuevo concepto de belleza que no se adscribe a los estereotipos dominantes de la juventud (Gomes 2012, 14).

Por otro lado, otras actividades recreativas recurrentes entre las entrevistadas fueron salir a comer, a pasear, y/o visitar o recibir visitas de familiares y amistades, prácticas que se diferencian entre sí a razón de la relación que tienen con la persona con quien las realizan y del ámbito en el que suceden (público o privado). Como se verá a continuación, este tipo de prácticas en el entramado de la familia son prácticas recreativas maternas, ya que su realización implica directa o indirectamente el cuidado y la atención de sus familiares, fundiendo el trabajo doméstico y la recreación en una sola práctica.

Conforme a la CFH, en su desarrollo relatan la construcción del placer y la felicidad en el entramado de la familia y la entrega colmada (Lagarde 2005, 444). A su vez, este tipo de prácticas que se corresponden con su “naturaleza” femenina maternal, a partir de la juventud, conforman una demanda social (interna y externa) por priorizar estas actividades y preferirlas sobre otras formas de placer autorreferente; en ese mismo tenor, implican una disponibilidad y gusto permanente por realizarlas.

Algunas dijeron que durante la niñez acostumbraban visitar o recibir visitas de familiares. Como dijimos al describir las prácticas de sus madres, durante estas visitas cotidianas las entrevistadas se reunían con otros niños a jugar, pero también refirieron ayudar con labores domésticas y/o cuidando a los más pequeños, mientras

sus madres también cuidaban en diferentes niveles.¹⁴³ En especial, las tareas de cuidado a hermanos menores se construyen como juego, y conllevan un aprendizaje a ser mujer (Ibid., 404) a través del cual se empieza a desdibujar la separación entre las prácticas domésticas y las recreativas, al tiempo que las niñas empiezan a conformar su placer en el desarrollo de prácticas que implican un cuerpo al servicio de sus familias, prácticas-enseñanzas que continúan en la adolescencia.

En la juventud, quienes vivían en la misma ciudad de sus madres destacaron visitarlas de forma cotidiana. Cuando se les preguntó qué les gustaba hacer en su tiempo libre, relataron que, sobre todo cuando tenían a sus hijos(as) pequeños(as), acostumbraban ir juntos a casa de sus madres, y que ahí solían reunirse también con otras mujeres (hermanas, tías, primas, etcétera): “Yo tenía mamitis, siempre que podía yo corría a casa de mi mamá”, relató Eva. Al igual que hacían antes sus madres, revelan que en el desarrollo de esta práctica recreativa recibían y daban cuidados en diferentes niveles a sus familiares y a su descendencia, fusionando las prácticas recreativas con las domésticas y construyendo su placer con relación a las y los demás. Quienes vivían lejos de sus familias de origen relataron viajar con fines recreativos a visitar a sus madres y familia, acompañadas sobre todo de sus hijos(as), describiendo el mismo tipo de prácticas cotidianas durante ese tipo de visitas.

Durante esta etapa, algunas también señalaron reuniones con familiares –y más esporádicamente con amistades y/o vecinas– con motivo de festejos especiales, o de fines de semana en las que socializaban en familia. Revelaron haberse convertido en anfitrionas de este tipo de celebraciones, y como se puede observar en

¹⁴³ Cuidaban a sus hijos o a otros familiares y también recibían cuidados o “ayuda” doméstica; como parte de la crianza, labores domésticas, cuidado de enfermos o afectivo, etcétera.

el siguiente fragmento, en sus descripciones sobre este tipo de prácticas destacaron encargarse de su gestión como un valor apreciado por los demás y por ellas mismas, como algo que les gustaba hacer.

El desarrollo de estas ocasiones implicaba cocinar para muchos comensales, organizar a los distintos miembros de la familia, arreglar la casa, entre otros, y en su práctica se reveló la construcción del placer y de la felicidad en función de la satisfacción ajena, mientras en algunos casos su descendencia y esposos las ayudaban o eran solo receptores de sus servicios y de los de otras mujeres. Relataron algo muy parecido al hablar de cuando asistían con sus familias a este tipo de celebraciones en casa de otros familiares, y que una parte del tiempo se reunían en la cocina con otras mujeres y, mientras platicaban, ayudaban a cocinar, a servir o a organizar. En este tipo de prácticas, el trabajo doméstico y de cuidado se fusiona con la recreación.

[Juventud, Adulthood mayor] Nos juntábamos mucho aquí en la casa, como está muy grande el patio pues aquí nos juntábamos. Todos siempre querían hacer aquí sus festejos y nos pedían la casa, hasta la fecha. Éramos muchos y toda la familia nos juntábamos y hacíamos mucha comida. Cocinaba para un chorro de gente, así como viste la otra vez de la posada, así estábamos. Nada más que ahora ya viste que ahí andaba mi hija, ahora sí casi todo lo hace ella [...] En ese entonces hasta baile hacíamos allá afuera, muy contentos nos la pasábamos [...] A veces también nos juntábamos en casa de otras gentes, íbamos a casa de mi cuñada o mi comadre pero casi siempre era aquí en la casa. [...] No pues ahí yo les ayudaba a ellas, ahí estábamos todas en la cocina platicando mientras calentábamos o servíamos a la bola de chamacos y los maridos ((risas)) (Cecilia).

En la adultez, visitar/recibir a su descendencia conserva el sentido de extensión de sus responsabilidades maternas domésticas y de cuidado. En la adultez mayor, en estas visitas construidas como recreativas sucede un intercambio

de cuidados y trabajo doméstico en el que se sigue confirmando su corporeidad femenina de ser de y para las y los demás y el placer con relación al otro(a). Pero a diferencia de etapas anteriores, el envejecimiento ocasiona que, de su parte, su trabajo disminuya, y ahora se conviertan en mayores receptoras de ciertas ayudas o de compañía.¹⁴⁴

Por ejemplo, las que tienen descendencia en segundo o tercer grado refirieron que cuando van de visita ya casi no pueden cargarles, jugar o ayudar en su cuidado. Se expresaron sobre ello como una pérdida a causa del envejecimiento, y ahora refieren consentirles en esos encuentros cocinando algo que les guste, revelando la significatividad de proporcionar cuidados o trabajo doméstico en el desarrollo de esta práctica recreativa y su disponibilidad permanente para darse.

Como se detalló en el apartado de trabajo doméstico, cuando el cocinar para alguien más se realiza fuera de las responsabilidades cotidianas de trabajo doméstico, se convierte en una práctica recreativa común entre las mujeres. La describen como una actividad que les gusta hacer, como un medio para convivir y expresar su amor maternal, donde se revelan sus talentos y son apreciados por sus familiares. Como se puede observar en el siguiente fragmento, a través de estas prácticas intercambian afectos, aunque conservan la construcción femenina del placer en el servicio dentro del entramado de la maternidad.

Empero, el envejecimiento también intersecta estas prácticas, pues relataron que ahora solo son anfitrionas de reuniones pequeñas, con determinados miembros

¹⁴⁴ Aunque como se estableció en el apartado de trabajo doméstico, en el entramado de la feminidad hegemónica se naturaliza que ellas no necesitan cuidados (Lagarde 2005, 433)

de la familia, y que ya no lo hacen tan frecuentemente como en otras etapas. Igualmente, cuando refirieron reuniones para muchas personas –en sus casas o en casa de sus familiares– revelaron que la gestión recae en otras mujeres de la familia. Como se reveló en el fragmento anteriormente citado de la experiencia de Cecilia.

[Adulthood mayor] El domingo aquí se pasó todo el día mi nieto. Muy agusto platicamos. Le hice unas costillas que le encantan, y le hablé para que se viniera a comer. Así me gusta hacerles lo que más les gusta. A mí me gusta mucho la cocina pero ya nada más estoy yo, y así como que me da flojera hacer nomás para mí, se ensucia igual, entonces por ejemplo a mi hijo le encantan las gorditas que hago, a todos la verdad, dicen que están mejor que las que venden en la calle, entonces le hago y le hablo y lo invito a comer, también a mi sobrina, depende de lo que cocine y siempre vienen. Les gusta mucho lo que hago (Teresa).

Por otro lado tenemos las actividades recreativas con familiares que suceden en el espacio público. En etapas tempranas, las entrevistadas revelaron que sus padres o madres las llevaban a pasear de vez en cuando, prácticas que se revelan como medio de placer autorreferente. En la juventud, algunas refirieron que les gustaba salir con su propia familia a algún parque, al cine, a comer, al circo o algún otro lugar de su interés, aunque este tipo de prácticas no eran muy frecuentes. Este tipo de prácticas recreativas se diferencian de las otras reuniones con familiares, pues ellas no son las que les atienden, pero su desarrollo con sus hijas e hijos se inserta en el entramado de su responsabilidad sobre la crianza y el cuidado, y se conserva femenina en ese sentido de priorizar el ser de y para las y los demás, pues no revelaron realizar este tipo de prácticas sin ellos o con fines centrados exclusivamente en ellas.

A partir de la adultez los mandados emergen como otro tipo de práctica pública recreativa con la familia, pero a diferencia de las anteriores ésta sucede en espacios públicos construidos como femeninos, por su relación con la gestión del trabajo doméstico. Antes, las compras o mandados se revelaron exclusivamente como parte de sus responsabilidades domésticas,¹⁴⁵ pero en esta etapa las entrevistadas relataron que gustaban de acompañar a sus hijas a los mandados que tenían que hacer como parte de sus labores domésticas, y lo plantearon como una forma de recreación, como salida, paseo y como apoyo para éstas, revelando el disfrute de hacerse compañía. Es otra práctica en la que convergen el trabajo doméstico y la recreación, y que conlleva la construcción del placer con relación a otra persona y sus necesidades (un cuerpo de y para las y los demás).

Sobre la adultez, también dijeron que gustaban de salir con sus hijos(as) y nietos(as) y/o con sus padres o madres a lugares públicos (por ejemplo a restaurantes), pero relataron estas prácticas en un sentido distinto al de la juventud. Como se observa en el siguiente fragmento, las describieron fuera de sus responsabilidades, y más bien como opcionales (implican autonomía), y refirieron la capacidad e independencia económica que les permitió gestionarlas.¹⁴⁶ Aun así, conservan la característica de la construcción del propio placer con referencia al placer de sus familias.

¹⁴⁵Distinto a lo encontrado en investigaciones de otros países, donde el *shopping* es un tipo de actividad pública recreativa mayoritariamente realizada por mujeres en las diferentes edades (Castelli 2014, cit. en Ureta 2017, 19), que suele relacionarse con la compra de artículos no esenciales. La diferencia podría estar relacionada con el poder adquisitivo y los patrones de consumo en las distintas sociedades.

¹⁴⁶ Berenice construye en ese sentido sobre estas prácticas desde su juventud, pero se asocian a su rol como proveedora, y no como encargada de la crianza de sus sobrinas.

[Adultez] Los fines de semana nos íbamos todos a comer, yo ganaba muy buen dinero. Mi hija estaba bien, pero estaba recién casada, con los niños chiquitos. Y yo no tenía casi gastos, me quedaba temporadas ahí con ella para ayudarla con los niños, entonces me gustaba invitarlos (Eva).

En la adultez mayor las salidas a comer o tomar el café con familiares se insertaron en una relación de dependencia, pues es un tipo de actividad que se relaciona con la disponibilidad de ingresos, y como vimos en el apartado de trabajo remunerado en esta etapa disminuye considerablemente. Las entrevistadas refirieron que es una práctica que disfrutaban, aunque en esta etapa tampoco se reveló frecuente, pues generalmente se presenta cuando sus hijos(as) las invitan; son ellos(as) los(as) que sugieren la salida, los(as) que pasan por ellas y los(as) que pagan por su consumo. En el contexto de la adultez mayor, ésta se revela como una práctica que sus familiares procuran para el placer y cuidado afectivo de las AM y por el gusto de su compañía, y a diferencia de etapas anteriores su papel cambia al de receptoras de este tipo de prácticas.

Por su parte, en esta etapa, los mandados con las hijas como forma femenina de recreación permanecen en el mismo sentido que la adultez, como se expresa en el primer fragmento, si bien el envejecimiento también interseca sus posibilidades de desarrollo, como se revela en el siguiente. Y, como se dijo en el apartado de trabajo doméstico, también expresan que la construcción sobre el gusto y la disponibilidad permanente de las mujeres para la realización de actividades domésticas o de cuidado se extiende al desarrollo de este tipo de prácticas recreativas-maternales.

[Adultez mayor] Mi hija va y desayuna conmigo, toma café, y que “vamos pa’ acá, vamos pa’ allá”. Ayer me invitaba a la iglesia, andan poniendo fecha,

se va a casar una de las niñas, y andan buscando fecha porque se quiere casar aquí por la Iglesia (Eva).

[Adulthood mayor] Allá con mi hija no trabajo, ¿sabes qué me cansa?, que tiene muchas salidas a la calle ella y siempre quiere que la acompañe. Y ahí ando yo con ella. Que vamos y venimos a un lado y a otro y a otro. Eso es lo que sí me cansa (Teresa).

Por otro lado, en la niñez refirieron que acostumbraban hacer y recibir visitas de amistades, sobre todo de vecinos(as), y/o salir a jugar o pasear con ellos(as). En conjunto, dichas prácticas, que a diferencia de las que ocurrían con familiares se insertaban exclusivamente en el entramado de los juegos, eran fuente de placer autorreferente, aunque las que tenían hermanas(os) menores refirieron, a su vez, diversas formas de cuidar de éstos(as) durante los juegos con sus amistades.

Aunque en la adolescencia los juegos cesaron, en algunos casos las visitas y/o salidas con amistades –sobre todo con personas de la escuela– con fines recreativos permanecieron y conservaron su sentido de práctica recreativa relacionada con el placer autorreferente, si bien en las visitas que realizaban confirmaban la CFH. Dijeron que se reunían, por ejemplo, para realizar rituales de belleza, “a chismear”,¹⁴⁷ o para “noviar” mientras sus padres vigilaban; prácticas que, a su vez, significaban permanecer adentro, en el ámbito de lo privado. Aun así, se expresaron como prácticas cuyo objetivo era su propio disfrute y felicidad, y en su desarrollo implicaban la disposición de un tiempo para sí y cierta libertad de ser y estar, características propias de los masculino.

¹⁴⁷Anteriormente hicimos referencia a lo que elabora Lagarde (2005, 347-348) sobre el chisme entre mujeres, como forma coloquial de compartir experiencias y acontecimientos y construir complicidades con amigas o familiares.

Quienes dijeron que realizaban este tipo de prácticas también expresaron que –en mayor o menor medida– salían con amigas, y algunas también con amigos. Relataron que se iban por una nieve, a comer unos tacos, a cenar, a pasear y/o a dar la vuelta. En el desarrollo de estas prácticas con amistades, el placer se revela asociado a un sentido de libertad, de movilidad y de disfrute corporal y, al ser prácticas que suceden en el espacio público, conllevan la posibilidad de asumir también esas “formas masculinas” de ser cuerpos en su realización.

En los demás casos, los encuentros dentro o fuera con las amistades se convirtieron en prácticas prohibidas en la adolescencia, lo que se relaciona con el control de los padres y lo anteriormente referido sobre la CFH y la custodia de sus cuerpos eróticos de mujeres ante el advenimiento de la pubertad (Lagarde 2005, 427). Así, las prácticas recreativas que tenían como objetivo su propio placer se redujeron hasta prácticamente desaparecer.

En la juventud, en el caso de las que fueron madres, las visitas a las amigas o vecinas reaparecen en mayor o menor medida en sus vidas, pero ahora como una extensión de sus prácticas maternas. Las expresan en el desarrollo de sus responsabilidades domésticas y de cuidado y/o de trabajo, como se refirió en los apartados correspondientes, siendo prácticas mediante las que se confirma la CFH, pues suceden en el entramado de lo doméstico o sus inmediaciones y suelen implicar de alguna manera la crianza o el cuidado de sus familias.

Ninguna refirió prácticas recreativas con amistades en el mismo sentido de su adolescencia, así que esta modalidad de esparcimiento desaparece como medio para el placer autorreferente como tal, y ahora se relaciona con su maternidad y la

felicidad en ese entramado. Aun así, estos encuentros cotidianos femeninos permiten que las redes de las mujeres se amplíen más allá de sus familias, y al exponerlas a distintas experiencias, formas de pensar y recursos, potencian el empoderamiento y posibilitan diversas formas de resistencia a los roles de género. Sobre todo en el caso de las que se separaron o divorciaron, este tipo de prácticas recreativas mediante las que compartían la maternidad con sus amigas se revelaron más significativas.

Las entrevistadas que fueron madres y dijeron salir o frecuentar amistades fuera de su rol de madres o madres-trabajadoras, lo refirieron como una práctica que acostumbraban realizar exclusivamente con sus esposos. Así, la inscribían en la dinámica de la conyugalidad, donde este tipo de práctica recreativa es socialmente avalada y potenciada (Novella 2016, 133). Empero, estas prácticas pueden ser, a su vez, formas de sujeción de la CFH, pues es común que se desarrollen como parte de una relación de dependencia, en la que la mujer existe y es solo con relación al varón (Lagarde 2005, 388).

En el entramado de la CFH, solo pueden realizarse bajo el contexto del matrimonio, no en libertad, ya que fuera de éste, estas prácticas son incompatibles con la maternidad-conyugalidad, pues serían formas de apropiarse de sí y de dejar de ser de y para las y los demás. En esta etapa, las que se divorciaron o separaron de sus esposos tampoco hicieron referencia a este tipo de prácticas recreativas con amistades, revelando la sujeción que ejerce también la maternidad respecto de estas otras posibilidades de ser cuerpos que implican el placer autorreferente y la felicidad fuera del contexto de la familia. Solo Berenice, que no se casó ni tuvo hijos, expresó

haber seguido realizando este tipo de las salidas y visitas a amistades durante esta etapa.

A partir de la adultez, las entrevistadas refirieron que siguieron visitando o recibiendo visitas casuales de sus vecinas y amigas, y algunas dijeron haber empezado a salir con amistades a pasear, a reuniones, restaurantes, bares y otros lugares públicos. La posibilidad de realizar este tipo de prácticas, que tienen de nuevo como objetivo el placer autorreferente –como en la adolescencia–, surge a partir de su nueva situación como madres, en la que disminuye la carga material y moral de la crianza. Así, emerge la oportunidad de empezar a priorizar algunos de sus propios deseos y de tener ese tiempo para sí al que nos hemos referido anteriormente (Goldenberg 2011, 82), y al igual que en la adolescencia en su desarrollo permean formas masculinas de ser cuerpo que refieren, entre otras cosas, a la autonomía, la libertad y la independencia.

Sin embargo, las entrevistadas no refirieron que este tipo de prácticas recreativas se volvieran recurrentes, sino que siguieron primando aquellas que realizan con sus familias, las que se relacionan con sus cuerpos maternos de y para el servicio de las y los demás. De esta manera se revela cómo se impone desde dentro el mandato de la CFH, dirigiendo sus deseos, aspiraciones y gustos, al delimitar desde etapas tempranas su pertenencia a este tipo de espacios, relaciones y prácticas, y, como se verá en el siguiente capítulo, también desde fuera, especialmente desde sus familias, que siguen imponiendo su incompatibilidad con estas formas masculinas de ser cuerpos en la práctica. Lo importante, sin embargo, es que a diferencia de la etapa anterior se materializa la oportunidad, y en mayor o menor medida todas se implican

en este tipo de prácticas, que, como señala Murillo (cit. en Ureta 2017, 44), conllevan oportunidades de empoderamiento, de ampliar las redes de apoyo, de mejorar la autoestima, y de trascender las necesidades ajenas para conectar con las propias.

En la adultez mayor, hacer visitas casuales a amigas o vecinas se vuelve aún menos común. Solo Eva refirió que le gusta hacer y recibir visitas constantemente, y que en cuanto abre la puerta se le vienen las vecinas a platicar, y que a ella le gusta mucho estar con su familia, pero también tener su espacio y visitar a sus amigas. El resto dijo que no se sienten cómodas en casas de otras personas, que si van de visita es solo un momento, pues prefieren estar en su casa, y que prefieren recibir éstas visitasen su casa, aunque se dan en muy pocas ocasiones. En dichas preferencias revelan su pertenencia a este espacio que se construye e impone femenino a lo largo de sus trayectorias.

[Adultez mayor] No salgo con amigas, con la única es la de enfrente y casi no voy. Si me reclama porque no voy. De vez en cuando voy un ratito y me vengo pa' atrás. A mí me gusta estar en mi casa, no me gusta andar en las casas, nunca me ha gustado [...] De repente viene otra una señora, que vivía antes en una de las casas y ahora vive allá enfrente, a veces viene ella. A veces viene una amiga que conocí [...] y un sobrino de ella también [...] pero casi no (Teresa).

Sin embargo, de esta etapa destaca que, en mayor o menor medida (seis de las siete entrevistadas) conservan los paseos o salidas con amigas a lugares públicos. No quiere decir que sean más frecuentes que aquellas que hacen con sus familias, pero se trata de experiencias que siguen construyendo como significativas, pues, como se revela en el siguiente fragmento, inclusive ante la disminución de recursos económicos que caracteriza esta etapa buscan formas de instrumentarlas. Y lo mismo

sucede ante la negativa de sus familiares para que las realicen, o ante sus nuevas limitaciones corporales a consecuencia del envejecimiento, como se verá en el siguiente capítulo, toda vez que en su desarrollo siguen revelando esas formas de ser cuerpos asociadas a lo masculino que caracterizan este tipo de prácticas, y a la vez, en ellas conforman esa percepción de cuerpo posible, autónomo, libre e independiente que buscan proyectar como AM, como forma de resistir a la imagen del deterioro de la adultez mayor.

[Adultez mayor] Yo junto de lo que me dan mis hijas y siempre traigo para mi café y mi desayuno cada miércoles. Luego mi yerno me dice que “tome 50 pesos para su cafecito”, me dice y yo, “bueno, gracias”, y ahí voy juntando. Con eso también a veces nos vamos a desayunar a un restaurante con la Susana; la semana pasada fuimos a “Los Santos”, o que al cafecito en la tarde y así. [...] Pues ahora nos estamos reuniendo de vez en cuando con las de la secundaria, hace más de 50 años, y vemos fotos y ¡uy, cómo cambiamos! [...] (Oralia).

Otra actividad recreativa con pares, a destacar en el caso de las entrevistadas, es su asistencia al GAM. La asistencia a este grupo se relaciona con el desarrollo de la enfermedad de la diabetes, pues conforma una medida de autocuidado para controlarla y prevenir complicaciones. El desarrollo de esta práctica se relaciona con la demanda social del envejecimiento activo y saludable, y con la demanda femenina de responsabilizarse de su salud y cuidado (Lagarde 2005, 433). La posibilidad de asistir se centra en el objetivo de la práctica y en esas demandas, pero también se relaciona con la disminución de la carga de trabajo doméstico y remunerado y la posibilidad que surge en ese entramado de una mayor gestión de su tiempo para sí mismas.

Asistir al GAM es una de muchas prácticas relacionadas con la gestión de la propia salud que surgen a partir de la adultez¹⁴⁸ y que se vuelven más significativas en la adultez mayor, pues las consecuencias del envejecimiento y la enfermedad se tornan más contundentes en sus cuerpos. Junto con otras prácticas de salud, como asistir a consultas médicas, realizarse exámenes de laboratorio, tomar sus medicamentos, hacer ejercicio, comer saludable, buscar información sobre su salud, etcétera, ésta empieza a ocupar una parte importante de su tiempo (INMUJERES 2002, 3). A su vez, se revela que con su asistencia al GAM las entrevistadas ganan en su percepción de control sobre sus cuerpos de AM con diabetes, como se expresa en el siguiente fragmento.

[Adultez mayor] Yo, hay veces que les digo que por qué dicen que vamos a tener vacaciones ((del GAM)). Yo le digo a la promotora: “¿Por qué tienes que andar dando vacaciones? No nos quites la intención de que sigamos viniendo miércoles tras miércoles”. El problema de todos no acepta vacaciones, no sabe de vacaciones, somos diabéticos y no podemos descuidarnos [...] (Alma).

Pero esta práctica, como señala Barragán (2004), es además significativa como actividad placentera y social. Todas las que participan en las sesiones informativas comparten experiencias, bromean, pasan un rato agradable, y durante la actividad física también algunas bailan juntas, y todas ríen y conviven. Las entrevistadas revelaron haber formado lazos de amistad importantes con distintos miembros del grupo a partir de esta convivencia cotidiana, y en algunos casos hacen juntas otras actividades de ocio, como salir a restaurantes, hacer reuniones, salir a bailar, etcétera. Igualmente, todas participan en las distintas actividades recreativas

¹⁴⁸ Eva y Berenice refirieron también haber asistido en la adultez a otros grupos de autoayuda para mejorar su salud física y/o mental.

organizadas por el GAM (y por ellas), como fiestas, viajes, paseos, bailes, salidas a comer, etcétera, siendo Teresa la única que no se encuentra totalmente integrada a las actividades del grupo, limitándose solo al chequeo de glucosa, pero sin participar de la convivencia en las reuniones semanales ni estableciendo amistades con otros miembros del grupo. Ella es la única que no reveló salir con amigas(os) en esta etapa.

Goldenberg (2011, 82) refiere la posibilidad que surge cerca de la adultez mayor de implicarse en nuevas prácticas recreativas, pues comienzan a dejar de preocuparse por lo que alguien más piensa de ellas y surge la oportunidad de un tiempo para sí. Esto, sin embargo, no se da de manera automática, y la decisión de implicarse en estas prácticas se relacionó además con sus posibilidades contextuales y con distintos procesos de empoderamiento. Así, el participar activamente en grupos de pares como el GAM se reveló importante en un sentido similar al referido por Novella (2016, 466), quien señala que las y los adultos mayores que pertenecen a grupos de voluntarios reportan en su mayoría esa misma tendencia a incrementar y fortalecer sus redes sociales y a realizar más actividades sociales, no solo con sus pares, sino también con personas más jóvenes. Lo mismo se expresó al comparar las actividades recreativas de Eva con las del resto de las entrevistadas.

Finalmente, en la adultez mayor tenemos prácticas de tiempo libre que son nuevas o prácticas que no se construyeron como recreativas hasta esta etapa. Entre ellas se encuentra el recostarse a dormir o descansar un rato, acciones que nunca antes habían mencionado como prácticas cotidianas, y menos de tiempo libre –solo con relación a alguna enfermedad. Esto no quiere decir que antes no se cansaran o no descansaran, sino que en esta etapa, como vimos en el primer capítulo, el cansancio

se revela más contundente, como imposibilidad corporal, y así, el descanso conforma una actividad en sí misma, que se corresponde con sus cuerpos envejecidos y también con la construcción de la adultez mayor.

Esto lo vimos en la reducción o eliminación de algunas de sus prácticas de trabajo doméstico y de trabajo remunerado que se sostienen en las pérdidas corporales consecuencia del envejecimiento, entre las que destacan el dolor y el cansancio. Pero el descanso, a su vez, se hace posible porque en esta etapa disminuye la carga material y moral de las responsabilidades de su rol social como madres, pues en épocas anteriores el descanso no se correspondía con su corporeidad femenina que, como madres, las implicaba en el desarrollo de interminables jornadas de trabajo doméstico y de cuidado. Con relación al reconocimiento de la carga asumida en el pasado, las entrevistadas construyen esta etapa como la de un “merecido descanso”, así, surge y se hace posible en esta etapa el acostarse a dormir o el descansar como práctica de tiempo libre.

[Adultez mayor] En la mañana, ya nomás limpio la cocina, y voy y me acuesto, a veces dos horas, me duermo, me pongo a ver la tele. Y luego ya me vuelvo a ir a ayudar para la comida. Y luego ya me quedo ahí, y ya lavo otra vez los trastes y todo, y otra vez me voy, como a las tres, tres y media me voy a mi cama, a descansar, y otras dos horas más o menos. ¡A veces duro más!, porque ya en la tarde casi todos se duermen, la Rocío se pone a ver la televisión y yo me voy para mi cuarto. ¡Más ahora que con los pies hinchados tengo que estar ahí en la cama! (Ana Luisa).

En ese mismo entramado de la posibilidad-necesidad del descanso en esta etapa refieren el desarrollo frecuente de otras actividades sedentarias, actividades que, de acuerdo con las encuestas de uso de tiempo libre, aumentan considerablemente en la adultez mayor (Novella 2016, 137). Las entrevistadas

refirieron que todos los días se entretenían viendo la televisión, escuchando música, y con el celular, prácticas que en la vida de las entrevistadas se caracterizan por ser sedentarias, se hacen mayoritariamente solas, en casa, y se construyen como formas de descanso, relacionándose con la oportunidad y posibilidad de tener el tiempo para ellas que hemos referido. Empero, también se relaciona con la exclusión de las PAM en general, y de la mujer en particular, de otros espacios y prácticas sociales, toda vez que, si bien generalmente refieren gusto por su realización y son fuente de placer autorreferente, en ocasiones también se expresan como actividades que realizan a falta de otras opciones que les resulten interesantes o posibles, confirmando así su corporeidad y su posición social de exclusión como AM.

En la juventud y la adultez ver la televisión se refirió como una actividad que generalmente realizaban mientras desarrollaban otras tareas domésticas, no como una actividad recreativa en sí misma; por ejemplo, dijeron que veían la novela mientras planchaban o cocinaban, expresando así la imposibilidad de tiempo libre para sí mismas que implica el desarrollo de su rol como madres. Solo hasta la adultez mayor la refirieron como forma cotidiana de entretenimiento, de manera similar a como sucedió con el escuchar música, actividad por la que hubo quienes desde etapas tempranas mencionaron un gusto particular, no solo por escucharla, sino inclusive por cantar mientras realizaban sus tareas domésticas, actividades que persisten hasta la fecha, revelándose también como una forma de pasar su tiempo libre en la que no implican la ejecución simultánea de otras actividades.

Por su parte, el uso del celular es otra actividad sedentaria que, debido a los avances tecnológicos, es nueva como forma de recreación. Se diferencia de las

actividades sedentarias anteriormente referidas porque su uso puede ser tanto individual como una forma de socialización. En su uso individual, las entrevistadas lo refirieron para informarse en temas de su interés, ver recetas, videos, investigar sobre padecimientos, noticias y en general para entretenerse. Como forma de socialización, Teresa dijo que pasa un tiempo considerable hablando por teléfono con sus familiares. El resto refirió usarlo, mayormente, para redes sociales, sobre todo para WhatsApp y Facebook, que lo utilizaban para chatear o para enviar y recibir información, y, de esta manera, mantenerse en contacto con familiares que viven aquí o que están lejos.

El uso del celular es importante para ellas sobre todo en ese sentido, si bien, además de mantenerse en contacto y socializar, se observó que este intercambio sirve para transmitir una imagen. Lo hacen directamente cuando mandan fotos y mensajes sobre lo que hacen, lo que piensan, los lugares que visitan y las personas con las que están, pero también de forma indirecta reenviando a sus familiares y amigos mensajes que son significativos para ellas, mensajes mediante los que también transmiten y dan a conocer sus afinidades, intereses y gustos, enseñanzas, conocimientos, preferencias y opiniones. En diferentes medidas, en la realización de estas prácticas, que implican el uso de nuevas tecnologías, trascienden la imagen de la adultez mayor como incompatible con la vida moderna.

Contexto de realización de las prácticas

En este apartado se resumen las características de la cultura corporal hegemónica que se expresaron en las diferentes prácticas recreativas anteriormente descritas. Estas características tienen poco que ver con la actividad en sí misma, y se relacionan más bien con las condiciones de su realización, pues van delimitando el abanico de posibilidades que la CFH y la CMH imponen en el desarrollo de las actividades de ocio de estas mujeres. A su vez, se irá viendo que a partir de esa delimitación de género de la práctica, en su realización las entrevistadas van conformando su corporeidad en el entramado de la CFH, o resistiéndola.

Por un lado, tenemos la construcción sobre el placer y el disfrute en la realización de la práctica. En el entramado de la maternidad, eje de la CFH, el placer y la felicidad de la mujer se conforman a partir de instrumentar el placer y bienestar de del resto de personas que la rodean. Así, se pudo observar que enfrentaban menos obstáculos –propios y ajenos– para la realización de prácticas de ocio cuando éstas, directa o indirectamente, implicaban la satisfacción de las necesidades de sus familias, pues eran prácticas maternas que de alguna manera se fundían con el trabajo doméstico y de cuidado. Ejemplo de estas actividades relacionadas con el cuidado de la familia en los diferentes niveles (físico, afectivo, instrumental) son visitar o hacer reuniones con familiares, o actividades relacionadas con la producción de bienes para consumo familiar, como bordar y tejer. Este tipo de prácticas fueron las más recurrentes y las que permanecieron constantes a lo largo de sus trayectorias, probablemente porque su realización implicó asumir-confirmar la CFH en la práctica.

En cambio, las prácticas relacionadas con el placer autorreferente se presentaron de forma discontinua durante sus trayectorias. Este tipo de placer es incompatible en esencia con la corporeidad maternal, además de que es una característica-privilegio de lo masculino. Prácticas como frecuentar solas a sus amistades, el deporte y salir a bailar tienden a desaparecer en la etapa de la juventud, pues, ante el hecho de la maternidad, es cuando se presenta la mayor carga física y moral de su rol de género, y, como vimos, en esta etapa se materializa de forma contundente la imposición de su cuerpo maternal y la exigencia de ser de y para quienes les rodean, entrega a partir de la cual construyen el propio placer y felicidad.

En las etapas posteriores, conforme disminuye la demanda de su rol de género, vimos el surgimiento de la posibilidad de un cuerpo y un tiempo para sí, así como la reaparición de prácticas de placer autorreferente, las cuales, sin embargo, ocupan un lugar marginal frente a las prácticas de ocio maternas, pues la exigencia de priorizar la maternidad, que se naturaliza como parte de su esencia, no desaparece. La realización de estas prácticas implica asumir formas alternativas de ser cuerpos de mujeres (más allá de la CFH), de experimentar la satisfacción y el placer autorreferente, y de tener autonomía, control y decisión sobre el propio cuerpo y tiempo, así como la libertad de desarrollarse en diferentes espacios y el acceso a redes más allá de la familia. Representan, también, oportunidades para resistir los mandatos de género, como se reveló en las distintas actividades organizadas por el GAM, ocasiones de convivencia con amistades donde el objetivo y centro de sus prácticas eran siempre ellas mismas, con el baile, el ejercicio, la platicada y su participación en las sesiones como medios para su placer y disfrute exclusivo, a

diferencia de las prácticas con la familia, que hacen más probable que impliquen de alguna manera estar a su servicio.

La cultura corporal hegemónica delimita también que las prácticas de las mujeres sucedan mayoritariamente acompañadas, pues entre las asignaciones de la maternidad y las construcciones sobre la custodia de sus cuerpos eróticos y frágiles, estar solas no es parte de la CFH. Lo anterior no solo por la construcción de la recreación de la mujer en el entramado de la familia, que conlleva permanecer mayoritariamente acompañada de ésta y además a su servicio y vigilantes de su bienestar, sino también por el entramado de la sexualidad, como cuerpo objeto y en riesgo, toda vez que, al no “pertenecer” al espacio público, la mujer por lo menos ha de estar acompañada para justificar su presencia y para estar segura (moral y físicamente).

Así, al describir sus prácticas de tiempo libre, en todas las etapas, excepto la adultez mayor, fueron más aquellas que realizaban acompañadas de alguien cercano (sus parejas, amistades, personas del vecindario, descendencia, sus mamás o hermanas, etcétera) que las que realizaban solas. Esta condición para la práctica limita las posibilidades de su realización y crea dependencia, pero a su vez, se traduce en un contacto cotidiano con las y los suyos que conlleva la posibilidad de consolidar sus redes familiares y de amistad.

En la adultez mayor se revela que, ante la ausencia de un rol familiar más específico, por la diferencia en las dinámicas de vida, en las necesidades e intereses de los diferentes miembros de la familia y/o por problemas entre ellos se reduce el contacto con familiares que no viven con ellas, junto con las actividades recreativas

que realizaban en su compañía. A su vez, cuando surgen malestares del envejecimiento que limitan sus posibilidades de realizar algunas actividades que acostumbraban practicar en familia, éstas se reducen aún más, lo cual, se observó, en ocasiones deviene en temas de soledad y aislamiento. En esta etapa, sus redes con pares, con los que comparten condiciones de vida, posibilidades y afinidades, se tornan aún más trascendentales para instrumentar este tipo de prácticas relacionadas con su bienestar emocional, y que, como ya dijimos, suelen significar formas de resistir a la CFH.

En esta etapa, realizar actividades solas por convicción, dentro y –sobre todo– fuera de casa, conlleva la apropiación del tiempo, la búsqueda del propio bienestar y placer, independencia y autonomía, traducándose en formas de resistir los mandatos de la CFH. Solo Berenice, que no tuvo hijos ni esposo, refirió expresamente disfrutar viajar o ir a comer sola en etapas anteriores a la adultez mayor, etapa en la cual todas refirieron el gusto por estar solas y ser dueñas de su tiempo, de hacer lo que ellas quieren, y no preocuparse tanto por lo que piensan o quieren imponerles las y los demás. Lo revelan más que nada con la realización de actividades dentro de sus hogares, pues es donde están acostumbradas a permanecer, revelando la apropiación de un tiempo para sí, pero en el entramado de lo femenino que significa menos confrontación. Por su parte, algunas también revelaron que “ahora”, a veces, se van ellas solas a desayunar o a comerse un postre, y dijeron disfrutar esos momentos.

Finalmente, pudimos distinguir que la cultura corporal hegemónica se expresa en función del lugar en el que suceden las prácticas construidas como femeninas y masculinas. La feminidad circunscribe el espacio de la mujer al ámbito de lo privado

y lo doméstico, por lo que las prácticas más recurrentes y sobre las que expresaron enfrentar menor resistencia para su realización fueron aquellas que acontecían en sus hogares o en hogares de personas de su confianza, así como en lugares públicos femeninos, que son aquellos que se relacionan con la realización de actividades de trabajo doméstico y cuidado o con otras dimensiones sobre la construcción de su naturaleza femenina (como por ejemplo con la estética o la fe).

Sobre las actividades que se realizaban en el entorno del hogar, como tejer, ver la televisión, escuchar el radio, socializar o rezar, no refirieron obstáculos para su realización, siempre y cuando no interfieran con otras responsabilidades/necesidades de sus familias, lo cual también aplica sobre las que realizan en otros espacios públicos construidos como femeninos, como la iglesia, rituales de belleza, los mandados, etcétera. En su realización las entrevistadas confirman y construyen su pertenencia, pertinencia y permanencia en este ámbito de acuerdo a la CFH.

Respecto de aquellas prácticas que se realizaban en entornos públicos mixtos o masculinos, se observó que presentaron mayores obstáculos para su realización a partir de que entraron a la adolescencia, lo que se relaciona con la sujeción de sus cuerpos eróticos y con su no-pertenencia “natural” al espacio de lo público. Ejemplo de lo anterior son aquellas actividades que sucedían en la calle o en clubes deportivos o sociales, entre las que se encuentran los deportes, salir a bailar, a pasear, a comer, etcétera, que en su realización integran formas masculinas de ser cuerpos, como ocupar el espacio público, movilidad, autonomía, libertad, contacto con personas, valores, prácticas e ideas más allá de la familia y de lo doméstico.

Así, su realización conlleva distintas formas de resistencia a los mandatos de género y la oportunidad construirse más allá de CFH. Ejemplo de ello fue cuando Alma asistió a un paseo a la playa organizado por el GAM, y comentó que su esposo no quería que fuera, y que cuando iba saliendo le dijo: “ahí andas de alborotada”, a lo que ella contestó que sí (andaba de alborotada). Dijo que él no le quiso dar dinero, pero que no importaba porque ella había estado guardando. Este viaje implicó disponer de su tiempo, alejarse de las tareas domésticas, la socialización con amigas, el placer autorreferente al reír y bailar con ellas, al disfrutar del paisaje, al nadar en el mar, la libertad de moverse y de no depender.

EL DESPLAZAMIENTO COMO PRÁCTICA CORPORAL DE GÉNERO

La actividad física por desplazamiento comprende las actividades que se realizan para trasladarse de un lugar a otro (OMS 2010, 10). Desde la propuesta de la geografía humana se plantea el estudio de la movilidad como una “práctica social de desplazamiento en el territorio” (Gutiérrez 2012, 65), y para comprender los patrones de movilidad de la población se propone analizar no solo la forma de desplazarse, sino también la finalidad del desplazamiento (satisfacción de necesidades y/o deseos) y la conformación social-material del territorio (infraestructura, seguridad, costumbres, etcétera) que da lugar a las opciones y elecciones específicas de desplazamiento (Ibid., 66-68).

Para conocer la configuración corporal-genérica de las prácticas de desplazamiento, en este apartado se analiza cómo se manifiesta la cultura corporal hegemónica en el contexto en el que sucede la práctica y en sus necesidades y formas de desplazamiento. De entrada, lo público, el espacio donde acontece la práctica, le corresponde al varón en el desarrollo de su rol de género como proveedor y organizador de la sociedad en general (Lagarde 2005, 375), y la calle, que forma parte de este amplio espacio de lo público y por todo aquello distinto del hogar (Zúñiga 2014, 79), es el territorio del varón, pues en ese espacio acontece lo que le es propio. Para el varón, la calle no es solo un lugar de tránsito para realizar las actividades que le corresponden, también es un destino para el disfrute y la convivencia (Ibid., 84); así, la calle le pertenece, y como veremos, solo éste la domina y la usa con libertad (Delgado 2007, 225).

Como señala Rochefort (cit. en Zucchini 2015, 29), cada grupo en el poder tiene su proyecto vital, y de acuerdo con éste modela su espacio. En la calle, los distintos elementos que la conforman y las reglas que la rigen responden a las características, necesidades y objetivos de lo masculino como grupo en el poder. Como señala McDowell (2000, 214):

el diseño y la disposición de la City, internos o externos, simbolizan el poder y la autoridad de los hombres, y legitiman su ocupación de esos espacios. Las calles, las plazas y los espacios que quedan entre ellas, las fachadas de los edificios y el trazado interior de las salas donde se realizan las operaciones comerciales reflejan y fomentan la idealización de un empleado de sexo masculino. En tales espacios, el cuerpo femenino se halla «fuera de lugar».

Así, en la configuración sexuada de las calles, bajo la lógica patriarcal, lo femenino es segregado y subordinado (Walby 1997, cit. en McDowell 2000, 34). El

diseño espacial de las ciudades y la distribución de los servicios dentro de éstas se corresponden con el supuesto de que el “lugar de las mujeres es la casa”, y privilegian las necesidades y características de los varones (Haydem, cit. en Zucchini 2015, 37), mientras que los valores, normas y formas de socialización que conforman este espacio también se insertan en la construcción lo masculino.

Por consiguiente, la pertenencia del hombre y no-pertenencia de la mujer a este espacio se puede resumir en las distinciones binarias en función del género y con relación al cuerpo (persona) y al espacio. Con relación al primero, siguiendo a Bonino (2002, 20, 21 y 24), tenemos, por ejemplo, débil/fuerte, frágil/aguantador, dominado/dominador, pasivo/activo, móvil/inmóvil, cautivo/libre, cobarde/valiente, entre otros. Por su parte, en torno del segundo, McDowell (2000, 28) destaca dentro/afuera, casa/trabajo, privado/público, consumo/producción, dependencia/independencia, etcétera.

En la calle también está también el poder, el medio para acceder a aquello que tiene valor en la sociedad: a las actividades en los lugares públicos que determinan el estatus (Páramo, Arroyo y Milena 2011, 63). A través de la exclusión de la mujer de este espacio se ha sostenido su subordinación (Ídem), y la incursión de ésta se ha ido dando a la par de los cambios en el consumo como consecuencia del capitalismo (de la producción en casa al mercado) y de su integración al mercado del trabajo, pero siempre desde su posición en el orden de género. En la actualidad las mujeres transitan las calles de forma cotidiana, pero lo hacen de manera distinta al varón, desde la construcción sobre sus cuerpos maternos y eróticos. Para la mayoría de las mujeres la calle es exclusivamente un lugar de tránsito, principalmente para la

realización de actividades relacionadas con su rol doméstico (Zúñiga 2014, 83), pero aún dentro de ese contexto su presencia en la calle es socialmente cuestionada y reprobada bajo el constructo de su cuerpo erótico.

Como señala Delgado (2007, 224-226), la presencia de la mujer en la calle tienen un significado muy distinto a la del varón, una distinción que podemos encontrar desde el lenguaje, que hace del hombre de la calle el ciudadano, el personaje central del sistema político liberal, mientras la mujer de la calle es la prostituta, aquella que encarna lo peor en el escalafón social. De la misma manera, el hombre público es aquel sometido al juicio del público por su actividad, y la mujer pública es aquella accesible para todos, lo contrario de una mujer privada, accesible solo para un hombre.

Así, en el entramado de la CFH, la mujer no podrá habitar la calle, solo transitarla bajo ciertas condiciones y como extensión de su rol de género. En su caso, la calle no se conforma como un destino para el ocio, el placer o la socialización, como en el caso del varón (Zúñiga 2014, 84), sino que, bajo el orden de lo masculino, no es solo un lugar al que no pertenecen, sino que, a la vez, supone un riesgo para ellas, uno que como tal es vivido en su cotidianidad (Ibid., 86). A pesar de esto, la calle conforma un espacio para la emancipación y la resistencia, pues la mujer en lo público se encuentra ante recursos y libertades que no tiene en lo doméstico (McDowell 2000, 220-221), ante formas posibles de ser, estar y tener que no acontecen en el entorno de lo privado. Con eso en mente, en este apartado se destacan las limitaciones que la cultura corporal hegemónica impone sobre las prácticas de desplazamiento de las entrevistadas, y la manera en que en su desarrollo

confirman la CFH, si bien también se destacan las posibilidades para contestar y resistir los mandatos de género que implica el desarrollo de estas prácticas.

Construcción de los traslados como práctica de género

Al describir los desplazamientos de sus padres y madres se observa que, en lo general, éstos presentan las diferencias comúnmente encontradas en los patrones de viaje de hombres y mujeres relacionados con la división de roles en la familia (Davis et al. 2019; Zucchini 2015, 38, 79; Rosenbloom, cit. en Zucchini 2015, 92; Zúñiga 2014; Olmo y Maeso 2013, 15). En sus relatos resalta que sus padres solían trasladarse de forma cotidiana a lugares lejos de sus hogares, generalmente solos, por motivos diversos, pero frecuentemente relacionados con el trabajo remunerado. Los viajes reflejan también esa división del poder en la familia, y la consecuente diferencia en el acceso y manejo de los diferentes tipos de recursos que señala Lagarde (2005, 375), y los describen como viajes sin límites de tiempo, más allá de sus horarios de trabajo, pues sus madres estaban a cargo de las múltiples labores de trabajo doméstico y de cuidado de la familia.

En la reposición cotidiana y permanente de energías vitales para su familia (Lagarde 2005, 119), no solo el cuerpo, sino el tiempo de la madre es de y para las y los demás, mientras el del varón es para sí mismo. El siguiente fragmento es un ejemplo de que cómo la descripción de las prácticas de sus padres implican un sentido de independencia y libertad, de movilidad constante y sin ataduras de otras

responsabilidades familiares (fuera de proveer) que pudiesen limitarlos en el desarrollo de su rol como proveedores.

[Niñez] Como mi papá tenía tres trabajos, todo el día trabajaba, entonces él diario andaba en camión, y caminaba también, es que trabajaba en la Asociación, y cuando salía de allá entraba a trabajar a las otras oficinas, eran creo tres horas ahí, y ahí se iba a trabajar con los Torres, y ahí trabajaba como de las seis a las nueve de la noche (Berenice).

A su vez, relataron que cuando había un automóvil en la familia eran ellos quienes lo manejaban, y que sus madres no sabían hacerlo. En ese sentido, otros estudios revelan que, dadas las diferencias en el acceso a recursos económicos entre hombres y mujeres, son más los varones que poseen un coche y los que saben conducir, pues, además de construirse como un valor de diferenciación social en el entramado de la masculinidad (estatus), se relaciona con el desarrollo del trabajo remunerado y es un conocimiento que se les transmite como varones desde edades tempranas (Zucchini 2015, 113; Olmo y Maeso 2013, 15). También, algunas contaron que sus padres solían viajar fuera de la ciudad por trabajo, y en ninguno de los casos refirieron que sus madres también lo hicieran; los desplazamientos a otras ciudades también se relacionan con la CMH, con no tener a su cargo el trabajo doméstico y de cuidado, y con su compatibilidad con este espacio masculino (McDowell 2000, 211).

Con relación a sus madres, refirieron que solían trasladarse cotidianamente caminando, cuando era cerca, y en camión cuando era lejos –de vez en cuando. Empero, en general los relatos sobre éstas tenían como escenario sus hogares, transmitiendo así una imagen general de poca movilidad –en frecuencia y distancia–

que se relaciona con su pertenencia como mujeres al entorno del hogar y sus cercanías, como extensión de éste en el desarrollo de su rol doméstico.¹⁴⁹ Algunas también relataron que en ocasiones sus padres las llevaban en el carro a donde tenían que ir, reafirmando en esta práctica su relación de dependencia y el no tener poder sobre este recurso.

Revelaron, igualmente, que sus viajes tenían principalmente el objetivo de realizar tareas domésticas, como mandados, y llevarlas a ellas y a sus hermanas y hermanos al doctor o visitar familiares, espacios y prácticas construidas como femeninas. También dijeron que sus traslados los realizaban generalmente acompañadas de ellas y/o sus hermanos, y rara vez solas, y finalmente relataron que solo viajaban fuera de la ciudad de vez en cuando, con fines recreativos, y que eran viajes que hacían en familia. Estas características de sus patrones de movilidad se relacionan con el rol doméstico-maternal que conforma el eje de la feminidad hegemónica, cuyas características se exploran en el siguiente apartado, resaltando cómo en los desplazamientos de las entrevistadas se expresa la construcción social sobre sus cuerpos de mujeres en los límites y oportunidades para su desarrollo.

¹⁴⁹ Esta percepción difiere de lo encontrado en estudios anteriormente referidos, que muestran que las mujeres hacen más viajes que los varones. Esta diferencia puede relacionarse con las dinámicas del trabajo doméstico hace 60-70 años, cuando una mayor cantidad de bienes y servicios se producían al interior de la familia, pero también con la invisibilización de la movilidad de las mujeres en el desarrollo del trabajo doméstico y de cuidado, que se caracterizan por ser viajes cortos, discontinuos y no planeados, para desarrollar tareas de un trabajo también invisible y sin valor social (Zucchini 2015, 164).

Cuerpo, género y posibilidades para el desplazamiento de las mujeres

Desplazarse en las calles es un acto masculino, pues como dijimos, la vía pública le corresponde al varón, si bien las mujeres las transitan de forma cotidiana y se insertan en ellas como mujeres desde la construcción de lo femenino, con objetivos, posibilidades y experiencias que son femeninas. En este apartado se analiza la configuración corporal-genérica del espacio y de las prácticas que las mujeres realizan, y se explora la manera en que la cultura corporal hegemónica delimita sus prácticas y cómo, en su desarrollo, confirman su corporeidad en el entramado de la CFH, pero también se resaltan las oportunidades que esta práctica ofrece para asumir otras formas de ser cuerpos y construirse más allá de ella.

Contexto de realización de las prácticas

La cultura corporal hegemónica se expresa en los motivos de viaje. Los traslados de las mujeres dependen en gran medida de su construcción de género respecto de los demás ámbitos de actividad, de su ser y deber-ser en cada uno de ellos con relación al orden de género. El rol de género delimita sus necesidades-posibilidades de trasladarse para la realización de actividades propiamente legitimadas en los diversos ámbitos, pues, como dijimos antes, la mujer no pertenece a este espacio y siempre habrá de justificar su presencia en él (Delgado 2007, 243; Zúñiga 2014, 81). Así, la

mayoría de los viajes de las entrevistadas a partir de la juventud estaban relacionados con el eje de la feminidad que, como señala Lagarde (2005, 120), es la maternidad.¹⁵⁰

El motivo de viaje más común era la realización de actividades de trabajo doméstico y de cuidado para sus familias, y eran viajes a lugares en ese sentido contruidos como femeninos (Zucchini 2015, 75-76). Estos viajes femeninos-maternales comprenden, por ejemplo, ir a hacer el mandado, llevar al médico a sus familiares, ir a pagar servicios, dejar a sus hijos e hijas en la escuela o en las clases de la tarde, etcétera. Realizar una actividad de trabajo doméstico no es solo el objetivo final de este tipo de traslados, el trabajo doméstico en sí mismo comprende la actividad de mover a sus familiares dependientes. Así, la realización de este tipo de viajes se sostiene en sus cuerpos maternales, son una extensión de su función doméstica y una forma de servir a las y los demás, y en su realización confirman su corporeidad en el entramado de la CFH.

En la adultez mayor, el desarrollo de actividades domésticas sigue siendo el principal motivo de sus viajes, si bien la disminución de sus responsabilidades en este ámbito durante esta etapa y ante el envejecimiento cambia la forma en que se trasladan, su forma de organizar sus viajes y su frecuencia, entre otros. Teresa, por ejemplo, refirió que ya no va tanto al mercado municipal a comparar la fruta y la verdura para ya no dar “tantas vueltas”, por lo que ahora suele comprarlas en un supermercado que le queda de camino cuando sale a trabajar. A su vez, las

¹⁵⁰ El caso de Berenice, quien no tuvo hijos, no fue tan contundente. En su juventud asume más bien el rol de proveedora de las hijas de su hermana, sin asumir la responsabilidad de la crianza, como hacen las que fueron madres trabajadoras. Aun así, por ser mujer, en el entramado de la feminidad hegemónica le corresponde satisfacer sus necesidades domésticas, así que los viajes domésticos como tales, o los relacionados con la recreación en el entramado de la familia, ocupan parte importante de sus traslados, y aumentan en la adultez cuando asume el cuidado de su madre.

entrevistadas refirieron recibir más apoyo para la realización de estos viajes que en otras etapas en la forma de *raites* o mandados que hacen sus familiares o amistades por ellas. Los viajes que hacen solas para abastecerse de insumos son, generalmente, a lugares cercanos, y para comprar cosas que pueden cargar (que no sean muy grandes o pesadas).

Otra característica nueva de sus traslados a raíz del proceso de envejecimiento es que, ante el aumento de actividades de cuidado de su salud descrito anteriormente, los traslados con estos fines se vuelven más frecuentes. Sobre éstos dijeron generalmente ir solas a sus citas, y en cambio, continuar siendo acompañantes de otros miembros de la familia, como refiere Ana Luisa en el siguiente fragmento, lo que se relaciona con la feminidad hegemónica y la primacía de su rol como cuidadoras y no cuidadas (Lagarde 2005, 433).

[Adulthood mayor] Por ejemplo yo tengo mis densitometrías y me ponen ahí: “alto riesgo de fractura”. Entonces yo me tengo que cuidar de no caerme, caminar despacio y así. [...] Pero en la casa yo soy la que hago casi todos los mandados, voy al banco, a hacer los pagos o a sacar dinero, a la tiendita. [...] Casi toda la semana, casi todos los días tengo algo. Por ejemplo, también tengo citas; si no es en el ISSSTE, es en el seguro, o que tengo que ir por alguna medicina o a apuntar a mi papá, a mi nieta, lo mío y luego también ahora llevar a mi primo al hospital, yo lo acompaño y así (Ana Luisa).

Otro motivo de viaje es el trabajo. A diferencia de lo doméstico, que siempre ocupa un lugar importante como objetivo de sus traslados, en las trayectorias de las entrevistadas se revela que, respecto de los viajes de trabajo, hay variaciones importantes a lo largo de sus vidas. Hay períodos en los que trabajan en casa y sus traslados disminuyen considerablemente, o a veces no trabajan y no realizan este

tipo de viajes. Como vimos en el apartado correspondiente, las características de sus prácticas de trabajo y/o el no trabajar se relacionan con su rol como madresposas.¹⁵¹

Así, cuando trabajaron, en general las entrevistadas refirieron moverse en distancias cortas por cuestiones de trabajo, y la decisión de trabajar cerca o dentro de casa se relacionaba con la posibilidad de desarrollar su rol como madres. Este patrón de movilidad por trabajo coincide con lo reportado sobre la movilidad femenina en diversos estudios (Madden 1981; Wachs 1987; Blumen 1994; McGuckin y Nakamoto 2005; cit. en Olmo y Maeso 2013, 15), y varía a razón del tipo de actividad, la cual, como también vimos antes, obedece igualmente al orden de género (Anker 1997, 355-356), destacando las ventas como la actividad más frecuente entre las entrevistadas, misma que, a su vez, les requería un mayor número de viajes, pues tenían que llevar productos a sus clientas ubicadas en distintos lugares, cobrar y conseguir mercancía para vender.

Ante las posibilidades de reducir la carga de trabajo en la adultez mayor – previamente descrita como consecuencia de su nueva corporeidad y la disminución de sus responsabilidades maternas–, disminuyeron también los traslados relacionados con esta actividad. Sin embargo, la reducción de la carga de trabajo y otras modificaciones de sus prácticas relacionadas se vinculan a su vez con el tema de los traslados, con la forma en que el envejecimiento intersecta sus posibilidades de desplazarse. Por ejemplo, las entrevistadas dijeron ahora preferir vender marcas que les envíen la mercancía a sus casas, para no tener que ir por ellas, o que no sean

¹⁵¹ En el caso de Berenice, que no tuvo hijos, este patrón se presentó más contundente hasta la adultez, cuando asume los cuidados de su madre, lo cual, como dijimos antes, es una forma de maternalizar con otros miembros de la familia.

cosas muy grandes, para poder cargarlas y trasladarlas con facilidad, así como vender en lugares cercanos para no tener que tomar camión, o inclusive vender en casa para evitar cargar los productos. Así, sus decisiones de trabajo en esta etapa siguen relacionadas con las posibilidades de traslado, pero ahora más en torno de sus nuevas posibilidades corporales, y no de la dinámica de trabajo doméstico en sus hogares (las entrevistadas que más trabajan en esta etapa viven solas).

Los viajes con fines recreativos conforman el otro motivo de viaje, si bien en el caso de las entrevistadas fue el menos frecuente –fuera de etapas tempranas–, dato que coincide con lo encontrado en otras investigaciones respecto de los patrones de movilidad de las mujeres (Olmo y Maeso 2013, 17), y que obedece a la configuración de género de este tipo de prácticas, descrita en el apartado anterior. El trabajo realizado reveló que, sobre todo en la juventud, la carga de trabajo doméstico y de cuidado conlleva que estas prácticas sean poco frecuentes, por lo que sus traslados en ese sentido también lo son, y que en el entramado su rol como madres éstas prácticas suceden mayoritariamente dentro o cerca de sus casas, por lo que para algunas actividades no necesitaban trasladarse y para el resto solían recorrer distancias cortas.

Por su parte, en la adultez mayor los viajes con el objetivo de desarrollar actividades recreativas se reducen todavía más, pues un mayor número de actividades de este tipo suceden en casa durante esta etapa. Como consecuencia de sus nuevas posibilidades corporales (envejecimiento), de la disminución de sus responsabilidades familiares (pues gran parte de éstas eran a su vez formas de trabajo doméstico), y de la construcción de la recreación en el entramado de la

maternidad y la familia, en esta etapa se hacen más frecuentes actividades como recibir visitas, ver la televisión o rezar.

En esa forma de desarrollar sus desplazamientos urbanos, donde en las diferentes etapas –fuera de la niñez y la adolescencia– sus viajes más frecuentes tienen como objetivo el desarrollo de actividades domésticas (incluidas sus actividades recreativas-maternales), y, sobre todo en la juventud, sus prácticas de trabajo se ordenan también en función de su rol de madres, se observa cómo la construcción sobre sus cuerpos maternales delimita sus patrones de traslado. De esta manera, en su desarrollo confirman su corporeidad en el entramado de la CFH.

Empero, antes de cerrar este tema es importante destacar que, a medida de que los motivos de sus actividades en los diferentes ámbitos dejan de ser solo para satisfacer las necesidades de las y los demás, y algunas de sus prácticas empiezan a tener como objetivo la satisfacción de sus propias necesidades, sus traslados, aunque conserven una distribución parecida debido a su motivación, también se van convirtiendo en prácticas para sí mismas. Esta tendencia de las prácticas y el tiempo para sí empezó a revelarse, como señala Goldenberg (2011, 82), a partir de la adultez, que es cuando comienzan a reducirse las demandas de su maternidad, y se va haciendo más contundente en la adultez mayor, sobre todo en los casos de las entrevistadas que viven solas.

Por otro lado, como se pudo observar en los fragmentos presentados en los apartados anteriores, el desarrollo del rol materno de las entrevistadas implicaba la realización de múltiples actividades domésticas y de cuidado como parte de su cotidianeidad, además de su trabajo (en el caso de quienes trabajaban), y sobre todo

en la juventud, con dependientes a su cargo, requerían de trasladarse a varios lugares distintos fuera de casa casi todos los días.¹⁵² Las entrevistadas continuamente refirieron que cuando tenían que salir a un lugar en específico aprovechaban para hacer varias cosas en el camino, así sus desplazamientos solían conformarse de varios viajes donde generalmente, pero no siempre, recorrían distancias cortas. La realización de múltiples viajes y que sus viajes no sean unidireccionales, sino pendulares, son características comunes de los patrones de movilidad femeninos a consecuencia de la asignación social del trabajo doméstico y de cuidado a las mujeres (Zucchini 2015, 79).

Estas características de sus desplazamientos implican, a su vez, que a pesar de que solían trasladarse a lugares cercanos el desarrollo de su rol requería una importante inversión de tiempo. Esto permite apreciar cómo las demandas de la CFH conforman sus patrones de desplazamientos, y cómo éstas significaron su constante presencia en aquel lugar que, como dijimos antes, por razón de género no le pertenece: la calle, afuera, lo público, con todo lo que conlleva en términos de mayor libertad, acceso a otras ideas y formas de ser, socialización, y estar en constante movimiento, en contraste con la corporeidad pasiva, quieta, expectante, que caracteriza a la CFH.

Como se expresa en el siguiente fragmento, las trayectorias de las entrevistadas revelaron que esta configuración genérica de sus prácticas de traslados permanece en etapas posteriores, incluso sin dependientes de por medio, pues aunque

¹⁵² En el caso de Berenice fue menos contundente porque no tuvo hijos, pero aun así, como mujer, ella permaneció a cargo de la satisfacción de la mayoría sus necesidades domésticas, y sus prácticas en ese ámbito aumentaron a partir de la adultez, cuando asumió el cuidado de su madre.

la carga disminuye, como mujeres siguen a cargo del trabajo doméstico y de cuidado de sus familias –y en el caso de quienes viven solas, de satisfacer sus propias necesidades en ese ámbito. Por tanto, en esta forma de desarrollar sus viajes, independientemente de si van a pie, en camión o en carro, de la distancia, o del esfuerzo físico que les requiere, prevalece un sentido de constante actividad y movimiento, de permanecer activas. Sin embargo, como se dijo antes, su presencia en la calle se va reduciendo conforme se avanza en edad, dadas las consecuencias del envejecimiento y en función del cambio en sus prácticas de trabajo remunerado, de trabajo doméstico, de cuidado y recreativas.

[Adulthood] Lo que trato de hacer cuando voy a salir, es estar lista para si pasa alguna de mis sobrinas, mi hermano o alguien. O sea, pues para agarrar por lo menos un *raite* a donde voy primero. Mi hermano puede venir hasta cuatro veces a la semana. Entonces salgo a entregar producto y aprovecho ya que ando por ahí cerca para hacer pagos, o voy para allá con mi hermana, o a comprar cosas que ocupo, que si me faltó algo para la comida o para la casa (Berenice).

Por otro lado, como ya hemos dicho antes, en las prácticas de las entrevistadas encontramos que en el desarrollo de su rol de género, su espacio más común es el hogar, reafirmando su pertenencia a lo privado y a lo doméstico. Sin embargo, también refirieron que frecuentemente se desplazaban a otros lugares a desarrollar actividades mayoritariamente relacionadas con ese mismo rol, confirmándose, también a través de éstas, en el sentido de la CFH. Así, independientemente de que la vía pública pertenezca al varón,¹⁵³ las entrevistadas la relataron como parte de su cotidianidad desde lo femenino.

¹⁵³ Que se configure bajo su lógica, responda a sus necesidades, subordine y violente la presencia de la mujer, etcétera.

Sobre las prácticas de traslado, es importante recordar que pueden ser formas de transitar o habitar las calles. En los desplazamientos de las entrevistadas observamos que la transitan casi diariamente, pero también encontramos distintas formas de apropiarse de ésta. En las descripciones sobre su niñez y adolescencia,¹⁵⁴ las entrevistadas decían ir y venir solas a lugares lejos de sus casas para jugar, ver a sus amistades, comprar cosas, ir a la escuela, etcétera. En sus relatos no se expresaban consternadas o limitadas por la distancia, y referían realizar estos traslados casi diariamente: “Nos íbamos hasta La Sauceda”, “atravesábamos todo el centro para llegar”, “recorriamos el pueblo de punta a punta”. A su vez, en el desarrollo de estos traslados implicaban ese sentido de libertad, movilidad y placer asociado no solo a recorrer las calles, sino algo más cercano a habitarlas, pues estos traslados ocurrían mayoritariamente en medio de juegos o socialización con sus pares, descripciones en las que manifiestan formas de pertenecer a este espacio y no sentirse ajenas a él.

A partir de la juventud, y como consecuencia de su rol de género, la vía pública, en lo general, se reveló como un lugar de tránsito para las entrevistadas. En la ciudad hay horarios y trayectos definidos de acuerdo con los roles de género (Zúñiga 2014,92), y los traslados de las mujeres suelen suceder en el día y tener como destino lugares relacionados con labores en el desarrollo de su rol maternal.¹⁵⁵ En ese entramado los desplazamientos de las mujeres y su presencia en las calles resultan menos insólitos, pues se justifican y legitiman en su función social de género (Zúñiga 2014, 85), sobre todo a partir de la juventud, las entrevistadas relataron que

¹⁵⁴ Oralia y Ana Luisa solo en la adolescencia. En la niñez las llevaban sus padres.

¹⁵⁵ De los que buscaban vivir cerca cuando residían en la misma ciudad.

sus desplazamientos presentaban dichas características, confirmando con su desarrollo los mandatos de la CFH.

Dichos mandatos se imponen de forma indirecta a través de la costumbre, pero también de forma directa. Por ejemplo, Teresa platicó que regresaba de casa de sus papás antes de que anocheciera, porque ni a sus padres ni a su esposo les gustaba que anduviera de noche en la calle. Por su parte, Berenice relató que a su madre no le parecía que “anduviera en la calle” cuando trabajaba en ventas y tenía que ir de un lugar a otro, por lo que trataba de no salir mucho, siendo ésta una de las razones por la que después prefirió trabajar en casa. Sin embargo, aunque bajo las condiciones y límites de la CFH, con su sola presencia en este espacio las entrevistadas van reestructurando las creencias sobre su pertinencia y permanencia en él, pues la práctica en sí misma representa la oportunidad de una mayor libertad que el permanecer en el hogar (Delgado 2007, 243).

A su vez, es importante destacar aquellos desplazamientos que se observan como formas de apropiación de este espacio. En sus relatos, las entrevistadas revelan la conveniencia de que sus hogares estuvieran en lugares céntricos, y de que algunos de los lugares a los que tenían que ir de forma cotidiana les quedaran cerca, refiriendo que recorrían las inmediaciones de sus hogares casi a diario, y que conocían a las personas de su vecindario y de los negocios que frecuentaban en ese entorno. Así, esa sección de la vía pública que conforman el vecindario y sus cercanías se confirmó no solo como lugar donde su presencia es normal y legítima, pues se relaciona con el desarrollo cotidiano de su rol de mujeres: también es un espacio donde sus traslados no son mero tránsito sino formas de convivencia y

socialización. Esto representa una manera femenina de pertenecer y apropiarse de la vía pública, que a su vez implica formas de ser más allá de los mandatos de género, de disponer de un grado de libertad, de autonomía, de resistir (McDowell 2000, 220-221).

En la adultez mayor, debido a la reducción de sus prácticas en los diferentes ámbitos¹⁵⁶ y el envejecimiento, se ve disminuida también la justificación de su presencia en las calles, sobre todo en lugares lejanos a sus hogares, donde su no-pertenencia a este espacio se exagera ante los efectos del envejecimiento en sus posibilidades corporales, especialmente en la percepción de sus familiares. Ante viejas y nuevas actividades domésticas, de cuidado, de trabajo y recreativas que suceden lejos, y aunque ellas se sientan en posibilidad de trasladarse para su realización, se revelan cuestionamientos sobre la “necesidad esencial” que supone su desarrollo y la posibilidad de realizarlas en lugares más cercanos, como se expone en el siguiente fragmento.

El envejecimiento propicia que se empiece a imponer, de forma más contundente, el mantenerse en sus hogares o en lo cercano a éstos. Esta demanda de la adultez mayor fortalece los límites que establece la CFH en sus prácticas de desplazamiento, y al adscribirse a esos patrones las confirman, empero, en ese mismo entramado el resistirse a ellos no solo significa la posibilidad de ser más allá de la CFH como en otras etapas, sino también como AM.

[Adultez mayor] Ayer, llego mi hija al café [...] y le dije: “¿sabes qué?, necesito irme a pintar el pelo y cortármelo”. “¿A dónde vas?” “No pues allá

¹⁵⁶ Como consecuencia de la reducción de sus responsabilidades maternas (incluidas recreativas) y la flexibilización del trabajo.

en el centro, en el mero centro”. “Ay, ¿y por qué no vas a algo cerquita?” “No, yo allá voy. Yo tengo mi peinador, me gusta cómo me deja y cómo me trata y cómo platica y todo [...]”, y que “¡Ay, que tú (x)! ¿Para qué hasta allá?” Pero sí me dio *raite* (Eva).

Finalmente, es importante destacar que en esta etapa siguen resaltando la importancia de vivir céntrico, y se expresan sobre esa misma apropiación del espacio cercano que se reveló en otras etapas. Como apuntan Zamorano et al. (2012, 97), “con menos vitalidad, salud y/o dinero, pero también con menos accesibilidad a infraestructura para actividades sociales, es cierto que los ancianos van confinando su vida a su zona de residencia. Sin embargo, muchos viven esto más como un recurso que como una desventaja”. La distancia se torna más importante ante sus nuevas posibilidades corporales, consecuencia del proceso de envejecimiento, y si antes lo revelaban como conveniente para estar pendientes de las necesidades familiares, obedeciendo a la configuración genérica de la práctica, ahora la conveniencia de tener lugares cercanos a los que puedan ir caminando también se revela en torno de la imposibilidad corporal, como expresa Teresa en el siguiente fragmento:

[Adulthood mayor] Después de dejar el producto paso por el súper, siempre llego por algo que me haga falta [...] Todo me queda cerquita gracias a Dios, por eso yo les digo a mis hijos que yo de aquí no me muevo, todo me queda cerca, ¿qué iba a hacer yo allá en una colonia lejos? No iba poder hacer mis cosas. Y luego aquí todo mundo me cuida, o sea están al pendiente, los conozco desde hace años [...] Y te digo, luego de aquí me voy con el de los celulares y ahí me quedo platicando con él un rato mientras lo arregla, o ya me cruzo al parque en lo que lo espero y me como una paleta o algo, todo está muy cerca (Teresa).

Otra característica importante de sus traslados en etapas anteriores a la adultez mayor es que solían hacerlos acompañadas. Esta característica es femenina,

relacionada principalmente con su rol de mujeres-madres (Zúñiga 2014, 85) a partir de la juventud, cuando los traslados con objetivos domésticos y recreativos, y en ocasiones los de trabajo también, solían hacerlos acompañadas de su familia, ya sea por la movilidad del cuidado, o porque al tener a su cargo a las y los menores tenían que llevárselos porque no tenían con quién dejarles, lo cual manifiesta cómo la CFH delimita sus prácticas de traslado. Por ejemplo, Teresa comentó: “cuando tenía que hacer pendientes trataba de hacerlos mientras estaban en la escuela los chamacos, pero si no alcanzaba, en las tardes yo andaba siempre con mi escalerita de chamacos, no se los dejaba a mis papás porque ellos ya andaban ocupados con la tienda, y su papá llegaba ya tarde”.

Después de esta etapa, y dentro también del entramado de su rol materno, se vuelven acompañantes de sus hijas, y describen una parte considerable de sus viajes en compañía de éstas. Empero, a partir de la adultez aumentó su descripción de viajes por su cuenta, relacionado también con el ya mencionado surgimiento de actividades con el objetivo de satisfacer sus propias necesidades en los diferentes ámbitos. A diferencia de los viajes acompañadas por sus familiares, que automáticamente aluden –y confirman– su rol maternal, los viajes solas revelan su pertinencia en las calles más allá de ese rol, y conducen a otro tipo de experiencias, de entrada como individuos.

Salir y trasladarse generalmente acompañadas no solo se relaciona con la maternidad, sino también con la construcción sobre sus cuerpos eróticos en el entramado de la CFH; en ese sentido, la “naturaleza” de su cuerpo es un peligro para la mujer y para los varones, por lo que ha de ser custodiado (Lagarde 2005, 427).

Con relación a su fragilidad corporal y constante riesgo físico-moral se construye, como señala Zúñiga (2014, 79), la noción de que debe protegérseles del “trasiego de la vida pública”, y de que en los diferentes espacios de la vía pública “la presencia de una mujer sola enuncia disponibilidad para quien desee abordarla” (Ibid., 85).

Así, “idealmente” la mujer y su cuerpo deben permanecer adentro, por su propia seguridad y por la de su familia, pues ésta representa la moralidad de su casa, de su esposo, de su descendencia, de sus padres. Empero, ante la imposibilidad de lo anterior, por lo menos habrá de realizar sus traslados –y actividades– acompañada. Esta percepción sobre la corporeidad femenina no es solo un discurso, sino que se materializa en la dinámica de las calles, que hacen de éstas un “espacio de zozobra” para las mujeres, donde son receptoras de diversas formas de violencia y se encuentran y se sienten en constante riesgo (Ibid., 81), tema que se explora más a fondo un poco más adelante.

El realizar sus viajes acompañadas se trata de una imposición visible; por ejemplo, en la niñez relataron como algo común el andar acompañadas por adultos o por pares durante sus traslados, por conveniencia (con relación a sus capacidades de edad, como por ejemplo la necesidad de que un adulto las acompañe en sus citas médicas) y seguridad. En la adolescencia se revela también la pertinencia, conveniencia, costumbre y/o imposición de realizar sus traslados acompañadas por pares o por adultos, y en el peor de los escenarios la prohibición de salir a algunos lugares, siendo ésta etapa cuando, ante el advenimiento de la pubertad, surge la imposición que trasciende al resto de las etapas, misma que en ocasiones continúa expresándose de forma directa. Por ejemplo, Alma comentó que inclusive después de

divorciada sus padres la seguían enviando con chaperón cuando salía, y que cuando en uno de sus trabajos tenía que visitar a sus clientes la mandaban con acompañante para que la cuidara. Otras veces, más sutiles, el mandato se impone de manera indirecta en la costumbre.

En la adultez mayor sus prácticas se intersectan por el envejecimiento. Ante esta nueva situación corporal se acentúa la demanda de la feminidad hegemónica de salir acompañadas, pues el transitar por esta etapa las ubica como más frágiles, vulnerables, y en mayor riesgo, y sobre todo sus familiares plantean que estando acompañadas estarían más seguras. Paradójicamente, la posibilidad de éstos para acompañarlas es limitada, por lo que las entrevistadas refirieron que en esta etapa aumentan los viajes acompañadas (más que nada por los *raites*), pero continúan realizando una parte importante de sus traslados solas.

A pesar de la construcción de constante riesgo corporal en que las coloca el hecho de ser mujeres, cuando describieron sus traslados en las diferentes etapas de su vida no expresaron haber experimentado alguna sensación de inseguridad. Al contrario, en retrospectiva afirmaron que eran tiempos muy seguros en comparación con los actuales, que podían trasladarse sin preocupación, aunque inconscientemente, como ya lo vimos, siguieran los “protocolos de seguridad” socialmente impuestos por ser mujeres, como andar acompañadas, evitar ciertos lugares, no transitar de noche, etcétera.

[Adolescencia] Cuando íbamos a la escuela sí íbamos varias. Pero si yo tenía que ir hacer un mandado a veces pues yo iba sola. Antes no estaba como ahora ((risas)). Antes todo era como muy tranquilo, y de hecho, ya cuando teníamos como quince o dieciséis años, nosotros después de misa íbamos a la

nieve ahí en el centro y nos regresamos caminando y no había problema (Berenice).

A la par de esta sensación de seguridad que todas revelaron respecto de etapas pasadas, en otros momentos relataron haber experimentado acoso en las calles, si bien éste se expresa normalizado, de ahí que no impactara su sensación de seguridad en las calles, refiriéndolo como algo común, como parte de sus vidas. Como advierte Zúñiga (Ibid., 81), distintas formas de violencia callejera suelen pasar desapercibidas, incluso por quienes las viven, y es que ésta forma parte del orden de género, en el que el acoso se inserta en la construcción del cuerpo de las mujeres como objeto que es propiedad del varón. En los siguientes fragmentos se puede observar que conformaba parte de la cotidianidad de antes y que permanece hasta ahora.

[Adolescencia] Con los vecinos me pasó varias veces que yo pasaba por ahí y “ven mijita, verás”, que te voy a hacer esto, te voy a hacer el otro, o algo, y yo arrancaba [...] era muy común, no pasaba de ahí, pero, este, yo arrancaba, porque mi mamá me tenía muy aconsejada (Eva).

[Adulthood mayor] Ayer me paso una cosa curiosa, iba en el camión y un viejito iba a un lado mío y pues ahí, “¿va a trabajar?”, me dijo él. Me empezó a hacer preguntas, pero yo pues, por educación le contesté y todo, y le dije “¿no dijo que se iba a bajar aquí en el estadio?”, le dije. “No”, me dijo, “si voy gozando”, me dijo. ¡Wow!, me quedé yo. “Pero ¿qué es esto?”, dije. “Voy gozando”, así me dijo. “Mira, las vueltas a mi favor”, y no sé qué y no sé cuánto. Me quede muda, no hallaba si ofenderlo, o “oiga ¿qué paso?”, ¿no? Pero dije “está viejito, pobrecito, que se le suba la sangre, aunque sea mentalmente”, dije yo ((risas)). Cree la gente que porque una es amable, es atenta, cree que uno ya estaba buscando otra cosa, ¿no? ((risas)) (Eva).

En la adultez mayor, las entrevistadas refirieron sentirse inseguras en sus traslados en otro sentido. Constantemente refirieron que éstos son tiempos más

violentos que los de antes, y revelaron cambios en sus prácticas que se asocian a esta nueva sensación de inseguridad corporal. Dijeron optar por ya no salir de noche, dejar de hacer algunas actividades, o que hay lugares a los que solo van cuando tienen quién las lleve o están acompañadas. Como se revela en otros estudios sobre mujeres (Ibid., 89), manifestaron reducir su movilidad a consecuencia de la inseguridad, y algunas también señalaron que en sus traslados cotidianos ya no llevan joyas ni sacan el celular, manifestando que, inclusive de día, perciben cierta inseguridad.

En el siguiente fragmento se observa lo que expone Zúñiga (Ibid., 86) sobre las diferencias en la percepción de inseguridad entre hombres y mujeres, donde los primeros indican que su mayor temor cuando andan solos es ser asaltados, y en cambio, el de las mujeres es que las asalten, las golpeen, las violen, o hasta que la maten. También es ejemplo de cómo el envejecimiento, dadas las nuevas limitantes corporales que supone, incrementa su percepción de vulnerabilidad ante esta problemática social, siendo ésta la única etapa en la que revelan la inseguridad como limitante de sus traslados y actividades.

[Adulthood] La colonia es así aburrida, segura, viven puros viejitos ya. Pero si voy a salir a algún lado, tengo que ir antes de que oscurezca porque si no, yo soy la miedosa, no tanto la colonia, ni pasa nada ((risas)). Antes me gustaba mucho andar ahí ((risas)), pero pues de joven, tener buena vista, caminar muy bien y todo, pero ahora no, me da miedo. Me da miedo que me asalten pero ¿qué me pueden hacer? Digo no me pueden quitar nada, no me traigo nada cuando salgo, entonces nomas golpearme, pues no, mejor no salgo en la noche (Oralia).

No se expresaron en ese sentido al describir los viajes que realizan durante el día en su contexto cercano, que es dónde y cuándo más se desplazan. Dijeron en

general sentirse seguras y cuidadas tanto por las personas de su vecindario (ya sea porque son familiares, amistades o personas conocidas de hace muchos años) como por quienes trabajan en los negocios cercanos (porque sus cabezas y personal ya las conocen también de años atrás). En sus casos, la cotidianidad del contacto y las relaciones cordiales que han establecido como consecuencia de tener varios años viviendo en el mismo domicilio se traducen en recursos importantes para poder continuar realizando sus traslados en esta etapa.

En la adultez mayor el clima también emergió como mediador de sus traslados. Como apuntamos antes, en esta etapa sus prácticas en los diferentes ámbitos se flexibilizan a consecuencia de su nuevo rol social de AM y del proceso de envejecimiento, de manera que sus traslados también se flexibilizan y pueden adecuarse más fácilmente a sus preferencias.¹⁵⁷ En esta etapa ocurre un proceso de deterioro de la termorregulación que hace a las PAM más vulnerables a las temperaturas extremas; en un clima desértico como el de la ciudad de Hermosillo, donde en el verano se puede alcanzar hasta 50°C y en invierno rondar los 0°C, esta variable se reveló trascendental en las decisiones de traslado de las AM, como se ejemplifica en el siguiente fragmento.

[Adultez mayor] ¡Ay no!, yo no aguanto el calor, acaba conmigo. Soy muy calurosa. Por eso me voy temprano a las 7:15-7:20. Ya si me voy a las 7:30 ya es tarde, porque me tengo que venir a más tardar a las 9:30. [...] A veces llego muriéndome de hambre, pero entro quitándome la ropa, voy al baño y me pongo la pijama. Y llego, y prendo el aire y el abanico, y siento que parece que no están prendidos y voy y me acuesto. No me importa la comida, ni me importa nada, aunque me esté muriendo de hambre, hasta que ya agarro vida, entonces ya me levanto a ver qué como. No, no, no (Teresa).

¹⁵⁷ En otras etapas, los horarios en los que tenían que trasladarse eran más fijos, dadas las múltiples responsabilidades que tenían y que muchas de sus actividades debían desarrollarlas en horarios específicos, de las escuelas, el trabajo, la comida, etcétera.

Frente a las prácticas que requieren realizarse a cierta hora y no pueden modificarse, las entrevistadas refirieron que dejan de realizar algunas de ellas, las que no consideran esenciales, si no consiguen quién las lleve. Por ejemplo, Teresa no va a misa en el verano por el calor; Oralia comentó que en el verano no le gusta salir por las tardes, que se queda en el aire acondicionado viendo la novela; y Eva dijo que tiene refrigeración solo en su cuarto, y que en verano ahí se la lleva encerrada.

En ese sentido, dependiendo de la importancia que atribuyen a la práctica en concreto, optan por dejar de hacerla o no. Por ejemplo, Alma dijo que trata de poner sus citas médicas en un horario que sea lo más temprano disponible en verano y más tarde en invierno, pero que si no se puede, va la hora que le toca. En otras etapas las entrevistadas no revelaron el clima como factor determinante de sus actividades.

Tipos de traslados y corporeidad de género.

Cada forma de traslado disponible refiere diferentes aspectos relacionados con la CFH, y las distintas experiencias que se suceden en las prácticas de traslado conducen a integrar aspectos de la corporeidad masculina. En el desarrollo de las prácticas de traslado las mujeres conforman otros aspectos de su corporeidad, pues éstas implican estar en lo público, si bien desde su posición de mujeres en el orden de género.

En las trayectorias de las entrevistadas se reveló que el tipo de traslado más común fue caminar. Las características de sus prácticas de traslado antes mencionadas, por ejemplo que suelen trasladarse cerca, hacer viajes multidestinos,

pendulares, etcétera, aunadas al difícil acceso a un vehículo por sus condiciones económicas y no haber aprendido a conducir, hacen que caminar sea la forma de traslado más asequible para las entrevistadas. Esto coincide con lo encontrado en otros estudios de movilidad femenina (Zucchini 2015 y Vega y Román 2011, cit. en Olmo y Maeso 2013, 15), destacando que, al describir la realización de esta práctica, las entrevistadas le atribuyen una emotividad positiva, que relacionan con un sentido de libertad, independencia y disfrute corporal, con distintos matices según la etapa, pero que, sobre todo en la niñez-adolescencia, revela más directamente el placer asociado con su desarrollo. El siguiente fragmento es ejemplo de ello:

[Niñez] Yo cursé la primaria en el pueblo que estaba a 2 km. Nos íbamos caminando. Teníamos clases en la mañana y en la tarde, y nos íbamos caminando, y veníamos a comer; y luego nos regresábamos. Era mucho caminar pero me gustaba, nos gustaba, nos íbamos jugando. Todos los chamacos la pasamos felices ahí en la escuela (Alma).

“La edad es la primera causa de discapacidad motriz que dificulta caminar” (Suárez y Chías 2015). De ser la práctica más común, en la adultez mayor caminar es una práctica cada vez menos posible, siendo sobre la cual relataron tener más dificultades para su realización a consecuencia del envejecimiento. Varias entrevistadas revelaron haber cambiado la forma en que desarrollan esta actividad, manifestando, por ejemplo, disminuir la velocidad y la frecuencia con que la hacen, recorrer distancias más cortas, apoyarse más en otros medios de transporte como el camión y el automóvil (*raites* en específico). Alma, Teresa, Eva y Ana Luisa se expresaron constantemente sobre las dificultades que presenta su realización, y la refieren como una pérdida importante relacionada con el envejecimiento.

[Adulter, Adulter mayor] Hace mucho, hace como veinte años, me dice mi hija, “amá, no la puedo alcanzar”, me decía. Y no me podía alcanzar. Andábamos en el centro. Y ahora ella es la de “¡amá, apúrese!” No puedo alcanzarla. “No puedo, caminen ustedes, yo camino más lento. Tengo que ir despacio”, le digo. Ya se acostumbraron, ya no me dicen nada [...] La insuficiencia cardíaca es la que hizo que bajara el paso al caminar, tengo que ir despacio porque empiezo a sentirme fatigada y hay veces que no puedo respirar, me falta el oxígeno pues ((inhala y exhala varias veces)) [...] (Teresa).

También hacen referencia a la incompatibilidad del medio ante las limitaciones físicas que presentan como consecuencia del envejecimiento, que ocasiona que se muevan más lento y se cansen más al caminar. En ese sentido, encuentran que los tiempos y ubicaciones de los semáforos no son adecuados, y que tienen que apurarse o caminar más, lo que ya les “cuesta mucho más trabajo”. Igualmente, dijeron que los puentes peatonales no son opción para ellas, pues requirieran caminar más y subir escalones, evidenciando que el desgaste corporal y la enfermedad también ocasionan que disminuya el equilibrio y la elasticidad y que aumente el riesgo de caídas.

Así que fue aquí cuando las entrevistadas dieron cuenta del mal estado de calles y banquetas, y de la falta de iluminación que hacen más inseguro su andar. Lo mismo encontraron González (2017, 28-29) y Zamorano et al. (2012, 101) en sus respectivos estudios sobre prácticas de las PAM, revelando que éstas son situaciones comunes en las ciudades de México, donde el proceso de urbanización no contempla las necesidades de las PAM. A Alma, por ejemplo, el doctor le aconsejó que llevar andadera cuando sale, por si se cansa por la insuficiencia, pero dijo que siente que con el estado de las banquetas y calles no podría usarla. Lo mismo comentó Eva sobre el uso del bastón, pues dijo que le da miedo que se atore y que siente que

traerlo aumentaría sus posibilidades de caerse. Teresa, por su parte, dijo que se ha caído varias veces, y describe las mismas características del entorno:

[Adulthood mayor] Están peligrosas porque no son las banquetas parejas, sino llenas de baches y de cosas. He ido caminando y como que se tropieza el zapato y he estado a punto de caerme varias veces. [...] Se siente feo porque ahí puedo darme un golpe, o quebrarme un pie o algo, y pues me da miedo, entonces sí me cuida [...] Una vez sí me caí, allí en la mera esquina, y me lastimé la rodilla. Pegó el zapato con un bordito y yo no sé, me quise agarrar de la pared y no pude, me quise agarrar de un carro que estaba ahí y tampoco pude, y me lastimé mucho mis manos, y de lo de la rodilla duré unos dos años, yo creo, con que me dolía (Teresa).

Finalmente, en algunos casos las enfermedades de esta etapa hicieron que surgiera la necesidad de caminar. Esta práctica es distinta a salir a caminar como recreación, como ejercicio o paseo, porque éstos son viajes que tienen como propósito realizar diversas tareas, y sobre todo son precedidos por la elección de caminar sobre otras formas de transportarse, lo que se relaciona con la intención de ejercitarse para promover la salud. Nunca antes habían mencionado esto, pues antes la elección de caminar se vinculaba, por ejemplo, con la disponibilidad de tiempo o el costo de los camiones, por citar algunas razones.

[Adulthood mayor] Nos vamos a pie al Seguro, nos venimos a pie y todo, al centro. A veces nos vamos en camión y ya nos venimos a pie de acá también de la Juárez, para hacer ejercicio. Él me dice “pues vámonos caminando, ¿no?”, “pues vámonos”, le digo. “Así nos sirve caminar”, le digo. Hay gente que ya no quiere caminar y jóvenes que he visto, “¡ay que flojera!”, dicen, y se van en camión. Nosotros sí caminamos (Cecilia).

El uso del automóvil como medio de transporte se define en el orden económico y de género. En etapas tempranas sus padres eran los que tenían vehículo y sabían manejar, y a diferencia de sus hermanos varones, a ellas no se les enseñó a

hacerlo. La no-correspondencia por ser mujeres se observa en que, aunque en las diferentes etapas haya habido un auto familiar, algunas de ellas no lo usaban, solo sus esposos. La diferencia en el acceso a los recursos para poder ser dueñas de un vehículo se revela, por ejemplo, en los casos de Eva y Teresa. La primera dijo que su esposo le compró un automóvil, y que, después de separarse, se quedó con él porque lo usaba para trasladar a sus hijos y para trabajar; pero que lo tuvo que vender cuando se fue a trabajar a otra ciudad, y al regresar, ya no pudo juntar suficiente dinero para comprar otro. Teresa, por su parte, comentó que cuando se separó y se reubicó en Hermosillo dejó el auto que usaba para trabajar porque era de su esposo.

Hay que destacar que, a pesar de lo anterior, las entrevistadas refieren que el conducir les brindaba una sensación de poder, independencia y libertad, así como la posibilidad de realizar fácilmente lo que necesitaban hacer, aunque sea en el desarrollo de su rol de género como madres y no deje de representar un ser de y para las y los demás en la práctica. En cambio, los *vaites* refieren-construyen dependencia, toda vez que no tener acceso a un auto, sobre todo en una ciudad con un sistema de transporte deficiente, es, como plantea Zucchini (2015, 38) sobre la experiencia en otros países, una distinción de género que, desde el acceso a recursos, conduce a una “reducción de las posibilidades de desarrollo personal y laboral de las mujeres”.

Con los aventones dependen de los tiempos y disponibilidad de otras personas. El control masculino sobre este recurso, que en teoría se plantea como propiedad de la familia, es una forma de control en otros ámbitos, e inclusive puede llegar a representar un medio para la violencia. Por ejemplo, Alma relató que, dado que su esposo era el que tenía automóvil, era quien se encargaba de abastecer de

insumos y medicinas, y no siempre compraba lo que ella necesitaba. Sin embargo, solo en casos conflictivos como el anterior se revela la desigualdad de dichos acuerdos ante los ojos de quienes participan de ellos. En situaciones “armoniosas”, por el contrario, el convenio de conyugalidad se expresa como parte de la costumbre, sin generar malestar, como en el caso de Oralia, quien al relatar su juventud solo refirió que como no sabía manejar y que “era muy dependiente de él”, sin que dicha situación le pareciera injusta.

Siguiendo esa configuración de género, en la adultez mayor nadie maneja, y ante la imposibilidad de caminar revelaron que los aventones se convierten en su primera opción, sobre todo para ir a lugares que les quedan lejos. Dijeron que viajar en taxi les parece muy caro, y que solo pueden usar ese servicio de vez en cuando, de ahí que en esta etapa aparecen los *raites* como forma común de traslados, en comparación con etapas previas (con excepción de Oralia). En el entramado del envejecimiento, esta alternativa se revela como un apoyo importante para ellas por parte de sus familias, y el percibirlos disponibles, aunque no siempre los usen, lo construyen como expresión de cuidado, atención y compañía de sus familias y amistades, mientras que el caso contrario, la no-disponibilidad (como en el caso de Alma, que no tiene a sus hijos e hijas aquí), les da un sentido de soledad y abandono. Por otro lado, las entrevistadas expresaron que si alguien las traslada dependen de la disponibilidad de las y los otros para la realización de sus actividades, y en algunos casos los revelaron como medio de control sobre ellas (este punto se retoma un poco más adelante).

Finalmente, el uso del camión en etapas anteriores, se expresó como instrumental, relacionado expresamente con la satisfacción de la necesidad de trasladarse. No era su medio de preferencia, sino que referían usarlo cuando el caminar no les permitía realizar exitosamente sus actividades, ya fuera porque las distancias eran largas o porque tenían poco tiempo. Por ejemplo, Teresa comentó: “En Culiacán sí me quedaba lejos la escuela [...] Nos íbamos en camión o caminando [...] Depende de la prisa que lleváramos; si no llevábamos, nos íbamos caminando”.

En la actualidad sucede que, ante la imposibilidad corporal de caminar y de que no manejan, el poder trasladarse en camión lo significaron como trascendental para poder instrumentar su independencia, para no depender de *raites*. Antes, cuando podían caminar distancias más largas, este medio no tenía tal valor, pero ante esta nueva imposibilidad corporal se vuelve más importante. Como se revela en el siguiente fragmento, en sus relatos sobre su uso en esta etapa se expresan sobre poder decidir respecto de sus actividades sin cuestionamientos, sin incomodar, sin tener que pedir ayuda, lo que a veces, dicen ellas, es como “pedir permiso”. Sin embargo, su costo se revela como un obstáculo, y en esta etapa, cuando se reducen sus posibilidades de caminar, no poder pagarlo significa una afectación importante de su movilidad. Por ejemplo, Alma expresó tener que seleccionar sus salidas, pues no cuenta con suficiente dinero para pagar los camiones.

[Adulthood mayor] Y me dice mi hija: “ahí andas de allá para acá”, que “no te estás quieta”, que “deberías tener más cuidado”. [...] La otra vez me dijo mi hija: “ahora resulta que tienes que ir”, me dice. “Pues si tú no quieres ir no vayas”, le digo. [...] Yo me voy, aunque se enoje el que se enoje [...] yo no

tengo ningún problema de andar en camión, no necesito que me lleven (Ana Luisa).

Cuando se les preguntó sobre la infraestructura del transporte público dijeron que les parecía buena, refiriendo que las paradas les quedan cerca, que las unidades están en buen estado, que cuentan con aire acondicionado, y que tienen asientos especiales para las PAM (que era una de las ventajas de “ser viejita”, dijeron entre risas Teresa, Ana Luisa y Eva). Sin embargo, las entrevistadas también expresaron que las unidades no están adaptadas a algunas de las necesidades que tienen a consecuencia del envejecimiento. Por ejemplo, dijeron que están muy altos los escalones, que se les dificulta subir y bajar (que les da miedo caerse), y que es muy difícil llevar la andadera. Alma comentó que cuando trae la andadera los choferes no la ayudan, y que inclusive a veces no quieren subirla. Eva, por su parte, también relató dificultad para subirla y traerla en el camión, y que en lugar de sentir que le ayuda siente más riesgo de caerse al tener que manejarla dentro del camión. Así, relatan cómo el envejecimiento y la imposibilidad corporal intersectan sus traslados y median su experiencia ante una infraestructura que no se adecúa a sus necesidades.

CAPÍTULO 7

IDENTIDAD CORPORAL DE GÉNERO Y PRÁCTICAS EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS DE ACTIVIDAD FÍSICA

El envejecimiento conlleva cambios corporales que suelen ser comunes entre las mujeres, pero la forma en que impactan el desarrollo de sus prácticas cotidianas es variada. Las prácticas que las entrevistadas hacen como continuidad de su pasado, las nuevas, y las que dejan de hacer en cada ámbito, se relacionan con su situación corporal actual y con las características de su contexto, pero también con la forma en que se construyen como mujeres AM. En el entendido de que esta construcción de sí mismas es tanto subjetiva como resultado de un proceso socialmente – genéricamente– delimitado a lo largo de sus trayectorias vitales, como señala Esteban (2004, 58), en este capítulo se analizan las posibilidades de esta interacción corporal-social en las diferentes etapas en la construcción de su ser-mujeres.

Se analizan las demandas sociales en el entramado de la CFH como posibilidades para sus prácticas en los diferentes ámbitos de actividad física en las diferentes etapas de su vida, así como la forma en que construyen y sostienen sus prácticas corporales en la significatividad –socialmente estructurada– que les otorgan como parte del proceso de configuración de su identidad corporal de género. Lo anterior revela, como plantea Connel (2003, 96), las emociones –corporales y

socialmente construidas— como aquello que carga de energía el circuito de la práctica, los motores de las prácticas que realizan.

Para esto se hace un análisis por ámbito de actividad física, y cada apartado se cierra observando este proceso a la luz del envejecimiento como proceso corporal-social característico de esa etapa, destacando que la forma en que el envejecimiento cambia la manera en que realizan sus prácticas se puede entender con relación al proceso de configuración de su identidad corporal de género. Como señala Connel (Ibid., 81), “los cuerpos, en su carácter de cuerpos, son importantes. Envejecen, se enferman, disfrutan, se reproducen, dan a luz. Tanto la experiencia como la práctica poseen una dimensión irreductiblemente corporal”. Empero, esta dimensión corporal, que es material y emocional, lejos de ser interna o individual se significa y se construye en un proceso reflexivo con el mundo social (Ídem).

Las prácticas corporales de las mujeres entrevistadas suceden en medio de relaciones, simbolismos e instituciones, y remiten siempre a un colectivo y a un contexto social específico, como señala Esteban (2004, 58, 166). En este caso se analiza cómo remiten a las construcciones sociales sobre sus cuerpos de mujeres y de AM y a su situación en su contexto familiar, siendo en este proceso de la práctica que, como refiere la autora, las entrevistadas van configurando su identidad corporal de género (Ibid., 61), mediando el impacto de sus cambios corporales —a razón de la edad y la enfermedad— en las prácticas que realizan, ya que en él se va definiendo su significatividad. En el circuito reflexivo de la práctica, esta significatividad se expresa en las emociones corporizadas que la conforman, y que la “cargan de

energía” (Connel 2003, 96), mediando la sensorialidad del envejecimiento y definiendo distintas posibilidades para la práctica.

TRABAJO DOMÉSTICO

Como ya se ha dicho, la realización del trabajo doméstico y de cuidado se enmarca en un deber-ser que en la división sexual del trabajo les corresponde a las mujeres, y que se sustenta en su capacidad reproductiva y en la construcción de la maternidad como eje de la feminidad hegemónica (Lagarde 2005,120). Es un deber-ser que las entrevistadas comparten por ser mujeres, y que las obliga a implicarse en él de distintas maneras en las diferentes etapas de su vida –siempre con relación a las posibilidades de su contexto–, si bien la manera en que refieren que lo hacen expresa su forma de ser-mujeres; es decir, la forma de implicarse en estas prácticas corresponde a la manera en que asumen y construyen ese deber-ser impuesto en el desarrollo de su identidad corporal de género.

Cabe resaltar que la forma en que se construyen como mujeres en torno de este ámbito tiene gran peso en la manera en que se construyen en los demás, ya que estas prácticas conforman la base de su rol social como mujeres. Sin embargo, a lo largo de los siguientes apartados se irá viendo que, tal y como señala Esteban (2004, 248), las identidades –corporeidades– de género no son compactas o lineales, sino complejas y fluidas, al trasvasar los diferentes espacios sociales de la vida cotidiana.

Las entrevistadas coincidieron en haberse implicado en este tipo de prácticas desde etapas tempranas. En el siguiente fragmento se puede observar cómo este deber-ser se concreta en sus cuerpos de mujeres-niñas/adolescentes, compartiendo su corporeidad de mujeres con sus madres, y relacionándose desde con ellas desde ahí. Desde etapas tempranas se les asignaba este tipo de trabajo por ser mujeres, y ellas asumían su responsabilidad y desarrollo también de forma “natural” por el mismo hecho (Ibid., 404), y si bien en ocasiones mencionaron haber compartido tareas con sus hermanos varones, describieron que la participación de éstos sucedía bajo distintas condiciones, desde su posición masculina. Por ejemplo, señalaron que no se encargaban de hacer actividades que implicaran atenderlas a ellas, como cocinarles o lavarles la ropa, y que había actividades en las que ellos no se involucraban.

[Niñez] Mi mamá nos repartía el negocio a todos mis hermanos, incluyendo a los hombres, los trastes, barrer, las plantas. [...] Yo era la que le ayudaba cuando se enfermaba, pero cuando estaba bien, su trabajo era la lavada, la planchada, y la cocina. Como mi hermana mayor trabajaba, y los que seguían eran hombres, entonces yo era, haz de cuenta, su brazo derecho de mi mamá cuando se enfermaba. Empecé a cocinar desde los 6 años, y luego si iba a hacer carne, yo iba al mandado, a esa edad, ¡imagínate! (Berenice).

Ese deber-ser no implicaba ser responsables del trabajo doméstico, responsabilidad que recaía en sus madres como autoridades y encargadas de gestionarlo, sino que comprendía el desarrollo del trabajo doméstico como una ayuda para éstas, una ayuda obligada –y diferenciada– por ser mujeres. En esta etapa su realización se expresa como una imposición directa y visible por parte de sus padres y madres, que son quienes ostentaban la autoridad en la familia, imposición que iba desde la realización del trabajo doméstico como condicionante para otras actividades de su elección –que fue lo más común–, hasta la imposición violenta de estas

prácticas y/o que la obligación de su desarrollo fuera en sí mismo una forma de violencia.¹⁵⁸

Independientemente de ello, se observó que se trata de una imposición que ellas normalizan como parte de su deber-ser de mujeres-hijas. A su vez, se observó que desde entonces este deber-ser no se limita a ayudar –atender– a sus padres y madres, sino que se extiende a los hermanos y otros miembros de la familia. Cabe destacar, además, que este deber-ser nunca desaparece,¹⁵⁹ aunque suceda y se exprese de forma distinta en las siguientes etapas, quedando claro desde etapas tempranas, sin embargo, que en la asignación y realización del trabajo doméstico se expresa un cuerpo de y para el servicio de las y los demás.

La forma de asumir y de desarrollar el trabajo doméstico, así como el significado que adquiere en la construcción de sí mismas como mujeres-hijas, varía entre ellas de acuerdo con las posibilidades de género del contexto en el que crecieron¹⁶⁰. En los fragmentos que siguen, se revelan formas distintas de asumir la imposición de estas prácticas y de construirse como mujeres en función a ellas, al otorgar distinto significado a su realización. En el siguiente fragmento, Eva asume su desarrollo como instrumental, integrando su realización a su corporeidad de género, si bien no se define por estas prácticas. Así, describe una carga compartida que asumió junto a sus hermanas por imposición de su madre, y las ganancias que

¹⁵⁸ Tal es el caso de Alma, que si no lo realizaba se convertía en víctima de otros tipos de violencias, para quien las actividades, debido a la carga excesiva que representaban, eran en sí mismas formas de violencia.

¹⁵⁹ En sus descripciones refieren haberlos ayudado hasta que éstos murieron, y que hasta la fecha siguen ayudando a sus hermanos o hermanas.

¹⁶⁰ En dicho contexto las necesidades de la familia son importantes, pero, como se irá viendo, no son la única ni el más importante motivo de su asignación-realización.

suponía su realización en cuestión de ocupar otros espacios y de poder realizar otras actividades que les gustaban.

[Adolescencia] Todo el tiempo ayudábamos a mi mamá, casi todo lo hacíamos nosotros, teníamos nosotros nuestras responsabilidades. Teníamos de que: “hoy tú vas a hacer esto, tú vas a hacer lo otro”. Si no, no salíamos. Teníamos que lavar nuestra ropa, los sábados y los domingos, alzar bien la casa todas, sí, entre mi hermana la grande, la más chica y yo. [...] (Eva).

En cambio, el siguiente fragmento es ejemplo de cuando estas prácticas se revelan como dadoras de sentido a la propia existencia como mujer, casos que son muy significativos en la definición de su identidad corporal de género. En ellos, su realización se inserta en la construcción de la maternidad en la CFH, en el darse y servir a las y los demás a través de este tipo de trabajo, en la satisfacción de posibilitar la supervivencia de la familia, la abnegación como expresión máxima de su amor, y la felicidad en la entrega colmada de sí mismas (Lagarde 2005, 444).

Así, en un proceso de reflexión con lo socialmente construido, con el significado y la significatividad otorgada a la práctica en el entramado de la CFH, Teresa expresa gusto por desarrollar dichas prácticas y se muestra orgullosa de haber ayudado con su trabajo a su familia. Estas emociones –socialmente estructuradas– son los motores y el sustento de la práctica en la construcción de su ser-mujer.

[Niñez, Juventud] Yo toda la vida los ayudé mucho a mis papás. Como desde los seis, siete años yo me acuerdo que en una tina, con esos lavaderos de maderita, lavaba la ropa, y la tendía, apenas alcanzaba el tendedero, y cuidaba a mis hermanos cuando se iban a trabajar. Desde muy chiquita les ayudaba a todo [...] Yo siempre les ayudé, de niña, de muchacha, así adolescente, ya casada también les ayudaba, ¡hasta embarazada les ayudaba! ahí iba con mi panzota y les ayudaba a lavar la ropa, a cocinar, todo les hacía. Y ya que nacieron los chamacos también seguí yendo, me los llevaba [...] (Teresa).

La juventud fue la etapa en la que la función social de las mujeres –la reproducción– se concretó en los cuerpos de casi todas las entrevistadas.¹⁶¹ Esta nueva situación corporal conlleva la imposición social de la responsabilidad del trabajo doméstico y de cuidado, pero ahora como parte de su deber-ser como mujeres-madres o madresposas¹⁶² (sin que su deber-ser como mujeres-hijas desaparezca).¹⁶³ A partir de aquí, el trabajo doméstico no es directamente impuesto por una persona, sino que es socialmente impuesto en la construcción de la feminidad hegemónica. Bajo el acuerdo de conyugalidad, el varón se encarga de proveer para la familia y la mujer de reproducirla a través del trabajo doméstico y de cuidado (Ibid., 447), que se convierte en el medio para que las mujeres cumplan con su rol social.

En ese orden, la realización del trabajo doméstico comprende prácticas mediante las que se implica-expresa una corporeidad de y para el servicio de las y los demás. En la división del trabajo, estas actividades tienen menos valor social que las de trabajo remunerado asignado a los varones, implicando una corporeidad servil, subordinada y dependiente del varón, construida como femenina en esa correspondencia con su rol. A su vez, a través del trabajo doméstico la mujer suprime sus necesidades ante las ajenas, sacrificio que se inserta en la construcción de la maternidad-conyugalidad, en la figura de la madre y esposa abnegada, que encuentra

¹⁶¹ Berenice es la única que no tuvo hijos, ahondamos en su caso conforme vamos avanzando en el análisis.

¹⁶² Inclusive cuando viven con sus suegras o madres, sucede y se espera que ellas asuman esas actividades para su nueva familia, y en ocasiones también para la familia extendida.

¹⁶³ Siguen con la responsabilidad de ayudar en distintas medidas a sus madres con el hogar y cuidado de la familia, pero la misma maternidad, socialmente concede nuevas libertades sobre el dominio de la familia de origen. A la vez que la prioridad, también socialmente definida, es su nueva familia sobre su familia de origen.

la felicidad en esa posibilidad de darse a través de su trabajo como expresión de su amor (Ibid., 444).

Esta etapa se distingue de la anterior también porque, junto con la responsabilidad de la reproducción de la familia, las mujeres asumen un nuevo poder y autoridad: el “poder maternal”, que implica el dominio femenino sobre lo doméstico en la vida familiar (Ibid., 418). Ya no son ayudantes, sino titulares de la práctica y encargadas de las decisiones en este ámbito, aunque en el caso de quienes vivían con sus esposos se observa que este poder nace hasta cierto punto desempoderado, ya que, como dijimos arriba, el trabajo doméstico bajo el acuerdo de conyugalidad tiene menor valor social que el trabajo remunerado que le corresponde al varón, por lo que la mujer como encargada de este ámbito se coloca en una relación de subordinación y dependencia del varón. Aun así, el poder maternal también confiere sentido a la práctica, y asumir de esta manera la titularidad de ésta es una parte importante de su construcción como mujeres-madres.

El siguiente fragmento es ejemplo de cómo, en la división sexual del trabajo en la familia, las mujeres asumen su capacidad y a la vez la incapacidad de sus parejas para hacerse cargo de este tipo de labores. Sostienen la asignación-realización de este tipo de trabajo en características y habilidades de sus cuerpos-identidades de mujeres: en el instinto maternal. Así, al realizar estas prácticas, que como vimos en el apartado correspondiente comprenden un gran número de actividades, las mujeres maternalizan, se construyen como mujeres-madres en su realización y se diferencian del varón. En ese proceso, el trabajo doméstico y de

cuidado se carga de significado en la configuración de su identidad corporal de género.

[Juventud] N'mbre él jamás lavó un plato. No me ayudaba en nada, ni con los niños, él se iba a trabajar y ni se enteraba de nada de lo que pasaba en la casa, o sea con ellos. Él andaba en otras cosas, sí viajaba bastante por su trabajo, pero la verdad es que le valía. O sea, se la llevaban bien y todo, si se querían pero no hacía más, no sabía nada. ¿Me entiendes? Yo hacía todo, no nomás lo de la casa, las juntas de la escuela, sus amigos, con quién andaban, así todo (Teresa).

En conformidad con ese “nuevo” deber-ser, las mujeres se asumen encargadas de la realización y gestión del trabajo doméstico como expresión de su maternidad, que se confirmó como su rol más importante en la definición de sí mismas a partir de esta etapa. El trabajo doméstico y de cuidado se convierten en prácticas maternas, y este significado permanece, aunque bajo diferentes circunstancias, el resto de sus vidas,¹⁶⁴ si bien la forma en que se implican en su desarrollo (la manera en que lo gestionan, su posición, la carga que asumen y la que delegan, las actividades que realizan y las que no, las que priorizan en sus relatos) conforma su manera particular de ser-mujeres en ese sentido. Así, se expresaron diversas formas de asumir su deber-ser y de significar las diferentes prácticas domésticas que realizan.

Cuando este tipo de trabajo se realiza como parte de su deber-ser como mujeres-madresposas, éste se construye como una mayor carga e implica una mayor dedicación y tiempo en comparación de quienes lo realizan exclusivamente como mujeres-madres. A su vez, lo refieren como más vinculante y menos flexible, pues es

¹⁶⁴ También en su responsabilidad como esposas se implica la realización de actividades maternas (Lagarde 2005).

la forma de cumplir con su parte del acuerdo conyugal, y dejar de realizarlo o delegarlo puede implicar pérdidas reales (económicas, violencia) y/o simbólicas (poder, reprobación social).

En estos casos relatan, sobre todo, tareas domésticas al interior de sus hogares, de limpieza, hacer-servir comida, recoger cochinerero, planchar, etcétera; tareas más serviles, además de las de crianza y cuidado. En el cumplimiento de ese deber-ser que asumen, encuentran reconocimiento social como “buenas” mujeres-madresposas, y en ese sentido se construyen a sí mismas. De este modo, aunque expresen haber asumido una carga pesada, refieren satisfacción con el trabajo que desempeñaban, cargando de significado sus prácticas en la abnegación que conforma parte de la construcción del amor de pareja y del amor maternal en la feminidad hegemónica, emociones que se expresan como motores de la práctica.

[Juventud y Adulthood mayor] A lo mejor antes hacía más cosas de la casa, pues porque sí lo hacía todo yo sola y en eso se me iba todo el día, toda la mañana por lo menos, pero, pero pues estaba más joven, aguantaba más. Y luego estaba enamorada pues, y uno enamorada ¡Ay, pues aguanta! ¡Hasta las camisas le planchaba! No como ahora que les pongo a mis hijas, estoy pobre, triste y sin ilusiones. Nomás se ríen. ¡Ay mi ‘amá! ((risas)) N’mbre, ahora ya no plancho ni un trapo ((risas)) (Oralia).

En el fragmento anterior se puede observar que cuando la realización de estas prácticas serviles se enfoca desde la versión romántica del trabajo doméstico, el cuerpo de y para las y los demás se significa de forma positiva. En cambio, en la etapa actual, ya divorciada y bajo el contexto en el que ahora desarrolla su trabajo doméstico –para sus familiares y sin ese sentido de amor–, se le manifiesta la

corporeidad devaluada y explotada que era en el pasado, pero que en realidad no fue, pues hasta ahora se le revela.

De la misma manera, dicha corporeidad permanece invisible para Cecilia, quien relata el trabajo doméstico como intercambio en el entramado de una relación conyugal amorosa, y no menciona las actividades más serviles que ha realizado desde entonces, aunque sí las hacía y las continúa haciendo, pues dijo que ella siempre se ha encargado de todo el quehacer, exceptuando algunas tareas – masculinas– en las que su esposo le ayuda. Al significarlas en ese contexto, no elabora sobre esa corporeidad de servidumbre, que se le reveló a Oralia después de su divorcio. Así, estas prácticas refieren a la corporeidad de ser de y para las y los demás, pero según la emotividad que les asignan –que se retroalimenta en las posibilidades socialmente construidas con relación al amor conyugal, el amor-felicidad contra la traición-enojo– van conformando su corporeidad-identidad de género en el desarrollo de la práctica, como señala Connel (2003, 96).

Las mujeres que refirieron, ante la ausencia de la pareja y/o del padre de sus hijos, que se encargaban tanto de la gestión del trabajo doméstico y de cuidado como de proveer para sus familias, se construyen de forma distinta en torno de estas prácticas. Se observó que en estos casos su deber-ser como mujeres-madres se extiende del trabajo doméstico al trabajo remunerado, y que éste último se torna prioritario en la construcción de sí mismas como mujeres-madres. La significatividad de su trabajo doméstico como madres se relaciona más con la crianza y el cuidado que con otras labores domésticas, sobre las que se expresan principalmente con relación a su gestión.

Se observa, entonces, que asumían la responsabilidad socialmente impuesta por ser mujeres, pero a la vez describen una carga menor y el haber delegado de forma más fácil y abierta algunas de las tareas a sus hijos e hijas desde pequeñas, y/o dejado de hacer algunas actividades que no consideraban trascendentales. En esta otra forma de gestionar sus prácticas domésticas que les permite el “tener que trabajar” construyen su ser-mujeres-madres de forma diferente. En el siguiente fragmento se puede observar, por ejemplo, que en la aclaración sobre su trabajo remunerado y la realización de ciertas actividades domésticas fuera de casa, y no de otras más serviles, Eva define otra forma de construirse como madre en función del trabajo doméstico y de cuidado, resistiendo algunos aspectos del rol tradicional y construyendo su ser-mujer-madre como más autónoma e independiente que las anteriores.

[Juventud] Sí hacía cosas de la casa (x) yo todo el tiempo trabajé, y pues iba con mi mamá, iba al súper, entregaba chamacos que a la escuela, que el inglés, que el esto, ¿no? [...] No tuve problemas yo con (x) nunca, nunca no me acuerdo haberles dicho yo “oyes, estudia”, no, jamás, ellos solos. Luego yo nomas oía la licuadora, haciéndose el licuado, se atendían ellos solos desde bien chiquitos. Nunca tuve problemas de que “¡ándale, levántate!, ¡estudia!”, ni nada, ellos solos. Salieron muy buenos hijos todos, no batallé con ninguno (Eva).

Esta forma particular de implicarse en las prácticas domésticas revela que asumen una imposibilidad material de cumplir con todo lo contenido en el deber-ser de las mujeres-madres respecto de este ámbito en el entramado de la feminidad hegemónica. Como se puede observar en el fragmento anterior, al referir que de

alguna manera no asumieron la “carga completa” ven necesario aclarar que tenían que trabajar,¹⁶⁵ y que sus hijos no necesitaban más de ellas porque eran buenos hijos.

Así, aunque el desarrollo de estas prácticas no era una negociación de su posición en su familia, como en el caso de las mujeres-madresposas, se revela como una negociación con el mundo, y aunque hablen de “omisiones” no se cuestionan su eficacia como mujeres-madres y se muestran orgullosas de haberlos “sacado adelante”, como les corresponde en el entramado de la CFH. A la hora de definirse como mujeres-madres revelan, entonces, haber reducido-delegado parte de sus prácticas domésticas, seleccionando aquellas prácticas que son fuera e implican estar en lo público, y las de crianza (separándose del trabajo servil-femenino), a la vez que priorizan sus prácticas de trabajo como parte de su rol maternal. Así, resisten corporalmente, a través de sus prácticas, parte de la imposición de la feminidad hegemónica.

La adultez abarca el periodo en el que sucede el fin de la crianza, y todas coincidieron en haber disminuido, aunque en diferentes proporciones, su carga de trabajo doméstico y de cuidado en esta etapa. Sin embargo, este tipo de trabajo no deja de ser su destino corporal-social en sus familias, toda vez que igual se les asigna y lo asumen de forma “natural” por ser mujeres,¹⁶⁶ y sigue conformando el deber-ser impuesto como mujeres-madres, aunque bajo otras circunstancias. Independientemente de si sus descendientes viven con ellas o no, ya no son

¹⁶⁵ Lo que no sucedió, por ejemplo, en el caso de Teresa, anteriormente citada, quien también trabajaba, pero que al estar en una relación conyugal de dependencia se construía en relación a asumir toda la carga doméstica, sin delegarla.

¹⁶⁶ Al estar anclado en sus cuerpos de mujeres, mientras exista el vínculo, siempre serán madres, hijas, hermanas.

dependientes de ellas, y las responsables del trabajo doméstico cuando forman sus propias familias son sus hijas o nueras.

De modo que, cuando se refieren al trabajo doméstico que realizaron en esta etapa, vuelven a construirlo como una ayuda, pero ahora para sus hijas e hijos y sus respectivas familias. El valor social de sus actividades es menor que cuando lo hacían como madres, y el poder maternal se va desvaneciendo, aunque las actividades y carga que asumen puedan seguir siendo importantes. En el siguiente fragmento se puede observar cómo se construye Teresa como mujer en la realización del trabajo doméstico en casa de su hijo. Aunque lo plantea como ayuda, implica asumir prácticamente toda la carga, y se revela orgullosa de ello, construyéndolo como dador de significado en el entramado de la abnegación del amor de madre, y en cuya realización se expresa un cuerpo de y para las y los demás que refiere a la felicidad que implica la entrega colmada a la familia.

[Adultez] Allá con mi hijo hacía todo. Me levantaba bien temprano y sacaba a los chamacos, y luego ya que se iban a la escuela pues ya alzaba todo, dejaba todo bien arregladito, y ya para cuando iban llegando yo ya tenía la comida lista. Es que ellos pues se iban a trabajar, yo los ayudaba con eso (Teresa).

El trabajo doméstico es una ayuda que en esta etapa se espera de ellas, por ser mujeres, y no de los padres de sus hijas e hijos. Como tal, tienen la obligación social de ayudarles, como extensión y parte de su maternidad, y como ayudantes, independientemente de la carga que asumen, ven en el desarrollo de estas actividades una labor importante, cargada de significados en la construcción de sí mismas. Inclusive para quienes en su juventud resumían su rol más en la crianza, el cuidado y

en el trabajo remunerado como práctica maternal, en la adultez su desarrollo permanece significativo en la construcción de sí mismas como mujeres-madres. Y es que el proveer económicamente para sus hijos ya no es su responsabilidad,¹⁶⁷ por lo que el trabajo doméstico y de cuidado se expresa como un medio muy importante para su maternidad y felicidad en el entramado de la familia, como establece la CFH, y que antes complementaban con el trabajo remunerado para sus hijos.

A pesar de lo anterior, en esta etapa, como se observa en el siguiente fragmento, también priman otras formas de asumirse y construirse, en función de tareas menos serviles y más públicas (que implican estar afuera, mayor movilidad, socialización, etcétera). El siguiente fragmento es ejemplo de la significatividad que le otorga Eva al apoyar a sus hijos en la configuración de su identidad de género, pero a su vez revela que esta construcción de sí misma como mujer-madre no implica asumir toda la carga, sino solo una parte, construyéndose como ayudante en la práctica doméstica en el desarrollo de su maternidad, pero de una manera más flexible que Teresa. Esto, como se verá más adelante, le permite construirse más fácilmente en otros sentidos, a través de prácticas en otros ámbitos.

[Adultez] Mira, haz de cuenta que iba, paría una aquí y me venía. O sea, se llevan así un año, imagínate, así me la llevé [...] Al más grande, a ése lo cuide, a la que siguió también, a la que tuvo bebé también, a las de aquí también, porque eran de guardería y había que ir por ellas, manejaba yo y las cuidaba en lo que llegaba su mamá del trabajo (Eva).

A su vez, a partir de la adultez, cuando sus hijos no son sus dependientes y el desarrollo de estas actividades sucede bajo un acuerdo de intercambio por una

¹⁶⁷ Esto no significa que el trabajo ya no sea significativo, pero como se verá en el apartado correspondiente, ahora se construye como parte de su ser-mujeres, no su ser-mujeres madres.

manutención con las personas con las que viven (ya sea con la pareja, o inclusive con otros miembros de la familia), se conservan la mayoría de las características descritas en la etapa de la juventud respecto de la relación conyugal, aunque con algunas variaciones. Las entrevistadas refieren que la carga disminuye, pero siguen expresando que era/es grande e importante con relación a otras actividades, y su rol doméstico es uno de los que más pesan en la construcción de sí mismas como mujeres.

Su desarrollo es más flexible que antes, pero dejar de hacerlo sigue significando pérdidas en otros sentidos (desde su valor como mujeres hasta económicas o inclusive violencia), pues se inscribe en una relación de dependencia. Este trabajo sigue siendo una imposición en el entramado de la relación en la que sucede. Ahora en el desarrollo de estas prácticas maternalizan su relación de esposas, hijas, hermanas, pero la práctica carece de la significatividad que antes se sostenía en el amor maternal, y su realización se inserta de distinta manera en la expectativa de su deber-ser como mujeres-madres, pues haciéndose cargo de estos familiares eximen a otros de tener que implicarse en estas actividades, como se expresa en el siguiente fragmento.

[Adulter mayor] ¿Y acá? ¿Ni modo de dejarlos? Si yo me voy ¿quién se queda? No iban a poder ellos con todo. Y las chamacas tampoco pueden, unas no viven aquí, y aunque vivieran, las que están aquí, ellas pues tienen sus propias cosas, sus propias familias, mucho trabajo. Dicen que van a venir a ayudar y luego no se aparecen en semanas, es muy difícil (Oralia).

En este nuevo entramado, en el que este trabajo no se relaciona con las hijas e hijos como dependientes y receptores directos del mismo, sino exclusivamente con

otros actores, se puede observar que la emotividad en la que se inscribe la realización de la práctica es más diversa. La relación abnegación-felicidad (orgullo, satisfacción) en el amor maternal no es flexible, pues el constructo de la maternidad en el orden de género no plantea otra posibilidad. Así, cuando este trabajo se inscribe en la conyugalidad o como hija, hermana, etcétera, sin que los hijos sean también destinatarios directos de ese trabajo, la felicidad en el desarrollo de lo doméstico y la atención a la familia no siempre forma parte de la interacción.

En el caso de Cecilia, quien revela que su matrimonio ha sido bueno, a lo largo de su trayectoria y hasta la fecha el trabajo doméstico se inscribe en la abnegación del amor de pareja, y el motor de la práctica sigue siendo la felicidad en el entramado de la familia. Sin embargo, como se expresó en el fragmento anterior y es aún más visible en el siguiente fragmento de Alma (quien tiene una relación problemática con su esposo), el trabajo doméstico se define expresamente en función del cumplimiento de una obligación como mujeres, por lo que el peso de lo anterior y la dependencia económica son motores de las prácticas que realizan en este ámbito. En ese entramado, el trabajo doméstico se expresa como una carga física y emocional negativa que conlleva a construirse en ese sentido en su desarrollo, resultando que en esa corporeidad de y para las y los demás a través de la práctica se expresa una corporeidad-identidad devaluada y explotada.

[Adulterio y Adulterio mayor] Desde que él y yo estamos juntos, lo de la casa siempre lo he hecho yo, hasta la fecha [...] En nada me ayuda él, pero antes todo bien, me trataba bien. [...] Ahora, aunque él sea así conmigo, yo nunca he dejado de hacer lo que me toca, porque es mi obligación de esposa [...] y como yo le digo, él tiene la obligación de mantenerme [...] Yo en la mañana [...] tiendo mi cama, la dejo bien, todo pongo en su lugar y me voy a la cocina, suelo café, porque el café es colado, yo lo tuesto. Yo lo tuesto el café

y una taza de café agarro y le llevé a él, “Eit, ¿quieres café? Aquí está”, aunque me odia, pero es mi obligación como mujer, “aquí está tu café”, su pieza de pan relleno, lo que sea, yo agarro mi café, me voy y me siento, me lo tomo y ya salgo al corral a regar las plantas, a barrer, mientras él se levanta. [...] y ya que quedó todo limpio, voy a la cocina [...] “¿Qué vas a desayunar?”, me pongo a hacer el desayuno que vaya a desayunar, me voy a su cuarto, le arreglo su cama, junto su desparramadero que hace ((risas)) y desayunamos y limpio mi cocina, si voy a lavar, me pongo a lavar [...], tiendo la ropa [...] y ya llega la hora en que hay que preparar la comida a mediodía [...] Y yo en las tardes cuando no, no me toca planchar, porque lavo todo y plancho todo, si no él no se pone las camisas. Ya en la tarde rara vez hago de cenar porque él se va a sus reuniones (Alma).

A su vez, en la adultez mayor cambian las necesidades familiares, y las entrevistadas asumen de diferente manera su rol doméstico. Aunque en general siguen siendo encargadas del trabajo doméstico y de cuidado, la frecuencia y manera en que desarrollan sus actividades cambia también porque el envejecimiento, como proceso corporal-social, impacta sus posibilidades reales y construidas (en su percepción y en la de su entorno cercano) para sus prácticas. Así, en esta etapa empiezan a expresarse sobre el malestar causado en el desarrollo de sus prácticas domésticas por las pérdidas corporales en el entramado del envejecimiento, pero también empieza a materializarse cierta libertad –socialmente concedida– de su principal responsabilidad social, que es el trabajo doméstico y de cuidado, y su desarrollo se hace más flexible que en la etapa anterior.

[Adultez mayor] Que doy la lavadita, la trapeadita. No todos los días, por ejemplo, hoy no trapeé [...] Ahorita yo hago mi comida, me hago desayuno, una cenita cualquier cosa [...] tengo lavadora y lavo cuando necesito [...] Si tuviera que atender marido o atender niños (x) Ya lo hice muchos años, ya ahorita gracias a Dios estoy descansando de eso (Eva).

Sin embargo, independientemente de que todas se expresen sobre las pérdidas corporales del envejecimiento y la manera en que intersecta la realización de sus

prácticas, la forma en que se construyen a través de ellas quienes viven con sus esposos o familiares en medio de un acuerdo en el que se suscriben como dependientes económicas de éstos es muy distinta al caso de quienes viven solas. Para estas últimas, desaparecen de forma “natural” de su cotidianidad las actividades domésticas más serviles para las y los demás, y sus prácticas de trabajo doméstico son en su mayoría para sí mismas, conforme a la demanda de autosuficiencia de la CFH, y se desarrollan en un contexto sin conflicto.

Como se observa en el fragmento anterior, en esta nueva forma de realizarlas se construyen de forma positiva como mujeres AM independientes, liberadas de cargas familiares, más autónomas, en posibilidad de satisfacer sus necesidades domésticas y con total autoridad en su forma de gestionarlas. En ese entramado es que estas prácticas adquieren su significatividad en la configuración de su identidad corporal de género, en el que las pérdidas corporales del envejecimiento, los malestares corporales, e inclusive la imposibilidad corporal que se expresan presentes en la práctica, son mediados, primando una corporeidad de AM positiva.

En cambio, cuando sus hijos e hijas no son los destinatarios de este trabajo doméstico –no se inserta en el amor maternal–, y se sitúan en un contexto familiar conflictivo,¹⁶⁸ este tipo de trabajo se expresa más contundentemente como servil y se construye como negativo. El malestar corporal consecuencia del envejecimiento (cansancio, enfermedad, dolor, riesgo corporal) prima en la construcción de estas prácticas, y dentro de ese entramado las pérdidas corporales asociadas al envejecimiento las insertan más en la construcción de sí mismas como explotadas-

¹⁶⁸ Su realización tampoco se relaciona con el amor y la felicidad bajo el acuerdo de la conyugalidad o de maternalizar en el amor a sus padres.

subordinadas, al considerar que su realización implica sacrificar sus necesidades corporales para poder cumplir con las injustas demandas de las y los demás. Así, la práctica se carga de ese significado, y en su realización van construyendo en ese sentido su corporeidad de AM y configurando su identidad corporal de género.

[Adulthood mayor] Pues ya medio limpio, medio barro. No me gusta sacudir ((risas)). Diario es la lavada, medio barrer, medio a trapear, porque ya no puedo hacer las cosas. Por lo de la vista no debo de (x) es mas no debo de trapear. Por el esfuerzo, ya van dos veces que me dio derrame vítreo. Entonces estuve en tratamiento. Y ahí me ponen, no trapear, no esto, no lo otro. Pero como yo veo que nadie lo hace, yo lo hago también. Nada más que ahora pues lo hago despacio y de que reniego pues sí reniego. Porque todo a mí y que *soyla* ((risas)), soy-la que barre, soy-la que limpia, soy-la que cocina, y pues sí. Toda la mañana estoy haciendo algo y pues termino cansada, ya me empiezan los dolores (Oralia).

Por otro lado, el trabajo doméstico para con sus descendientes, directos o en segundo grado, en los casos aquí analizados, al no compartir hogar y no insertarse en este tipo de intercambio de dependencia,¹⁶⁹ adopta nuevas características. Al verse intersectadas por las manifestaciones del envejecimiento se revela eventual, flexible, opcional, aunque la expectativa de su realización permanece como una imposición social de género. En este contexto, no lo construyen como una carga, sino que reflejan gusto por su realización, que como dijimos antes es genéricamente construido en el entramado del instinto maternal.

Este trabajo doméstico se convierte en medio para consentir, una expresión más de su amor de madres, y así, estas prácticas, aunque expresen un cuerpo para las y los demás, se cargan de significado y emotividad positiva. A su vez, al relatarlas

¹⁶⁹ En el apartado de trabajo se observa que aunque hay una dependencia económica de sus hijos se construye diferente a las relaciones de dependencia con sus esposos o con otros familiares cuando comparten el mismo hogar.

como prácticas de las que ellas disponen del control, permanecen como instrumentos del poder maternal que tenían en el pasado, pero reconfigurado a su posición actual en la familia y en su realización se construyen en ese sentido como mujeres-madres-AM.

Esto fue muy común, por ejemplo, respecto del cocinar. En ese sentido, Teresa relató que suele cocinar las comidas favoritas de sus familiares cuando sabe que tienen un problema, cuando quiere verlos, comentarles sobre algo que es de su interés, o nada más para consentirlos. Refirió, también, aquella anécdota en la que su nieto llegaba en medio de la noche a pedirle que le cocinara la cena, gesto que le parecía tierno y expresión del amor que tiene por ella. Estas prácticas son, para Teresa, medio para expresar su amor de madre y su cuidado, a la vez que obtiene reconocimiento y retroalimentación positiva de las personas significativas de su entorno por su desarrollo, construyendo y dando sentido en ese entramado a sus prácticas dentro de la configuración de su identidad corporal de género, y mediando las manifestaciones del envejecimiento.

Teresa refirió constantemente que le gustaba mucho cocinar para sus familiares, y sobre la realización de esta práctica no expresó imposibilidad o malestar corporal. Pero en la observación, cuando estaba cocinando uno de los platillos preferidos de su hijo para regalárselo, constantemente refirió malestares que impactaban la forma en que realizaba sus prácticas. Por ejemplo, en medio del proceso se fue a acostar un rato porque le dolía su espalda, y dijo que lavaría los platos más tarde por la misma razón. También comentó que el día anterior adelantó algunos pasos del proceso, para que no se le hiciera pesado pues era una receta

laboriosa, y me pidió que le ayudara a vaciar el contenido de una olla pesada y a freír algunas piezas, que era la parte que consideraba más pesada, porque tenía que estar mucho tiempo parada e inclinada sobre la estufa y le dolía la espalda. Sin embargo, la significatividad y la emotividad positiva que atribuye a la práctica (en el entramado del amor maternal) en la configuración de su ser-mujer-madre-AM, median su malestar corporal y su percepción sobre su corporeidad en su realización. El amor maternal es el motor para continuar haciéndola y construirse en forma positiva en su realización.

Como se revela en el siguiente fragmento, el desarrollo de las prácticas domésticas para con los hijos(as), cuando no viven con ellas y no están obligadas a su realización, no solo sigue siendo el medio por excelencia para su maternidad, sino que a la vez es medio para sentirse/expresarse útiles.¹⁷⁰ El servir sigue siendo con la intención de ayudar, pero ahora también de sentirse útiles, aunque ya no se asume como obligación.¹⁷¹ El poder ayudar, a su vez, da un sentido de cumplir una función social mientras se es independiente, otorgando nuevos significados al desarrollo de estas prácticas domésticas en cuya realización se construyen como mujeres-madres, pero también como AM.

Como dijimos antes, en su desarrollo afirman su corporeidad de mujeres-madres (en correspondencia con lo doméstico), pues siguen siendo medio para su maternidad. Como AM, el envejecimiento las libera de algunas de ellas, y en esta

¹⁷⁰ Se observa que aunque los destinatarios del trabajo doméstico sean los hijos, el fin de su realización va más allá de cumplir con un deber-ser como mujeres-madres característico de las otras etapas, el objetivo son ellas mismas.

¹⁷¹ Aunque como se expresó antes sí lo es, como mujeres están siempre disponibles para su desarrollo a diferencia de los varones.

nueva forma de realizarlas (flexible, opcional) se construyen como mujeres-madres-AM, expresando gusto en su realización, felicidad, y cargándolas de significado positivo en el entramado del servicio a la familia. Empero, su realización se expresa igualmente como una forma de resistir la imposición cultural del envejecimiento como fin de la vida útil, permitiéndoles construirse como mujeres-AM útiles, necesarias, importantes y con un propósito, de ahí que en sus relatos también omitan el malestar corporal en la práctica, lo que significa que logran mediarlo, pero como vimos en el caso anterior, donde la práctica fue observada, éste sigue intersectando su realización.

[Adulthood mayor] De vez en cuando mi hijo me dice: “mamá, quédese un rato con los niños”, ahora la semana pasada. “Claro”, le dije. Y no creas que llego y me siento, no. No le gustará a mi nuera, nunca me ha dicho, ¿no? Ella me dice está en su casa. Ah, bueno, entonces ya le limpio la estufa, le limpio acá, me acomido pues, y más si me dicen allá hay comida, “mira, mamá”, y ya me quedo ahí. O sea, pienso yo, gracias a Dios que todavía les sirvo, ¿verdad? Aunque sea de compañía, pero como te digo si me acomido a hacer algo (Eva).

El trabajo doméstico se les asigna y lo asumen de forma “natural”, por ser mujeres, desde la infancia, hasta el punto de que dejar de hacerlo les resulta impensable. Mantener la independencia es una demanda social para las PAM en general, pero siendo el ámbito de lo doméstico construido como femenino, se observa prioritario para las mujeres y para sus familias, pues, como mínimo, su deber-ser en tanto mujeres-AM consiste en mantenerse independientes¹⁷² en este ámbito, sin importar si viven solas o con familiares.

¹⁷² Esto no sucede con los varones, pues el desarrollo de estas labores nunca ha sido una expectativa que se tiene de ellos.

Aunque a consecuencia del envejecimiento, como proceso corporal-social, dependan en esta etapa de otras ayudas de sus familiares, no pueden¹⁷³ ni quieren depender de alguien más en aquellas actividades que conforman parte de la identidad corporal que como mujeres han venido construyendo y reafirmando desde etapas tempranas de sus vidas, como cuidadoras y no cuidadas, al servicio de las y los demás, no para ser servidas. Respecto de depender económicamente de sus familiares, o que les ayuden con actividades “más pesadas” o riesgosas a consecuencia de su corporeidad como AM (como traslados, cargar cosas pesadas, etcétera), se expresan distinto de lo que lo hacen sobre recibir ayuda con el quehacer cotidiano o con que alguien más realice actividades serviles para ellas.

A su vez, en todos los casos fue común que en esta etapa, a la hora de describir el trabajo doméstico, surgiera el tema de las prácticas enfocadas a satisfacer sus propias necesidades en este ámbito. Ahora, el foco de sus prácticas de trabajo doméstico también se centra en ellas, un cuerpo para sí que desde la adultez comienza a emerger. En el siguiente fragmento se puede observar que ante el envejecimiento, estas prácticas se significan como medio para su independencia, y su realización se carga de un nuevo significado, en el que su desarrollo permite que se construyan como mujeres-AM-independientes, refiriendo satisfacción en su realización.

La posibilidad de realizar algunas de estas prácticas, independientemente de su situación corporal actual, se torna muy importante, pues se relaciona con mantenerse independientes en todos los sentidos: en conservar el control sobre sus

¹⁷³ Se hizo evidente una constante demanda de mantenerse autosuficiente respecto de este tipo de prácticas por parte de sus familias.

vidas, en mantenerse siendo ellas, en conservar su hogar y su persona como a ellas les gusta, en no interferir en la vida de las y los demás, pues no les gusta tener que “molestarlos” con “sus cosas”. Así, se expresan sobre reducción y cambios en sus prácticas, pero también sobre la importancia para ellas de mantenerse realizándolas y/o gestionándolas, en ser independientes en este ámbito construido como femenino y que toda su vida han asumido como propio. En el siguiente fragmento Alma relata lo importante que es para ella seguir haciéndose cargo de sus necesidades domésticas sin depender de nadie, y se revela cómo media su malestar para construir una corporeidad positiva, una corporeidad posible.

[Juventud y Adulthood mayor] Yo vivo al día. Yo todos los días le digo a Dios: “Señor, concédeme que viva este día como si fuera el último de mi existencia, quiero vivir al máximo, quiero a seguir haciendo las cosas como las hago todos los días”. Porque yo no tengo quien me cuide, mis hijos no están aquí. Ni tampoco quiero. Cuando vivía con mi hija, que me dio enfermó, me decía mi hija: “madre, vaya, acuéstese, corre, un ratito”. “¡Ay, mijita, ¿cómo me voy a acostar?!” “Reposa, mamá”. “No, ps, ¿qué es lo que voy a reposar?, si ya reposé en el carro. No, no, no, un día me vas a acostar para siempre, ahorita no quiero. Así es que dime, ¿qué vamos hacer de comida?” “Mamá, que ¡no!” “¿Qué vamos hacer?, ¿qué quieres que haga, prepare?”, y me ponía a preparar comida [...] (Alma).

Solo en determinadas circunstancias de impedimento corporal contundente, o en aquellas que se consideran más riesgosas con relación a su cuerpo envejecido, pero también como mujeres (como trasladarse lejos a surtirse de insumos, cargar pesado, etcétera), quieren y pueden recibir ayuda de sus familiares en la realización de labores domésticas. Por ejemplo, ante una imposibilidad corporal contundente que puede ser permanente, como en el caso de Ana Luisa, su hija y su hermana le hacen una parte importante del quehacer doméstico (las actividades que no puede hacer por sus enfermedades), aunque ella continúa desarrollando las que puede hacer para ella

y para las demás personas de su casa (como traslados de familiares, compras, etcétera). Esto también sucede en casos de una imposibilidad corporal temporal, como los períodos específicos de crisis referidos por Eva y Teresa, si bien en cuanto se recuperaron cesó la ayuda y ellas mismas buscaron realizar “sus cosas” como a ellas les gusta.

En el caso de Ana Luisa, ella construye su identidad corporal como mujer-AM en función de una imposibilidad corporal (una nueva vulnerabilidad como AM). En la no-realización de la práctica se construye como dependiente; empero, también conforma su ser-mujer en la realización de las prácticas domésticas (de mujeres) que su corporeidad de AM le permite seguir haciendo por otras personas, construyendo así sobre su independencia y mediando la percepción anterior en el entramado de un ser de y para las y los demás, como establece la CFH. En los casos de Eva y Teresa sucede algo parecido: asumen en la construcción de sí mismas como mujeres-AM esa nueva vulnerabilidad corporal como una característica de la etapa, pero al referir una imposibilidad temporal, en el poder seguir realizando sus prácticas se construyen también como mujeres-AM-independientes en el entramado de la CFH, de manera similar a cuando asumen el poder recibir ayuda para actividades anteriormente descritas como riesgosas y continuar con el resto.

Para finalizar este apartado, es importante destacar la trayectoria de Berenice, pues es ejemplo de la imposición corporal de estas labores por ser mujeres, más allá de la maternidad. Ella fue la única entrevistada que no tuvo hijos; a pesar de ello, al igual que el resto, toda su vida realizó trabajo doméstico, y sin embargo su trayectoria se diferencia de las demás, pues la realización de este tipo de actividades

consideradas maternas fue siempre en el contexto de su deber-ser como mujer-hija (que como ya se dijo antes, se extiende a otros miembros de la familia de origen), otra cara de la misma imposición de género, pero con algunas diferencias. Una de ellas, por ejemplo, es que el trabajo doméstico y de cuidado como forma de maternalizar con otros que no son sus hijos no le confirió poder maternal, así como que el no haber tenido su propio núcleo familiar la mantuvo –mantiene– siempre disponible para las labores domésticas que su familia de origen ha necesitado, una disponibilidad mayor que el resto de sus hermanas (y de las otras entrevistadas), que sí tenían que ocuparse de sus propias familias, y que revela la imposición de la práctica maternal sin nunca haberse concretado en lo corporal.

También, aunque lo ha realizado toda su vida, el trabajo doméstico tuvo otro significado en la construcción de sí misma como mujer. En su trayectoria, refiere una lucha constante por construirse como mujer con relación al trabajo remunerado, y no con el doméstico. A pesar de lo anterior, junto con la importancia de esa resistencia en la construcción de su ser-mujer se revela importante para ella el haber sacrificado lo propio en aras del bienestar de su familia, priorizado el cumplimiento de ese deber-ser de mujer a través del trabajo doméstico y de cuidado, refiriéndose orgullosa de haberlo hecho así. En este entramado se revela otra forma de asumir una corporeidad de y para los demás en el desarrollo de estas prácticas, como es posible observar en el siguiente fragmento, donde el desarrollo de las prácticas domésticas y de cuidado durante esa etapa afirma su identidad corporal de género, en sintonía con la demanda de la feminidad hegemónica.

[Adultez] Lo que pasa que cuando yo me salí de la oficina, me salí porque mi mamá se enfermó, o sea, habló conmigo el doctor y me dijo, tu mamá pues ya está grande, necesita (x) si quieres que tu mamá esté bien, tiene que llevar una alimentación especial, tiene que tener compañía, tiene que *d'este* (x) o sea, muchos cuidados pues. Y yo trabajaba en una oficina con un horario, entonces ahí yo decidí salirme. Incluso ellos ya sabían, habló mi jefa conmigo y me dijo “no vas a alcanzar pensión porque te vas retirar antes”, y no sé qué. Pero yo dije, “primero está mi mamá, a mí no me importa la pensión”. A lo mejor actué mal pero, ella vivió diez años así bien tranquilos y muy bien sin ninguna otra enfermedad, no me arrepiento (Berenice).

Finalmente, su caso también revela la imposibilidad de una mujer de construirse y ser construida como cuidada o receptora de trabajo doméstico de otras mujeres. Inclusive desarrollando su rol como proveedora de la familia de su hermana y de su madre (antes de que por su enfermedad ella asumiera su rol de cuidadora), siendo éstas encargadas de lo doméstico, revela que siempre estuvo a cargo de “sus cosas”, y se muestra orgullosa y se construye en función de ello, sin concebir que hubiera podido ser de otra manera: “No, yo mis cosas y mi mamá lo de la casa”, comentó, “yo siempre lavé mi ropa, hice mi cuarto, todo eso yo. Mi mamá tenía sus formas que a ella le gustaban las cosas y yo las mías”. Así, también a través de estas prácticas femeninas autosuficientes y para sí, se construye como mujer independiente desde etapas tempranas, no como el resto de las entrevistadas que fueron madres, en cuyos casos dichas prácticas adquieren ese significado hasta la adultez o adultez mayor.

TRABAJO REMUNERADO

Como se ha venido diciendo a lo largo de esta tesis, en la división sexual del trabajo, lo femenino se construye como ajeno al trabajo remunerado y perteneciente al ámbito de lo doméstico. Sin embargo, todas las entrevistadas trabajaron en alguna etapa de sus vidas. Por ser mujeres, las entrevistadas comparten esa no-correspondencia con el medio y que el desarrollo de sus prácticas se vea limitado por el orden de género. Pero aunque todas se insertan en él como mujeres, la forma de implicarse en su desarrollo y su significado en la construcción de su identidad corporal de género varía según sus situaciones de vida. Y eso es lo que se explora a continuación.

En la adolescencia, el trabajo, en lo general, se reveló como un medio para la construcción de su feminidad en el sentido de que frecuentemente lo vincularon a que les permitió instrumentar sus gustos y su apariencia con base en los ideales de belleza que plantea la feminidad hegemónica a través de la estética femenina – productos y rituales de belleza, vestidos, etcétera–, y en algunos casos para gastos relacionados con la socialización y la diversión, como por ejemplo salir con sus amistades al cine o tardeadas, salidas que se sitúan en lo público, relacionado con lo masculino. Ana Luisa, Eva y Berenice hicieron énfasis en plantear que el destino de sus ganancias no fue con fines de aportar a sus familias o de independizarse económicamente de ellas, sino para instrumentar gustos que éstas no podían cubrir – sus padres seguían pagando sus gastos básicos, como comida, vivienda y salud.

Esto refiere a una forma de asumir la práctica desde la construcción de lo femenino, y su realización revela un fin distinto al del varón de proveer. Aunque el objetivo fuera, en algunos casos, instrumentar aspectos de su corporeidad femenina – su estética para atraer–, al conseguirlo a través de estas prácticas asumen características construidas como masculinas, como independencia, libertad de decisión, control, éxito, movilidad. Así, dentro de los límites de género, a través de sus prácticas de trabajo, van asumiendo otras posibilidades corporales y redefiniendo sus identidades como mujeres.

[Adolescencia] Ya no quise seguir yo en la secundaria que estaba, por eso ya me salí. “Yo quiero trabajar”, decía. Me desesperaba, pues. Yo tenía, mmm, ¿cómo te dijera?, necesidades pues, y aunque mi abuela nos ayudaba mucho, mucho nos ayudaba, yo me desesperé y me puse a trabajar. Y me iba a trabajar en la mañana, y en la tarde a una escuela particular para poder terminar [...] y ya yo me podía comprar mis cosas, mis vestidos, mis cositas, que pinturas y cosas que quería [...] (Eva).

El caso de Alma es distinto, toda vez que su trabajo se revela como una forma de trabajo forzado por su obligación de desarrollarlo, la carga que significaba, la paga que recibía, y por el no poder gozar de sus beneficios, cuyo destino era para aportar a los gastos familiares. En ese entramado, el trabajo se inserta en la condición de subordinación y dependencia característica de la feminidad en el orden de género, y en su desarrollo reafirma la corporeidad que establece el constructo de la feminidad hegemónica,¹⁷⁴ En la práctica se construye como mujer-hija que cumple con las

¹⁷⁴ Con el trabajo no remunerado sucede algo muy parecido, aunque suele implicar una connotación más positiva, pues, por ejemplo, al construirse como una ayuda y no como trabajo, no se revela la falta o insuficiencia del pago, sino que se inserta en la construcción del amor a la familia. Por cuestiones de espacio y tiempo no se ahondo en este tema.

demandas de sus padres y se somete ante su autoridad en un contexto en el que la violencia coexiste con expresiones de amor.¹⁷⁵

[Adolescencia] Yo trabajé desde muy niña [...] llegaba cansadísima del trabajo, con los pies así, hinchados, porque yo hacía mucho. Yo les hacía de comer a los niños, juntaba la casa, y luego iba y limpiaba todo, enceraba los pisos, porque la señora era muy exigente, cuidaba a los niños, les daba comida, los bañaba y todo, era un trabajo tremendo, por 5 pesos al día. Lavaba en puro lavadero, no tenía lavadora [...] Con eso yo aportaba para la casa, no creas que me compraba yo nada, muy de vez en cuando me quedaba algo (Alma).

La juventud, por su parte, es la etapa en la que las entrevistadas refieren haber trabajado más, y es que el trabajo remunerado, aunque ajeno al rol social de género de las mujeres, se convierte en esta etapa en una demanda de la feminidad hegemónica bajo el constructo de la maternidad. Aunque en lo general las mujeres planteen el trabajo como una práctica que no les corresponde por razón de género, cuando éste se analiza con relación a la maternidad, la práctica se resume en ellas, haciendo lo que les corresponde “por naturaleza”. Cuando hay dependientes menores de edad y hay necesidades económicas en la familia, el trabajo es una demanda que se impone tajantemente sobre las mujeres, como extensión de su deber-ser como mujeres-madres (como encargadas del cuidado y bienestar de su familia). Así, su realización es obligada, una responsabilidad socialmente impuesta, que termina expresándose más vinculante para ellas que para los varones, como se observa en el siguiente fragmento:

[Juventud] Iba al otro lado y me traía ropa [...] yo tenía que mantenernos, porque el hombre ya se despreocupó mucho de ellos, porque pues se casó con

¹⁷⁵ Por ejemplo Alma revela no poderse enojar con su papá porque este también la chiqueaba mucho, que ella siempre cumplió con lo que él le pedía y no entendía por qué fue tan duro con ella si siempre le obedecía y no le daba lata.

otra. [...] Estaban chicos todavía, él sí funcionaba como papá, los llevaba a pasear y todo. Pero hasta ahí. Entonces yo todo el tiempo trabajé, que vendía cosméticos, que vendía relojes, que vendía ropa, todo vendía. Hacia hasta *cundinas* yo, no había de otra, y mira, todos estudiaron, y todos están muy bien, económicamente a todos les va muy bien (Eva).

Como se observa en el siguiente fragmento de Teresa, quien vivía con su pareja, el trabajo se construye con relación a su ser-mujer-madre, pero también esposa. Sin dejar de asumirse como dependiente de su esposo, a través de su trabajo subsana la incapacidad de éste de proveer lo que ella como madre sabe que su familia necesita (instinto-amor maternal). Independientemente de la carga de trabajo que asuma, plantea su trabajo como instrumental en el cumplimiento del deber-ser como madre que establece la feminidad hegemónica, pero su desarrollo a su vez se inserta en el marco de su relación conyugal y su posición en ella. Y aunque el trabajo sea una práctica significativa en la construcción de su ser-mujer-madre (se construye de forma diferente a quienes no trabajaron en esta etapa), no define su rol en función del trabajo, sino como complementario a su rol principal, que es el doméstico.

[Juventud] Él siempre pagó lo de la casa. Pero yo siempre vendía cosas. Yo siempre vendía algo. A mí no me gustaba estarle pidiendo. Y era méndigo, si a mí no me daba nada. Que le dijera dame para comprarme un vestido, yo nunca le pedía nada, nunca, nunca. Yo no estoy acostumbrada a pedir, yo sola me las arreglaba y me las sigo arreglando. [...] Con ese dinero se vinieron mis hijos a estudiar aquí a Hermosillo y con eso los sostuve, con lo que yo ganaba. [...] él no me daba, para ellos ya en ese tiempo ya casi no me daba, y yo me enojaba con él [...] Gracias a mí salieron adelante, todo les daba yo [...] (Teresa).

El desarrollo de esta práctica conlleva diferentes tipos de empoderamiento,¹⁷⁶ que varían según el contexto en el que se vive. Para quienes trabajaron teniendo

¹⁷⁶ Excepto, como ya vimos en casos de trabajo forzado.

dependientes económicos y viviendo en pareja (como extensión de su ser-mujeres-madresposas), significó una ganancia de poder y mayor control sobre ciertas decisiones, que implican, sobre todo, a sus hijas e hijos, y mayor libertad para instrumentar algunos de sus gastos personales.

Como se observó en párrafos anteriores, el trabajo les da el poder para instrumentar su ser-mujeres, sobre todo para ser las madres que quieren ser, en función de lo cual se construyen como mujeres-madres orgullosas del trabajo que les permitió sacar adelante a sus hijos. En ese entramado, el trabajo les permitió realizarse y a la vez construirse como mujeres-madres, y aunque no dejaron de asumirse dependientes de sus esposos (refieren que ellos tenían la obligación de cubrir sus necesidades básicas), revelaron que trabajar en el contexto de la conyugalidad implicó una mejor posición en la relación y la posibilidad de asumir cierto nivel de independencia y control sobre sus vidas y necesidades.

Para quienes vivían sin sus parejas, la exigencia social y moral del trabajo era mayor, pues sus descendientes dependían totalmente de ellas, y se expresan sobre el trabajo como su principal actividad y responsabilidad en el cumplimiento de su rol como madres. Ellas construyen su ser-mujeres-madres en función de esta práctica, que no es solo medio para instrumentar la crianza, sino que abarca diversos ámbitos de su maternidad, también en el entramado de la CFH. Así, plantearon las labores domésticas como parte de una inercia natural que requería más que nada su

organización y supervisión, y en ese sentido se construían como mujeres a través de ellas.¹⁷⁷

En estos casos, plantearon el trabajo como instrumento para un control total sobre la propia vida y la de sus familias,¹⁷⁸ ya que con dependientes propios y sin un varón proveedor tornaron su trabajo como esencial para éstas, pues eran ellas quienes solventaban la mayoría de los gastos, como fuente clave de su poder en la familia, pues mediante su trabajo sobrevivían todos. A su vez, mediante éste construyeron un ser-mujeres-madres alternativo, pues se insertaba fuera de la conyugalidad, así, en el desarrollo de sus prácticas laborales se construyeron como mujeres trabajadoras, independientes, capaces de instrumentar el bienestar de su familia y de suplir al varón, y aunque el fruto de su trabajo sigue siendo para instrumentar el bienestar de sus familias y a través de ello realizarse como mujeres-madres, controlan el dinero que generan y tienen poder de decisión sobre su destino, un poder económico que se extiende a otros rubros de decisión familiares.

Sin embargo, en la etapa de la juventud, alejarse del rol tradicional de la feminidad hegemónica a través del trabajo y asumir diversas formas de empoderamiento no les sienta “natural”. No dejan de revelar que están asumiendo un papel que no les corresponde, y aunque se muestran orgullosas de sus prácticas, sus relatos se acompañan de diversas formas de justificar su desarrollo, planteando haber tenido que trabajar por necesidad, por no haber tenido otra opción, a la vez que

¹⁷⁷ El trabajo doméstico y de cuidado sigue siendo una carga importante y su responsabilidad, pero como se vio en el apartado anterior, al ser quienes encabezan sus familias, la forma de asumirlo es más flexible, pues ellas modulan las exigencias sociales sobre su realización, aunque sigue siendo su deber-ser de mujeres-madres.

¹⁷⁸ En el entendido de que nunca será total, pues se encuentran bajo un limitado abanico de posibilidades estructurales, y como ya se dijo, se construye en función de la imposición de un rol social de género.

refieren haber cumplido con las exigencias de la maternidad, es decir, no haber descuidado a sus hijos por su trabajo, y haber criado personas de bien.

De la misma manera se expresaron sobre la atención a sus parejas quienes trabajaron mientras vivían juntos. Así, la intersección entre lo masculino y lo femenino en la experiencia del trabajo se expresa en una mezcla de sensaciones de éxito, orgullo, abnegación, injusticia, justificación, y hasta culpa. Lo anterior reitera una no pertenencia al medio a razón de género, y a la vez expresa formas de implicarse en él como mujeres.

[Juventud] En la escuela, pues participaba en lo que me hablaban, cuando tenía tiempo, todo mundo sabía que yo siempre, siempre estaba ocupada. Pero eso sí, yo me daba mañas para las juntas de mis hijos porque siempre me interesó saber, me daba maña para ayudarles cuando podía con sus tareas, para checarles sus cuadernos. Pero nunca tuve problemas con mis hijos, Dios me premió y tuve hijos muy habilidosos, muy inteligentes, que nunca me sacaron un seis, siete, y que siempre yo no les preguntaba, ellos me enseñaban y qué mejor que enseñarme sus calificaciones (Alma).

El trabajo es extensión de su maternidad, y es también la extensión de un cuerpo de y para quienes las rodean. Paradójicamente, se implican en este ámbito en cumplimiento de un deber-ser que no les corresponde por “naturaleza”, pero sus prácticas a la vez se sustentan en su corporeidad de mujeres, como deber-ser maternal. Así, vemos que el trabajo de la mujer se erige, desde sus cimientos, sobre bases distintas a las del varón: sobre la corporeidad femenina hegemónica. La mujer, como un ser socialmente construido como colectivo, que por “naturaleza” busca el bienestar del otro y prioriza sus necesidades sobre las propias, a través de sus prácticas de trabajo en esta etapa reafirma una corporeidad de y para las y los demás.

En la abnegación de madres que implica el sacrificio de lo propio encuentran el motor de su práctica, por lo que en sus relatos se muestran orgullosas de, a través de su trabajo, haber sido capaces de sacar a sus familias adelante. En esta etapa no refieren el trabajo como instrumento para ellas mismas, pues el fruto de su trabajo corresponde a sus familias,¹⁷⁹ y cuando expresan que sirve para instrumentar sus gustos éstos también se relacionan con su maternidad –por ejemplo, con prácticas recreativas maternas.

Al construir el trabajo como extensión de la maternidad, a partir de que sus dependientes se independizan disminuye considerablemente la fuerza de la demanda social de trabajo de las mujeres, observándose en algunos casos que a partir de la adultez empiezan a disminuir la carga. En esta posibilidad convergen principalmente dos situaciones: que las necesidades económicas de la familia disminuyen de forma considerable, por un lado, y la construcción de lo femenino como ajeno a esta práctica (fuera del rol materno), por otro.

En el contexto de la femineidad hegemónica, bajo el acuerdo de conyugalidad, tienen la posibilidad de asumirse como dependientes de sus parejas y dedicarse al hogar; a su vez, como mujeres, no se espera que ellas aporten para los gastos de nadie más. Y bajo este nuevo entramado cambian los objetivos y necesidades de trabajo y empiezan a reducir sus prácticas, pues ahora su objetivo es, más que nada, instrumentar sus gastos personales, construyéndose así un sentido de independencia

¹⁷⁹ En el caso del varón el trabajo tiene un matiz distinto. Aunque en esta etapa trabaje para proveer para su familia, a diferencia de la mujer, el varón se construye como un ser individual y no colectivo. Así, su actividad es individual, y el trabajo es un medio para su masculinidad. Como se dijo en el segundo apartado, a través de práctica “se hacen hombres”, y su masculinidad se construye en función de su éxito en el trabajo, a la adquisición de poder, como medio para la distinción y un status, y también para facilitar otras actividades relacionadas con la construcción de su masculinidad, principalmente de ocio.

en la práctica, si bien ésta sigue enmarcada en su relación conyugal, en el incumplimiento de sus parejas de mantenerlas, y en una relación de dependencia: la práctica permanece ajena a lo femenino.

[Adulter] Ya cuando yo llegué a Hermosillo ya, ya fue menos el trabajo. Porque yo ya no tenía por quién trabajar veintidós horas diarias. Ya mis hijos ya yo no tenía (x), ya yo me empecé a tomar mis descansos [...] Lo de la casa desde que me vine acá siempre lo ha pagado él. Pero mi marido nunca en la vida me ha dado cien pesos para mí, y nunca se los he pedido tampoco, él jamás en la vida me ha vestido, ni me ha comprado un par de zapatos, y siempre me he puesto ropa y me pongo zapatos (Alma).

En el caso de quienes no tenían pareja ni vivían como dependientes de sus hijos, en la adultez se expresan sobre el trabajo como una actividad muy significativa, ahora como medio para satisfacer sus propias necesidades e instrumentar sus gustos y prioridades. Su trabajo tiene el objetivo de mantenerse independientes en todos los sentidos, construyéndose en su desarrollo como mujeres independientes, libres, con control sobre sus vidas, exitosas, características propias del trabajo remunerado en el entramado de la masculinidad hegemónica.

[Adulter] Luego mi esposo quería vender la casa, entonces ya mi hija ya se había casado, ella ya vivía en el otro lado y me dijo de una señora, de un trabajo muy bueno y muy bien pagado de cuidar a una señora que estaba en silla de ruedas, no se movía para nada. Entonces me gustó el pago, ¿no?, muy buen pago, entonces planeé yo decirle a mi ex que yo me iba a ir al otro lado e iba a trabajar y yo le iba a pagar, entonces yo sí cumplí, le pagué todo [...] (Eva).

En esta etapa, también, permanecen algunas características del trabajo bajo el constructo de la feminidad. Por un lado, el trabajo no deja de ser medio para su construcción como mujeres-madres, como, por ejemplo, para ayudar a sus hijas e hijos, consentir a las y los nietos, etcétera. Pero es diferente al trabajo del hogar, pues

como madres o abuelas no asumen la obligación social/moral de apoyar económicamente a sus hijos, sino que lo expresan como un gusto, aunque dicho gusto sea también socialmente construido con relación a su rol de madres. La práctica, entonces, se vuelve opcional y flexible, pues ya habían “cumplido” con “sacar adelante a sus hijos”.

[Adultez] Como ya habían terminado la escuela ellos, yo ya no tenía así la obligación de sostener a nadie. Ya el más chico ya se había casado. Total que ya cada quien había agarrado su vida, ya obligación de darles para esto o aquello, pues no tenía. Seguí dándoles porque a mí me daba la gana, pero no porque tenía ninguna obligación, ¿no? Entonces sí dejé de vender ya, empecé a dejar poco a poco de vender cosas, y ya no vendía cuando me vine para acá (Teresa).

En esta etapa su trabajo también se expresó como instrumento de su maternidad en un sentido distinto: no depender de sus hijas e hijos. Esto como parte de su deber-ser de mujeres-madres, que velan por el bienestar de los suyos y buscan mantenerse independientes y no ser una carga, como expresa Teresa en el siguiente fragmento:

[Adultez] Cuando me vine aquí a vivir sola, mi hijo: “Amá, ya va a descansar”, dice, porque allá con él hacía todo pues. “Tengo que trabajar”, le dije, “¿de qué voy a vivir?” “No, pues yo la voy a mantener”, me dijo. “No, pues yo no quiero que me mantengas, yo voy a trabajar”. Y así nos pusimos y yo gané. ((Risas)) [...] Hasta la nuera: “dígame a su hijo que le pase una pensión para que no trabaje”, me decía antes. No. ¡Imagínate estar pidiendo! No. Él ya tenía su familia que mantener, yo no quería ser una carga (Teresa).

A su vez, en algunos casos el trabajo se revela como un medio para satisfacer necesidades propias, que no se relacionan con el bienestar de las demás personas o la satisfacción de necesidades básicas. Su trabajo vuelve a ser instrumento para construirse como mujeres con relación a otros ámbitos más allá del de la familia,

como en la adolescencia, y como se puede observar en el siguiente fragmento, el trabajo empieza a aparecer como un medio para realizar actividades de ocio, asistir a reuniones, viajar, complacer sus gustos, comprarse vestidos,¹⁸⁰ ponerse uñas, etcétera, lo que rara vez refirieron en la etapa de su juventud.¹⁸¹ Entonces, el trabajo es a la vez medio para la agencia, se traduce en poder de decisión respecto de sus vidas y de su ser-mujeres, y les da el poder de construirse en otro sentido. Bajo estas condiciones, a través de éste instrumentan una identidad de género más allá de la maternidad, si bien siguen desarrollándose dentro de las posibilidades que delimita la construcción de lo femenino.¹⁸²

[Adulter] Allá con mis amigas ya era más distracción, sí tenía que trabajar para mantenerme, pero salíamos. Viernes, sábado, domingo y lunes, trabajábamos. Todo el día, desde las 10 de la mañana a las 7 de la tarde [...] Era pesado porque teníamos que sacar todo y volver a meter todo y así, pero la pasábamos bien [...] y luego pues éramos grupito y jajaja. Y luego pues llegaba a mi casa, y mis hijas “ay, ama, y ¿de qué vienes cansada?, si te la pasas sentada, puro jajaja”. “¡Ay!, ¿a poco crees que de reírme no me canso?” ((risas)), “si también cansa el estarse riendo uno” (Oralia).

Desde la adultez, al dejar de tener dependientes económicos, la práctica se vuelve más flexible, pues las necesidades económicas disminuyen y la demanda del trabajo como extensión de su maternidad desaparece. Sin embargo, no es sino hasta la adultez mayor, y conforme se van manifestando mayormente los efectos del

¹⁸⁰ Aquí nos referimos a cuando la ropa o los zapatos no se plantean como necesidad básica de vestido, sino como gustos personales.

¹⁸¹ No quiere decir que en la juventud no hicieran algunas de estas prácticas, como por ejemplo rituales de belleza, pero no era el sentido que construyen sobre el trabajo en esa etapa.

¹⁸² Aunque en diferente medida para quienes viven con sus parejas, en todos los casos se observa este cambio, excepto en el de Berenice, que se describe más adelante, y cuya trayectoria en este sentido de la práctica es constante.

envejecimiento en sus cuerpos, que revelan que ésta actividad empieza a reducirse de forma significativa en todos los casos.¹⁸³

Como se vio en otros apartados, fue en ese momento cuando Teresa externó que “no es justo” ir tantas veces a vender, y por eso trata de no ir tan seguido, o cuando Alma y Eva empiezan a vender prácticamente solo en sus casas porque ya no pueden cargar su mercancía. En otras etapas, aunque señalen indicios de enfermedad, no se manifiesta como imposibilidad corporal, e inclusive los minimizan con frases como “ni tiempo tenía de enfermarme”, o “yo no me enfermaba con tal de ganar dólares”, expresiones de Alma y Eva respectivamente. Ahora, en la descripción de sus prácticas de trabajo constantemente se expresan sobre malestares corporales que les impiden realizar sus prácticas como venían haciéndolo en el pasado, pero la forma de asumir su corporeidad como AM en la configuración de su identidad corporal de género varía según la significatividad que dan a la práctica en el contexto en el que se insertan.

Su nueva situación corporal se intersecta con la construcción de la feminidad hegemónica, donde el trabajo no es parte de su rol de género, y así se sustenta la reducción significativa de esta práctica –desapareciendo por completo en algunos casos–, diferente del trabajo doméstico, que al ser femenino, solo desaparece debido a una imposibilidad contundente (y aun así permanecen las prácticas posibles). Así, su nueva corporeidad de mujeres-AM les permite reducir las prácticas laborales, lo que conlleva convertirse en receptoras de ayuda económica, o inclusive en dependientes económicas, ahora de sus hijas e hijos.

¹⁸³ Excepto Berenice, cuyo caso se analiza al final de este apartado.

En consecuencia, lo que antes buscaban aplazar, ante su nueva situación corporal como mujeres AM, se vuelve una opción viable, y como se expresa en el siguiente fragmento, es una ayuda que esperan, sobre todo como mujeres AM solas. Las entrevistadas revelaron que estas ofertas de apoyo las venían escuchando tiempo antes de haber reducido sus prácticas, sin embargo, señalaron que fue hasta que mayores efectos del envejecimiento intersecaron sus prácticas de trabajo que decidieron aceptarlas.

[Adulthood mayor] Yo decidí venirme para acá porque acá estaban los dos hombres. Yo pensando en la vejez y el futuro. De que si me quedaba donde vivía, allá estaba mi hija, pero el marido no iba a dejar tanto que mi hija me ayudara. Y pues, ¿qué iba a hacer? La otra estaba allá al otro lado. Entonces aquí nomas estaban los dos hijos, y los dos eran hombres y ellos iban a decidir si nos ayudaban o no. Es diferente pues (Teresa).

En esa reducción-eliminación de la práctica se construyen como AM dependientes de sus hijas e hijos, pero también como madres, pues en el recibir su apoyo económico y no tener que trabajar para solventar la totalidad de sus gastos revelan estar cosechando los frutos de haberles dado una buena crianza. La ayuda es expresión de su amor por ellas, y recibirla se inserta en la construcción de lo femenino al tratarse de un ámbito en el que pueden asumirse cuidadas y dependientes. En el caso de las entrevistadas que viven solas, la ayuda económica no forma parte de un intercambio por su trabajo doméstico, y se da en el contexto de una relación amorosa con sus hijas e hijos y/o cumplimiento de una obligación de su parte, significando esta reducción de la práctica y construyéndose de forma positiva como mujeres madres-AM bajo el cuidado de sus antiguos dependientes económicos, invirtiendo sus roles.

[Adulthood] Mi hijo también muy considerado siempre. Me paga el teléfono, la luz, el agua. Él es muy obligado, me paga el internet. No, muy obligado él conmigo siempre. Nos la llevamos muy bien, aunque no lo veo casi. No es igual las mujercitas que los hombres, ¿no? Son más desatendidos con la mamá, en cuestión de que la visita y así, pero él siempre me ayuda, yo sé que cuento con él (Eva).

Asumiendo su dependencia para solventar sus gastos básicos de esta forma positiva, ya no necesitan generar tanto para instrumentar otras parcelas de sus necesidades y deseos. Así, en la realización de las prácticas de trabajo que permanecen –independientemente de la carga que cada quien asume–, instrumentan a la vez un sentido de independencia en otros frentes. Las prácticas de trabajo que realizan en esta etapa, como consecuencia de su nueva corporeidad, son significativas en la construcción de sí mismas como mujeres AM independientes en lo general, pues, aunque se asuman dependientes económicas, significan su realización como medio para conservar control sobre sus vidas, asumiéndose como tales en un contexto positivo y construyéndose a través de las prácticas de trabajo que permanecen como AM en libertad.

[Adulthood] Ya últimamente, en los últimos años sí le acepto que me ayude. Ya vino y me puso el cable. Y luego un día me dijo, amá, “páguese el agua”. “Ah, bueno”, para lo que pagaba de agua, “está bueno”, le dije. Luego me dijo, “páguese la luz”, “no, mijo, yo la pago”, le dije, “ya que no pueda te digo”. “Le estoy diciendo que se pague la luz”, me dijo. “Ah, bueno”. Entonces me paga el agua la luz, el cable, que es el internet y el teléfono. Todo el servicio completo él paga [...] Y es que sí ya no es lo mismo, no puedo andar igual que antes (Teresa).

Lo anterior no se reveló igual con quienes se insertan como dependientes bajo el intercambio de su trabajo doméstico en medio de tensiones familiares (Alma y

Oralia).¹⁸⁴ Aunque ellas también refirieron haber reducido considerablemente sus prácticas de trabajo, expresaron una sensación de inmovilidad y estrés asociada a dicha modificación de sus prácticas, que las obliga a permanecer aunque esta no sea su preferencia. Como se puede observar en el siguiente fragmento, los cambios en sus prácticas de trabajo se expresan como consecuencia de una imposibilidad que refiere a su nueva situación corporal, pero va más allá de ello y se extiende a su contexto, planteándolo como un obstáculo para su desarrollo en esta etapa.

En sus casos, esta reducción la expresan como una consecuencia de su imposibilidad de ser –corporal y social–, que les impide instrumentar sus vidas y sus deseos. En esta imposibilidad de sus prácticas de trabajo se construyen como AM en opresión y dependencia en diversos frentes, y aunque en estos casos la realización de las prácticas laborales que persisten también son medio para ganar control sobre su situación actual, no logran mediar la construcción sobre sí mismas en este ámbito de actividad debido al contexto en el que se insertan.

[Adulter mayor] Ahorita me ayudo a veces con ropa [...] Ya no plancho, no tengo clientes, si tuviera lo hiciera ((risas)) [...] Coso cuando me llevan para zurcir o meterle a los pantalones, a las camisas, las blusas, lo que quieras, coso ajeno. En la máquina, cuando me cae, sí, es con lo que me ayudo, porque yo gasto mucho en medicamento y a veces no tengo, nadie me da y no tengo, y tengo que juntar lo de las pastillas. [...] Ayer me peleé con mi esposo porque le dije que me comprara una medicina mientras me caía un dinero. Y ahí empezó de que “gasto mucho en comida y en mantenerme”, y le dije que era su obligación mantenerme. Que me iba a ir y a ver quién le hacía todo lo que yo hago. “Te sale barato”, le dije, con todo lo que hago (Alma).

El caso de Berenice, es distinto al de las demás mujeres. No tuvo hijos propios, pero asumió la familia de su hermana como la suya, y a través de su trabajo

¹⁸⁴Aquí la ayuda económica de sus hijas e hijos es más marginal.

adoptó el rol de proveedora, de una manera similar a los varones, pero a la vez femenina: sin asumir a su cargo la crianza, el cuidado ni el trabajo doméstico, aunque sí realizaba múltiples labores, sobre todo las relacionadas con sus propias necesidades y también algunas de la familia (con sus padres, principalmente).

Trabajar, para ella, significó poder dejar de dedicarse al hogar y construirse como mujer en función de su capacidad proveedora, pues en un principio no trabajaba y asumió la carga doméstica en casa de su hermana. Gran parte del fruto de su trabajo era para mantener a su familia, pero se define con relación a él de forma distinta a las demás, señalándolo constantemente también como medio para su independencia (sobre todo de sus padres), no solo económica, sino también de sus decisiones, y para realizar actividades para ella misma, como viajar y salir con sus amigas, es decir, para su disfrute personal. Esta forma de asumirlo refiere a formas masculinas de instrumentar esta práctica, en el marco de la masculinidad hegemónica.

[Juventud] Cuando mi hermana se puso mala por el embarazo, mi mamá me dice: “¿sabes qué?, yo creo que te vas a tener que ir con tu hermana, porque pues yo no puedo dejar a tus hermanos e irme a ayudarle”. Y entonces, ahí, yo me voy con ella y me tengo que salir del trabajo. ¡Uy! Cómo lloré [...] Y pues me voy a ayudarle en todo lo de la casa, luego con la niña, y luego, ya que estaba más grandecita, como a los dos años, me regreso a la casa con mis papás, y empecé a trabajar en una oficina y desde entonces ya no paré. Oye, recuperé el tiempo perdido, digo yo ((risas)) [...] Cuando falleció mi cuñado mi mamá nos preguntó a los que estábamos solteros que si quien se iba con ella, y nadie dijo nada ((risas)) y entonces “pues yo me voy”, le dije [...] pero para entonces yo ya trabajaba, tenía años trabajando. Ya no me dolía estar ahí con ella, sino que ahí ya la empiezo a apoyar económicamente, y pues yo estaba fascinada con las niñas, le digo que son mis hijas adoptivas [...] yo les compraba ropa, las traía con unos encajes preciosos, hasta en los calcetines, las llevaba que al parque, a la nieve, para todos lados las traía [...] Hice muy buenas amigas en mis trabajos y cuando me fui con mi hermana pues yo andaba con ella y con las niñas pero también yo salía con mis amigas, hasta

hice amigas también ahí en donde vivía mi hermana, muy suave nos la pasábamos (Berenice).

Berenice conserva estas formas de asumir el trabajo y esta construcción de sí misma con relación a su desarrollo a lo largo de toda su trayectoria, siendo la única que se construye totalmente independiente en la adultez mayor. Y aunque, a diferencia del resto de las entrevistadas, no revela contundentes manifestaciones del envejecimiento que medien sus prácticas, sus planes para el futuro expresan su intención de permanecer independiente, inclusive cuando se vea imposibilitada para realizarlas. En el siguiente fragmento se puede observar que, ante los efectos inminentes del envejecimiento que le impedirán trabajar en el futuro, ve posible e importante instrumentar su independencia económica. A la par, se revela que asume que carece de una red de la que pueda depender, a diferencia de las demás que, como AM madres, se construyen dependientes de las familias que formaron. Esta condición, junto con su trayectoria laboral, sostiene la importancia de conservarse independiente.

[Adultez mayor] Estoy planeando irme a Veracruz, vender mi casa aquí, porque yo siento que me va a rendir más el dinero allá. Allá es más fácil de conseguir a una persona que, cuando yo ya no pueda hacer ciertas cosas, que me pueda ayudar, sin tener que pagar tanto. Y luego tengo mucha compañía ahí porque yo me llevo súper bien con todos los de ahí. El año pasado yo lo decidí, me enfermé, y pues es cierto que nadie tiene tiempo, que todo mundo tiene sus ocupaciones. Yo decía pues, ¿cómo le voy a hablar a fulanita si va a trabajar?, o ¿cómo le voy a hablar a zutanito si está cuidando a su mamá?, o ¿cómo le voy a hablar a los niños si van a la escuela? Entonces dije, “si yo me voy para allá, puedo contratar a alguien cuando yo me enferme”, y lo fui planeando (Berenice).

OCIO

En el capítulo anterior vimos que el ocio no conforma los ejes de la masculinidad o de la feminidad hegemónica, pero que se presenta como práctica masculina en el sentido estricto de su construcción como fuente de placer autorreferente. En el caso de las mujeres, se reveló la posibilidad de realizar prácticas de placer autorreferente dentro del abanico de posibilidades que establece el orden de género, al tiempo que se observó que bajo la CFH las prácticas recreativas de las mujeres implican la construcción del placer en tanto la satisfacción o placer de las y los demás. En este apartado se analiza cómo es que las entrevistadas se construyen como mujeres en la realización de sus prácticas de ocio en las diferentes etapas de su vida.

Todas las entrevistadas se situaron en la etapa de la niñez en función de la práctica de jugar, y se definieron como niñas con relación a ella, identificando el comienzo de la adolescencia como el momento en el que terminan los juegos. Así, la niñez destaca en sus trayectorias corporales por la construcción de una práctica cuyo único objetivo es el placer autorreferente: la diversión, el movimiento, el disfrute corporal (que, como vimos antes, es socialmente construido). El que prioricen este tipo de actividad en la construcción de sí mismas implica que asumen una corporeidad en ese sentido, que en la reconstrucción de la etapa por parte de las entrevistadas permite observar que el jugar no solo implica una emotividad positiva, sino que la centralidad de la práctica en su ser-niñas lo significa como medio para la felicidad y para construirse en ese sentido, independientemente de otras demandas y situaciones en los diversos ámbitos que conforman sus vidas.

En general, esta emoción corporizada que es el placer autorreferente se revela en la práctica, primordialmente, en formas de ser cuerpos construidas como masculinas: por ejemplo, en ser traviesas, ocurrentes, muy activas, correr, gritar, reír mucho, etcétera. En esta etapa pueden asumir este tipo de placer construido como masculino porque, aunque ante sus cuerpos de mujeres se imponen juegos femeninos y comienzan las demandas por el trabajo doméstico, prima también un sentido de asexualidad,¹⁸⁵ que les concede la posibilidad de asumir –en mayor o menor medida, dependiendo de su contexto– una corporeidad-identidad en ese sentido. Como se observa en el siguiente fragmento, al priorizar este tipo de características en su práctica no solo se construyen como niñas felices, sino también libres, autónomas, hábiles, adaptables, sociables, etcétera, revelándose que en esta forma de desarrollar la práctica de jugar asumen una identidad corporal como mujeres-niñas que no se corresponde del todo con la construcción de la feminidad hegemónica.

[Niñez] Pues jugábamos como los niños antiguos ((risas)), jugábamos a la cuerda, a la roña, a la rueda de San Miguel y a todos esos juegos que había antes. Con todos los primos, un chorro de primos, enfrente de la casa de mi abuelita, éramos bien traviosos. Luego, a escondidas, nos íbamos todos a la plaza de armas, lo cruzábamos todo el pueblo y nos íbamos hasta el río [...] Nos subíamos a un burro de por ahí, y otro le picaba al burro y nos tumbaba el burro, ése era el juego, fíjate nomás (Teresa).

A su vez, se observó que, en otros casos, desde esta etapa permean imposiciones de género que circunscriben a las entrevistadas más contundentemente a entornos y prácticas que refieren a la construcción de lo femenino. Como se observa en el siguiente fragmento, en el desarrollo de esta práctica propia de la etapa

¹⁸⁵ Relacionado con la etapa de desarrollo físico de su cuerpo reproductivo. La construcción social-religiosa del cuerpo erótico aún no intersecta sus cuerpos de niñas, más allá de las enseñanzas a atraer mediante la estética corporal.

que son los juegos permea el control masculino que delimita sus gustos y posibilidades de ser cuerpos.

Aun así, la práctica de jugar implica una emotividad positiva y un placer autorreferente, y la entrevistada se define como niña por la relación con su desarrollo (priorizando esta actividad). En su realización, Ana Luisa se construye como mujer-niña feliz, y confirma su posición de género, de modo que el disfrute corporal y el placer autorreferente definen la realización de las prácticas y la construcción de sí misma durante esta etapa. Empero, a diferencia del ejemplo anterior, en su desarrollo se construye como mujer-niña conforme al mandato de la feminidad hegemónica, revelando una personalidad más tranquila, obediente, dentro de los límites de la feminidad. En la práctica de jugar, Ana Luisa configura su identidad corporal de género en mayor sintonía con la feminidad hegemónica.

[Niñez] Mi hermana y yo jugábamos mucho a las muñecas, pero ¡a las muñecas de antes! Nos compraban muñecas y ¡antes eran tan bonitas las muñecas, bonitas, bonitas! mi papá eso sí, siempre nos tuvo (x) Me acuerdo que teníamos un como sótano y ¡era nuestra casita de las muñecas y todo! Le hacíamos que el bautizo, la piñata con las vecinitas, teníamos comadres ((risas)). Tuvimos una niñez bonita dentro de todo, mi “apá” fue muy rígido, ¡pero tuvimos una niñez bonita! (Ana Luisa).

Por su parte, en las trayectorias de las entrevistadas se revela que en la adolescencia, como antesala de su destino corporal-social de conyugalidad y maternidad, y ante el advenimiento de sus cuerpos eróticos, los mandatos sociales de lo femenino se vuelven más contundentes en la definición de sus posibilidades de ser cuerpos de mujeres-adolescentes. Se demandan entonces actividades relacionadas con la construcción hegemónica de la corporeidad femenina, como ir a la iglesia,

prácticas domésticas de tiempo libre (como bordar o tejer), a la vez que se limitan aquellas que se relacionan en algún sentido con lo público y con su cuerpo erótico, como salir con amistades a pasear o a fiestas. Solo las prácticas relacionadas con la feminidad hegemónica se construyen como apropiadas, y en todos los casos se impone este ordenamiento de género en la realización de prácticas recreativas.

En algunos casos, como el de Teresa, el peso de las prácticas recreativas en la construcción de sí mismas prácticamente desaparece, y en sus relatos sobre la etapa se observa que se desvanecen en el entramado de las labores domésticas. Aunque ella defina estas actividades como de tiempo libre, se tratan de trabajo doméstico, que implica un cuerpo de y para las y los demás en su desarrollo. Como se puede observar en el siguiente fragmento, su perspectiva sobre estas prácticas surge como consecuencia de los límites impuestos a partir de su feminidad, de la restricción de salir y de realizar actividades con sus pares, siendo que durante la niñez se construía en función de la libertad de jugar.

En ese entramado, refiere ir al cine como práctica recreativa, si bien esta actividad no implica una emotividad relevante que impacte la construcción de sí misma. La relevancia de esta práctica en la construcción de sí misma se revela más bien en que ésta era la única actividad recreativa que sus padres le permitían realizar, y la no-realización de otras prácticas recreativas, junto con el desarrollo de tareas domésticas como alternativa de éstas, va configurando su identidad corporal de género en el entramado de la CFH, imponiéndose la demanda femenina de ser de y para las y los demás.

[Adolescencia] A mí lo que me gustaba era ayudar a mis papás, todo el tiempo los estaba ayudando en la casa o en la tienda. Mis hermanos jugaban pero a mí ya no me gustaba jugar y pues no me dejaban ir a ningún lado, lo único que nos llevaban al cine, y lo teníamos enfrente. Casi todo los días veíamos cine. Es que no había televisión en aquel tiempo. Pero no, no íbamos a ninguna parte (Teresa).

En el caso de las demás, las prácticas recreativas sí conforman parte importante de la construcción de sí mismas durante esta etapa, pero se construyen de forma diferente dependiendo de las prácticas que hacían o podían hacer como consecuencia de los límites de género que, principalmente en la figura de sus padres, se imponían sobre su realización. Así, las entrevistadas priorizan prácticas recreativas de placer autorreferente en la configuración de su ser-mujeres-adolescentes, pero su realización y la forma en que se construyen a través de ellas se articula en nuevas posibilidades de género.

Por ejemplo, Oralia describe su adolescencia como la etapa de “andar noviendo” y de “juntarse con las amigas”. En la configuración de su identidad corporal de género estas prácticas son significativas, están cargadas de una emotividad positiva y en su realización revela una adolescencia feliz. Sin embargo, a la vez señala que recibía “la visita” (del novio) en casa porque no la dejaban salir con él, que no la dejaban reunirse con amistades muy seguido, y que por las tardes acostumbraba sentarse con su prima junto a la ventana para ver a la gente que pasaba por ahí. Así define su ser-mujer en estas prácticas recreativas, asumiendo importantes límites de género sobre sus posibilidades, aunque no en el mismo grado de Teresa.

Eva, por su parte, revela prácticas como salir a bailar y reunirse con su grupo de amigos y amigas como formas de resistir la feminidad hegemónica. A través de

ellas asume formas masculinas de ser cuerpos que, más allá del placer autorreferente, implican libertad y autonomía, y en ese sentido conforma su ser-mujer-adolescente. Eva dijo que acostumbraba reunirse de forma cotidiana a “cotorrear” con sus amistades, que se reunían en sus casas o salían a dar la vuelta (habla de habitar las calles en su práctica, tema que se analiza en el apartado de traslados). A su vez, en el siguiente fragmento, Eva describe cómo dirigía esfuerzos para ir a bailar, actividad que va más allá del gusto y el placer y que se reveló como una forma de empoderamiento sobre su cuerpo, que refiere como una manera de ejercer sus deseos, su libertad, de ocupar el espacio público, de convivir y de relacionarse más allá de la familia: una forma específica asumir y expresar su corporeidad femenina, integrando estas formas masculinas de ser cuerpo.

[Adolescencia] Me la comía yo a mi mamá, porque era muy (x) ¿cómo te dijera?, era muy panchera pues. Y a mí me gustaba mucho la pachanga, la fiesta y todo. Aunque fuera fiesta de grandes, yo ahí estaba sentada viendo bailar y todo, agarrando ondas pues, también. Y me gustaba. Y hacia unos teatros, porque mi mama no creas que nos dejaba salir muy fácil. Y, ¡ándale mamá!, que va a ir la mamá de la fulana y va a ir la mamá de la Lupita y va a ir la mama de la (x) Y ¡no!, y ¡no!, y ¡no! Y luego venían las chamacas, ¿no?, a rogarle. Y ¡uy que bárbaro!, sí la convencíamos. ¡Bueno que vaya! Y ya iba con los ojos chiquitos de tanto llorar ((risas)), pero ¡no le hace!, yo bailaba y bailaba. ¡Ay como bailé! [...] ¡Uy, como fui a quinceañeras yo! Tan bonito todo, el vestido, todo muy bonito. Fue una época muy bonita [...] (Eva).

Alma por otro lado, se define en esta etapa con relación a su fe, siendo sus prácticas religiosas muy significativas en la construcción de sí misma. En este tipo de prácticas, el placer, el bienestar y la felicidad de la mujer se construyen de manera distinta a las anteriores. El ordenamiento y valores masculinos que conforman las prácticas religiosas de las mujeres, y el contexto en que las realizan, hacen que éstas sean, a su vez, medios para su exclusión de otras prácticas en otros ámbitos, para su

subordinación y para la imposición de prácticas relacionadas con el ser de y para las y los demás como destino de género (por ejemplo, su responsabilidad de la maternidad, del trabajo doméstico, etcétera), anteponiendo las necesidades externas para desprenderse de sus cuerpos y primar su espiritualidad, entre otros. A pesar de esto, como se observa en el siguiente fragmento de Alma, su desarrollo implica también formas de placer autorreferente, que no se relaciona con el placer de las personas alrededor, y sí refiere un gusto personal en su realización y también la obtención de beneficios para sí misma. Ante la autoridad de su padre, ésta es la única práctica recreativa que puede hacer, y en su desarrollo Alma confirma su identidad corporal de género en el entramado de la CFH.

[Adolescencia] Nosotros, ya que llegamos a la pubertad, ya así muchacha, nosotros nunca conocimos bailes, nunca conocimos fiestas, nunca conocimos nada, porque estábamos en la iglesia y era una Iglesia muy estricta [...] Yo solo iba de la casa al trabajo, bueno y a la iglesia, nada más ahí podía ir. Pero yo era feliz ahí. Cuando yo estaba soltera, no había problema, iba a todo porque no tenía más compromisos, trabajaba en el día y en la noche estaba libre. Entonces pues yo iba a todos los servicios [...] éramos muchos, muchos jóvenes y señoritas en la iglesia [...] (Alma).

En la juventud, cuando su destino corporal-social como madresposas se materializa en la mayoría de las entrevistadas, casi toda práctica recreativa se articula en el cumplimiento de ese rol. Relataron que les gustaba llevar a sus descendientes a pasear, visitar a familiares y amistades en familia, ser anfitrionas de celebraciones familiares, etcétera, y que tenían de pasatiempos como tejer, bordar y coser, cuyos principales beneficiarios eran sus hijas e hijos. Inclusive, como se muestra en el siguiente fragmento, Oralia revela la práctica religiosa como parte de las labores de crianza de sus hijas, lo cual es también evidencia de que las prácticas recreativas se

convierten en otro medio para su maternidad, y que en su realización encuentran su felicidad y construyen placer con relación al otro.

A través de este tipo de prácticas recreativas, las entrevistadas reafirman su identidad corporal de género como mujeres-madres en el entramado de la feminidad hegemónica. Inclusive, en la descripción de su gusto, placer y felicidad en el desarrollo de estas prácticas, construyen sobre ir un tanto más allá de las demandas de su rol de género, pues al no relacionarse directamente con necesidades básicas de la familia se trata de prácticas que en teoría son más flexibles, opcionales, que no son prioritarias, pero que, en la realidad, siguen siendo demandas de la maternidad, obligadas como “buenas madres”, y son exclusivamente femeninas, pues no alcanzan a sus parejas. Estas prácticas recreativas son medio de su amor maternal, siendo éste es el motor de su realización, y son expresión de su entrega como madres en la figura de la abnegación, pues en algunos casos no solo prácticamente desaparecen las actividades de placer autorreferente, sino que aparecen otras con las que se construyen como mujeres desde el placer y bienestar de sus descendientes.

[Juventud] Yo andaba mucho con mis hijas, y mujercitas, qué bueno. Nos la pasábamos bien. Estuvimos en una iglesia mormona, y ahí pasaron ellas su juventud, así que pues ahí no se me descarrilaron ni nada, estuvieron bien. Tenían actividades ellas y todo, y yo las acompañaba, y como se llevaban poquito, me iba con todas. Siempre fueron muy unidas ellas, y pues ahí nos la pasábamos todas (Oralia).

A su vez, en esta etapa, y mientras se ubicaron dentro de relaciones armoniosas con sus parejas, las entrevistadas refirieron que, además, acostumbraban salir a bailar, a comer, a pasear, o de viaje con sus esposos. En la realización de estas prácticas expresan placer autorreferente, si bien de una forma distinta, de una forma

femenina, que se construye en el entramado de la feminidad hegemónica, del matrimonio, obedeciendo el ordenamiento de género que les permite realizarlas con su esposo. No refirieron realizar estas prácticas con otras personas, y quienes estaban separadas tampoco las mencionaron en esta etapa.¹⁸⁶

La feminidad hegemónica en el contexto de la conyugalidad delimita que la construcción del placer autorreferente no se relacione solo con ellas, sino también con sus esposos. Así, la corporeidad que se asume en la realización de este tipo de prácticas es también con relación al otro, y sucede en una interacción de dependencia. Como se observa en el siguiente fragmento, a través de estas prácticas se construyen como mujeres-esposas y definen un buen matrimonio, y se articulan con su ser-mujeres en lo doméstico, complementando su imagen en el entramado de la feminidad hegemónica.

[Juventud] Pues salía mucho con mi marido. [...] Salíamos solos y con las niñas también [...] Siempre andábamos juntos [...] Éramos un matrimonio bien, siempre de que “gordita, vamos para allá”, y ahí andábamos, por eso cuando me divorcié todo mundo se quedó patinando [...] (Oralia).

En esta etapa, de entre las que tuvieron hijos solo Alma elabora sobre prácticas recreativas relacionadas con el placer autorreferente que son significativas en la construcción de su ser-mujer. Al referir sus prácticas religiosas, a diferencia de Oralia, revela como objetivo de su práctica su espiritualidad, y se define como mujer en función de ella. Aunque no dejan de ser medio para su maternidad (pues constantemente refería rezar por su familia), al describir sus prácticas religiosas también las separa de ésta, y habla, por ejemplo, de “darse el tiempo para ir”.

¹⁸⁶ Como se dijo antes, que no las mencionen no quiere decir que nunca las realizaran, sino que no son significativas en la reconstrucción de sí mismas durante esa época.

En el caso de Alma, la base de su espiritualidad es personal, la sostiene en los milagros que experimentó desde chica, y así, en las siguientes etapas de su vida, sigue siendo individual. En ese sentido, su realización no se articula en su maternidad, y su desarrollo complementa su identidad corporal de género en otro sentido que, sin embargo, es también femenino, pues como dijimos antes, la espiritualidad y la práctica religiosa se insertan en la construcción de la feminidad hegemónica.

En el caso de Berenice, quien no tuvo hijos ni esposo, las prácticas recreativas se revelan como medio en la construcción de sí misma en esta etapa, de forma muy parecida a la adolescencia. Destaca llevar regularmente a sus sobrinas a divertirse al parque o a la nieve como práctica recreativa que se insertan en el entramado de la feminidad hegemónica, revelando cómo su cuerpo de mujer la lleva a maternalizar, aunque nunca haya engendrado. Pero también refiere prácticas recreativas que la definen y separan de ese rol, en cuya realización destaca el placer autorreferente, junto con otras formas de ser cuerpo relacionadas con lo masculino. En esta etapa, se revela, por ejemplo, libre y sociable, elaborando ella misma sobre su posibilidad de desarrollar estas prácticas al no haber tenido hijos, por lo que su desarrollo son formas de resistir la feminidad hegemónica y de construirse como mujer en otro sentido.

[Juventud] En ese tiempo yo seguía saliendo con mis amigas, y me hice amigas ahí en esa colonia también cuando viví allá. Es lo que yo le digo a mis amigos, “es que no, uno tiene que jugar muchos roles”, le digo, “tiene que jugar al rol de hijo, de amigo, de primo, de tío, de todo, ¿no?” Entonces yo en ese tiempo las sigo viendo a las niñas y sigo yendo por ellas los fines de semana y, y las saco a las piñatas, las saco al parque, las saco al cine, o sea, todo eso siguió. Pero también me iba con mis amigas, salíamos, nos íbamos

de viaje, me iba a ver a mis primas en Veracruz, nos paseábamos mucho por allá. Mira esta foto es de allá, ahí salimos todas [...] Yo siempre fui muy amiguera, desde chiquita, te digo que hasta la fecha todavía nos juntamos todos los de aquella época, todos los vecinos y mis primos, algunos no pueden, pero a veces en otra reunión o así. Fuimos muy unidos. Por ejemplo, ahora que nos juntamos, me dice una prima “tú eres la más sociable de tu casa, porque ellos ahora porque tú los traes sí vienen, pero a veces”, me dice. Y le digo, “pues a lo mejor ellos porque (x), a lo mejor yo me doy más tiempo porque pues no estoy casada y no tengo una familia que tenga que (x)”. O sea, llevo muy buena relación tanto de los de aquí como con los que viven fuera, con todos. (Berenice)

En algunos casos, en la adultez, cuando la responsabilidad de la crianza desaparece, las prácticas recreativas empiezan a recuperar terreno en la definición de su ser-mujeres. Ya sea que se realicen en el entramado de la maternidad o no, se tornan más significativas en la configuración de su identidad de género. Algunas prácticas recreativas que antes insertaban en su rol de madres permanecen. Pero al desarticularse de la responsabilidad del cuidado y la crianza, se hacen más flexibles, y adquieren otras características (aunque continúa la demanda de género pues siempre seguirán siendo madres). Se vuelven acompañantes, antes refirieron que llevaban a sus hijos(as) a sus reuniones o iban a reuniones de ellos(as) para cuidarlos, pero ahora ellas los acompañan a reuniones o inclusive a sus mandados, y en ese tenor, junto a otras prácticas que permanecen (como tejerles o hacerles ropa) o que se resignifican (como cocinarles) pero ya fuera de sus tareas domésticas, más bien como una forma de consentir y pasar tiempo juntos, se construyen como mujeres-madres en su realización. De acuerdo a la construcción de la CFH, como extensión de su maternidad, en estas prácticas siguen construyendo placer desde el dar placer a sus hijos(as). Y en su realización, el motor de la práctica sigue siendo el amor maternal. Ya no son “obligadas”, pero aun conforman un medio para construirse como madres

exitosas al querer y poder conservar estas formas de interacción con sus hijos(as) en esta etapa. Como expresa por ejemplo Eva: “Cuando vivía allá con ella, siempre andábamos juntas, mi hija y yo, con los niños, la acompañaba a todos lados. Hasta las piñatas ((risas))”.

A su vez, en esta etapa destacan las referencias de las entrevistadas a prácticas de tiempo libre relacionadas con el placer autorreferente y de nuevo se vuelven significativas en la construcción de sí mismas. No son el centro de su ser-mujeres como en la niñez o adolescencia, pues la realidad corporal-social de su maternidad no deja de imponerse como eje de su identidad de género. Pero a través de ellas y del significado que les dan, se construyen como mujeres también en otros sentidos; como mujeres sociables, independientes, autónomas, responsables de su destino, que disfrutan, etcétera. Lo podemos observar cuando se describen a sí mismas destacando el gusto, placer o satisfacción por realizar actividades como deportes, reuniones, viajes o salir a bailar o a pasear con sus amistades y se definen con relación a ello¹⁸⁷. Como se expresa en el siguiente fragmento, aun entre los límites que la feminidad impone, en esta etapa encuentran otras posibilidades de ser cuerpos de mujeres en el desarrollo de este tipo de prácticas. Y estas prácticas, se siguen revelando como formas de resistir las demandas de la feminidad hegemónica.

[Adultez] Salía mucho con los del grupo de autoayuda, primero con los de aquí y luego con otro grupo del otro lado [...] Una vez me fui con unas amigas de allá de Estados Unidos a un baile acá en México [...] Y mis amigas y yo nos sentamos y entonces les dejé mi bolsa y me fui a bailar. Entonces éstas se levantaron a bailar y dejaron las bolsas ahí y me la robaron. Me

¹⁸⁷ No se observa el mismo efecto cuando describen la realización de estas actividades con la familia nuclear (hijos o esposo). En esas condiciones se insertan en el entramado de la feminidad hegemónica y su realización se asume como parte de su ser-mujer-madresposa. Y sigue refiriendo a una corporeidad de, para y/o con relación a ellos.

quedé sin pasaporte y ya no me pude regresar. Entonces me quedé con una amiga y ahí me estuve tres días de pachanga con ella porque no podía pasar pues. Pero hablándole a mi hija, diciéndole, estaba cuidando en ese tiempo a mi nieta, entonces le dije va venir un amigo y a lo mejor el me pasa [...] “Te has de haber quedado de *party*”. “No”, le digo, “te lo juro que no, no traigo nada, me robaron la bolsa”. Es que estaba cuidando a la niña yo allá con ella, estaba chiquita [...] (Eva).

En la adultez mayor, el significado de las diferentes prácticas recreativas en la construcción de sí mismas es similar al de la adultez, sin embargo, su realización se intersecta por el proceso corporal-social del envejecimiento, generando cambios en su desarrollo y en la forma de construirse a partir de ellas. En las prácticas recreativas con sus descendientes y/o sus familias, su realización sigue significándose en torno de su posición y de la construcción de sí mismas como mujeres-madres.

Empero, como se expresó en el capítulo 6, empiezan a ser receptoras de estas prácticas, por lo que ahora tienen también un sentido para sí mismas, aunque ellas no cesan de dar cuidados o atenciones como parte de un intercambio. Así, relacionan la realización de estas prácticas con su éxito como madres, con la buena crianza que dieron a quienes no solo las ayudan con sus necesidades, sino que además gustan de pasar tiempo con ellas. Estas prácticas son muestras de reciprocidad, reconocimiento y amor por ellas, a la vez que son medio para su maternidad, siendo el motor para su realización su amor de madres, reafirmando su identidad como mujeres-madres.

En su desarrollo revelan una corporeidad-sensorialidad positiva que desvanece manifestaciones de deterioro del envejecimiento, y revelan posibilidades corporales de disfrute que conllevan que se construyan a través de éstas como

activas, vigentes, importantes, reconocidas, como mujeres-madres exitosas, amorosas. De la misma manera, Cecilia, que es la única que se ubica en una relación armoniosa con su pareja, reafirma su corporeidad como mujer-madresposa al realizar actividades recreativas con su esposo. La significación de estas prácticas no se inserta solamente en su obligación de esposa –en la felicidad en el entramado de la conyugalidad y un ser de para y las y los demás–, sino en torno del amor conyugal, y también son muestras de reciprocidad en la relación.

[Adulthood mayor] Yo lo crie a él ((a su nieto)), y siempre me ha procurado, siempre. Y me voy a Phoenix y se va conmigo. Y ahora ya tiene 24 años. Pues ahora se fue él antes que yo, porque quería trabajar, y “ándale, vete conmigo”. Terco de que me fuera con él. “No puedo, tengo que ir al doctor” ((risas)). “Ya estás bien grandote y no puedes separarte de mí”, le digo ((risas)). ¡Y no se separa! Te digo que aquí también es el que más viene y se queda aquí a pasar el día conmigo o me lleva a comer (Teresa).

El envejecimiento como proceso corporal interseca sus prácticas de recreación en el entramado de la familia, tendiendo a disminuir en comparación con la etapa de la adultez. Su corporeidad como AM interseca la construcción de sí mismas como mujeres-madres, al cambiar sus prácticas y al ir asumiendo límites en sus posibilidades corporales, y en sus descripciones se revela que hay actividades recreativas con sus familias que ya no pueden hacer o que hacen diferente, porque, por ejemplo, perciben que se cansan o implican riesgos para su salud.

Sin embargo, como se puede observar en el siguiente fragmento, la reducción o eliminación de algunas prácticas recreativas con la familia como consecuencia de sus limitantes corporales no se construye de forma negativa. De la misma manera, la percepción sobre su corporeidad como AM en su nueva forma de realizarla –o en el

no realizarla—, no se asume negativa.¹⁸⁸ Al lograr esa flexibilidad en el desarrollo de sus prácticas se construyen independientes y autónomas como AM, pues significa que logran instrumentar sus preferencias y necesidades sin tener que ceder ante demandas externas, una lucha constante en varios frentes en la adultez mayor.

[Adultez mayor] Antes nos íbamos a misa, al gimnasio, a desayunar con sus amigas y luego todavía al *mall*, tiene muchas salidas ella a la calle, y así me traía, pero ya no le aguanto el paso. Llega cansada ella que está joven, pues yo con más ganas. Entonces no, yo a veces ya no voy y le digo que no se preocupe, que mejor me quedo en la casa, a mí me gusta quedarme en la casa sola y así también descanso [...] (Teresa).

Como se revela en el fragmento anterior, la realización de actividades de descanso, como ver la televisión, usar el celular, dormir siesta o recostarse, se insertan en la sensorialidad de su nueva corporeidad como AM a causa del envejecimiento corporal. Empero, como se verá a continuación, también se insertan en su nuevo rol como mujeres AM, son prácticas con que las que se construyen como AM independientes, autónomas, libres ante la disminución de las demandas en otros ámbitos, adentrándose en una etapa de descanso, de aumento de la disponibilidad de tiempo libre y de la posibilidad de usarlo para ellas, para hacer lo que les gusta y/o para descansar, pues ya cumplieron con sus principales responsabilidades familiares (sobre todo en el caso de quienes viven solas).

[Adultez mayor] Por las tardes me gustaba ver la televisión, pero ya se me descompuso la televisión, hay que arreglarla, y pues ya no veo televisión, me pongo a oír el radio, me pongo a, esto me entretiene mucho ((señala su celular)) [...] A mí me gusta estar sola, porque como que me enfoco más en lo que estoy haciendo, como que ordeno más las cosas, como que pienso mejor sola. Claro que también me gusta que vaya mi hija y platicamos y todo,

¹⁸⁸ Salvo cuando en momentos de alguna crisis de salud, la imposibilidad corporal es contundente en la práctica y realizarla cambia la interacción, colocándolas en dependencia, y optan por no realizarla pues la construyen como dar molestias o de sienten que no pueden realizarla.

que qué vas a hacer. Ahorita por ejemplo me invito a comer a su casa y va a venir por mí [...] (Eva).

Regresando a las prácticas familiares, es importante resaltar el tema de que son prácticas para cuya realización dependen de las y los otros, no solo a consecuencia del envejecimiento, sino también de su nuevo rol familiar, con el que adoptan un papel periférico en la gestión y organización de las actividades de sus familias, dependiendo de las posibilidades de éstos para su realización, de su disponibilidad, gustos, carácter, etcétera. Se observó que cuando las entrevistadas las realizan en contextos de relaciones armoniosas, inclusive aunque sucedan solo de vez en cuando, la imposibilidad de realizarlas frecuentemente no se revela tan importante en la construcción de su ser-mujeres-madres-AM.

Por el contrario, la no-realización de estas prácticas de forma cotidiana en contextos de conflictos familiares revela decepción y desconcierto, después de haber construido, en etapas anteriores, sobre el haber desempeñado exitosamente su rol como madres. En estos casos, la no-realización frecuente se reveló como una pérdida que se tradujo en sentimientos de aislamiento, soledad y abandono. Como por ejemplo en el caso de Alma, quien refiere que sus hijos no viven aquí, pero a la vez que casi no la vienen a visitar, aunque sí visitan a otros familiares que viven en poblados cercanos, y que le hablan muy de vez en cuando, que gestionan muy esporádicamente que ella vaya a visitarlos, y que cuando visita a uno de sus hijos, el más *chipilón*, no la va a ver porque está enojado con ella desde hace años. Sobre la construcción de sí misma como mujer-madre-AM, con relación a la no-realización de estas prácticas en esta etapa, comentó que ahorita nadie la abraza ni le lleva flores,

pero que, como vio en una publicación de Facebook que le pareció muy atinada, cuando las personas se mueren, todos dejan lo que están haciendo para llevar flores y se abrazan del féretro.

En el mismo entramado, cuando la realización de prácticas de descanso o sedentarias, como ver la televisión, no se construyen como una elección personal, sino que se desarrollan ante la imposibilidad de realizar otras actividades, por la exclusión o por otro tipo de dinámica familiar negativa, se revela un panorama similar al descrito anteriormente. Como se puede observar en el siguiente fragmento, en sus descripciones no le otorgan significatividad a la práctica, la plantean como algo que “solo hacen”, pero, a su vez, en su desarrollo se construyen como mujeres-AM.

En el caso de Oralia, su realización se inserta en una dinámica familiar negativa. Al relatar estas prácticas manifiesta estar enojada, frustrada, desmotivada, física y emocionalmente cansada, y relaciona su realización con su imposibilidad de instrumentar la vida que ella preferiría. Estas prácticas sostienen lo que se expresa como una falta de sentido en su vida, así, se construye de forma negativa en su desarrollo, y el malestar (que en este caso se revela como no poder dormir y como cansancio a consecuencia de la edad y de la carga doméstica) adquiere un papel central. Al primar una emotividad negativa en la práctica, su desarrollo retroalimenta una construcción de sí misma en ese sentido.

[Adulter mayor] A estas alturas estoy viviendo nomás, me aburro ya. No me gusta hacer nada, ver la tele. Porque ni duermo de día. Y me dicen ve acuéstate, duermes un rato y no, no puedo [...] (Oralia).

Como ya establecimos arriba, en todos los casos las prácticas recreativas con sus hijas e hijos disminuyen (aunque en diferentes medidas) en la adultez mayor. Sin embargo, a pesar de revelar que prácticamente son dependientes de la disposición de sus familiares para la realización de prácticas recreativas, y que, en ese entramado, la reducción de éstas generalmente es porque aquellos están ocupados, se revela una demanda por parte de la familia por priorizar este tipo de prácticas a realizar otras ya sea sola o con otras personas. Esta demanda se sostiene en el eje de su corporeidad como mujeres, de la felicidad en el entramado de la familia y de su maternidad. Así, las entrevistadas revelan que, a veces, les cuesta trabajo decirles que no pueden por cuestiones de salud, por ejemplo, o que no quieren, porque prefieren o necesitan hacer otra cosa, como descansar o salir con alguna amiga.

En ese mismo sentido relataron que sus familiares a veces cuestionan, desmotivan o inclusive rechazan, como en etapas anteriores, prácticas recreativas que implican asumir formas masculinas de ser cuerpo, como socializar más allá de la familia, en espacios públicos, de placer autorreferente. En el fragmento anteriormente citado de Eva, en el que al decir que le gusta estar sola, aclara que también le gusta estar con su hija, o en el que más adelante comenta que le gusta estar con su familia, pero también tener su espacio y visitar a sus amigas, se observa cómo esto es una lucha que también les viene de adentro, la interiorización de la demanda femenina de la felicidad en el contexto de la familia.

En ese entramado se puede explicar por qué unas de ellas refieren constantemente su gusto y preferencia por permanecer en sus casas, y no por salir a visitar amigas o realizar otras actividades recreativas solas, buscando describirse y

construirse en un sentido más compatible con la CFH. De igual manera, en esta etapa la demanda-preferencia por permanecer dentro y/o acompañada de familiares también se sostiene en un discurso –presente en sus familiares e interiorizado en ellas– de evitar riesgos asociados a su nueva situación corporal a causa del envejecimiento, así, sus cuerpos de AM validan y fortalecen esta demanda por no salir a realizar actividades recreativas, pues no se consideran “esenciales”.

A pesar de esto, todas acostumbran prácticas recreativas que implican salir y/o relacionarse con amistades.¹⁸⁹ En la adultez mayor se manifiesta más asequible la posibilidad de realizar prácticas que no se adscriban completamente a la feminidad hegemónica,¹⁹⁰ revelando mayor libertad de poder ser y hacer a medida de que su rol materno se hace más flexible, y el envejecimiento, como vimos, potencia ese proceso debido a la imposibilidad corporal que supone. Aunque algunas de estas prácticas se ven mayormente intersectadas por las limitantes que impuestas por el desgaste asociado con la edad, debido a la demanda física que supone su realización (como bailar o ejercitarse *versus* ir a comer o recibir visitas), a la hora de describirlas revelan una corporeidad positiva.

Algunas elaboran sobre cómo las median exitosamente, y otras inclusive omiten como interfiere esta nueva sensorialidad con su realización (aunque se reveló

¹⁸⁹ Sobre algunas de ellas se presentan menos reticencias sociales que en otras, por ejemplo, en asistir al GAM, que al estar relacionada con la demanda de cuidar su salud y mantenerse autosuficientes, aunque también represente una actividad social, no suelen presentarse barreras para su realización, aunque sí cuando se trata de otras actividades sociales en el entramado del GAM, como viajar o ir a bailes, como vimos con anterioridad. Lo mismo sucede respecto de actividades como recibir o visitar amigas, que suceden en el entorno femenino pero a su vez implican actividades fuera de la familia.

¹⁹⁰ No dejan de ser prácticas construidas como femeninas, pero su realización, a su vez, implica formas de ser cuerpos que en algún sentido refieren a lo masculino (por el contexto en el que suceden, las personas con que se realiza, etcétera), como se expresó en el apartado anterior.

en la observación).¹⁹¹ Así, se expresa cómo estas prácticas, por sus características, son en sí mismas positivas, implican posibilidad corporal, armonía, disfrute, y conllevan que quienes las realizan perciban su corporeidad en ese sentido. Sin embargo, las prácticas recreativas que cada una de ellas prioriza en esta etapa y que revelan más significativas en la construcción de sí mismas son aquellas más compatibles con la configuración de su identidad de género en los otros ámbitos de su vida cotidiana.

Es importante señalar también que en el desarrollo de sus prácticas recreativas pueden construir sobre sí mismas y sus cuerpos de varias maneras, que no necesariamente refieran una fluidez en el ámbito o con los demás ámbitos. Por ejemplo, al bailar, todas revelan una corporeidad positiva, y median los impedimentos que pudiesen significar las manifestaciones del envejecimiento, pero en las historias de Oralia y Alma no se revelan significativas en la construcción de sí mismas, si bien, por el contrario, Eva y Berenice priorizan este tipo de prácticas en sus relatos. Sin embargo, todas, al realizarlas y describirlas, se asumen-expresan como mujeres-AM libres, independientes, autónomas, que disfrutan, en posibilidad de hacer lo que prefieren (éxito corporal), activas, saludables, etcétera.

En sus experiencias, este tipo de prácticas (entre las que también se encuentra por ejemplo el salir con amigas, o que las visiten), como en otras etapas, son formas de resistir las imposiciones de la feminidad hegemónica, pues implican, entre otras cosas, ser apreciadas y valoradas por quienes las rodean, tener sus propias redes e intereses, y estar en lo público, lo que las ayuda a construirse más allá de sus familias

¹⁹¹ A menos de que la imposibilidad corporal sea contundente y su realización implique la percepción de un alto riesgo.

y de lo doméstico. Estas prácticas, a su vez, son medio para resistir la construcción de la adultez mayor como etapa de deterioro y de pérdida del sentido de la vida (asociada a la pérdida de su función social), y su realización les permite enfrentar la exclusión de éste y de otros espacios al tiempo que asumen un cuerpo posible, así como disfrutar y construir sentido con relación a sí mismas –y no a las o los demás.

Al respecto, Eva, quien durante su entrevista constantemente destacó su gusto por salir, ver a sus amigas, bailar, visitar, etcétera, nunca refirió imposibilidad a causa de las manifestaciones de sus enfermedades y del deterioro corporal. Por el contrario, se observó que en cuanto escucha música se para a bailar, en el GAM o en cualquier reunión, y aunque omite el malestar en su discurso, en la observación se reveló que éste intersecta sus prácticas. Siempre, al bailar, Eva se mueve con dificultad, sin despegar mucho del piso los pies, y se sujeta las rodillas o se toca el pecho entre risas y haciendo muecas, como bromeando sobre lo que siente, tratando de disimular y proyectar una imagen de posibilidad, de éxito corporal ante la imposibilidad. Cuando comenta de algún malestar que pudiera impedir su realización, lo refiere como algo momentáneo, que no define su práctica y menos a ella, como por ejemplo que tuvo un día muy agitado, que no le quedan bien los zapatos, etcétera. La significatividad de la práctica en la construcción de sí misma media la percepción sobre el dolor y la imposibilidad corporal, y la actividad se percibe sensorialmente y emocionalmente como positiva y en ese sentido se construye en su realización.

En cambio, Oralía no refirió este tipo de prácticas al momento de su entrevista, si bien en las observaciones sucedió que siempre era de las que más

bailaba. Se hizo evidente que en el desarrollo de esta actividad se implicaban emociones positivas, y que el malestar corporal que refiere en el trabajo doméstico no se expresó verbal o corporalmente. En el caso de Alma, la práctica se revela como emocionalmente positiva, pero en lo corporal el malestar cohabita con el disfrute, reafirmando el carácter socialmente construido de la sensorialidad-corporeidad que implica la práctica en sí misma. Es decir, en este caso es la sensación implicada en la práctica del baile, que socialmente refiere al disfrute corporal, lo que conlleva que, en su realización, Alma la perciba como emocional y corporalmente positiva, aunque construya sobre otras sensaciones de su enfermedad que se implican en su desarrollo como malestares corporales.

Alma expresa verbal y corporalmente formas de adaptarse a estas sensaciones negativas, como tomar descansos, bailar despacito, etcétera, parecido a lo que se vio en el caso de Eva, donde la positividad de la práctica, el disfrute y placer que significa, median el malestar y la imposibilidad corporal, emanando una corporeidad positiva. Sin embargo, ni Oralia ni Alma priorizaron estas formas de ser-mujeres-AM en la configuración de su identidad corporal de género, revelando que, si bien en la realización de estas prácticas emana una corporeidad positiva, y que la práctica así se construye socialmente, se necesita mayor andamiaje en la construcción de sí mismas en los diferentes ámbitos que conforman sus vidas para que ésta se vuelva significativa en su ser-mujeres-AM.

DESPLAZAMIENTOS

Los traslados de las entrevistadas tienen como objetivo la realización de una actividad específica en el desarrollo de su rol de género, son siempre instrumentales, y suceden en un contexto que, como vimos antes, posee una configuración genérica. Empero, como se verá a continuación, su realización puede estar también cargada de significado, y la práctica en sí misma, al posibilitar la realización de una actividad significativa, contribuye a la forma en que configuran su identidad corporal de género.

Cuando las entrevistadas describieron sus traslados durante la etapa de la niñez, refirieron que había lugares a los que se trasladaban acompañadas por sus padres o madres, por lo que utilizaban los medios que éstos usaban. Pero también señalaron que había otros lugares a los que se trasladaban solas o acompañadas de sus pares caminando. A diferencia de los relatos sobre sus viajes acompañadas de adultos, en las descripciones de sus traslados solas o con sus pares, varias de ellas resaltaron sentimientos de felicidad, y se reveló que en su realización construían sobre su ser-mujeres-niñas en libertad, seguridad, independencia y autonomía, incluso en una etapa en la que se asumían dependientes de sus padres y madres, situación que no se vio en los casos de quienes dijeron siempre trasladarse con sus padres. El siguiente fragmento es ejemplo de cómo Eva significa su posibilidad de trasladarse sola, pues le permite instrumentar sus gustos y preferencias, entre los que destaca la relación con su padre.

[Niñez] Yo a mi papá todos los días lo veía. Pasaba por ahí, ¡Ay, papá!, y yo lo quería, aunque mi mamá me ponía en contra él yo siempre lo veía. (...) Yo pasaba por ahí diario, yo era muy platanera, me encantaba comprar una bolsotas de plátano, todo el tiempo traía dinero porque mi tata nos daba, nos daba 5 pesos, era un billetote así, y yo compraba dulces, compraba lápices, compraba un montón de cosas con los 5 pesos. Y luego íbamos la bola de chamacos ahí con los Sánchez y nos llenaban el bote con moras [...] Cuando estaba en la primaria, de ahí de donde vive la Rebeca nos íbamos a pie hasta el Rodríguez, ahí estaba la escuela. Y en ese tiempo, nos íbamos a la escuela, nos devolvíamos a medio día a comer y nos volvíamos a ir a la escuela. Y ahí íbamos y ahí veníamos. ¡Cómo nos paseábamos! Por todos lados andábamos, y solos (Eva).

Sobre la etapa de la adolescencia, las entrevistadas siguieron expresándose en ese sentido respecto de los traslados acompañadas de sus pares. Todas relataron que solían recorrer largos trayectos, que caminaban o se movían en camión, y en su desarrollo refieren libertad y autonomía, que se relacionan con la posibilidad de realizar actividades significativas en otros ámbitos, más allá de lo doméstico. Y es que, a su vez, como refleja el siguiente fragmento, en esta etapa sus traslados a la escuela, o para realizar actividades recreativas con sus pares, eran parte de la experiencia de convivencia y socialización, en cuyo desarrollo bajo esas condiciones integran formas masculinas de ser cuerpos en el proceso de configuración de su identidad corporal de género.

[Adolescencia] La secundaria sí me quedaba lejos, ahí sí venía hasta allá hasta el norte, desde el centro hasta allá. Nos veníamos en camión, pero si nosotras nos queríamos comprar algo, así de que “¡ay, se me antoja una torta porque no alcancé a desayunar!”, “ah, pues vámonos caminando y compramos una torta”. Y entonces tenía yo unas amigas, y nos veníamos juntas, y a veces yo me quedaba con una de ellas haciendo tarea hasta las 8 de la noche y ahí nos quedábamos platicando. Y ya después yo subía por el cerro. En aquel entonces era bien seguro todo y podía irme caminando. No había problemas así como ahora. Somos bien amigas hasta la fecha, y me la pase muy (x), los tres años que estuve yendo y viniendo con ella, bien a gusto con ella. Tres años de la secundaria hicimos juntas, siempre andábamos juntas (Berenice).

Inclusive, como se revela en el siguiente fragmento, en esta etapa los traslados pueden construirse como un tipo de práctica recreativa. Aunque su realización siga teniendo como objetivo llegar a un destino para la realización de una actividad específica, lo que sucede en el trayecto es lo más parecido a una forma de habitar las calles, una forma de estar en la vía pública, reservada para el varón en la CMH. Y en ese desarrollo y significación de la práctica ésta se revela como un medio a través del cual Eva se construye como mujer-adolescente, una práctica construida como masculina que al desarrollarse la revela sociable, libre, independiente, autónoma, configurando así su identidad corporal de género.

[Adolescencia] En la escuela no parábamos, y luego caminaba, y válgame nos íbamos de pinta hasta La Saucedá, hasta La Saucedá, desde la secundaria en el centro hasta La Saucedá. Nos íbamos caminando, cotorreando. Con los de la escuela, éramos una bolita, pues, que andábamos juntas todo el tiempo, este, juntándonos ahí por todos lados, muy ocurrentes (Eva).

Sin embargo, algunas empiezan a experimentar restricciones de su movilidad en esta etapa. Al ver restringida sus prácticas recreativas, y que solo les permitan atender, por ejemplo, a su trabajo, escuela e iglesia, empieza a desvanecerse la pertinencia de su presencia en el espacio público, fuera de actividades relacionadas con su rol de hijas. Una movilidad restringida, que conforma su ser-mujeres en sintonía con la feminidad hegemónica que sostiene su pertenencia primordialmente a lo doméstico, al hogar.

En la juventud, las entrevistadas recuperan espacios en las calles a razón del desarrollo de su rol de género, por la realización de labores domésticas o de trabajo como extensión de su maternidad, aun cuando en esta etapa sus patrones de

movilidad expresan y construyen un ser de y para las y los demás. Las entrevistadas revelaron que aumentaron considerablemente sus viajes, sobre todo porque el traslado de familiares conforma parte de sus responsabilidades domésticas, pero también como responsables de la adquisición de insumos o ingresos para sus hogares.

En conjunto, la gestión de su rol de género aumenta considerablemente sus viajes y su pertenencia a lo público, pero bajo patrones femeninos, de entrada, transitando las calles, no habitándolas. Por su parte, en lo cotidiano sus viajes los hacían generalmente acompañadas de menores y cerca de sus casas, lo que se relaciona más bien con obstáculos para su movilidad, consecuencia de su rol de género, aumentando así sus desplazamientos en un contexto de inmovilidad-imposibilidad. Independientemente de ello, en estas prácticas también sostienen su ser-mujeres-madres: siempre ocupadas, a cargo de múltiples actividades, en constante movimiento, siendo los traslados un complemento de su construcción como mujeres-madres en el entramado de la feminidad hegemónica.

En otros casos, sus patrones de traslados complementan otra dimensión de su ser-mujeres, pero en el entramado de la conyugalidad. En el siguiente fragmento se puede observar cómo Oralía, en su inmovilidad, también reafirma su corporeidad en el entramado de la feminidad hegemónica, pues, al asumirse dependiente de su esposo, limita sus traslados y sus prácticas, confirmando su identidad corporal de género en ese sentido.

[Juventud] ¿Cómo me movía en Culiacán? Pues era muy dependiente de él ((su esposo)). Con él para arriba y para abajo en el carro. Yo nunca aprendí a manejar. También en camión, a veces, pero no mucho. Más bien él siempre

nos llevaba, a las niñas las llevaba a la escuela, siempre con él. Por eso digo, yo, siendo tan dependiente de él, cómo reaccioné y me divorcié. Ni yo lo podía creer (Oralia).

Sobre su juventud, Berenice, quien no tuvo descendencia, relató haber realizado sus desplazamientos mayormente de manera individual y con el objetivo de satisfacer sus propias necesidades. No reveló obstáculos en su movilidad, y la realización de sus traslados implicaba libertad, disponibilidad de tiempo, independencia, etcétera, formas de ser cuerpo que se enmarcaban en el proceso de configuración de su identidad corporal de género.

Lo mismo empezó a suceder con el resto de las entrevistadas en la etapa de la adultez, pues, al tiempo que disminuyeron sus responsabilidades de crianza, se redujeron también sus viajes, si bien siguieron encargadas de los viajes domésticos de sus hogares, revelando también en algunos casos que permanecieron realizando algunos desplazamientos con el objetivo de ayudar a sus hijas e hijos con sus cargas domésticas. Por ejemplo, Eva dijo que ayudaba a su hija recogiendo a sus nietos(as) de la guardería, y que en ocasiones los llevaba por una nieve o a jugar. En la realización de estas prácticas siguen revelando un cuerpo de y para las y los demás, pero ya no de manera tan contundente como en la juventud, donde la mayoría de sus viajes se situaban en ese contexto y ellas eran las titulares de dicha práctica. Como ayudantes, sus traslados además sucedían sin las restricciones en su movilidad que anteriormente significaba la carga doméstica que asumían.

Como vimos en los apartados anteriores, en la adultez mayor se redujeron las responsabilidades del rol familiar-social de las entrevistadas, y por ende también sus

prácticas en los diferentes ámbitos. Debido a estos cambios, sus necesidades de viajes también disminuyeron, toda vez que las prácticas que más redujeron eran las que realizaban fuera de casa, lo que se relaciona en gran medida con sus posibilidades de traslado y con sus nuevas posibilidades corporales consecuencia del envejecimiento y su incompatibilidad con las condiciones del medio.

Ser mujer AM implica una mayor permanencia en el hogar, que además se ancla en su género, en su pertenencia “natural” como mujeres a este espacio. Como vimos en el capítulo 6, en esta etapa todas refirieron un gusto distinto por estar en casa, por “habitarla” para sí mismas, expresándose de forma diferente a otras etapas en las que su permanencia en este espacio se relacionaba con sus tareas domésticas y de cuidado. Ahora, su estancia en casa también se relaciona con sus necesidades, con la construcción de la adultez mayor como etapa de descanso, con tener más tiempo para sí y mayor libertad para realizar las actividades que eligen, si bien su permanencia en este espacio también puede ser consecuencia del aislamiento social, frecuente en esta etapa. En este entramado, es común que las AM permanezcan y se perciban pertenecientes a este espacio, aunque en diferentes niveles.

El caso de Alma es ejemplo de cuando se construyen en torno de una significativa reducción de movilidad. Comentó que a ella le gusta estar en su casa, que su esposo no está la mayor parte del tiempo. “Para mí, mi casa”, dijo para expresar su preferencia por permanecer en este espacio y disfrutar habitarlo. Pero también dijo que sus hijos(as) no vivían aquí, y que ella rara vez salía de su casa, solo cuando tenía que ir al doctor, por medicinas o al GAM. Se construye como “hogareña”, pero también ello se expresa como consecuencia de su aislamiento y

soledad, reafirmandose su pertenencia a este espacio de manera significativa en su construcción como mujer-AM.

Igualmente, en varias ocasiones refirió importantes dificultades para caminar, como dolores, insuficiencia, inflamación de pies, riesgos, etcétera. En los relatos –y observación– de sus desplazamientos, el malestar corporal es importante, pero logra mediarlo, de manera que no se revela necesariamente como la razón de la reducción de su movilidad. Como se observa en el siguiente fragmento, la realización de la práctica, en sí misma, conduce a que construya sobre su posibilidad corporal y se perciba como una mujer-AM independiente y libre en su desarrollo, aunque el malestar no deje de ser importante y no deje de construirse en lo general como “hogareña”.

[Adulter y Adulter mayor] Cuando me dio el cáncer los médicos me decían que no fuera a lugares, que por una gripe o algo. Y no. Quien vive en mí me cubre. Yo nunca he tenido miedo. Hasta la fecha yo voy y vengo sola en camión. Me tienen prohibido que yo ande sola por el corazón ((su hija)). “¡Ah!”, le digo, “¿a poco si voy acompañada y le da la gana al infarto no me va dar? ¡Pues de todas maneras me va dar!” ((risas)). “Aquél”, le digo ((señala al cielo para referirse a Dios)), “sola no voy” [...] Entonces yo me voy a ver a mi hermano, no me voy a quedar aquí cuando él me necesita, siempre hemos sido muy unidos (Alma).

En cambio, otras entrevistadas, como por ejemplo Eva y Teresa, integran su pertenencia al hogar y su gusto por “habitar” sus casas con la importancia de realizar, de forma cotidiana, las actividades fuera de casa que les son significativas en la construcción de sí mismas y que se relacionan, más que nada, con la forma en que construyen sobre su independencia. En sus casos, su realización es más significativa en la configuración de su identidad corporal de género que en el caso de Alma, pues

ante sus nuevos límites corporales y la demanda de sus familiares por permanecer en casa y realizar solo viajes “esenciales” para evitar riesgos, sus traslados en camión y/o a pie se vuelven más importantes en la construcción de sí mismas, volviéndose actos relacionados con su ser-mujeres-AM autónomas, independientes y libres, que luchan por mantenerse realizando.

Por ejemplo, Teresa relató que su nieto le dice que le hable cuando tiene que dejar muchos productos para que no ande “batallando con el carrito”, pero que a ella no le gusta molestarlo con eso, y que solo lo hizo cuando estuvo recién operada, porque a ella le gusta hacer lo que puede hacer sola. Dijo que hace poco la vio cruzando el camellón y levantando el carrito y la alcanzó y le repitió varias veces, inclusive un poco molesto, que le debe hablar para pedirle ayuda. Aun así, dijo que en un par de días tenía que ir de nuevo, pero que tampoco le iba a llamar.

Por su parte, Eva, durante la observación, señaló varias veces dónde vivían las amigas que acostumbraba visitar, y comentó que ella no dejaba de ir aunque estuviera lejos y que siempre se iba en camión. También refirió que ella “no anda de atendida” de *raites*, que le gusta ir a dónde quiere ir y “no andar dependiendo”, y que prefiere andar en el camión que no salir y que no batalla con eso. Así, Teresa y Eva revelan que sus traslados no solo son medios para instrumentar su ser-mujeres en los diferentes ámbitos, sino que con ellos también se construyen como AM independientes, autónomas, libres y que resisten los mandatos de la CFH y de la construcción de la etapa de la adultez mayor como una carente de propósito, en la que priman el deterioro corporal y el riesgo.

En ese sentido, sus prácticas están cargadas de emociones positivas. Y aunque durante las observaciones y las entrevistas ambas refirieron –directa o indirectamente– las dificultades que representa el desarrollo de sus traslados como consecuencia del envejecimiento, a la vez se expresaron sobre formas de mediar el malestar corporal para seguir desarrollando sus prácticas de manera independiente. Revelaron, por ejemplo, cambios en su realización, pero en sus descripciones prima la posibilidad corporal y no el malestar o la imposibilidad, como se expresa en el siguiente fragmento.

En ese sentido, construyen sobre su corporeidad como AM sin excluirse de este espacio, sino que se muestran cómodas en él. Por ejemplo, Eva socializa mucho con desconocidos en sus traslados, y como se observó, platica en la parada del autobús, con el chofer, y con los que se sientan cerca. Comentó varias veces que siempre le toca gente muy amable, y dijo que pide ayuda constantemente, para subir o bajar del camión, y pregunta información sobre paradas o camiones. Teresa, por su parte, saluda con entusiasmo a los vecinos y a los que trabajan en negocios que están en el trayecto que siempre recorre cuando va a trabajar.

[Adulthood] Si me siento insegura, yo pido ayuda. O sea, “mijita”, les digo, “¿vas a atravesarte aquí el boulevard?” “Sí”. “Para que me acompañes”. “Ay, sí, cómo no”. ¿Me entiendes? Me toca gente muy amable [...] (Eva).

Así, la práctica en sí misma, aunque bajo nuevas condiciones corporales, está cargada de una emotividad positiva. Y aunque las entrevistadas asumen su nueva corporeidad –los límites del envejecimiento–, es solo ante manifestaciones muy contundentes de imposibilidad corporal o riesgos que eliminan viajes cuya actividad

destino sea muy significativa en la construcción de sí mismas. En otras circunstancias realizan algunos cambios, como disminuir la frecuencia, y/o buscan apoyos para concretar su realización. Las decisiones de traslado de las entrevistadas tienen que ver con su identidad corporal de género, con sus necesidades en los diferentes ámbitos de sus vidas; se relacionan con sus roles en el hogar, sus trabajos, y con las oportunidades y preferencias de recreación que tienen, siendo en ese entramado que se perciben como más o como menos significativos en la construcción de su ser-mujeres-AM.

A MANERA DE CIERRE DEL ANÁLISIS

A lo largo de esta tesis se pudo observar que transitar por la etapa de la adultez mayor conlleva cambios corporales y sociales que las entrevistadas comparten, pero que la forma en que se les presentan, los perciben, interpretan e implican en sus prácticas no es siempre igual. Las prácticas que las entrevistadas hacen como continuidad de su pasado, las nuevas, y las que dejan de hacer en cada ámbito se relacionan con la forma en que asumen-conforman su corporeidad en el entramado de la construcción de su identidad corporal de género, y este proceso, a su vez, se articula en las posibilidades del contexto en el que viven.

Con relación a su contexto, al analizar las prácticas de estas mujeres en los capítulos anteriores establecimos cómo éstas son intersectadas por las lógicas de

género y de etapa de la vida, y en la etapa actual por la construcción sobre sus cuerpos de mujeres y de AM. Vimos que estas construcciones delimitan el abanico de posibilidades que como mujeres AM comparten, pero que, en la definición de sus prácticas, se implica tanto esa situación socialmente compartida como la particular.

El ámbito de lo particular, conformado por su entorno próximo (físico, social, económico) y la percepción que tienen sobre él (los recursos y obstáculos), así como por la forma en que construyen sobre sí mismas y sobre su rol con relación a ello –y que a su vez está socialmente estructurado–, es donde construyen el sentido, significatividad y emotividad de sus prácticas corporales como parte del proceso de configuración de su identidad corporal de género.

Desde el punto de vista biológico, sus cuerpos se intersectan por procesos comunes como la enfermedad y el envejecimiento, cuyas manifestaciones corporales influyen en las actividades que hacen –y en las que dejan de hacer- y en la forma en que las hacen. Fisiológicamente, estos procesos pueden reducirse a sensaciones, síntomas y cambios en las capacidades y funciones corporales; y de ahí pareciera que pudiera establecerse una relación directa entre éstos y la definición de sus actividades. Por ejemplo, dolor-eliminación de actividades o yendo un poco más allá, dolor-emotividad negativa-eliminación de actividades. Sin embargo al analizar las actividades cotidianas como prácticas corporales se observó que estas relaciones no son automáticas sino que subyacen procesos socioculturales complejos que las definen y que inclusive logran mediar dicha sensorialidad en la práctica.

En esta tesis se evidenció que las manifestaciones físicas del envejecimiento se implican en la práctica de las AM. Las sensaciones físicas (de dolor, hinchazón,

agitación, rigidez, etcétera) en sí mismas suceden y se manifiestan corporalmente, y esto modifica la forma en que las entrevistadas realizan sus prácticas, independientemente de que ellas quieran o no, lo perciban o no, lo expresen verbalmente o no y/o lo signifiquen de forma positiva o negativa. En los relatos de sus actividades y en la observación se revela cómo adaptan sus prácticas a su nueva situación corporal, si bien esta sensorialidad, aun cuando produzca cambios en el desarrollo de las prácticas de las AM, no las define por sí sola. En su definición se implica también la forma en que perciben y construyen sobre la práctica en el entramado de su identidad corporal de género.

Percibir e interpretar esta sensorialidad del envejecimiento como contundente, y que prime sobre la práctica o no, se relaciona con la significatividad-emotividad asociada a ésta en la construcción de sí mismas como mujeres AM. Esta significación resulta de un proceso reflexivo con lo social y genéricamente construido sobre la práctica con relación a las condiciones de su contexto. Se observó, en general, que si las emociones –también socialmente construidas– que se implican en su realización son positivas, no prima dicha sensorialidad, y la corporeidad se percibe-construye positiva en la práctica. Por el contrario, si la emoción construida en la práctica es negativa, prima una corporeidad negativa en la práctica.

Así, en el primer caso la base corporal (material-emocional) de la práctica se resume en sensaciones-emociones positivas, como el placer, el movimiento, el ritmo, el contacto con las y los otros significativos; posibilidades que, como vimos en esta tesis, se revelan de forma particular en esta etapa de la vida. En el segundo, la base corporal de la práctica se resume en la sensación-emoción de malestar que se fija y

encuentra vigencia en el proceso de envejecimiento corporal y en las construcciones sobre éste como etapa de deterioro y de pérdidas (físicas, sociales, económicas, etcétera).

En ese sentido, en el análisis se reveló que una misma práctica puede implicar una corporeidad positiva o negativa. La definición de su significatividad, emotividad y sensorialidad se sostiene en la identidad corporal de género, que como ya hemos dicho antes refiere, a su vez, a situaciones de existencia particulares, socialmente delimitadas. Así vimos, por ejemplo, que en el caso de Oralia priman el cansancio y el dolor en la práctica de cocinar; lo que se relaciona con el sentido, valor y emoción de sus prácticas en función de su situación corporal y social como mujer AM, en un contexto de relaciones familiares conflictivas, en el que su práctica no se sostiene en un intercambio en el entramado del amor maternal o conyugal y se ancla en el envejecimiento como proceso corporal-social de deterioro.

En el desarrollo de estas prácticas, Oralia construye de forma negativa sobre su corporeidad como AM. En cambio, en el caso de Teresa, en el desarrollo de esta práctica prima el placer del contacto y la cercanía con sus seres queridos, y aunque el dolor o cansancio se revelen presentes, la sensorialidad-emotividad de la práctica se ancla en el amor maternal, y en su desarrollo construye de forma positiva sobre su corporeidad.

Lo mismo observamos en el trabajo: en el caso de Oralia priman la imposibilidad y la incompatibilidad corporal-social con el mercado del trabajo, mientras en el caso de Teresa prima su adaptación positiva ante los cambios en sus posibilidades corporales-sociales, y en su desarrollo construye sobre su

independencia, autonomía y poder en su ser-mujer AM. La corporeidad que prevalece en la construcción de sí mismas respecto de actividades recreativas como el descanso, se sostiene de la misma manera. Mientras Oralia expresa que se aburre, que no tiene energía, y que ni siquiera logra descansar cuando se acuesta, Eva refiere disfrutar sus descansos y aprovecharlos para la introspección, la relajación y el disfrute.

A su vez, en esta tesis vimos prácticas que, dada su construcción y significación social, refieren y conforman corporeidades en un sentido específico. Prácticas como el bailar con las amigas conforman experiencias sensorial y emocionalmente positivas, pues están ligadas al placer y al disfrute corporal que en la AM se planteó más asequible para las mujeres en comparación con etapas anteriores (a excepción de la niñez y en algunos casos la adolescencia). Este tipo de prácticas se revelaron positivas en sí mismas, pues en todos los casos las entrevistadas perciben-conforman una corporeidad positiva en su desarrollo, mediando el malestar corporal y prevaleciendo sensaciones-emociones positivas relacionadas con el disfrute.

Por ejemplo, en la entrevista Oralia construyó sobre una corporeidad negativa en el desarrollo de sus prácticas actuales de trabajo doméstico, remunerado y ocio, y primaban sensaciones-emociones negativas del envejecimiento. En la entrevista no relató prácticas cuya emotividad y sensorialidad fueran positivas, pero en la observación del baile no se reveló una corporeidad negativa en su discurso o en su práctica. Fue de los casos en los que menos se expresó la sensorialidad de malestar asociada al envejecimiento durante los festejos o bailes a los que fue invitado el

GAM. Oralia fue la que más bailó, bailaba tandas completas y seguidas, y no expresó incomodidad, cansancio o dolores, sino energía, fuerza, destreza corporal, disfrute en sus movimientos, con la música y la compañía, departiendo, riendo y sonriendo constantemente. Pasó muy poco tiempo sentada y casi no comió, diciendo que prefiere “andar bailando”. En el desarrollo de esta práctica expresa y construye de forma positiva sobre su corporeidad y sobre sí misma.

En el caso de Alma, en la práctica de bailar también se expresa una corporeidad positiva, primando la sensorialidad-emotividad positiva, pero a su vez se observa cómo el malestar cohabita con el disfrute corporal, reafirmando el carácter socialmente construido sobre la corporeidad que implica la práctica en sí misma. Alma se expresa verbal y corporalmente sobre el dolor y el cansancio, así como sobre formas de adaptarse a estas sensaciones negativas, como tomar descansos, bailar despacito, etcétera, pero en su desarrollo prima la risa, el disfrute del ritmo, el contacto con las amigas, y así también prima una construcción positiva de sí misma y de su corporeidad en la práctica.

Finalmente tenemos el caso de Eva, que en el desarrollo de esta práctica se observó que experimenta sensaciones relacionadas con el envejecimiento y la enfermedad que impactan su desarrollo. Sin embargo, Eva las media exitosamente, no las refiere en sus narraciones, y en las observaciones se constata que las obvia o disimula. En el desarrollo de esta práctica prioriza lo positivo, las sensaciones-emociones placenteras, y cuando se le preguntó si se le dificultaba bailar dijo que no, pero al observarla bailar en diferentes espacios, fue común ver que por ejemplo se agarrara las rodillas durante el baile e hiciera pasos graciosos o gestos que referían

algún tipo de incomodidad, pero lo hacía entre risas, como broma, eran formas de disimularlo, no dejaba de bailar, solo cambiaba el paso en el momento y luego de unos segundos lo retomaba.

A su vez, luego de entre dos o tres canciones hacía señas con sus brazos, como si le faltara aire, pero también con gesto de broma, aunque después se iba a sentar un rato a descansar y luego regresaba. En su forma de percibir su corporeidad al realizar esta actividad prima lo positivo, el disfrute corporal que significa el ritmo, la experiencia agradable de convivir con sus amigas, e ignora o minimiza las sensaciones de malestar, construyéndose en ese sentido con su realización.

De este modo, se puede observar cómo este tipo de prácticas positivas contribuyen a mediar el malestar corporal consecuencia del proceso de envejecimiento, que se presenta de forma real en sus cuerpos vividos en la práctica. El desarrollo de este tipo de prácticas conduce a una experiencia sensorial y emocionalmente positiva que les permite construir sobre su corporeidad y sobre sí mismas como mujeres AM en ese sentido en la práctica. Empero, aunque todas revelen esta posibilidad de ser cuerpos de mujeres en su desarrollo, no en todos los casos permea esa construcción de sí mismas en un sentido más amplio, pues dicha corporeidad material-emocional no prima en la configuración de su identidad corporal de género, que es donde el resto de las prácticas adquieren sentido y se significan.

Por ejemplo, cuando se le preguntó a Oralia respecto de lo que consideraba más importante su vida, respondió: “¡Ay!, ya ni sé ahorita. A estas alturas del partido ya ni sé qué es. No. Estoy viviendo así nomás, me aburro ya”. Este fragmento refleja

la pérdida de sentido en esta etapa, que es a la vez expresión de una pérdida de poder. Sus prácticas, en las que expresa-construye una corporeidad –material y emocional– negativa, priman la construcción de sí misma como mujer AM, refiriendo constantemente estar enojada, frustrada, emocionalmente cansada. A su vez, se expresa desmotivada, le dice a sus hijas que está “sola, triste y sin ilusiones”, y relata que en el desarrollo de sus actividades no encuentra un sentido que para ella valga la pena, y así su percepción general sobre lo que está viviendo es negativa. En el mismo sentido, en la descripción de la mayoría de sus prácticas prima el malestar corporal.

En cambio, en el caso de Eva prima una corporeidad positiva y una construcción de sí misma como mujer AM acorde. Cuando se le preguntó lo que era más importante en su vida respondió que eran sus descendientes y sus amigas. También comentó: “Estoy bien bendecida por Dios, ¡qué bárbaro!, por mis hijos, por mis amigas, por la vida, por todo, por todo, porque ¿cuál problema? ¿Cuál estrés? ((risas)). Estoy tranquila, gracias a Dios, estoy tranquila y feliz [...]”. Como vimos, Eva suele minimizar y a veces incluso le pasan desapercibidas en sus prácticas sus limitaciones y malestares como consecuencia del envejecimiento, o si se revelan relata su forma de mediarlos de forma positiva. En el desarrollo de sus prácticas generalmente priman las sensaciones de placer y disfrute, y así también se manifiesta una percepción positiva sobre su corporeidad, sobre sí misma, y sobre lo que está viviendo.

En ese sentido, en esta tesis fuimos viendo que la emotividad y significación de la práctica en la construcción de sí mismas como mujeres AM es trascendental en la forma en que perciben su corporeidad en su desarrollo. En ese entramado es que

median –o no– el malestar consecuencia del proceso de envejecimiento, y que van definiendo la realización de sus prácticas en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana: con relación al proceso de configuración de su identidad corporal de género que, a su vez, se articula en el abanico de posibilidades de género del contexto en el que se desarrollan.

CONCLUSIONES

A lo largo de esta tesis se mostró que el género y el envejecimiento –junto con la enfermedad– como procesos corporales-sociales median las prácticas de actividad física de AM con diabetes. Establecimos que la CFH delimita las posibilidades para las prácticas de las mujeres en los diferentes ámbitos de la actividad física a lo largo de las distintas etapas de sus vidas, y que la adultez mayor no es la excepción. Vimos continuidades en sus posibilidades corporales a lo largo de sus trayectorias, que se sostienen en la construcción sobre sus cuerpos de mujeres, a saber: que pertenecen a lo privado, a lo doméstico, son de y para las y los demás, para su servicio, para su placer, para su cuidado, entre otras.

A su vez establecimos que, en la etapa de la juventud, que es cuando se materializa la maternidad, las demandas de su rol de género en el entramado de la feminidad hegemónica se expresan de forma contundente, pero que éstas también se expresan en otras etapas, inclusive en quienes no fueron madres, e inciden en la realización de sus prácticas, y que en la adultez mayor, ante su nueva situación corporal-social, adquieren nuevas formas. En esta etapa se expresaron como demandas sociales que delimitan sus prácticas y que se sostienen en la construcción sociocultural sobre sus cuerpos maternos de mujeres y también de sus cuerpos envejecidos de AM. A continuación se enuncian algunas de las más importantes:

- Continuar ayudando a la familia en lo doméstico.
- Hacerse cargo de lo doméstico y del cuidado de sus parejas.

- Mantenerse autosuficientes en lo doméstico.
- La felicidad como posibilidad únicamente dentro del entramado de la familia.
- Priorizar las actividades y necesidades de la familia antes que sus propias necesidades y/o actividades con otras personas, como sus amistades.
- Procurar el descanso frente a otras actividades solas.
- Cuidarse, no ser cuidadas.
 - Evitar prácticas que las pongan en riesgo. Sobre todo prácticas que las y los demás consideran poco importantes, como las relacionadas con la recreación.
 - Pedir apoyo, pero para prácticas necesarias, para el resto, ante su imposibilidad de ayudarlas por la carga que tienen con sus propias familias, eliminarlas.
 - Responsabilizarse de no dejar de tomar sus medicinas, asistir a sus consultas, a realizarse análisis, etcétera, así como hacer ejercicio y comer sano para mantenerse saludables.

Con relación al envejecimiento como proceso corporal-social, establecimos que hay sensaciones y emociones, circunstancias y escenarios, que se sostienen en la construcción sociocultural sobre sus cuerpos de AM y que delimitan las posibilidades de sus prácticas en esta etapa. A su vez, vimos que, con relación a las experiencias materiales y sociales que se suceden en la práctica, se sitúan como mujeres AM en el abanico de posibilidades que conforma su contexto.

La sensorialidad del envejecimiento corporal es la que se reveló más fácilmente: el cansancio, el dolor, la falta de energía, la falta de equilibrio, el entumecimiento, rigidez y otros síntomas de enfermedad son sensaciones que suceden en la práctica y se retroalimentan en lo socialmente construido sobre el cuerpo envejecido en la adultez mayor. Esta forma de sentir su cuerpo las lleva a situarse como AM, y en la práctica conducen a realizar de diferente forma sus actividades: a hacer las cosas más lentamente, emplear mayor o menor esfuerzo en su realización, reducir la frecuencia de algunas prácticas, o inclusive en algunos casos a dejarlas de hacer.

En esta nueva forma de desarrollar sus prácticas también se sitúan como AM, toda vez que la construcción social de la vejez como etapa de deterioro de las funciones corporales valida la posibilidad de modificar las actividades en la adultez mayor. Así, transitar por esta etapa conlleva una nueva forma de desarrollarse en los diferentes ámbitos de la actividad física a consecuencia de esa nueva sensorialidad y su construcción –significación– social, al tiempo que las sitúa como AM y delimita sus prácticas.

Pero el análisis realizado también permitió observar que la construcción corporal-social de esta etapa va más allá de las pérdidas que se plantean en el entramado de la biomedicina y la cultura, como el deterioro corporal y el consecuente fin de la vida útil. Se encontraron otras construcciones sobre sus cuerpos de mujeres AM que intersectan las posibilidades para sus prácticas en esta etapa, que a su vez las llevan a situarse como mujeres AM en su desarrollo.

En esta etapa, en el desarrollo de aquellas prácticas maternas que se revelaron en el trabajo doméstico, la recreación y los traslados de familiares, se confirman en el entramado de la CFH, así como en aquellas que realizan con el objetivo de hacerse cargo de sí mismas en lo doméstico y sus propios cuidados y las relacionadas con su estética corporal y de aquello que conforma su espacio vital. En la realización de estas prácticas se construyen como mujeres, reafirmando ese cuerpo de y para las y los demás que vienen conformando a lo largo de sus trayectorias, pero también convergen otras condiciones que refieren a su situación social y corporal como AM que permiten que emerjan otras formas de ser cuerpos y que conducen a nuevas maneras de realizarlas. En conjunto, esta nueva situación corporal-social

permite otras prácticas que, si bien siguen delimitadas por la CFH, les facilitan el construirse más allá de ella.

Nuevo rol familiar

Se observó que desde la adultez, cuando ya no tienen dependientes, cambian las necesidades familiares y asumen de diferente manera sus responsabilidades dentro de sus hogares. Aunque en general siguen siendo las encargadas del desempeño del trabajo doméstico y de cuidado en sus familias, la frecuencia de sus prácticas suele reducirse porque disminuyen las necesidades reales de ésta y porque se sienten socialmente liberadas de su principal responsabilidad: sus hijos e hijas.

Si bien siguen maternalizando con estos y otros miembros de la familia, su rol se hace más flexible, y permite esta disminución de actividades, al tiempo que el desarrollo de las labores del hogar las hace percibir un importante desgaste físico a causa de las posturas y movimientos que implica, lo que también influye en que en la adultez mayor se reduzcan este tipo de actividades. Por otro lado, el objetivo y contexto en el que desarrollan sus actividades de trabajo también cambian, pues al ya no tener la obligación de “sacar adelante” a su descendencia, aunado a su no-correspondencia a razón de género con esta práctica, les es permitido que su desarrollo también se flexibilice.

En ese mismo entramado, conforme va avanzando el deterioro corporal a causa del envejecimiento, empiezan a recibir mayores apoyos económicos por parte

de sus familiares, y su trabajo se va convirtiendo en complemento de éstos, lo que también les permite cambiar y reducir sus prácticas. De igual manera, estos cambios en su rol familiar también reducen las prácticas recreativas con la familia, pues ésta se dedica cada vez más a sus propias vidas y tiene otras ocupaciones. Aunado al impacto del envejecimiento en sus posibilidades corporales, modifican y reducen sus prácticas recreativas, y a medida de que reducen sus prácticas en los diferentes ámbitos en esta etapa se reducen también sus traslados.

La etapa del descanso

La intensidad de su rol como madres durante la juventud, más el deterioro corporal que agrega el envejecimiento, hacen posible un merecido descanso. La disminución de sus actividades se justifica ante el reconocimiento –propio y de sus familias– de que ya cumplieron con la responsabilidad de apoyar a sus hijos e hijas en sus diferentes etapas, durante la crianza e inclusive cuando sus hijas y nueras requirieron que las ayudaran con su propia descendencia, por lo que ahora pueden descansar. Así, se observó que esta etapa la construyen como de descanso, permitiendo la reducción y modificación de sus prácticas en los diferentes ámbitos de sus vidas, permitiendo también que emerjan nuevas, sobre todo recreativas, ya sean prácticas sedentarias asociadas directamente al reposo y descanso corporal, y/o actividades que, al no ser de trabajo doméstico o remunerado, suponen un descanso de ese tipo de prácticas.

Tiempo para sí

Sobre todo en la etapa de la juventud y de la adultez, vimos que como consecuencia de la construcción de la maternidad en el entramado de la CFH el tiempo de las mujeres es esencialmente de y para las y los demás. En la adultez mayor, su nuevo rol familiar, junto con la posibilidad del descanso, se relacionaron con el surgimiento de una nueva oportunidad, que es la de disponer de tiempo para sí mismas. En la vida cotidiana de las mujeres AM la posibilidad del descanso y el tener tiempo para ellas mismas suele traducirse en el aumento de prácticas recreativas sedentarias que realizan en casa, y/o el aumento de prácticas domésticas o de cuidado para sí mismas.

Cuerpo para sí

Como consecuencia de los cambios en su rol familiar y de que disminuye la fuerza de las demandas sociales de maternalizar con otras personas, varias prácticas en los diferentes ámbitos en esta etapa confirman-expresan-promueven un cuerpo para sí mismas. Emergen y/o se consolidan algunas prácticas que, en diferentes medidas, se empezaron a hacer presentes en la adultez, y que con su desarrollo satisfacen sus propias necesidades. En esta etapa encontramos prácticas de trabajo doméstico, remunerado, recreación y traslados que tienen como objetivo a ellas mismas,

prácticas con las que van más allá de confirmar un cuerpo de y para las y los otros en el entramado de la CFH, pero que no dejan de tener una delimitación de género.

El cuidado del cuerpo

A veces desde la adultez, pero más contundentemente en la adultez mayor, emerge un cuerpo necesitado de cuidados ante los múltiples cambios corporales del envejecimiento y la enfermedad que experimentan. Todas las entrevistadas refirieron distintas prácticas cotidianas orientadas a cuidar y mantener su salud que casi no se revelaron en otras etapas.

Nuevas prácticas, como visitas médicas regulares, ir al GAM, tomar medicamentos, alimentación más saludable, ejercicio, etcétera, se suman a las ya referidas sobre cambios en la realización de sus prácticas en los diferentes ámbitos. Mediante su realización ganan en su percepción de control sobre su destino corporal con relación al proceso del envejecimiento, del que emerge un cuerpo que se cuida más, no solo por la enfermedad, sino porque ante la disminución de su rol se hace posible cuidarse para permanecer autosuficiente y no depender de los cuidados externos, una demanda para las mujeres AM en el entramado de la CFH que las plantea esencialmente como cuidadoras y no cuidadas.

Independencia

En sus relatos sobre esta etapa, mantener-conformar su independencia a través de sus prácticas se revela especialmente importante. Este sentido de independencia se relacionó específicamente con la realización de ciertas prácticas en los diferentes ámbitos de actividad de su vida cotidiana. Por ejemplo, en lo doméstico con satisfacer sus necesidades personales, en el trabajo con “no tener que estar pidiendo” y así ser capaces de instrumentar sobre todo sus gastos personales (como pueden ser medicinas, su ropa, actividades recreativas, etcétera), así con recibir ayudas, pero no depender totalmente de ellas, sino estar en posibilidades de gestionar los recursos suficientes para este tipo de actividades como medio para construir su independencia.

En sus prácticas recreativas, construyen su sentido de independencia sobre todo con relación a aquellas que realizan fuera de casa y sin sus familiares. Respecto de las que realizan dentro, su sentido de independencia se revela en función de la percepción de control sobre su tiempo, a su gusto por estar solas y el disfrutarlo. Finalmente, en sus traslados se expresa en su sentido de movilidad, que se traduce en permanecer independientes, en poder realizar las prácticas que necesitan para ser autosuficientes y no depender de nadie para instrumentar aquellas que les son significativas.

Placer autorreferente

En algunos casos desde la adultez, y en otros hasta la adultez mayor, reemergen prácticas que refieren a este tipo de placer, que experimentaron en diferente medida durante la niñez y adolescencia. Como pudimos ver, su realización no deja de estar circunscrita a las condiciones y límites de la CFH, pero en esta etapa refieren mayor libertad y ocasión para su realización, también como consecuencia de su nuevo rol como AM, de tener tiempo para ellas, del ya haber cumplido, de estar descansando, etcétera.

Placer maternal

En esta etapa permanece la construcción femenina del placer. A través de sus prácticas, y en el contexto del amor maternal, construyen el propio placer y felicidad con relación al placer y felicidad que consiguen para sus hijos(as) con su desarrollo. Pero en esta etapa se revela que, a su vez, las entrevistadas se convierten en receptoras de algunas prácticas de este tipo por parte de familiares (sobre todo mujeres), así como también de ciertas concesiones para mediar la realización de las que ellas hacen para las y los demás.

Estas nuevas posibilidades se sostienen en el entramado de su maternidad, y se expresan como reciprocidad de su entrega como madres en etapas anteriores,

como confirmación de una maternidad exitosa que ahora recoge frutos en estas nuevas muestras de amor de sus descendientes para ellas. Las prácticas de las que son ahora acreedoras van desde que las cuiden cuando tienen temporadas de crisis de salud, las llamen con frecuencia o las inviten a pasear, hasta que reciban favores que les faciliten la realización de sus propias prácticas, como llevarlas a su(s) destino(s) o hacerles mandados, y/o permitirles reducir o no realizar algunas tareas, y también ser cuidadas, como cuando sus familiares no dejan que les ayuden en el quehacer o que cocinen muy seguido, por mencionar algunas.

Cuerpo útil para las y los demás

Ante la misma disminución de su rol en los diferentes ámbitos, en esta etapa surge una mayor búsqueda por permanecer útil, sobre todo para sus familias, pero también para la sociedad en general. A través de prácticas diversas buscan confirmarse en ese sentido, prácticas que incluyen, por ejemplo, labores domésticas o de cuidado para sus descendientes en primer o segundo grado, el permanecer trabajando o ayudar a las personas de su vecindario o sus amistades.

Como ya dijimos, debido al envejecimiento estas prácticas se reducen en comparación con etapas anteriores, pero esta forma de significar dichas prácticas es propia de ésta etapa, y en dicho contexto se ancla su realización. En su desarrollo sigue expresándose un cuerpo de y para las y los demás en el entramado de la CFH,

pero a su vez, son medio para mantenerse vigentes y resistir la construcción de la etapa de la adultez mayor como fin de la vida útil.

Fe y cuerpo

En todas las etapas fue recurrente que, sobre todo ante episodios importantes de enfermedad o imposibilidad corporal, estos procesos corpóreos, se signifiquen y valoren en el ámbito de lo espiritual (que se corresponde con lo femenino en la CFH). En la AM, etapa en la que son más frecuentes, se revela una mayor relevancia de dicha dimensión en la percepción y definición de sus posibilidades para sus prácticas. Se observaron continuas referencias a Dios como protector de sus cuerpos de AM en la práctica, ante los inminentes cambios físicos que conlleva el envejecimiento. En esta etapa lo relacionan con su posibilidad de seguir moviéndose, de poder seguir haciendo “sus cosas”, y en algunos casos, su fe en Dios media su sensorialidad y también matiza su percepción de riesgo y potencia la realización de prácticas significativas que consideran riesgosas, refiriendo que Dios las cuida cuando las realizan y por ello se sienten confiadas de hacerlas.

En función de los puntos anteriormente expuestos, podemos decir que el envejecimiento, como proceso corporal-social en intersección con las construcciones sobre lo femenino, supone en suma nuevas posibilidades de ser cuerpos de mujeres AM. La corporeidad femenina de la adultez mayor comprende aspectos más allá de la CFH y de la sensorialidad del proceso de envejecimiento, implicando también las

características que mencionamos antes (un cuerpo y tiempo para sí, placer autorreferente, y a la vez un cuerpo menos material y más espiritual, etcétera). Con relación a ese entramado amplio, en el que en diferentes niveles convergen género y etapa de vida como procesos corporales y sociales, se va conformando el abanico de posibilidades en el que las mujeres AM articulan sus prácticas cotidianas.

Finalmente, en esta tesis vimos que, ante límites y posibilidades para la práctica compartidos como mujeres AM, su definición se sucede en el proceso subjetivo –y reflexivo con lo socialmente construido– de la identidad corporal de género, pues es en ese entramado en el que la práctica se significa. De igual manera, ese proceso, en el que las prácticas de las entrevistadas se significan y se definen, a su vez depende del contexto más próximo en el que se desarrollan y de su posición en ese entramado, revelándose distintas formas de significar sus prácticas en la configuración de su identidad corporal de género y de construir sobre la propia corporeidad como mujeres AM en ese proceso, primando el malestar u otras parcelas positivas de la experiencia corporal-emocional en la práctica. Así, también explicamos las diferentes formas de implicarse en ellas en esta etapa, de continuar realizándolas o no, de modificar la forma en que las hacen y/o de realizar nuevas prácticas.

Cuando una práctica se expresa negativa en la construcción de sí mismas como mujeres AM, es decir, cuando su realización como parte del proceso de configuración de su identidad corporal de género no se inserta en los ideales femeninos (de felicidad en la familia, amor maternal, etcétera) y/o los ideales de la adultez mayor (independencia, felicidad, autonomía, descanso, placer autorreferente,

entre otros), las emociones que surgieron en el proceso reflexivo de la práctica con lo socialmente construido fueron tristeza, estrés, enojo, desesperación, impotencia, y similares. En ese entramado, la dimensión material-corporal de la práctica también fue negativa, y su realización implicó malestar corporal.

En esta etapa en específico, este proceso coexiste con otra materialidad corporal, la sensorialidad del envejecimiento (el dolor, el cansancio, la enfermedad, el riesgo), y en el desarrollo de la práctica prima el malestar corporal del cuerpo envejecido. En ese sentido, en el proceso reflexivo de esta sensorialidad con la construcción sociocultural de la etapa como pérdida se sostiene una emotividad negativa y una construcción también negativa sobre la propia corporeidad (de imposibilidad) en el desarrollo de la práctica. Así, en su desarrollo la práctica se significa de forma negativa, por ejemplo como explotación, vulnerabilidad o dependencia, en un proceso de reflexión corporal-emocional con el mundo social en el que las prácticas se cargan de sentido en la configuración de su ser-mujeres y definen su realización.

Cuando la práctica se expresó positiva en el proceso de configuración de su identidad corporal de género, compatible con sus ideales sobre la feminidad y/o la adultez mayor, el desarrollo de la práctica se inscribió en emociones –corporizadas– positivas como la alegría, la diversión, el amor, y similares. Así, el malestar del envejecimiento es mediado y permite que primen sensaciones positivas, como el ritmo, el movimiento, la risa, el contacto con la naturaleza, con la familia, con los amigos y la introspección, asociadas a la práctica.

Cuando estas parcelas de la experiencia dominan la práctica y median el malestar corporal, se construye una corporeidad positiva en su realización (de posibilidad), y la práctica se significa de forma positiva en la construcción de sí mismas, como un valor, como apoyo, reciprocidad, independencia, libertad, dependiendo del tipo de práctica y de si ésta se inserta en la CFH o la trasciende. En esa construcción de sentido de la práctica en el entramado de su identidad corporal de género, que a su vez media la sensorialidad siempre presente, se define su realización: si continúan haciéndola, si piden ayuda, si la cambian, si la hacen más o menos seguido, etcétera.

APORTACIONES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

En el desarrollo de este análisis de las prácticas cotidianas de AM con diabetes en los diferentes ámbitos de su actividad física, se dejaron ver importantes vetas para trabajar en la promoción de la actividad física de esta población. Este análisis es una aportación importante para lograr instrumentar medidas específicas en este grupo, especialmente afectado por las consecuencias de la inactividad física, ya que conocer la configuración social-genérica de sus prácticas en los diferentes ámbitos permite identificar obstáculos y oportunidades para trabajar con este grupo.

El análisis de las trayectorias de las mujeres AM entrevistadas no solo sirvió para conocer cómo se conforman sus prácticas, sino también para poder aportar para

las siguientes generaciones de AM, para que lleguen a esta etapa con una mejor salud y bienestar y que a su vez puedan seguirla promoviendo de manera efectiva durante ésta. Finalmente, este análisis confirmó que, como señalan Bull y Bauman (2011, 20-21), es importante trabajar desde varios frentes para lograr promover la salud de manera efectiva, pues se necesitan políticas públicas transversales que impliquen al sector salud, económico, medios de comunicación, educación y cultura.

A continuación iremos describiendo algunos elementos para trabajar en ese sentido, pero primeramente resumiremos algunas de las características de sus patrones actuales de actividad física. Aunque la intención de esta tesis no era medir su nivel de actividad, sino comprender la configuración corporal-genérica de sus prácticas en los diferentes ámbitos, a lo largo del análisis se fueron identificando algunas tendencias sobre su actividad física que es importante tomar en cuenta para el diseño de políticas públicas enfocadas a su promoción en esta población. Como consecuencia de su nueva situación corporal-social como mujeres AM, se observó que en esta etapa:

- *Se reduce la frecuencia de las actividades que requieren un mayor gasto de energía y se aumenta la de las actividades sedentarias.* En esta etapa aumentan los síntomas de enfermedad y el cansancio corporal, una nueva condición corporal que se inserta en construcciones relacionadas con el género y la edad avanzada y permite que se normalicen y validen nuevos patrones de actividad que se caracterizan por la disminución de las actividades que demandan mayor energía y por el aumento de las actividades sedentarias.
- *Los problemas relacionados con la movilidad son la causa más frecuente para la reducción de la intensidad y el tiempo que emplean en la realización de las actividades cotidianas que representan mayor gasto de energía.* El dolor, cansancio, la pérdida de la elasticidad, equilibrio y otros problemas relacionados con su movilidad forman parte de la cotidianidad de la vida de las entrevistadas, a causa del desgaste corporal y enfermedades específicas

como la artritis, osteoporosis, entre otras. Debido a los problemas de movilidad, suelen cambiar la forma en que realizan este tipo de actividades, adaptándose a sus nuevas características y capacidades corporales, realizándolas con menor intensidad, de forma más lenta, o por menos tiempo. Se observó que caminan, se paran y se sientan con dificultad, y que muchas veces requieren apoyo para hacerlo, o tienen que detenerse a descansar durante el desarrollo de sus actividades. Las entrevistadas suelen realizar varias actividades que, según la clasificación de actividades por equivalentes metabólicos (METS), pudiesen contribuir a sus necesidades diarias de actividad física, pero con base en lo observado parece que, a excepción del ejercicio, la intensidad y el tiempo que emplean en hacerlas no son suficientes para cumplir con el gasto de energía que requerirían para considerarse actividades moderadas y contribuir al mínimo de actividad física recomendado.

- *El catalogarse como una persona activa o que tiene una vida activa se relacionó, en general, con la realización de múltiples actividades (no con el gasto de energía que requieren) fuera del hogar.* Se consideran activas por realizar múltiples actividades, y no porque todas ellas supongan un gasto de energía importante. Esta percepción suele relacionarse con el tiempo que no se está descansando en casa, si bien no necesariamente realizando actividades que requieran un esfuerzo moderado. Sobre todo, esto lo relacionaron con el tiempo que pasan fuera de casa, aun cuando algunas de las actividades que se realizan sean sedentarias, como ir a visitar a sus familias, por ejemplo.
- *El esfuerzo físico se relaciona más con el dolor en la realización de la actividad que con la aceleración aeróbica.* La realización de actividades como cocinar o lavar trastes complementan el sentido de estar activa, aunque el cansancio que se siente al realizarlas se deba más bien a dolores causados por la postura y los movimientos, lo que se traduce en más desgaste físico y no en una oportunidad para promover su salud.
- *Con excepción del ejercicio, las actividades cotidianas en las que emplean mayor energía no se desarrollan tratando de obtener beneficios para su salud.* Las entrevistadas saben que la actividad física es benéfica para su salud, en lo general, y para el control de la diabetes, en específico. Conocen las recomendaciones generales sobre actividad física en ese sentido, pero en reducen las posibilidades de obtener un beneficio para la salud a través de la actividad física a hacer ejercicio. Solo cuando algunas de ellas refirieron hacer actividades con el objetivo específico de ejercitarse (rutina de ejercicio, bailar o caminar) dijeron seguir parámetros relacionados con la duración y la intensidad; en muy pocas ocasiones manifestaron que cuando el objetivo de la actividad es en sí mismo trasladarse a un lugar, bailar, barrer, trapear, etcétera, aprovecharan para realizar estas actividades de manera que pudieran obtener beneficios para su salud.
- *Suelen realizar ejercicio solas.* Quienes buscan cumplir con la recomendación mínima de actividad física a través del ejercicio, dijeron que

lo realizan con el objetivo específico de obtener beneficios para su salud, no para convivir o distraerse, por ejemplo. Empero, en la adultez algunas relataron el gusto por realizarlo en equipo, también como una forma de socialización, sin embargo, dejaron de hacerlo por su incompatibilidad corporal con ese tipo de programas a consecuencia del deterioro físico por el envejecimiento.

- *Las actividades que requieren mayor gasto de energía, que son comunes entre las entrevistadas y que realizan con mayor frecuencia (al menos 3 veces a la semana), corresponden al trabajo doméstico y traslados.* En lo doméstico, dentro del hogar estas actividades son barrer y trapear, y fuera consiste en comprar insumos para sus hogares y realizar gestiones relacionadas con su salud. En los traslados, es el tiempo que caminan desde y hacia las paradas de camión para realizar estos mandados y cuando caminan a gestiones cerca de sus hogares.
- *De entre las actividades que requieren mayor gasto de energía, la más común entre las entrevistadas fue caminar, que forma parte de diferentes ámbitos de la vida.* Las entrevistadas caminan cuando realizan sus mandados, cuando se trasladan desde los lugares que frecuentan con diferentes fines hasta las paradas de camión, o si son distancias que ellas consideran cortas para llegar de un lugar a otro, y en algunos casos también lo refirieron como una forma de ejercitarse regular o esporádicamente y como parte del trabajo, en este caso las ventas por catálogo.
- *El mayor riesgo que las entrevistadas perciben en el desarrollo de sus actividades son las caídas durante los traslados.* La mayoría de las entrevistadas dijo haberse caído al menos una vez en esta etapa de su vida durante sus traslados. Inclusive, tres de ellas sufrieron caídas con consecuencias importantes para sus posibilidades de movilidad durante los meses en que se realizó el trabajo de campo. Las entrevistadas manifestaron que la infraestructura de las calles (incluida la iluminación), las banquetas y camiones no se adecuan a sus nuevas posibilidades corporales, y no permiten el uso de instrumentos de apoyo como bastones y andaderas que pudieran ayudarlas a prevenir caídas. Su percepción sobre el peligro que representan las caídas se relaciona con sus posibles consecuencias inmediatas y a largo plazo en su movilidad, que en esta etapa suelen ser mayores que en otras.
- *Las entrevistadas suelen realizar las actividades que requieren mayor gasto de energía por las mañanas.* Mostraron preferencias por distribuir las actividades (dentro y fuera del hogar) que les requieren mayor gasto de energía por las mañanas, y dedicar las tardes a actividades sedentarias, porque se sienten más cansadas y con menos energía, sobre todo cuando las realizan ellas solas. Dijeron salir a mandados por las tardes cuando acompañan a familiares o cuando la actividad tiene que suceder en un horario específico que ellas no controlan, y en general dijeron que evitan salir por las noches, salvo a eventos especiales a los que acudan acompañadas, no solo por el cansancio acumulado del día, sino por seguridad (robos) o precaución (por

falta de iluminación y sus deficiencias visuales, que incrementan su riesgo de caer).

- *Sentirse útiles y mantenerse independientes fueron motivadores comunes de la actividad en esta etapa.* La construcción social del envejecimiento no contempla una función social definida para las AM. En la vida de las mujeres entrevistadas esto se traduce en una búsqueda constante por demostrarse y sentirse útiles para sus familias, sobre todo para sus hijas e hijos. En esta búsqueda encuentran un motivador para la realización de actividades que, si bien han realizado en otras etapas, ahora no se les exigen socialmente y pudieran dejar de hacerlas, y que ellas esperan poder seguir realizando, como forma de apoyar a sus familias y así mantener parte de su identidad. Muy ligado a lo anterior se encuentra el miedo a la dependencia como consecuencia del envejecimiento y a la pérdida de capacidades físicas y mentales que les permitan la realización de sus actividades en esta etapa. En la vida cotidiana esto se traduce en una lucha interna, por un lado para la aceptación y demanda progresiva de la ayuda que requieren para realizar algunas actividades, y por otro luchar por no dejar de hacer aquellas actividades que les hacen sentir que aún pueden tomar sus propias decisiones y que tienen el control sobre sus vidas. La percepción sobre qué actividades se colocan en cada lado depende del contexto de vida de cada una de ellas.
- *En el desarrollo de actividades que requieren un mayor gasto de energía, el que formen parte de una experiencia placentera ayuda a minimizar los malestares corporales que suelen ser más significativos en otros contextos.* Las entrevistadas realizan algunas actividades a pesar de sus limitantes corporales, y otras no (o las reducen), aunque requieran esfuerzos físicos similares para su realización, como por ejemplo bailar en una fiesta, hacer ejercicio en el GAM, caminar para acompañar a sus familiares, etcétera. Esto tiene que ver con el aspecto emocional que conlleva la realización de la práctica, que, como vimos antes, cuando es positiva impulsa su realización, pues priman sensaciones de placer y emociones de felicidad sobre el malestar.
- *Las actividades sedentarias que las entrevistadas realizan con mayor frecuencia y durante períodos más largos son ver la televisión y usar el celular para hablar por teléfono, chatear o buscar cosas en internet.* Ambas suelen realizarlas sentadas, y muchas veces al mismo tiempo. Sin embargo, el uso del celular no es continuo, y el ver la televisión sí. Dijeron que pueden pasar varias horas sin levantarse, pero que a veces se entumen y aprovechan para ir al baño o a la cocina.
- *Los malestares y límites corporales para sus prácticas cotidianas los asocian mayoritariamente al envejecimiento y a otras enfermedades, pocas veces a la diabetes.* Se observó el desconocimiento del proceso de deterioro de múltiples funciones y órganos del cuerpo asociados a la diabetes. Al no identificarlos como efectos de esta enfermedad, hay más riesgo que se

descuide o minimice la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico para su control y así evitar complicaciones.

Estas características de sus prácticas son un punto de partida a la hora de diseñar programas encaminados a la promoción de la actividad física en esta población. Algunas recomendaciones que surgen a partir de ellas van, por ejemplo, en el sentido de trabajar en la promoción de la actividad física y cuidado del cuerpo en la realización del trabajo doméstico y los traslados, pues conforman sus principales actividades en la actualidad; expandir la actividad física a otras actividades recreativas más allá del ejercicio; promover la actividad física en grupo; promover una infraestructura en la ciudad compatible con las necesidades de las AM; ampliar el conocimiento sobre la diabetes y sus consecuencias en intersección con el proceso de envejecimiento; y los beneficios de la actividad física en ese entramado, entre otros.

Por otro lado, a continuación se elabora sobre otros aspectos que, de acuerdo con los resultados obtenidos sobre la forma en que se conforman sus prácticas cotidianas en los diferentes ámbitos, habrían de tomarse en cuenta para poder instrumentar cambios duraderos en los patrones de actividad física de esta población y/o para trabajar con las generaciones de mujeres que vienen atrás.

En esta tesis vimos distintas maneras en que las entrevistadas construyen sobre la propia vida. Ante cambios corporales y sociales compartidos y condiciones estructurales también compartidas, la forma de percibir y significar su entorno, lo que les sucede y sus posibilidades, es distinta, y con relación a ello atribuyen el

significado y la emotividad de sus prácticas y definen su realización. Teniendo esto en cuenta, a la hora de diseñar programas enfocados en promover la actividad física de las AM habrá de considerarse que transitar por esta etapa significa entrar a un nuevo sistema de estresores (entre los que destacan los cambios físicos que ocurren y que conducen a nuevas posibilidades para la práctica, un entorno y cultura que no las acoge, una mayor vulnerabilidad social y económica, etcétera), y que habrá quienes lleguen a ella posicionadas con mayores recursos y capacidades para enfrentarlos y quienes no, y que en ese entramado es que construyen sobre sí mismas y sobre el sentido de sus vidas y de sus prácticas.

En ese tenor, la propuesta salutogénica de promoción de la salud apunta que aquellos con un alto Sentido de Coherencia (en adelante SOC), entendido éste como una característica psicosocial que permite a las personas adaptarse de forma positiva a los estresores inherentes a la vida cotidiana (Bengel, Strittmatter y Willmann 1999, 27), se relaciona con una mayor probabilidad de tener y adoptar comportamientos saludables (Mutikainen et al. 2015; Nilsen et al. 2015; Swan et al. 2015; Koelen y Lindstrom 2005).

Las personas con un alto SOC hablan de áreas de su vida que son de suma importancia para ellos, y los obstáculos que se les presentan son vistos como significativos y manejables, como retos que merecen sus esfuerzos, compromiso, tiempo y energías para superarlos (Antonovsky 1987, 17). Por el contrario, las personas que presentan un bajo SOC muestran poco interés por lo que acontece en sus vidas, e interpretan los estímulos del medio como demandas impuestas con las que se ven obligados a lidiar mientras perciben que tienen poco control sobre ellas (Ídem).

Mantener la significatividad de la propia vida y percibir que los cambios y obstáculos son manejables, motiva y facilita la adopción de hábitos que promueven la salud y el bienestar.

Así, para promover de manera más exitosa la actividad física en esta población se revela importante promover también el SOC. Esta tesis, que aborda cómo se va conformando a lo largo de la vida la situación corporal-social como mujeres y como AM de las entrevistadas, permitió identificar prácticas que promueven esta percepción sobre la propia vida. Así, las siguientes recomendaciones facilitan que la promoción de la actividad física se inserte en prácticas significativas para esta población que, a su vez, promuevan su SOC.

- Promover diversos tipos de experiencias de placer autorreferente y hacer explícitas esas parcelas positivas de la experiencia, sus ventajas y la forma en que median el malestar corporal. Como vimos antes, este tipo de placer no conforma la esencia de la CFH que se ancla en el ser de y para las y los demás.
- Promover actividades de este tipo que sucedan tanto dentro de casa (el espacio en el que se sienten cómodas) como fuera de ella (el espacio que las expone a nuevas oportunidades de ser cuerpos de mujeres).
- Abarcar diferentes tipos de actividades que signifiquen un contacto constante con pares, con otras generaciones y con diversos tipos de agentes, para generar fuertes redes de apoyo más allá de sus familias.
- Que estas actividades incluyan experiencias que potencien su empoderamiento en otros ámbitos, por ejemplo, que conlleven un impacto en la sociedad, con sus pares o con otros grupos, ante la pérdida de poder general que experimentan en sus familias como consecuencia de su nuevo rol como AM, y que contribuya a enfrentar mejor las nuevas encrucijadas familiares y de otros ámbitos que conlleva transitar por esta etapa.
- Potenciar las ganancias de la etapa. Que se apropien de ese discurso que observamos sobre el tiempo y las prácticas para sí, el haberse desocupado de los hijos, haberlos sacado adelante, haber “cumplido”, el merecido descanso, nuevas posibilidades de ser, tener mayor libertad de no cumplir con estereotipos de género, etcétera.
- Promover-instrumentar la significatividad de las prácticas de autocuidado en esta etapa y a lo largo de la vida, no solo ante la enfermedad, sino desde etapas tempranas.

- Promover que en todos los ámbitos emerja el cuerpo para sí en la práctica, el derecho-oportunidad de cuidarlo y no extralimitarlo en el trabajo diario para las y los demás.
- Pasar del modelo de atención de la enfermedad al de promoción de la salud, haciendo de ellas el centro de sus prácticas.
- Promover la posibilidad-derecho de recibir ayudas en el desarrollo del trabajo doméstico y de cuidado para sí mismas, sin que esto vaya en detrimento de su sentido y oportunidad de mantenerse independientes y libres.
- Promover el cuidado de la salud emocional con el mismo interés que la salud física.
- Promover el derecho-oportunidad del tiempo libre para sí, más allá de la familia.

Teniendo en cuenta el abanico de posibilidades para la práctica delimitado por el género y edad que fuimos construyendo a lo largo de esta tesis, vemos que es conveniente promover este tipo de experiencias a través de organizaciones que, como el GAM, se sostengan en las demandas actuales sobre su corporeidad como AM y mujeres. En este caso, la demanda del autocuidado de la salud y de no ser cuidadas por otros, pues se presentan como oportunidades “justificadas” de implicarse en otros ámbitos que no refieren estrictamente a satisfacer las necesidades de las y los demás. Respecto de otras etapas de la vida, la promoción de estas experiencias habrá de encontrarse o diseñarse a través de organizaciones que, a su vez, adquieran sentido en el entramado de las demandas de la CFH, para que exista mayor oportunidad de implicarse en ellas. Empero, estas organizaciones habrán a su vez de utilizar la perspectiva de género, para no reproducir estereotipos y poder instrumentar otras formas posibles de ser cuerpos de mujeres en los diferentes ámbitos de la sociedad.

Este tipo de estrategias representan oportunidades importantes, pero para que tengan una mayor trascendencia habrán de buscarse cambios socioculturales más profundos que impacten la organización de la economía, de los hogares, las escuelas,

los medios de comunicación, las instituciones y personal de salud, diseño urbano, etcétera, habrán de centrarse en cambiar la construcción de la adultez mayor como etapa del deterioro y fin de la vida útil, pero sin maquillar o romantizar la vejez. Una reconciliación de la sociedad con el cuerpo envejecido, como ellas logran hacerlo al vivirlo, en donde se asuman sus límites, pero también las oportunidades.

Debe procurarse que la etapa se reconstruya en favor de la autonomía, el control sobre sus decisiones, su independencia, el disfrute y el placer, el valor de sus aportaciones a la sociedad, pero también el derecho al descanso, a recibir ayudas, a conservar y priorizar su salud mental y emocional, a la vez que se desarticule de la CFH el ser de y para las y los demás y los estereotipos y roles de género. Igualmente, se ha de avanzar en instrumentar la redistribución del trabajo doméstico y de cuidado en las familias, la resignificación de la maternidad, la revalorización del trabajo y aportaciones de las mujeres a la sociedad, la promoción de sus derechos (entre ellos el derecho al tiempo libre), de su independencia, su autonomía, garantizar su seguridad, mejorar las condiciones de trabajo atendiendo sus necesidades inmediatas, entre muchos otros.

LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

De entrada, es importante señalar que la diabetes no se pudo aprehender como eje de la corporeidad de las AM como se pretendía en un principio, pues en las descripciones

de las prácticas de las entrevistadas las implicaciones de la enfermedad no se identifican claramente de manera frecuente, sino que, como apuntan Montiel y Domínguez (2011, 7), se revela que su sensorialidad se confunde en el proceso de envejecimiento. La multimorbilidad y el deterioro físico general que caracteriza esta etapa y que la diabetes sea una enfermedad sistémica que provoca múltiples afecciones en los órganos del cuerpo provocan que ambos procesos se entrecrucen.

Esto implica que los cuerpos de las AM con diabetes no son iguales a los de otras AM: suelen ser cuerpos más deteriorados, más enfermos, sobre todo a medida de que tienen más años con la enfermedad. Y también que, independientemente de que se expresen directamente sobre ello o no, el padecer la enfermedad conlleva cambios en sus prácticas y en sus maneras de sentir y elaborar sobre su experiencia corporal, como refieren Mercado et al. (1999, 182-183). Así, aunque a lo largo del análisis nos referimos a las AM, porque en lo general refieren cambios en sus prácticas como consecuencia del envejecimiento, implicamos cuerpos que enfrentan en distintos niveles este proceso adicional de deterioro físico que significa la enfermedad de la diabetes, pero sin poder llegar a lo específico.

Por otro lado, la presente investigación revela tanto la importancia de trabajar la configuración de la práctica de este grupo desde una perspectiva sociocultural y de género tomando como eje para el análisis el cuerpo en sus diferentes dimensiones como la relevancia metodológica de incluir la observación en el análisis de las prácticas corporales. Resultaría importante investigar cómo se expresa este proceso en el caso de los varones adultos mayores con diabetes, para aportar elementos a la promoción de la actividad física y salud integral de este grupo en específico, y para

hacer comparaciones y enriquecer el análisis de género aquí provisto. A su vez, trabajar con mujeres en otras etapas de sus vidas aportaría importantes elementos para comprender cómo influyen sus situaciones específicas de existencia, ya que, aunque las bases del orden de género han cambiado muy poco a través del tiempo, el abanico de posibilidades que viven mujeres niñas, adolescentes, jóvenes y adultas en este tiempo presenta particularidades distintas al de las entrevistadas en dichas etapas.

Finalmente, en esta tesis se reveló cómo las entrevistadas, en la definición de sus prácticas y la construcción de sí mismas a través de éstas, constantemente negocian, resisten o se adscriben a las demandas que su entorno más próximo tiene sobre ellas como mujeres y como AM. Nosotros reconstruimos este proceso a través del discurso de las propias entrevistadas, pero trabajar sobre la percepción del personal de salud, de sus familiares, y otros significativos sobre sus cuerpos de mujeres AM aportaría otras vetas importantes de trabajo en materia de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, Lars Bo, Jorge Mota y Loretta Di Pietro. 2016. Update on the global pandemic of physical inactivity. *The Lancet* CCCLXXXVIII (10051): 1255-1256.
- Anker, Richard. 1997. La segregación profesional entre hombres y mujeres. Repaso de las teorías. *Revista Internacional del Trabajo* CXVI (3): 345-369.
- Antonovsky, Aaron. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* XII (1): 11-18.
- . 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine* XXXVI (6): 726-733.
- . 1987. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Nueva York: Jossey-Bass Publishers.
- Arias, Mercedes y Clara Giraldo. 2011. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería* XXIX (3): 500-514.
- Azpiazu, Mercedes, Alfonso Cruz, José Villagrasa, Juan Abanades, Natividad García y Fernando Alvear. 2002. Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública* LXXVI (6): 683-699.
- Barragán, Olga. 2004. Es tan difícil dejar de comer... Trampeo estratégico en el enfermo diabético. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Barrera, Oscar. 2011. El cuerpo en Marx, Bourdieu y Foucault. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana* XI (4): 121-137.
- Bauman, Adrian, Rodrigo Reis, James Sallis, Jonathan Wells, Ruth Loos y Brian Martin. 2012. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet* CCCLXXX (9838): 258-271.
- Bautista, Patricia. 2011. *Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones*. Bogotá: Manual Moderno.
- Bazo, María Teresa. 2001. La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Revista Española de Investigaciones sociológicas* LX (92): 75-90.
- Beaman, Peter, Sandra Reyes, Carmen García y Alma Cortés. 2004. Percepción entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En *La salud del adulto mayor*, compilado por Onofre Muñoz, Carmen

- García Peña y Luis Durán Arenas, 117-138. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Becerril, Raquel. 2011. Cuerpo, cultura y envejecimiento. Análisis de la imagen corporal en la publicación “60 y más”. *Ágora para la Educación Física y el deporte* XII (2): 139-164.
- Bengel Jürgen, Regine Strittmatter y Hildegard Willmann. 1999. *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*. Colonia: Federal Centre for Health Education.
- Blanco, Neligia y Johann Pirela. 2016. La complementariedad metodológica: estrategia de integración de enfoques en la investigación social. *Espacios Públicos* XIX (45): 97-111.
- Bonino, Luis. 2002. Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes* (6): 7-35.
- __. 1997. Deconstruyendo la “normalidad” masculina. Actualización del trabajo de mortalidad en la adolescencia. Conferencia presentada en el ciclo de conferencias 96/97 de la Asociación Española de Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica, Madrid.
- Bourdieu, Pierre. 2007. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- __. 2000. *La dominación masculina*. Madrid: Editorial Anagrama.
- Bulatao, Rodolfo. 1993. Mortality by cause, 1970 to 2015. En *The epidemiological transition: policy and planning implications for developing countries*, compilado por James Gribble y Samuel Preston, 69-100. Washington: National Academy Press.
- Bull, Fiona y Adrian Bauman. 2011. Physical inactivity: the “Cinderella” risk factor for noncommunicable disease prevention. *Journal of Health Communication* XXVI (2): 13-26.
- Buse, Kent y Sarah Hawkes. 2015. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Globalization and Health* XI (13).
- Butler, Judith. 1998. Actos performativos y constitución de género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista* (18): 296-314.
- Caballero, Águeda. 2006. Beneficios del ejercicio. El ejercicio como elemento terapéutico. En *Diabetes y ejercicio*, compilado por Anna Novials, 25-42. Madrid: Ediciones Mayo.

- Calvario, Eduardo. 2014. Género y masculinidad. Juegos de poder y configuración del peligro en el poblado Miguel Alemán, Sonora. Tesis de doctorado en Ciencia Social con Especialidad en Sociología, El Colegio de México.
- Campillo, José. 2006. Concepto de ejercicio físico. Aspectos fisiológicos y metabólicos. En *Diabetes y ejercicio*, compilado por Anna Novials, 3-24. Madrid: Ediciones Mayo.
- Castaño, Diana. 2015. Factores asociados a la percepción del estado de salud en las personas mayores en seis regiones geográficas en la encuesta SABE Colombia 2015. Tesis de maestría en Salud Pública, Universidad CES.
- Castro Roberto. 2013. De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad. *Idéais* (6):14-40.
- Chapkis, Wendy. 1986. *Beauty secrets: women and the politics of appearance*. Boston: South End Press.
- Chatters, Linda. 1988. Subjective well-being evaluations among older black Americans. *Psychology and Aging* XII (2): 184-190.
- Consejo Estatal de Población (COESPO). 2015. Indicadores demográficos y socioeconómicos. Hermosillo 2015. Hermosillo: Gobierno del Estado de Sonora.
- Consejo Mexicano de Geriátria. 2017. Especialidad de geriatría. <http://consejomexicanodegeriatria.org/especialidad-de-geriatria/> (12 de Octubre 2017).
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). 2016. Informe anual de actividades 2016. Personas con discapacidad. <http://informe.cndh.org.mx/MENU.ASPX?ID=10039> (20 de Mayo de 2017).
- Comisión Nacional del Agua (CONAGUA). 2020. Base de datos climatológica. <https://smn.conagua.gob.mx/es/climatologia/informacion> (27 de abril de 2021).
- Connell, Raewyn. 2003. *Masculinidades*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- . 1995. *The social organization of masculinity*. Berkeley: University of California Press.
- Cortés, Alma, Enrique Villarreal, Liliana Galicia, Lidia Martínez, y Emma Vargas. 2011. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista Médica de Chile* (139): 725-731.

- Corin, Ellen. 1994. The social and cultural matrix of health and disease. En *Why are some people healthy and others not: the determinants of health of populations*, compilado por Robert Evans, Morris Bares y Theodore Marmor, 93-132. Nueva York: Adeline de Gruyter.
- Courtenay, Will. 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* L (10): 1385-1401.
- Csordas, Thomas. 1994a. Introduction: the body as representation and being in the world. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. En idem (comp.), 1-24. Cambridge: Cambridge University Press.
- __. 1994b. Words from the Holy People: A Case Study in Cultural Phenomenology. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. En idem (comp.), 269-290. Cambridge: Cambridge University Press.
- D'Ambruoso, Lucia. 2013. Global health post-2015: the case for universal health equity. *Global Health Action* VI (1): 19661.
- Das, Pamela y Richard Horton. 2016. Physical activity: time to take it seriously and regularly. *The Lancet* CCCLXXXVIII: 1254-1255.
- __. 2012. Rethinking our approach to physical activity. *The Lancet* CCCLXXX (9838): 189-190.
- Davis, Diane, Felipe Vera, Andreina Seijas y Diego Arcia. 2019. *City design, planning and policy innovations. The case of Hermosillo*. Nueva York: Inter-American Development Bank.
- Davis, Diane, Felipe Vera, Claudia Tomateo, Jorge Silva, Juan Sanra María, Rubén Segobia, Adriana Chávez, Diego Arcia, Guadalupe Peñuñuri y Rodrigo Sánchez. 2018. *Repensando Hermosillo*. Nueva York: Inter-American Development Bank.
- De Keijzer, Benno. 1997. El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En *Género y salud en el sureste de México*, compilado por Esperanza Tuñón Pablos, 199-219. Ciudad de México: El Colegio de la Frontera Sur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- De los Santos, Perla y Sandra Carmona. Genealogía socio-histórica del erotismo en adultos mayores. 2016. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* (19): 8-19.
- Delgado, Manuel. 2007. *Sociedades movedizas: pasos hacia una antropología de las calles*. Barcelona: Editorial Anagrama.

- Denman, Catalina A. 2008. *Mujeres, maquila y embarazo. Prácticas de atención de madres-trabajadoras en Nogales, Sonora, México*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Denman, Catalina A. y Haro, Jesús Armando. 2000. Introducción: trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*. En ídem (coords.), 9-55. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Denzin, Norman. 1989. *Interpretative biography. Qualitative research methods*. Nueva York: SAGE Publications.
- Ding, Ding, Kenny Lawson, Tracy Kolbe-Alexander, Erik Finkelstein, Peter Katzmarzyk, Willem van Mechelen y Michael Pratt. 2016. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet* CCCLXXXVIII: 1311-1324.
- Engel, Anna. 1994. Sex roles and gender stereotyping in young women's participation in sport. *Feminism & Psychology* IV (3): 439-448.
- Engelhardt, Tristram. 1975. The concepts of health and disease. En *Evaluation and explanation in the biomedical sciences*, compilado por Tristram Engelhardt y Stuart Spicker, 124-141. Boston: Reidel Publishing Company.
- Eriksson, Monica y Bengt Lindstrom. 2008. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International* XXIII (2): 190-199.
- Esteban, Mari Luz. 2004. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. España: Ediciones Bellaterra.
- Farías Lourdes. 2016. La observación como herramienta de conocimiento y de intervención. En *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa*, compilado por Patricia Schettini e Inés Cortazzo, 8-17. La Plata: Editorial de la Universidad de la Plata.
- Ferraro, Kenneth. 2006. Health and aging. En *Handbook of aging and the social sciences*, compilado por Robert Binstok, Linda George, Stephen Cutler, Jon Hendricks y James Schulz, 238-300. Cambridge: Academic Press.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2005. Vigía: de los derechos de la niñez mexicana. Ciudad de México: UNICEF.
- Foucault, Michel. 1976. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Freidson, Elliot. 1978. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Madrid: Ediciones Península.

- French, Lindsay. 1994. The political economy of injury and compassion: amputees in the Thai-Cambodia border. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, compilado por Thomas Csordas, 48-66. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frenk, Julio, Rafael Lozano, y José Bobadilla. 1994. La transición epidemiológica en América Latina. *Notas de población* (60): 79-101.
- Fry, Christine. 1999. Anthropological Theories of age and aging. En *Handbook of theories of aging*, compilado por Vern Bengtson y Warner Schaie, 271-286. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Galak, Eduardo. 2009. El cuerpo de las prácticas corporales. En *Educación Física. Estudios Críticos en Educación Física*. En ídem, 271-287. La Plata: Al Margen.
- García, Brígida y Edith Pacheco. 2014. Reflexiones sobre el uso del tiempo. En *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. En ídem (coords.), 17-52. Ciudad de México: Organización de las Naciones Unidas, El Colegio de México.
- García, Hilda y Francisco Lara. 2016. Equidad en la provisión de espacios públicos abiertos: accesibilidad, percepción y uso entre mujeres de Hermosillo, Sonora. *Sociedad y Ambiente* IV (10): 28-56.
- García, María del Carmen. 2007. La apropiación del cuerpo. Un largo camino hacia el “para sí”. En *Pensar el cuerpo*, compilado por Elsa Muñiz y Mauricio List, 235-243. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- George, Linda y Kennet Ferraro. 2016. Aging and the social sciences: progress and prospects. En *Handbook of aging and the social sciences*. En ídem, 4-24. Cambridge: Academic Press.
- Goldenberg, Mirian. 2011. Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. *Contemporanea* XIX (2): 77-85.
- Gomes, Kelly y María Helena de Paula. 2012. Corpos velhos do crepúsculo: um estudo sobre os (re)significados da corporeidade na velhice. *Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad* IX (4): 07-16.
- Gómez, Luz María, Bernardo Hernández, María del Carmen Morales y Teresa Shamah. 2009. Physical activity and overweight/obesity in adult Mexican population. The Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud pública de México* LI (4): s621-s629.
- Gómez, Octavio y Babak Khoshnood. 1991. La evolución de la salud internacional en el siglo XX. *Salud Pública de México* XXXIII (4): 314-329.

- González, Martha. 2017. Representaciones sociales y experiencias de vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. *Estudios Demográficos y Urbanos* XXXII (1): 9-36.
- Grijalva, Gabriela y Mercedes Zúñiga. 2007. Reporte final de investigación: problemas y alternativas sobre el envejecimiento demográfico. Los retos a enfrentar en el Estado de Sonora. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Guba, Egon e Yvonna Lincoln. 2000. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. *Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social*, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro, 113-145. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- . 2012. Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. En *Manual de investigación cualitativa: paradigmas y perspectivas en disputa*. En ídem (comps.), 38-71. Madrid: Editorial Gedisa.
- Gutiérrez, Andrea. 2012. ¿Qué es la movilidad? Elementos para (re) construir las definiciones básicas del campo del transporte. *Bitácora* XXI (2): 61-74.
- Hallal, Pedro, Lars Andersen, Fiona Bull, Regina Guthold, William Haskell y Ulf Ekelund. 2012. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet* CCCLXXX (9838): 20-30.
- Hendriks, Jon y Andrew Achenbaum. 1999. Historical development of theories of aging. En *Handbook of theories of aging*, compilado por Vern Bengtson y Warner Schaie, 21-39. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Hernández, Bernardo, Jessica de Haene, Simón Barquera, Eric Monterrubio, Juan Rivera, Teresa Shamah, Jaime Sepúlveda, Jere Haas y Fabricio Campirano. 2003. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva. *Revista Panamericana de Salud Pública* XIV (4): 235-245.
- Hijos, Nemesia. 2018. Apuntes bibliográficos para acercarnos a la pregunta por género en el deporte. *Cuestiones de Sociología* (18): e059.
- Imaz, Elixabete. 2007. Mujeres gestantes, madres en gestación. Tesis de doctorado en Filosofía de los Valores y Antropología Social, Universidad del País Vasco.
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ). 2014. Programa nacional de juventud 2014-2018. Ciudad de México: IMJ.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). 2020. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México: IMSS.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2020a. Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020. Ciudad de México: INEGI

___ . 2020b. Principales resultados por AGEB y manzana urbana 2020. <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=10> (20 de abril de 2021).

___ . 2020c. Densidad de población. <http://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/densidad.aspx?tema=P#:~:text=La%20relaci%C3%B3n%20entre%20un%20espacio,de%2061%20hab%2Fkm2> (27 de abril de 2021)

___ . 2019a. Nota técnica. Estadísticas de defunciones registradas 2019. Ciudad de México: INEGI

___ . 2019b. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre la Seguridad Pública (ENVIPE) 2019. Principales resultados. Ciudad de México: INEGI.

___ . 2016. Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad. Ciudad de México: INEGI.

___ . 1980. Censo general de población y vivienda. Ciudad de México: INEGI

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). 2019. Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Ciudad de México: INEGI, INMUJERES.

___ . 2015. Situación de las personas adultas mayores en México. Ciudad de México: INMUJERES.

___ . 2002. ¿En qué usan el tiempo las mujeres en México? Ciudad de México: INMUJERES.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). 2020. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Resultados Nacionales. Ciudad de México: INSP.

___ . 2016. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT-MC) 2016. Informe Final de Resultados. Ciudad de México: INSP.

___ . 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados Nacionales. Ciudad de México: INSP.

___ . 2002. El periodo de vida sana puede prolongarse entre 5 y 10 Años, según la Organización Mundial de la Salud. *Salud Pública de México* XLIV (6): 583-584.

___ . 2001. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 1999. Ciudad de México: INSP.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 2016. *Reglamento de servicios médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. Ciudad de México: ISSSTE.

- Jáuregui, Alejandra, Deborah Salvo, Héctor Lamadrid, Bernardo Hernández, Juan Rivera-Dommarco y Micheal Pratt. 2016. Perceived and objective measures of neighborhood environment for physical activity among Mexican adults. *Preventing Chronic Disease* XIII (76): 1-12.
- Juárez, Clara. 2006. Ya no quisiera ni ser yo. La experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rurales y urbanas en México. Tesis de doctorado en Antropología de la Medicina, Universitat Rovira i Virgili.
- Karp, Jordan F., Joseph W. Shega, Natalia E. Morone y Debra K. Weiner. 2008. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *British Journal of Anaesthesia* CI (1): 111-120.
- Kehl, Susana y Manuel Fernández. 2001. La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social* (14): 125-161.
- Kennerly, Ann y Alison Kirk. 2018. Physical activity and sedentary behavior of adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Practical Diabetes* XXXV (3): 86-89.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Koelen Maria y Bengt Lindström. 2005. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition* LIX: S10-S16.
- Kohl, Harold, Cora Craig, Estelle Lambert, Shigeru Inoue, Jasem Alkandari, Grit Leetongin, y Sonja Kahlmeier. 2012. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet* CCCLXXX (9838): 67-78.
- Lara, Agustín, Arturo Aroch, Rosa Jiménez, Mario Arceo y Oscar Velázquez. 2004. Grupos de ayuda mutua: estrategia para el control de diabetes e hipertensión. *Archivos de Cardiología de México* LXXIV (4): 330-336.
- Lagarde, Marcela. 2005. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Leccardi, Carmen y Carles Feixa. 2011. El concepto de generación en las teorías sobre juventud. *Última década* (34): 11-32.
- Lechuga, Jesús, Giovanna Ramírez y Maricruz Guerrero. 2016. Educación y género. El largo trayecto de la mujer hacia la modernidad en México. *Journal of Economic Literature* XV (43): 110-139.

- Lee, I-Min, Eric Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven Blair y Peter Katzmarzyk. 2012. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* CCCLXXX (9838): 9-19.
- Llanes, Nathaly. 2016. *Estar en la edad: Resignificaciones de la maternidad adolescente en Tijuana*. Ciudad de México: El Colegio de la Frontera Norte.
- Lynott, Robert y Patricia Passuth. 1996. Tracing the course of theoretical development in the sociology of aging. *The Gerontologist* XXXVI (6): 749-760.
- Lyon, Margaret y Jack Barbalet. 1994. Society's body: emotion and the "somatization" of social theory. En *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, compilado por Thomas Csordas, 48-66. Cambridge: Cambridge University Press.
- Martínez, Isabel. 2001. *Género, desarrollo psico-social y trastornos de la imagen*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- McCarthy, Magaret, Januce Daveyt, Frans Wackers y Deborah Cyun. 2014. Predictors of physical inactivity in men and women with type 2 diabetes from the Detection of Ischemia in Asymptomatic Diabetics (DIAD) study. *The Diabetes Educator* XL (5): 678-687.
- McDowell, Linda. 2000. *Género, identidad y lugar: un estudio de las geografías feministas*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- McPherson, Barry. 1994. Sociocultural perspectives on aging and physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity* (2): 329-353.
- Medina, Catalina, Simón Barquera e Ian Janssen. 2012. *Encuesta Nacional de Salud 2012. Evidencia para la política pública en salud*. Ciudad de México: INSP.
- Mendenhall, Emily, Brandon Kohrt, Shane Norris, David Ndeti, y Dorairaj Prabhakaran. 2017. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *The Lancet* CCCLXXXIX (10072): 951-963.
- Menéndez, Eduardo. 2008 Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad* XX (2): 5-50.
- . 2002. *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- . 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* XVI (46), 37-67.

- Meneses, Ernesto. 2002. Tendencias educativas oficiales en México. 1934-1964: la problemática de la educación mexicana durante el régimen cardenista y los cuatro regímenes subsiguientes. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.
- Mercado, Francisco. 1996. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Mercado, Francisco, Leticia Silva, Igor Ramos, Nora Moreno y Elizabeth Alcántara. 1999. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro. *Saúde Pública* xv (1): 179-186.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1945. *Fenomenología de la percepción*. Madrid: Ediciones Península.
- Messner, Michael. 1990. Boyhood, organized sports, and the construction of masculinities. *Journal of Contemporary Ethnography* xviii (4): 416-444.
- Miranda, Nora y Marta Antunez. 2006. Los estereotipos de género en las prácticas físicas y deportivas. Ponencia presentada en el VII Seminario Internacional Fazendo Genero, Santa Catarina, Brasil.
- Montiel, María y Miriam Domínguez. 2011. Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual* I (2): 7-18.
- Moreno, Laura. 2009. Percepción del riesgo en torno a la alimentación en personas con diabetes. En *Antropología física, salud y sociedad: viejas tradiciones y nuevos retos*, coordinado por Florencia Peña y Beatriz León, 165-172. Ciudad de México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Morgan, Leslie y Suzzane Kundel. 2007. *Aging society and the life course*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Morris, Jeremy, J. Heady, P. Raffle, C. Roberts, y J. Parks. 1953. Coronary heart-disease and physical activity of work. *The Lancet* CCLXII (6795): 1053-1108.
- Muñiz, Elsa. 2014. Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una mirada necesaria. *Revista Sociedade e Estado* xxix (2): 415-432.
- Mutikainen, Sara, Tiina Föhr, Leila Karhunen, Marjukka Kolehmainen, Heikki Kainulainen, Raimo Lappalainen y Urho Kujala. 2014. Predictors of increase in physical activity during a 6-month follow-up period among overweight and physically inactive healthy young adults. *Journal of Science & Fitness* XIII: 63-71.

- Nilsen, Vegard, Per Sigvald Bakke, Gudrun Rohde y Frode Gallefoss. Is sense of coherence a predictor of lifestyle changes in subjects at risk for type 2 diabetes? *Public Health* CXXIX: 155-161.
- Nelson, Karin, Gayle Reiber y Edward Boyko. 2002. Diet and exercise among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* xxv (10): 1722-1728.
- Novella, Manuel. 2016. El voluntariado de acción social de las personas mayores como elemento de envejecimiento activo. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Valencia.
- Ojeda, Arturo, Adolfo Narváez y Jesús Quintana. 2014. Gestión del agua doméstica urbana en Hermosillo (Sonora, México). *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía* XXIII (1): 147-164.
- Olaiz-Fernández Gustavo, Rosalba Rojas, Carlos Aguilar-Salinas, Juan Rauda y Salvador Villalpando. 2007. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México* XLIX (3): s331- 337.
- Olmo, María Isabel y Elvira Maeso. 2013. Diferencias de género en la movilidad en regiones urbanas en Andalucía. *Revista Latino-americana de Geografía y Género* IV (2): 13-28.
- Omran, Abdel. 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly* LXXXIII (4): 731-757.
- Orellana, Juan. 2016. *Introducción a los estudios sociales y culturales sobre deporte y actividad física*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015. Nueva York: ONU.
- __. 2013. World Population Ageing. Nueva York: ONU.
- __. 1982. Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Viena: ONU.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). ILO Thesaurus. <https://metadata.ilo.org/thesaurus.html> (29 de septiembre de 2020).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2017. Inactividad física: un problema de salud pública mundial. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/ (13 de mayo de 2017).
- __. 2016a. Diabetes. Nota descriptiva. Ginebra: OMS.

- ___ . 2016b. Global report on diabetes. Ginebra: OMS
- ___ . 2016c. World health statistics 2016. Monitoring health for the SDGs. Ginebra: OMS.
- ___ . 2016d. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: Proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS.
- ___ . 2015a. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS.
- ___ . 2015b. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva 317. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/> (13 de octubre de 2017).
- ___ . 2014a. Actividad Física. Nota Descriptiva 384. <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs385/es/> (27 de abril de 2016).
- ___ . 2014b. Regional strategy for healthy ageing 2013-2018. Nueva Dehli: OMS.
- ___ . 2011a. Noncommunicable diseases. Country profiles 2011. Ginebra: OMS
- ___ . 2011b. Global health and aging. Ginebra: OMS.
- ___ . 2010. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS.
- ___ . 2009. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: OMS.
- ___ . 2004. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS.
- ___ . 2002a. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS
- ___ . 2002b. Diet, physical activity and health (WHA55.23). Ginebra: OMS.
- ___ . 1998. Noncommunicable disease prevention and control (WHA51.18). Ginebra: OMS.
- ___ . 1948. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- Page, Jaime. 2013. Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de las Casas y Chamula, Chiapas. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* XI (1): 118-133.
- Palomo, Carolina y Catalina A. Denman. 2019. Actividad física en adultos con y sin diabetes en México (ENSANUT MC-2016). *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* VIII (3): 13-28.

- Palomo, Carolina. 2014. Sentido de Coherencia y relaciones entre pares. Una mirada desde la perspectiva de género a las situaciones de bullying y violencia juvenil entre adolescentes de una secundarias de Hermosillo, Sonora, México. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Páramo, Pablo y Andrea Burbano. 2011. Género y espacialidad: análisis de factores que condicionan la equidad en el espacio público urbano. *Universitas Psychologica* x (1): 61-70.
- Parsons, Talcott. 1964. *Social structure and personality*. Nueva York: Free Press.
- Patermina de la Ossa, Aura, Andrés Villaquirán-Hurtado, Sandra Jácome-Velasco, Brigid Galvis-Fernández y Yenny Granados-Vidal. 2017. Actividad física en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y relación con características sociodemográficas, clínicas y antropométricas. *Universidad y Salud* XX (1): 72-81.
- Pedrero, Mercedes. 2004. Género, trabajo doméstico y extradoméstico en México. Una estimación del valor económico del trabajo doméstico. *Estudios Demográficos y Urbanos* (56): 413-446.
- Pérez, Lourdes. 2016. 25 años de la sociología de la vejez. *Espacio abierto* XXV (3): 207-216.
- Pink, Sarah. 2015. *Doing sensory ethnography*. Londres: SAGE Publications.
- Popkin, Barry. 2006. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *The American Journal of Clinical Nutrition* LXXXIV (2): 289-298.
- Posada, Luisa. 2015. Las mujeres son cuerpo: reflexiones feministas. *Investigaciones Feministas* VI: 108-121.
- Quadango, J. y J. Reid. 1999. The political economy perspective in aging. En *Handbook of theories of aging*, compilado por Vern Bengtson y Warner Schaie, 344-358. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Ramírez, Juan Carlos. 2003. Masculinidad y violencia doméstica. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Razo, Angélica. 2014. La política pública de vejez en Ciudad de México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *Revista CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico)* XIX (2): 78-85.
- Reis, James, Deborah Salvo, David Oglivie, Estelle Lambert, Shifalika Goenka, Ross Brownson. 2016. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *The Lancet* CCCLXXXVIII (10051): 1337-1348.

- Reyes, Pablo. 2019. Mortalidad intraurbana, envejecimiento y marginación en Hermosillo, Sonora, 2013-2016. *Región y sociedad* XXXI: e1209.
- _____. 2013. Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta-salud en Sonora. Hermosillo: El Colegio de Sonora
- Rojas, Rosalba, Ana Basto, Carlos Aguilar, Emiliano Zárate, Salvador Villalpando y Tonatiuh Barrientos. 2018. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México* LX (3): 224-232.
- Rojas, Rosalba, Aída Jiménez, Aurora Franco y Carlos Aguilar. 2015. Epidemiología de la diabetes mellitus en México. En *Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura*, compilado por Carlos Aguilar, Sergio Hernández, Mauricio Hernández y Juan Hernández, 1- 25. Ciudad de México: CONACYT.
- Romero Alejandro y José Gómez. 2016. Evaluación integral del paciente con diabetes: deficiencias y soluciones. En *Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura*, compilado por Carlos Aguilar, Sergio Hernández, Mauricio Hernández y Juan Hernández, 81-110. Ciudad de México: CONACYT.
- Sáez, Pilar, Natalia Sánchez, Sonia Jiménez, Noelia Alonso y José Antonio Valverde. 2015. Valoración del dolor en el anciano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* XXII (6): 271-274.
- Sánchez, Pedro. 1992. Bases y fundamentos para una aproximación sociológica a la vejez. *Revista de Sociología* (40): 99-120.
- Sabido, Olga. 2016. Cuerpo y sentidos. El análisis sociológico de la percepción. *Debate feminista* LI: 63-80.
- Sallis, James, Fiona Bull, Regina Guthold, Gregory Heath, Shigeru Inour, Paul Kelly, Adewale Oyeyemi, Lilian Perez, Justin Richards y Pedro Hallal. 2016b. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *The Lancet* CCCLXXXVIII (10051): 1325-1336.
- Sallis, James, Ester Cerin, Terry Conway, Marc Adams, Lawrence Frank, Michael Pratt y Deborah Salvo. 2016a. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *The Lancet* CCCLXXXVII (10034): 2207-2217.
- Schulz, Leslie, Peter Bennet, Eric Ravussin, Judith Kidd, Kennet Kid, Julian Esparza y Mauro Valencia. 2006. Effects of traditional and western environments on prevalence of type 2 diabetes in Pima Indians in Mexico and the U.S. *Diabetes Care* XXIX (8): 1866-1871.

Scott, Joan. 1996. El género una categoría útil para el análisis histórico. En *El género. La construcción de la diferencia sexual*, compilado por Martha Lamas, 265-302. Ciudad de México: PUEG.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). 2016. Programa Nacional Gerontológico 2016-2018. Ciudad de México: SEDESOL.

__. 2015. *Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública*. Ciudad de México: SEDESOL, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

__. 2013. Sistema de Apoyo para la planeación de PDZP. Catálogo de localidades. <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=260300001> (20 de abril de 2021).

Secretaría de Infraestructura y Desarrollo Urbano (SIDUR). 2016. Programa Sectorial de infraestructura y desarrollo urbano sustentables. Hermosillo: SIDUR.

Secretaría de Salud (SS). 2020. Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Causas de defunción. Sonora. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/> (25 de abril de 2021)

__. 2016a. Estrategia Grupos de Ayuda Mutua. Ciudad de México: SS.

__. 2016b. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2016. Ciudad de México: SS.

__. 2016c. Declaratoria de emergencia epidemiológica EE-4-2016. Ciudad de México: SS.

__. 2014. Estimación de tasas de mortalidad, esperanza de vida y AVP por causas de muerte, 2010-2020 <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/4rnis-is-05.pdf> (23 de abril de 2016).

__. 2010. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México. Ciudad de México: SS.

__. 2009. Principales causas de mortalidad 2000-2008 http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/e_mortalidadgeneral.html (23 de abril de 2016).

__. 1999. Mortalidad 1998. Contexto actual y aspectos relevantes. Ciudad de México: SS.

Secretaría del Bienestar. 2021. Pensión Universal para personas adultas mayores. <https://www.gob.mx/pensionpersonasadultasmayores> (20 de abril de 2021).

Settersten, Richard. 2006. Aging and the life course. En *Handbook of aging and the social sciences*, compilado por Robert Binstock y Linda George, 3-20. Cambridge: Academic Press.

- Spinney, Justin. 2006. A place of sense: a kinaesthetic ethnography of cyclists on Mont Ventoux. *Society and Space* XXIV (5): 709-732.
- Suárez, Tonatiuh y Luis Chias. 2015. Vejez, género y movilidad diferenciada en la Ciudad de México. Ponencia presentada en el Congreso Internacional Interdisciplinario sobre Vejez y Envejecimiento, Ciudad de México.
- Swan, Emily, Laura Bouwman, Gerrit Hiddink y María Koelen. 2015. Profiling healthy eaters: determining factors that predict healthy eating practices among Dutch adults. *Appetite* LXXXIX: 122-130.
- Swedish National Institute of Public Health (SNIPH). 2010. Physical activity in the prevention and treatment of disease. Estocolmo: SNIPH.
- Tájer, Débora, Ana Fernández, Laura Antonietti, Agostina Chiodi, Adriana Salazar, Isabel Barrera y Lucero Juárez. 2014. Barreras de género en la prevención cardiovascular: actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y usuarias. *Revista Argentina de Salud Pública* v (21): 14-23.
- Taylor, Steve J. y Robert Bogdan. 1987. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid: Paidós.
- Tsai, Alexander, Emily Mendenhall, James Trostle e Ichiro Kawachi. 2017. Co-occurring epidemics, syndemics and population health. *The Lancet* CCCLXXXIX (10072): 978-982.
- The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2017. Urbanization, inequality and non-communicable disease risk. *The Lancet* v (5): 313.
- Theberge, Nancy. 1991. Reflections on the body in the sociology of sport. *Quest* XLIII (2): 123-134.
- Trilla, Jaume. 1991. Revisión de los conceptos de tiempo libre y ocio. El caso infantil. *Revista de Estudios Infancia y Sociedad* (8): 17-31.
- Turner, Bryan. 1994. Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *REIS-Revista Española de Investigaciones Sociológicas* LXVIII (94): 11-39.
- Ureta, María Ximena. 2017. Prácticas y representaciones sobre el tiempo libre y de ocio en mujeres y hombres con hijos. Tesis de maestría en Sociología, Universidad de la República.
- Valenzuela, Marissa y Juana Meléndez. 2019. Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México. *Región y Sociedad* XXXI: e1067.

- Vázquez, Verónica y Roberto García. 2009. Masculinidad hegemónica, violencia y consumo de alcohol en el medio universitario. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* XIV (42): 701-719.
- Vázquez, Ángel y Alejandra Urbiola. 2014. El género como una perspectiva para el análisis de las organizaciones. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* XXXV (77): 159-189.
- Velázquez, Olga. 2017. Autoatención y trabajo doméstico de adultos mayores con diabetes. Un estudio en Hermosillo, Sonora. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Vera, José, Teresa Sotelo y Miriam Domínguez. 2005. Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* VII (2): 57-78.
- Vivaldi, Flavia y Enrique Barra. 2012. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de la salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica* XXX (2): 23-29.
- Wacher, Niels, Rita Gómez y Lucero Casas. Programas para prevención y tratamiento de la diabetes en Ciudad de México: éxitos y áreas de oportunidad. En *Acciones para enfrentar a la diabetes. Documento de postura*, compilado por Carlos Aguilar, Sergio Hernández, Mauricio Hernández y Juan Hernández, 307-350. Ciudad de México: CONACYT.
- Wacquant, Loic. 1995. Pugs at work: bodily capital and bodily labor among professional boxers. *Body and Society* I (1): 65-93.
- Wilson, Elizabeth. 1987. *Adorned in dreams: fashion and modernity*. Berkeley: University of California Press.
- Wen, Chi Pang y Xifeng Wu. 2012. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *The Lancet* CCCLXXX (9838): 9-19.
- Young, Allan. 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Reviews of Anthropology* XI: 257-285.
- Zamorano, Claudia, Martha de Alba, Guénola Caprón y Salomón González. 2012. Ser viejo en una metrópoli segregada: adultos mayores en la Ciudad de México. *Nueva Antropología* XXV (76): 83-102.
- Zetina, María. 1999. Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población* V (19): 23-41.
- Zucchini, Elena. 2015. Género y transporte: análisis de la movilidad del cuidado como punto de partida para construir una base de conocimiento más amplia

de los patrones de movilidad. El caso de Madrid. Tesis de doctorado en Urbanística y Ordenación del Territorio, Universidad Politécnica de Madrid.

Zúñiga, Genny y María Orlando. 2001. Trabajo femenino y brecha de ingresos por género en Venezuela. *Papeles de Población* (27): 63-98.

Zúñiga, Mercedes. Las mujeres en los espacios públicos: entre la violencia y la búsqueda de libertad. *Región y Sociedad* IV: 77-100.

ANEXOS

ANEXO 1. TALLER INVITACIÓN

Taller: Mi historia a través de mi cuerpo.

Objetivo: Generar interés para participar en la investigación “Prácticas de actividad física en adultos mayores con diabetes”.

Duración: 60 minutos

Participantes: GAM Domingo Olivares

Fecha: 25 de abril de 2018

Materiales: Dibujos de los 5 sentidos, aceite esencial, difusor de aceites, música, bocina y hojas de registro.

Actividades:

1. Presentación

Duración: 10 minutos.

Descripción: Presentación de las y los participantes en el taller. Descripción de la investigación e invitación a participar. Presentación del taller.

Materiales: Gafetes y plumones.

2. Habitar nuestro cuerpo.

Duración: 20 minutos.

Objetivo: Despertar la conciencia corporal.

Descripción: Se sensibiliza a través de la reflexión y de la experiencia sobre la manera de empezar a sentir el mundo a través del cuerpo.

3. Una probadita de mi infancia.

Duración: 20 minutos.

Objetivo: Fomentar interés por recordar y compartir lo vivido.

Descripción: El grupo recuerda y comparte experiencias placenteras de la infancia contestando preguntas en grupo y discutiéndolas.

4. Cierre: Todo lo que mi cuerpo ha vivido y ha disfrutado

Duración: 10 minutos

Objetivo: Crear una imagen positiva sobre el propio cuerpo.

Descripción: Se dirige una reflexión positiva sobre el propio cuerpo en la edad adulta mayor.

5. Invitación a participar en las entrevistas.

ANEXO 2. TALLER DE CIERRE

Taller autobiográfico para participantes del Grupo de Ayuda Mutua

Imparte: Leticia Quiroz.

Descripción del Taller:

Este taller pretende, a través de ejercicios para la memoria, ayudarles a las y los participantes a recuperar su historia, y por medio de métodos narrativos capturarla. Esta propuesta tiene en cuenta la necesidad vital de poner en palabras los acontecimientos significativos de la vida. Todas las personas, en especial las y los adultos mayores, tienen la necesidad de contar relatos, experiencias y sucesos de su vida personal. La narración tiene como objetivo unir la representación de sí mismo a lo largo de la vida, y, a su vez, que estos relatos puedan ser vinculados con los momentos históricos y sociales propios de la época en que sucedieron, que enmarcan y permiten comprender la dinámica de los diferentes acontecimientos adquieren a lo largo de la vida.

Las personas resignifican sus historias mediante la narración y puesta en común de los recuerdos compartidos. Se pretende desarrollar un espacio que convoque a las personas a contar y compartir relatos de sus historias de vida. En estos talleres cada persona narra experiencias, y se realiza una reflexión social a partir de un relato personal.

Se escribirán los textos de cada participante para que al final le quede al grupo una muestra de su trabajo que puedan compartir con familiares y amigos. Se consideran estrategias alternativas y/o complementarias como el uso de grabadoras, apoyo de terceros para la transcripción, uso de fotografías y de otros materiales de acuerdo a las necesidades y preferencias del grupo para el producto final.

Duración: 4 sesiones de 2 horas cada una.

ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA

<p>Descripción casa</p> <p>Descripción colonia [físico y social]</p> <p>Cercanía de cosas</p> <p>Traslados</p>	<p>Empecemos por qué me describa donde vive usted para ubicar e imaginar donde tiene lugar su historia.</p> <p>¿En qué colonia vive [rumbo]?</p> <p>¿Cómo es su colonia [cosas cerca, infraestructura, vecinos, seguridad, vecinos, etc.]?</p> <p>¿Frecuenta los lugares que le quedan cerca?</p> <p>¿Cómo se traslada a esos lugares [tiempo, frecuencia]?</p> <p>¿Siente que le es conveniente trasladarse así? ¿Por qué? [Paradas de camión, estado de banquetas, seguridad, etc.]</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>¿Cómo se siente físicamente al trasladarse a lugares cercanos?</p> <p>¿Qué le facilita sus traslados?</p> <p>¿Cómo están las cosas en su colonia [problemas, recursos]?</p> <p>¿Y su casa cómo es?</p>
<p>División trabajo</p>	<p>Y usted me dijo que usted vive con [XX]... ¿a qué se dedica cada quién? ¿Cuál es la responsabilidad de cada quién?</p> <p>Y en torno a las labores del hogar, ¿Cómo se divide el trabajo en casa? ¿Usted de qué se encarga? ¿Y los demás?</p>
<p>Día común [descripción de actividades, Tiempo y frecuencia, sensaciones]: casa, trabajo, tiempo libre, traslados, ejercicio]</p> <p>Act. Difíciles</p>	<p>Describame un día común en su vida, se levanta y ...</p> <p>¿Realiza labores domésticas [descripción act., tiempo y frecuencia, sensaciones]?</p> <p>Ahora me dijo que trabajaba en ____ ¿en qué consiste lo que hace [descripción act., tiempo y frecuencia, sensación-emoción]?</p> <p>Y en su tiempo libre, ¿qué hace [descripción act., tiempo y frecuencia, sensación-emoción]? [Familiares, amigos, iglesia, etc.]</p> <p>¿Hace algún tipo de ejercicio hace [descripción act., tiempo y frecuencia, sensación-emoción]?</p> <p>¿Cómo se traslada a esos lugares?</p> <p>¿Qué otros lugares frecuenta comúnmente [súper, familia]? [¿Qué tan seguido?]</p> <p>¿Cómo se traslada ahí?</p> <p>¿Siente que le es conveniente trasladarse así? ¿Por qué? [Paradas de camión, estado de banquetas, seguridad, etc.]</p> <p>¿Se le dificulta?</p> <p>¿Cómo se siente físicamente al trasladarse a lugares cercanos?</p> <p>¿Qué le facilitaría las cosas?</p> <p>¿De todo lo que me acaba de mencionar hay algo que se dificulte hacer? ¿Por qué?</p>
<p>Casa: Sensación física</p> <p>Expresión corporal</p> <p>Act. Difíciles</p> <p>Compensación</p> <p>Gusto</p>	<p>Bueno volvamos a las actividades que realiza en casa, usted me dijo que hace...</p> <p>¿Cómo se siente al realizar estas actividades?</p> <p>¿Hay alguna actividad que le cueste trabajo? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué hace para compensarlo?</p> <p>¿Cuáles actividades le gustan y cuáles no? ¿Por qué?</p>

	¿Por qué las hace?
Transición actividades casa Descripción actividades niñez Descripción colonia y casa Responsabilidades de todos	¿Cómo fueron cambiando labores que usted realiza en el hogar? Empecamos desde el principio, cuando era niña ¿le tocaba hacer algo en casa? ¿Qué? ¿Y cómo se sentía al hacerlo? [descripción act., tiempo y frecuencia, sensaciones] ¿Y a los demás miembros de su familia, qué les tocaba hacer? En ese tiempo, ¿con quién vivía? ¿Dónde vivía? Describame su colonia y su casa en esa época... ¿Qué había cerca de su casa? ¿Cómo era el ambiente, la comunidad?
Día común [Descripción de actividades, Tiempo y frecuencia, sensaciones] casa, trabajo, tiempo libre, traslados, ejercicio] Actividades que se le dificultaban/ gusto Act. Prohibidas.	¿Cómo era su vida en ese entonces? ¿Cómo eran sus días? ¿Qué hacía? Se levantaba y... ¿Iba a la escuela? ¿Le quedaba cerca? ¿Cómo se trasladaba? ¿A qué le gustaba jugar en la escuela [descripción act., tiempo y frecuencia, sensaciones]? ¿Tenían educación física o practicaba algún deporte [descripción act., tiempo y frecuencia, sensaciones]? ¿Y cuando llegaba de la escuela? ¿Trabajaba? ¿En qué consistía? [descripción act., tiempo y frecuencia, sensaciones] ¿Y en su tiempo libre? ¿Qué le gustaba hacer para divertirse? ¿Con quién? [descripción act., tiempo y frecuencia, sensaciones] ¿Le gustaba jugar adentro o afuera? ¿A qué jugaba? ¿Practicaba algún deporte o ejercicio en su tiempo libre [descripción act., tiempo y frecuencia, sensaciones]? ¿De todo lo que me acaba de mencionar había algo que se dificultara hacer? ¿Por qué? ¿Hay algo que le hubiera gustado hacer y no pudo? ¿O algo que no le dejaran hacer? ¿Por qué? ¿Qué hizo?
Auto descripción Física Salud Emocional Intereses	Me la estoy tratando de imaginar en esa época, ¿Cómo era usted en ese tiempo [físicamente, arreglo personal, etc.]? ¿Le gustaba como era? ¿Cómo se sentía físicamente [salud, fuerte, energía]? ¿Considera que fue una niña activa o tranquila? Y su personalidad, ¿cómo era? ¿Le gustaba ser así? ¿Cómo se expresaba esa personalidad [cantando, seriedad, etc.]? ¿Qué era lo que más le gustaba hacer en ese tiempo? ¿Qué era lo más importante en su vida?
Efecto de esa época Eventos importantes	En ese tiempo, ¿cuáles fueron los acontecimientos más importantes que marcaron su vida? [evento o cambio específico] ¿Afectaron su vida de ahora? ¿En qué sentido? En general ¿cómo cree usted que influyó esa etapa en la persona que usted es ahora? ¿Hay algo de esa época que ve en usted ahora? ¿Qué haya influenciado en cómo es usted?
Transición Adolescencia/juventud/adultez	¿Cuándo termina esa etapa? ¿Por qué? ¿Qué cambió? ¿Qué permaneció igual?

Cierre AM	<p>¿Cuándo es la época en la que hizo mayor actividad de casa/trabajo/diversión/ ejercicio/traslados? ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo se diferencia de ahora?</p> <p>¿Hay cosas parecidas, porque se sienten diferentes?</p> <p>¿Cuáles considera que fueron las etapas más activas de su vida? ¿Por qué?</p> <p>Y en relación a cómo se sentía físicamente haciendo estas actividades, de salud, posibilidades, fuerza, energía, ¿qué fue cambiando? ¿Por qué?</p> <p>¿Y en lo emocional?</p>
Percepción de sí mismas	<p>Descripción física [cómo es, como le gusta arreglarse, etc.]</p> <p>¿Cómo se siente físicamente [salud, fuerte, energía, dolor]?</p> <p>Y su personalidad, ¿cómo es? ¿Le gusta ser así?</p> <p>¿Cómo se expresa esa personalidad [cantando, seriedad, etc.]?</p> <p>¿Qué era lo que más le gusta hacer?</p> <p>¿Qué es lo más importante en su vida?</p> <p>¿Cómo se siente anímicamente?</p> <p>¿Qué le preocupa? Problemas/recursos ¿Qué hace para lidiar con ello?</p> <p>¿Qué le hace feliz?</p> <p>Relaciones</p> <p>Posición/poder</p> <p>Rol</p>

ANEXO 4. CUESTIONARIO

Número de identificación _____

Edad _____

Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____

Tiempo de vivir en Hermosillo _____

Escolaridad _____

Ocupación _____

Estado civil _____

Hijos (sexo y lugar de residencia) _____

Persona con quién vive _____

Tiempo de tener diabetes _____

Otras enfermedades _____

Servicio de salud _____

¿Cómo considera su salud actual?

Muy buena _____ Regular _____ Mala _____ Muy mala _____

ANEXO 5. GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LA ENTREVISTA

Sobre el momento que se pide la entrevista (si accede desde un inicio o muestra incomodidad, pide que sea en otro lugar, indicaciones u órdenes, lugar donde me recibe, ordenamiento de cuerpos, etcétera).

Descripción de la colonia y sector (negocios, instituciones, parques, áreas comunes, paradas de camión, estado de banquetas y calles, tráfico, vegetación, basura, baldíos, iluminación).

Descripción del lugar donde se realiza la entrevista (mobiliario, artículos, adaptaciones, espejos, fotos de la entrevistada o familiares, ruidos, presencia de terceros).

Descripción física de la entrevistada (cuerpo, voz, vestimenta, peinado, accesorios y artículos de apoyo como lentes, bastón, vendajes).

Movimientos (fluidez y dificultad de los movimientos, posibilidad de caminar, equilibrio, manifestaciones de dolor, incomodidad, calor, instrumentos para facilitar la realización de actividades).

ANEXO 6. GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Guía de observación: La persona, el medio y la actividad

Objetivo: observar actividad y otras actividades que se lleven a cabo en el momento.

***Descripción de las participantes:** Vestimenta, lentes, zapatos, bastón, ropa, etc. ¿para la diabetes?, otros artículos de apoyo, estado de ánimo.

***Traslado al lugar.** Medio de transporte, conveniencia, dificultades, situaciones especiales.

***Entorno de la actividad y formas de interacción con el medio físico y social (limitantes, facilitadores, formas de adaptación)**

-Descripción física del lugar donde realiza actividad. Lugar, cuarto, objetos para la actividad, objetos especiales de apoyo.

-Las y los otros (presentes y no presentes). Impacto de su presencia, influencia, facilitan, obstáculo, mensajes.

***Contexto de la actividad (antes y ahora).** Frecuencia, gusto, razones, emociones, desde cuándo lo hace, quién la enseñó, etapa de mayor realización de la actividad, comparación de antes y ahora (frecuencia, sensaciones, sentimientos, cambios), qué era diferente.

***Descripción de la actividad.**

***Sensorialidad y emoción.** Sensaciones corporales sobre la actividad y en otras actividades que haga durante la observación (placer/incomodidad), emoción sobre la sensación, formas de adaptación. (Calor, cansancio, forma de pararse, sentarse, esfuerzos, artículos o personas de apoyo, incomodidad, dolor, energía, emoción, estado de ánimo y forma de expresarlo)

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta informativa

Primeramente, gracias por interesarse en participar en este estudio. Por favor, tómese su tiempo para leer este documento y decidir si desea participar en esta entrevista. Si decide participar se le pedirá que firme la hoja de *Consentimiento Informado (Anexa)* y se le entregará una copia de este documento.

Esta entrevista forma parte de un proyecto de tesis de doctorado de El Colegio de Sonora y su objetivo es conocer las actividades que mujeres con diabetes han realizado en diferentes etapas de sus vidas. La información que usted me comparta se usará para generar conocimiento científico que ayude a mejorar las condiciones de salud de personas con diabetes. Si usted acepta, la entrevista será grabada con fines prácticos, para dar fluidez a la conversación que tendremos, pero usted puede solicitar que se apague la grabadora en cualquier momento.

Es importante que sepa que se le garantiza que la información que usted me comparta será anónima y confidencial; no se darán a conocer detalles que pudieran revelar la identidad de quienes participen en estas entrevistas. Además, su participación es totalmente voluntaria y aun después de firmar la hoja de consentimiento informado podrá retirarse en el momento que lo desee sin necesidad de dar a conocer las razones de su decisión.

De nuevo, agradezco su apoyo y valiosa participación en este proyecto.

María Carolina Palomo Rodríguez.

Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Sonora.

Septiembre de 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número de identificación: _____

Iniciales del (la) participante: _____

Fecha: _____

Yo,

(Nombre del (la) participante en letra de molde)

He leído y entiendo toda la información que me han dado sobre mi participación en este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el mismo. Es mi voluntad participar en este estudio y he recibido una hoja de información sobre el mismo. Me queda claro que puedo retirarme de la entrevista en cualquier momento.

Firma del participante

ANEXO 8. CATÁLOGO DE CODIFICACIÓN DE NVIVO

<i>Nombre Tipo</i>	<i>Descripción</i>
Escuela	Descripción del contexto físico-social y de las actividades que realizan en la escuela.
Trabajo doméstico	Descripción del contexto físico-social y de las actividades de trabajo doméstico.
Recreación	Descripción del contexto físico-social y de las actividades recreativas.
Trabajo	Descripción del contexto físico-social y de las actividades de trabajo remunerado o no.
Traslados	Descripción del contexto físico-social y de sus formas de traslado.
<i>Etapa de vida</i>	
Adolescencia	Definición propia de la etapa. En general: Tiempo en que ya no jugaban y salían con amigos pero seguían en la casa con sus cuidadores(as) como dependientes.
Adulthood	Definición propia de la etapa. En general: en mujeres madres después de que los hijos se independizaron.
Adulthood Mayor	Definición propia de la etapa. En general: cuando refieren cambios en estilo de vida como consecuencia del envejecimiento como proceso corporal-social.
Juventud	Definición propia de la etapa. En general: en mujeres madres, desde que se fueron a vivir con su pareja y cuando sus hijos fueron sus dependientes.
Niñez	Definición propia de la etapa. En general: etapa de los juegos.
<i>Identidad corporal de género</i>	
Contexto	
Familia	Lo referente a la situación económica familiar, incluido acceso salud, educación y otros servicios. Problemas, recursos, valores, relaciones, roles, distribución de poder, organización, etc.
Físico	Características físicas del lugar donde se desarrollan y realizan sus prácticas. Formas de interactuar con él en su desarrollo.
Los otros	Aquellos que presentes o no en la práctica, la facilitan u obstaculizan. Amigos, familias, personal de instituciones, extraños (negociaciones, ayudas, exigencias, ideas, etc.).
Otras características	Otras características del contexto en el que realizan sus prácticas, ordenamiento, valores, reglas, costumbres, seguridad, forma de socialización, distribución del poder, etc.
Otras redes	Iglesia, GAM y otros grupos, amigos, vecinos, etc. Descripción valores, relaciones, recursos, problemáticas, etc.
La subjetividad	
Diabetes	Los sensorial, emocional, social. Cualquier referencia directa a la diabetes.
Espiritualidad	Referencias a Dios y espiritualidad como parte de sus vidas, su importancia, su papel, expresiones en sus prácticas.
Emociones	Menciones y muestras de felicidad, tristeza, estrés, depresión, enojo, frustración, en la práctica o como percepción general de su vida o en relación a cierto ámbito de ésta.
Imagen	Descripción de su cuerpo, apariencia, arreglo personal, imagen, lo que quieren o querían proyectar y la forma de hacerlo, lo que los demás decían o dicen de su cuerpo-imagen. En sus prácticas.
Rol	Auto descripción de su rol, prioridades y prácticas, posición, poder, que lo reflejen de forma directa o indirecta. Percepción de su desarrollo (satisfacción, motivación). Influencias sobre

	éste (demandas, exigencias, obstáculos, oportunidades).
Personalidad	Auto descripción de su personalidad, sus gustos e intereses. Mensajes de los otros sobre su personalidad. Efectos de los mensajes. Prácticas con las que se construyen-expresan así (ej. como valientes, tímidas, etc.)
Salud	Autopercepción de salud. Enfermedades, limitaciones físicas, recursos, formas de adaptarse, prácticas para promover su salud, consecuencias en su vida de las enfermedades, de su salud. Forma en que se expresa el estar enfermo o saludable en las diferentes etapas. Salud física, mental, emocional.
Sensorialidad	Las sensaciones que se expresan en el desarrollo de la práctica. Percepción general sobre su sensorialidad, distintas parcelas de la experiencia (fuerza, elasticidad, equilibrio, dolor, malestar, posibilidad/imposibilidad corporal, ritmo, disfrute, placer, etc.)
Resistencia	Formas de resistir a los mandatos de género.