



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORA

CUIDADO COLECTIVO Y PERSONAS MAYORES

ESTUDIOS DE CASO EN
MÉXICO, ESPAÑA Y URUGUAY



CUIDADO COLECTIVO Y PERSONAS MAYORES

**ESTUDIOS DE CASO EN
MÉXICO, ESPAÑA Y URUGUAY**

CUIDADO COLECTIVO Y PERSONAS MAYORES

**ESTUDIOS DE CASO EN
MÉXICO, ESPAÑA Y URUGUAY**



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
COORDINADORA

Enríquez Rosas, Rocío (coordinación)

Cuidado colectivo y personas mayores : estudios de caso en México, España y Uruguay / Coord. de R. Enríquez Rosas ; pról. de M.J. Oddone. — Guadalajara, México : ITESO, 2023.
443 p.

ISBN 978-607-8910-34-2

1. Ancianos – Cuidado e Higiene – México. 2. Ancianos – Cuidado e Higiene – Uruguay. 3. Ancianos – Cuidado e Higiene – España. 4. Ancianos – Cuidado e Higiene – Tema Principal. 5. Envejecimiento (Ciclo Vital) – Tema Principal. 6. Envejecimiento de la Población. 7. Emoción. 8. Bienestar. 9. Calidad de Vida. 10. Salud. 11. Género. 12. Tecnologías de Comunicación e Información – Función Social. 13. Psicología. 14. Gerontología. I. Oddone, María Julieta (prólogo). II. t.

[LC]

618. 97 [Dewey]

Diseño original: Danilo Black

Diseño de portada: Ricardo Romo

Diagramación: Erandi Alvarado

Corrección de estilo: Eduardo Naranjo

1a. edición, Guadalajara, 2023

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

ISBN 978-607-8910-34-2

Impreso y hecho en México.
Printed and made in Mexico.

Índice

PRÓLOGO / <i>María Julieta Oddone</i>	7
INVESTIGACIÓN DE LAS SUBJETIVIDADES Y EMOCIONES EN LOS PROCESOS DE COLECTIVIZACIÓN DEL CUIDADO EN LA VEJEZ: ESTUDIOS DE CASO EN MÉXICO, ESPAÑA Y URUGUAY / <i>Rocío Enríquez Rosas</i>	13
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES EN MÉXICO, URUGUAY Y ESPAÑA / <i>Margarita Maldonado Saucedo, María Martha Ramírez García y Rocío Enríquez Rosas</i>	35
LA MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA VEJEZ Y SUS SENTIDOS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS: ESTUDIOS DE CASO EN MÉXICO, URUGUAY Y ESPAÑA / <i>María Martha Ramírez García, Rocío Enríquez Rosas y Aimeé Viridiana Espinosa Martínez</i>	101
SIGNIFICADOS SOBRE VEJEZ DESDE LA CATEGORÍA DE GÉNERO Y LA DIMENSIÓN SOCIOECONÓMICA EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS: ESTUDIOS DE CASO EN MÉXICO, URUGUAY Y ESPAÑA / <i>María Martha Ramírez García, Rocío Enríquez Rosas y Aimeé Viridiana Espinosa Martínez</i>	165

PERCEPCIÓN DE SALUD, EMOCIONES Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY / <i>Margarita Maldonado Saucedo y Everardo Camacho Gutiérrez</i>	211
CULTURA EMOCIONAL EN LOS PROCESOS DE COLECTIVIZACIÓN DEL CUIDADO EN LA VEJEZ: ESTUDIOS DE CASO EN MÉXICO / <i>Rocío Enríquez Rosas y María Martha Ramírez García</i>	263
CUIDADOS COLECTIVOS Y EMOCIONALIDAD EN LA VEJEZ: ESTUDIOS DE CASO EN URUGUAY Y ESPAÑA / <i>Rocío Enríquez Rosas y María Martha Ramírez García</i>	295
PERSONAS MAYORES Y SUS ESPACIOS DE CUIDADO. ENTORNOS DEL ENVEJECIMIENTO EN CASOS SELECTOS DE ESPAÑA, URUGUAY Y MÉXICO / <i>Alejandro Mendo Gutiérrez y Elba Karina Vázquez Garnica</i>	341
EL CONSUMO CULTURAL Y TECNOLÓGICO EN EL CUIDADO, BIENESTAR SUBJETIVO Y EMOCIONES DE PERSONAS MAYORES / <i>Daniela Mabel Gloss Nuñez</i>	397
INVESTIGACIÓN DE LAS SUBJETIVIDADES Y EMOCIONES EN LOS PROCESOS DE COLECTIVIZACIÓN DEL CUIDADO EN LA VEJEZ: ESTUDIOS DE CASO EN MÉXICO, ESPAÑA Y URUGUAY: CONSIDERACIONES FINALES / <i>Rocío Enríquez Rosas</i>	427
ACERCA DE LAS AUTORAS Y LOS AUTORES	441

Prólogo

MARÍA JULIETA ODDONE*

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial en aumento, más allá de las consecuencias que la pandemia de covid-19 ha causado en la población. En efecto, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 2050 una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16% del total de la población), frente a una de cada 11 con que se contaban en 2019 (9%).

Por primera vez en la historia de la humanidad, las personas de 65 años o más superaron a los niños menores de cinco años, y las proyecciones indican que el segmento de personas de 80 años o más se triplicará, al pasar de 143 millones a 426 millones en 2050.

Al considerar las diversidades regionales, se prevé que el grupo de personas mayores de 65 años se duplicará entre los años 2019 y 2050 en África septentrional, Asia occidental, Asia central y meridional, Asia oriental y sudoriental y América Latina y el Caribe. En 2050, una de cada cuatro personas que vivan en Europa y América del norte podría alcanzar la edad de 65 años o más.

Una de las causas del envejecimiento poblacional es la mayor esperanza de vida¹ de la población. En efecto, en el mundo, la esperanza de vida al nacer era de 64.2 años en 1990, y se estima que será de 77.1 años en el año 2050. Sin embargo, existen grandes diferencias

* Directora del Programa Envejecimiento y Sociedad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina, e investigadora principal del Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (Conicet).

1. La esperanza de vida es el número promedio de años que cabe esperar viva un recién nacido, sujeto a la tasa de mortalidad específica por edad en un período determinado.

entre los países. En 2019, la esperanza de vida al nacer en los países más pobres era 7.4 años por debajo del promedio mundial.

Resulta, entonces, que el envejecimiento es un proceso complejo y multidimensional entre las diferentes regiones y los países que conforman nuestro planeta. A pesar de que se tiende a homogeneizar el concepto de vejez y envejecimiento, cuando focalizamos sobre las realidades regionales o locales, observamos características diferenciales entre los países, y muchas veces en un mismo país, localidad o en los grupos de personas mayores.

En este sentido, un enfoque acerca de la diversidad implica investigar la heterogeneidad del envejecimiento para evaluar los distintos grupos de personas de mayor edad en el contexto de poder y en las razones socioestructurales que muestra la *desigualdad* en este proceso. Y aunque la diversidad en el curso de la vida se debe en parte a la herencia genética, al género, la etnia, la familia de origen, o las cargas de trabajo que se han desarrollado en el curso de la vida, el impacto de los entornos físicos y sociales influyen de forma directa en la salud, o indirectamente a causa de barreras en su acceso que pueden generar inequidad. Es así que es muy probable que las capacidades diferenciales en la vejez se originen en la acumulación de estas inequidades en el curso vital.

El cambio poblacional comenzó en Europa hace 200 años con la baja de los índices de mortalidad y ha seguido disminuyendo tanto en países considerados *ricos como pobres*. Las tasas de esperanza de vida en los países “avanzados” y en “vía de desarrollo” pueden aumentar más de lo imaginado; algunos especialistas creen que podría sobrepasar los cien años a finales de este siglo y, de hecho, se observan enclaves como “zonas azules” donde los centenarios se visibilizan.

Al mismo tiempo, se advierte que la mayor frecuencia del VIH / sida, las variedades de ciertas enfermedades resistentes a los medicamentos, como la malaria y la tuberculosis, la frecuencia de obesidad y diabetes, además de nuevas enfermedades como la actual pandemia de covid-19, así como ciertas condiciones socioeconómicas y ambientales, pueden revertir los logros alcanzados en la esperanza de vida en algunas zonas geográficas. Por ejemplo, en las economías transicionales que presentan una situación económica en declive, en conjunto

con el colapso o la reducción de los sistemas de servicios de salud y el bienestar social, suelen repercutir en un aumento de tasas de mortalidad, en especial de los hombres.

Sin embargo, las sociedades ricas occidentales miran poco más allá de sus propias fronteras cuando califican como problemático el proceso de envejecimiento demográfico en que están inmersas. Observar lo que está ocurriendo en las zonas más pobres del planeta puede ayudar a relativizar lo que sucede en España, en toda Europa o en Norteamérica. Debe quedar claro que, mientras la mayoría de las discusiones en torno al problema del envejecimiento se centra en el mundo desarrollado, una transición demográfica paralela está ocurriendo en los países en desarrollo. Dentro de cada país, por otra parte, las consecuencias del envejecimiento son diferentes para unas y otras personas y grupos, dependiendo, por ejemplo, de su condición socioeconómica.

Como sabemos, en todas las sociedades siempre existieron personas viejas, pero una particularidad a destacar en la actualidad es que, por primera vez en la historia del mundo, las “viejas” son las sociedades. Esto implica una serie de cambios de magnitud en las políticas de los Estados. Es así que el incremento de la esperanza de vida engrosará la pirámide poblacional en los sectores de mayor edad y conllevará cambios sociales, sanitarios, económicos, de cuidados y transferencias de todo tipo entre las distintas generaciones.

Estos cambios demográficos que se producen en las sociedades son indicativos de las nuevas estructuras que conforman las familias, que presentan una coexistencia de varias generaciones. Se trata de la sucesión de cuatro o cinco generaciones vivas y, de este modo, las familias tienen en su conformación más personas viejas (abuelos, bisabuelos y tatarabuelos) y menos jóvenes (producto de la disminución de la natalidad); es decir, que son familias que se caracterizan por tener muchos ascendientes y, de forma concomitante, pocos descendientes en comparación con la familia tradicional de inicios del siglo pasado. Muchas veces, estos cambios se acompañan de nuevas necesidades, entre las cuales la relación de cuidado es de vital importancia. A nivel estructural, la evolución de las necesidades de cuidado por edad nos muestra una disminución de la demanda social para los niños y

un incremento de los mayores. Esto debería motivar un cambio en la mirada de las políticas sociales, que no pueden desatender a los niños, pero que, al mismo tiempo, deben posar su atención a las nuevas demandas que producen estos cambios. Asimismo, no debería perderse el foco en los aportes que realizan las propias personas mayores como cuidadores de niños, personas con discapacidad y otras personas de mayor edad desde la perspectiva de género.

Otro factor a tener en cuenta cuando se habla de vejez, es el lugar de residencia en donde los mayores desarrollan su existencia. Si atendemos a la cuestión urbano-rural, se destaca que en los sectores urbanos suele tenerse mayor accesibilidad a los servicios sociosanitarios específicos. No obstante, no hay que olvidar que, aun en los países con mayor urbanización de la población vieja, coexisten situaciones en que muchas personas permanecen en áreas rurales aisladas. También, en las propias ciudades pueden observarse enclaves de población rural con dificultades en el acceso a los servicios básicos.

Al considerar la entrada a la seguridad social, en particular a los sistemas de jubilaciones y pensiones, existen diferencias importantes en el contexto latinoamericano. Esto es así porque, tener o no tener una jubilación o pensión produce variabilidad y condiciona el modo de vida de las personas de mayor edad; en especial, en lo que se refiere a la dependencia económica con otros miembros de la familia; el acceso a bienes y servicios públicos y privados; y en torno a la disponibilidad de sistemas de salud, protección social y cuidados.

En la mayoría de los países, los sistemas de seguridad social no cubren a la totalidad de la población, al dejar por fuera una parte significativa de ella, en especial aquellos sectores sociales más bajos.

Relacionadas con estas características de habitabilidad, son indicativas las bajas proporciones de personas que viven en hogares geriátricos (España 4.1%, México 0.9% y Uruguay 3.6%), lo que puede explicarse debido a la tradición familiar vigente. Es así que, en contraposición con los bajos niveles de institucionalización, muchas de las personas mayores dependientes reciben cuidados especiales en el seno de sus hogares, que a su vez obtienen poca ayuda de las políticas y los programas oficiales.

Tal como hemos expresado, la cuestión del envejecimiento de las familias y la convivencia entre las generaciones hace que los aspectos relacionados con la emotividad y el intercambio de servicios adquieran cada vez mayor relevancia. De hecho, hay personas de 80 años y más que a su vez cuidan a personas más ancianas que sufren dependencia y / o discapacidad. Ahora bien, uno de los temas relevantes es la cuestión de la carga de cuidado y de quién o quiénes deberían hacerse cargo de asumir esa responsabilidad. En este sentido, la literatura refiere a la distribución de los cuidados a partir del “diamante del cuidado” (Razavi, 2007), que permite comprender cómo el Estado, el mercado, la familia y las organizaciones de la sociedad civil producen y proveen este. Sin embargo, en la actualidad, muchas acciones programáticas son diseñadas siguiendo la imagen tradicional de la familia, sin atender sus transformaciones descritas más arriba. En consecuencia, aquellos que diseñan o implementan políticas a nivel macro deben contemplar los cambios demográficos que impactan micro-socialmente.

Por último, cabe señalar que la diversidad en el envejecimiento de las poblaciones nos enfrenta a otra serie de desafíos, por ejemplo, considerar una educación permanente, la incorporación de las nuevas tecnologías en el uso de la vida cotidiana de las personas mayores, o adecuar el mercado de trabajo a su propio envejecimiento, entre otras cuestiones.

Este libro es el óptimo resultado de una obra colectiva coordinada por Rocío Enríquez Rosas, que, desde su título, *Cuidado colectivo y personas mayores. Estudios de caso en México, España y Uruguay*, nos conduce por los senderos que nos muestran, en sus propias palabras, cómo “los procesos de colectivización del cuidado que se gestan en sociedades envejecidas, o bien en países en proceso de envejecimiento, serán fundamentales para hacer frente, de manera creativa, responsable y desafiante, a las demandas de cuidado en la vejez en las sociedades contemporáneas”.

La lectura detenida de sus páginas permite vislumbrar, a través del estudio de casos en tres países elegidos, México, España y Uruguay, diversos modelos y estrategias de resolución en los cuidados para

y con las personas mayores, focalizando en la dimensión emocional del cuidado, cuyo destino final es la búsqueda de un cambio cultural integrador de las relaciones de cuidado con perspectiva de género y su equidad, solidarias entre las generaciones en profundo cambio y con un fuerte contenido ético y moral, en el marco de los derechos humanos de las personas mayores.

REFERENCIAS

Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options*. Ginebra: UNRISD.

Investigación de las subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez: estudios de caso en México, España y Uruguay*

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

Palabras clave: *cuidado colectivo, vejez, personas mayores, emociones sociales, subjetividades.*

Nos encontramos en la Década del envejecimiento saludable (2020–2030), que tiene como propósito central la colaboración de los gobiernos, las organizaciones internacionales, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones de educación y salud, así como las comunidades y las familias, para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores (OMS, 2020).

De acuerdo con el documento del Plan de la década del envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), es posible llegar a vivir en promedio alrededor de ochenta años. Sin embargo, las formas de envejecer son muy heterogéneas en el mundo y marcadas por múltiples desigualdades. El envejecimiento poblacional será cada

• Los capítulos que se presentan en este libro forman parte de una investigación más amplia: “Subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: estudios de caso en México, España y Uruguay”, coordinada por Rocío Enríquez Rosas, con la participación de siete investigadores del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Esta investigación contó con el financiamiento de la convocatoria 2017 de la Dirección de Investigación y Posgrado de la Dirección General Académica del ITESO. Nuestro agradecimiento al ITESO y a cada uno de los departamentos e instancias académicas participantes: Departamento de Estudios Socioculturales (Deso), Departamento de Psicología, Educación y Salud (DPES), Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano (DHDU) y Coordinación de Innovación, Desarrollo y Exploración Académica (CIDEA). Se hace un reconocimiento especial al Deso, que asumió la coordinación de esta investigación interdepartamental, interdisciplinaria e internacional. Agradecemos a todas las personas mayores que con su generosidad compartieron con nosotros acerca de sus vidas, sentidos y anhelos. También, nuestra gratitud para las personas que forman parte de organizaciones de la sociedad civil, instituciones públicas y privadas relacionadas con las personas mayores, así como instituciones educativas participantes. Gracias también a los estudiantes de Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) del ITESO, por apoyar en la realización de entrevistas en una institución en Guadalajara, y a las transcriptoras por su excelente trabajo.

vez mayor en las distintas regiones del mundo y tendrá repercusiones en diversas dimensiones de la vida social, tales como las formas de organización y la dinámica familiar, los vínculos intergeneracionales, las dinámicas laborales, los alcances y las limitaciones de los sistemas de pensiones, las demandas particulares con respecto a la vivienda y los entornos urbanos, entre otras.

Algunos datos sociodemográficos que recupera el documento de la OMS (2020) pueden ayudar a ubicarnos sobre el avance del envejecimiento poblacional en el mundo y sus distintas regiones. Al finalizar la Década del envejecimiento saludable (2020–2030), se calcula que el porcentaje de personas de 60 años o más se habrá incrementado en un 34%, es decir, que pasará de 1000 millones en 2019, a 1400 millones en 2030; para 2050, la población mundial de personas mayores será más del doble y alcanzará 2100 millones.

Un dato también relevante que destaca el documento mencionado es que el número de personas de 60 años o más aumentará de manera vertiginosa en los países en vías de desarrollo. El primer lugar lo tendrá el continente africano, seguido del subcontinente latinoamericano y del Caribe, y después el continente asiático. Según los cálculos, para 2050 cerca del 80% de la población mundial adulta mayor vivirá en países con un menor desarrollo, y la esperanza de vida al nacer continuará con una diferencia de varios años entre las mujeres y los hombres, siendo mayor para las primeras.

Un reto central, según plantea la OMS, es favorecer que las personas mayores continúen con buena salud y participando de forma activa en su entorno familiar, social y político. Así, las sociedades se fortalecen, preservan su calidad de vida, evitan el aislamiento social y pueden gestionar de mejor manera el cuidado de largo plazo.

En la Década del envejecimiento saludable, en los países en desarrollo se busca poner énfasis en la promoción de servicios de calidad, articulados en materia de salud y social; así también, generar entornos favorables para las personas mayores y mejorar la salud y la nutrición, las competencias y los conocimientos, la seguridad personal y financiera, además de la conectividad social. Se desea, asimismo, que las innovaciones tecnológicas / digitales, científicas y médicas estén al servicio de la población y promuevan un envejecimiento saludable.

Los procesos de empoderamiento de la población en edades avanzadas se verán reflejados en su participación activa, tanto en lo social como en lo político. La toma de decisiones de los gobiernos requiere tener en cuenta las múltiples voces de las personas mayores y actuar desde una perspectiva de respeto a los derechos humanos.

Los esfuerzos para lograr un envejecimiento saludable en las sociedades implican la coparticipación de diversas instancias, ya sea de salud, atención a largo plazo, finanzas, protección social, educación, vivienda, trabajo, transporte, información y comunicación. La colaboración sostenida tendrá que venir de los gobiernos nacionales, estatales y municipales, así como de las empresas y el sector privado en general, la sociedad civil, las asociaciones conformadas por personas mayores, el sector académico y las propias personas mayores, junto con sus lazos familiares y sociales (OMS, 2020).

En el corazón del paradigma del envejecimiento saludable existe la inminente necesidad de generar cambios culturales sobre la forma de pensar, sentir y actuar con respecto al proceso de envejecimiento y la vejez. Los estereotipos, los prejuicios y las distintas formas de discriminación hacia las personas en función de su edad, lo que comúnmente se conoce como edadismo, tienen repercusiones en la salud física y emocional de las personas mayores. Si junto al edadismo se presenta la discriminación hacia los mayores en razón de su etnia, nivel socioeconómico, género y presencia de algún tipo de discapacidad, las desventajas son mayores y la afectación se exacerba, lo que genera situaciones de malestar subjetivo y social en este sector poblacional. Es por ello que, a partir de iniciativas internacionales, se impulsa el cambio cultural hacia la vejez, de manera que sea posible integrar a todas las edades y disminuir, cada vez más, la discriminación por motivos de edad (OMS, 2020).

Dentro de este panorama general acerca del envejecimiento poblacional a nivel mundial, así como de la apuesta global por un envejecimiento saludable, cobra especial interés para la presente investigación la temática del cuidado a largo plazo de las personas mayores que así lo requieran. Cuando hay deterioro en la capacidad física y mental de una persona mayor, es posible que el autocuidado no pueda sostenerse de la misma forma en las distintas áreas de su vida cotidiana. Es por ello

que contar con atención integral de largo plazo y calidad es central para que las personas mayores puedan preservar sus capacidades y disfrutar sus derechos, para así tener una vida digna.

Los cuidados son brindados en una gran proporción por asistencia no estructurada, sobre todo desde el ámbito de las familias, en particular de las mujeres. En ocasiones, estos miembros de la familia no cuentan con la capacitación necesaria ni con programas de apoyo gubernamentales como licencias y formas de protección social. Las y los cuidadores se ven sometidos a situaciones de presión constantes y cotidianas que afectan su salud física y emocional. Además, ante el envejecimiento poblacional (mayor número de personas mayores), cada vez habrá menos familiares pertenecientes a generaciones más jóvenes, que puedan asumir las acciones de cuidado. Esta forma de ejercer el cuidado es inequitativa y no viable en las sociedades contemporáneas, en las que hay que sumar, por ejemplo, las dinámicas migratorias, que en muchas ocasiones generan el debilitamiento de las redes familiares y comunitarias para sostener el cuidado desde estructuras no formales (OMS, 2020).

Por lo anterior, es indispensable que los países cuenten con un sistema confiable para atender las necesidades de cuidado de las personas mayores, con servicios de asistencia y programas sociales que les permitan resolver los cuidados personales, ya sea en el domicilio o en entornos residenciales adecuados, libres de cualquier tipo de discriminación, en los cuales las personas participen en actividades que den sentido a sus vidas.

Para ello, es necesario contar con los marcos jurídicos y mecanismos financieros sostenibles para la prestación de cuidados a largo plazo. Es, de igual manera, indispensable la colaboración para el bienestar social de las personas mayores desde las instancias de gobierno, las organizaciones de la sociedad civil, las familias, los voluntariados y el sector privado. Se requiere la definición de normas, directrices, protocolos y procedimientos para la acreditación y prestación de apoyo desde el marco de la ética y el respeto a los derechos humanos, además de favorecer el uso y acceso a las tecnologías digitales y de asistencia innovadoras en beneficio de las personas mayores que necesiten cuidados a largo plazo.

También se recomienda promover una cultura de cuidados a largo plazo en el personal especializado y las familias y comunidades en general, que genere relaciones de solidaridad intergeneracional y una perspectiva de largo aliento ante las demandas de cuidado de larga data (OMS, 2020).

Una dimensión que solicita especial atención, que está en el centro de esta investigación, es el *cuidado cotidiano y a largo plazo de las personas mayores*, su viabilidad, así como la relevancia de encontrar formas de cuidado que mantengan un indispensable balance, en corresponsabilidad entre las diversas instituciones del bienestar, es decir, las familias, instituciones de gobierno, comunidades, organizaciones de la sociedad civil y empresas.

La crisis en el sistema de cuidados ante el envejecimiento poblacional, es un problema social de frontera que demanda estudios interdisciplinarios que aborden las dimensiones subjetivas y simbólicas que favorecen los procesos de colectivización del cuidado, así como las condiciones estructurales de los regímenes de bienestar que coloquen el cuidado como un derecho universal (Gobierno de Guadalajara, 2017).

El cuidado es un objeto de estudio que demanda construcciones interdisciplinarias para su análisis, el cual ha permitido visibilizar las desigualdades de género y la inequidad en la corresponsabilidad entre los agentes del bienestar social. Se ha evidenciado cómo en las familias, en especial en las mujeres, se han depositado cargas de cuidado insostenibles que ponen en duda las condiciones de vida dignas de ellas y las personas mayores a su cuidado.

Araujo e Hirata (2020) advierten que el camino por transitar es todavía largo para lograr problematizar de manera suficiente y avanzar en la constitución del campo de los estudios del cuidado. Los autores señalan la relevancia del análisis de las acciones de cuidado en el ámbito de lo privado, lo mismo que en el espacio público, y la influencia que ejerce el mercado. Así, los autores señalan cómo los riesgos sociales y la falta de protección social pueden ser mayores cuando se atraviesan contingencias sanitarias. En el caso de la población de edad avanzada,

la vulnerabilidad es mayor y pueden exacerbarse las múltiples desigualdades a las que está expuesto este sector, entre otros, como lo muestra un informe de Oxfam (2021).

A su vez, Batthyány y Genta (2020) coinciden con Araujo e Hirata (2020) en que no se tiene aún, con la solvencia teórica necesaria, un concepto de cuidado. Se reconocen dos grandes líneas. La inicial, de origen inglés, ubica las acciones de cuidado en el entorno de lo doméstico, y destaca la veta afectiva en el cuidar. Después de varios lustros, Daly Lewis (en Batthyány y Genta, 2020) vincula con acierto el concepto del cuidado con la política social.

El cuidado social es comprendido como “el conjunto de las actividades y las relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas dependientes y de las niñas y niños, y los marcos normativos, económicos y sociales en los que se asignan y se desarrollan” (Batthyány y Genta, 2020, p.223).

A partir de este enfoque, adquiere especial relevancia la discusión sobre los agentes del bienestar, el Estado, el mercado, la comunidad y la familia, pilar este último que sostiene casi de manera exclusiva las demandas de cuidado de los distintos miembros que conforman los hogares, en este caso y con especial interés, de las personas mayores.

Las investigaciones sobre el cuidado han estado también vinculadas con los debates sobre el trabajo doméstico y extradoméstico. Desde esta óptica, el núcleo de debate está en la división sexual del trabajo y las formas en que las dinámicas de género permiten una distribución no equitativa de las acciones de cuidado entre mujeres y hombres (Batthyány y Genta, 2020, p.223).

En este contexto, interesa conocer cómo estas relaciones de género influyen en las formas en que las personas mayores son cuidadas y cuál es el perfil de quien cuida, así como las carencias en el despliegue de estas prácticas cuando no se cuenta con los conocimientos necesarios, además de los apoyos sociales de las instancias de gobierno y la sociedad en general.

Paperman (2019), por su parte, destaca la importancia del análisis de los sentimientos vinculados al cuidado, desde el marco de las relaciones y prácticas sociales. Para ella, al igual que para otros autores como Enríquez (2019) y Arroyo (2021), las emociones entendidas como

configuraciones socioculturales, en el contexto de los cuidados de las personas mayores, permiten identificar las formas contemporáneas en que se reproducen o bien se transforman los códigos culturales sobre el cuidado.

Para Lamaute (2013), la rigidez en la distribución sexual del trabajo es una problemática central, ya que las mujeres participan cada vez más en el mercado laboral, mientras que los hombres lo hacen de manera insuficiente en las labores domésticas y de cuidado.

En este sentido, es necesaria una redistribución del cuidado que incentive prácticas con una mayor equidad. Se requiere también una mayor participación del Estado y sus instituciones, así como del mercado, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil. Asimismo, en el ámbito de lo doméstico se demanda una mayor participación masculina en las tareas de cuidado de las personas, tanto menores de edad como personas mayores y personas con algún tipo de discapacidad. Para este estudio, interesa el caso de las personas mayores.

Así como los hombres y las mujeres pueden ser proveedores económicos importantes, también es importante que ambos realicen tareas de cuidado al interior de sus hogares y con los distintos miembros, incluyendo las personas mayores. Desplegar prácticas de cuidados se refiere al repertorio de actividades en que las personas son directa o indirectamente producidas y mantenidas, ya sea material, psicológica / emocional o cognitivamente. El cuidado está delimitado por las estructuras, las normas y las representaciones sociales vigentes, e influye de manera específica para la reproducción o el cambio de las mismas. Los estudios de Robles (2007) sobre la invisibilidad del trabajo de cuidado femenino son centrales para la comprensión de esta problemática.

En el análisis de los escenarios sociales de cuidado deben considerarse los niveles macro y micro. El primero tiene que ver con las relaciones, en clave corresponsabilidad, entre el Estado y sus instituciones, las empresas, las familias, las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil. El segundo tiene que ver principalmente con los arreglos de cuidado al interior de los hogares y la igualdad vs desigualdad de cargas entre los géneros y las generaciones.

Para el análisis del cuidado, las dimensiones cultural y simbólica son también primordiales. Un modelo de cuidador universal involucra

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

Provoste (2013) señala que lo que está en el centro es avanzar hacia una concepción de cuidado como derecho universal y a una responsabilidad del Estado y de las instituciones, y que esta sea de ambos sexos. Redistribuir el cuidado es una necesidad urgente, impulsada tanto por las tendencias político-culturales sobre la igualdad de género y otras transformaciones sociales —tales como el envejecimiento, el aumento de niveles de educación, el incremento del trabajo remunerado femenino y los nuevos perfiles de morbilidad.

Todo lo anterior cambia los arreglos familiares, las formas de coresidencia y las pautas tradicionales de cuidado. Aunque la necesidad de cuidado es cada vez más apremiante, las políticas casi no han avanzado hacia su redistribución, tanto en la dimensión macro como microsocial. Las políticas de cuidado dirigidas a distintos grupos sociales han estado desarticuladas entre sí. Además, son pocos los avances sobre las condiciones de provisión de cuidado en el ámbito doméstico y la necesidad de nuevos arreglos en el hogar y los comunitarios / colectivos.

A pesar de que el valor del trabajo doméstico y de cuidado se ha reconocido en muchos estudios, no ha habido suficiente impacto en el diseño de políticas, ya que siguen considerándolo como un problema privativo de las mujeres y ajeno a las responsabilidades del Estado. Es preciso que el cuidado sea reconocido como un derecho humano universal. Esta limitación, de acuerdo con Provoste (2013), no se debe solo a la ausencia de políticas, sino a la falta de un debate público y la necesaria participación social. El maternalismo se reproduce en un sistema en que el Estado necesita la figura de la madre para vincular

a las familias con las instituciones. El cuidado es, desde este punto de vista, un espacio de articulación entre las familias, el Estado y el mercado. Las propuestas para la redistribución del cuidado pueden entonces sustentarse en la igualdad de género y en una redistribución de cargas entre los pilares del bienestar a nivel macro: Estado, familias, empresas y comunidades / organizaciones de la sociedad civil (Provoste, 2013).

Entender el cuidado como un derecho universal sustentado en la igualdad de género implica una reconfiguración de las relaciones entre el mercado, la familia y el Estado, en donde se reasignen nuevas responsabilidades y articulaciones. Si las necesidades de cuidado se entienden como el producto de la carencia de facultades para realizar actividades básicas, los principales grupos necesitados de cuidados son los menores, las personas mayores en situación de dependencia, así como personas con algún tipo de discapacidad.

En esta investigación, nos interesó en particular la situación de las personas mayores y sus demandas de cuidado, sus formas múltiples de cuidar de los otros, así como profundizar en los códigos culturales sobre el cuidado, de manera que las políticas promuevan formas más equitativas entre géneros y generaciones, de resolución de las demandas de cuidado.

Flores Castillo (2013), desde una perspectiva interdisciplinaria que considera aspectos emocionales, buscó analizar los efectos del envejecimiento poblacional y la disponibilidad para el cuidado. Esta mirada integradora pone de relieve la importancia de las dimensiones simbólicas del cuidado y las transferencias emocionales entre quien cuida y es cuidado. Sobre este punto, añadiría la relevancia de la reciprocidad en el cuidado y su relación con la cultura emocional y, en particular, las constelaciones emocionales que favorecen o limitan el acto recíproco (Enríquez, 2023).

La problemática del cuidado hacia las personas mayores tiene una doble dimensión de género, pues las mujeres son las principales encargadas de brindar cuidados, además de que hay una mayor cantidad de mujeres ancianas, que viven por más años. Asimismo, el envejecimiento poblacional produce la reducción del tamaño de las redes de apoyo familiar con que podrían contar los ancianos. En el caso de

los países latinoamericanos, una parte importante de las personas mayores no tiene acceso a prestaciones de salud o seguridad social. El tema no se ha visibilizado por completo porque se ha pensado que es un problema del ámbito privado. Las políticas dirigidas a la vejez deben ser multisectoriales e integrales para lograr una “sociedad para todas las edades” (Huenchuan en Provoste, 2013).

Para Provoste (2013), “las políticas de conciliación entre empleo y familia han permitido poner de relieve una de las principales dificultades para la inserción laboral de las mujeres, abriendo espacios a la responsabilidad de cuidado de parte de los hombres y a la responsabilidad de las empresas frente a las familias” (p.159). Así, la utilización de las encuestas de uso del tiempo y las estadísticas laborales permiten dar visibilidad a las tareas no remuneradas de las mujeres, en especial a aquellas de cuidado. Si se consideran de forma integral las encuestas de la fuerza de trabajo y las del uso del tiempo, se observa que la actividad de las mujeres es muy intensa y su contribución económica muy alta. La intensidad de este trabajo doméstico y de cuidados se refleja en una menor participación en el mercado laboral de las mujeres (Rodríguez, 2013).

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

Para Salvador (2013), el análisis del trabajo remunerado y no remunerado debe incluir el rol del Estado y sus instituciones, así como del mercado y la comunidad para la prestación de servicios, y con ello

reducir las cargas de cuidado. “Es preciso generar las condiciones para que el trabajo que se realiza en el ámbito del hogar y la familia no se vea tensionado por las lógicas de funcionamiento imperantes en el mercado laboral y en la oferta de servicios y prestaciones mediante los cuales se busca contribuir con dicho trabajo” (p.239). A su vez, Sauma (2013) enfatiza sobre la relevancia de una mayor participación masculina en las tareas de cuidado de las personas dependientes.

Aunado a los cambios en los roles tradicionales de género hacia una mayor equidad en la distribución de las cargas de cuidado, es necesario también pensar desde niveles macro en las posibilidades diversas y creativas de colectivización del cuidado, que tienen que ver, primordialmente, con la corresponsabilidad del Estado y sus instituciones. Sin embargo, es también relevante analizar las formas en que las organizaciones de la sociedad civil participan en estas acciones, así como las familias y, posiblemente, las empresas con responsabilidad social. En el centro de esta investigación está el análisis del cuidado colectivo en beneficio de las personas mayores; interesan en particular las prácticas de cuidado mutuo, las reciprocidades múltiples y los códigos culturales y emocionales que propician este tipo de interacciones.

Los procesos de colectivización del cuidado que se gestan en sociedades envejecidas, o bien en países en proceso de envejecimiento, serán fundamentales para hacer frente, de manera creativa, responsable y eficiente, a las demandas de cuidado en la vejez en las sociedades contemporáneas.

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

En este sentido, nos interesan aquellas emociones orientadas a los procesos de colectivización del cuidado que promueven una mayor

equidad entre géneros, y a la vez la posibilidad de arreglos de cuidado en los cuales intervienen dos o más pilares del bienestar, y que rompen con el esquema conservador que feminiza / familiariza el cuidado. Especial interés tienen para nosotras y nosotros los arreglos de cuidado en la vejez de carácter colectivo que promueven las relaciones de equidad entre géneros, de ayuda mutua, cooperación, reciprocidades diversas en materia de cuidado y preservación de la vida misma en esta fase de la existencia. Contrastar distintos casos que pueden considerarse, algunos capaces de fisurar y transgredir paradigmas, que pertenecen a distintas culturas o grupos culturales, nos ampliará nuestra perspectiva sobre los códigos culturales relacionados con la vejez y el envejecimiento; sobre sus diferencias de acuerdo con el género, el cuidado colectivo, las emociones expresadas culturalmente y la importancia del entorno construido inmediato, así como el urbano y relacional cercano.

La pregunta principal que orientó esta investigación fue: ¿cuáles son las configuraciones subjetivas / intersubjetivas y emocionales que están ligadas a las formas de colectivización del cuidado que promueven la equidad y el bienestar social en la vejez en contextos diferenciados?

Los estudios de caso, trabajados para establecer comparaciones a partir de acercamientos cualitativos, con una importante carga etnográfica, fueron en México, España y Uruguay.

Los ejes de la investigación, que posteriormente dieron lugar a cada uno de los capítulos de esta obra, fueron los siguientes:¹

- Significados sobre vejez y su relación con la categoría de género en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. Responsables: Rocío Enríquez Rosas, María Martha Ramírez García y Aimeé Espinosa Martínez.

1. La participación de la que escribe como autora o coautora en cuatro capítulos de resultados, tiene que ver con su liderazgo en dos ejes y también en que, justo esos ejes, por su extensión, fueron trabajados cada uno en dos capítulos. Por otro lado, la que escribe es primera autora en dos de los capítulos y segunda autora en los otros dos capítulos de resultados.

- El consumo cultural y tecnológico en las personas mayores. Responsable: Daniela Mabel Gloss.
- Cultura emocional en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez. Responsables: Rocío Enríquez Rosas y María Martha Ramírez García.
- Personas mayores y sus espacios de cuidado. Entornos del envejecimiento en casos selectos. Responsables: Alejandro Mendo y Karina Vázquez.
- Percepción de salud, emociones y bienestar psicológico de personas mayores institucionalizados y no institucionalizados. Responsables: Margarita Maldonado y Everardo Camacho.

Quiero destacar las características del equipo de investigación de este proyecto, por su carácter interdisciplinario e interdepartamental, ya que participaron académicas y académicos de cuatro instancias del ITESO: el Departamento de Estudios Socioculturales (Deso), el Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano (DHDU), el Departamento de Psicología, Educación y Salud (DPES), así como la Coordinación de Innovación, Desarrollo y Exploración Académica (CIDEA).

La composición del equipo de investigación facilitó el desarrollo del estudio en cada una de sus fases, el alcance internacional de la aproximación empírica y la participación interinstitucional de académicos pertenecientes a otras universidades del país y el extranjero.

Me parece importante la composición intergeneracional del equipo, además de la participación de investigadoras e investigadores. Sin duda, fue importante el diálogo entre generaciones y la formación de nuevos cuadros en este campo de producción de conocimiento.

María Martha Ramírez (DESO y DPES), investigadora clave en este proyecto, junto con Margarita Maldonado (DESO y DPES), formaron parte del equipo base de este estudio. La colaboración de Maldonado fue muy relevante, ya que su experiencia en el campo de estudio de la vejez y el envejecimiento, por más de dos décadas, fue crucial para la comprensión del fenómeno. Asimismo, Aimeé Espinosa, egresada de Psicología de ITESO y becaria de investigación a mi cargo, quien actualmente es maestra en Gerontología, participó en la transcripción de las entrevistas y en el análisis y la elaboración posterior, en coautoría, de

dos de los capítulos para esta obra colectiva. Por otra parte, Everardo Camacho (DPES) colaboró activamente y realizó trabajo de campo en el área metropolitana de Guadalajara. Daniela Mabel Gloss (DESO), quien se desempeñó como investigadora participante en el proyecto con su eje referente a consumo cultural y tecnológico en personas mayores y, a su vez, dirigió el documental *Cuidar los años*, producto de esta investigación que implicó el trabajo de varios años con estudiantes y profesores del PAP Alter Código, así como la labor en campo con los participantes del documental, que en su mayoría fueron colaboradoras entrevistadas en la investigación. Por último, Alejandro Mendo (DHDU) y Karina Vázquez (CIDEA) trabajaron el eje que tiene que ver con el espacio social-espacio construido y personas mayores.

Se contó también con la participación de académicos pertenecientes a otras instituciones, quienes contribuyeron como lectores comentaristas en el coloquio público de resultados de esta investigación en diciembre de 2019 en el ITESO. Por otra parte, contamos con la intervención de Verónica Montes de Oca, profesora investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y coordinadora del Seminario Universitario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (SUIEV-UNAM), así como de Concepción Arroyo Rueda, profesora investigadora de la Universidad Juárez en Durango. También se contó con los comentarios y la participación de Pablo Yanes, coordinador de Investigación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe en México (CEPAL).

Asimismo, consultamos a Enrique Valencia Lomelí, profesor investigador de la Universidad de Guadalajara, y tuvimos una entrevista con Julieta Oddone, profesora investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales en Argentina (FLACSO), como académica experta en el campo de los estudios de la vejez y el envejecimiento.

Esta investigación implicó la realización de etnografías en distintos escenarios nacionales, así como internacionales, en específico en Uruguay y España, donde el trabajo de campo fue realizado por Martha Ramírez y Rocío Enríquez (España) y Margarita Maldonado, Martha Ramírez y Rocío Enríquez (Uruguay). Las etnografías en los casos nacionales fueron llevadas a cabo por el total de los investigadores que formamos parte del equipo ITESO, y en una de ellas

participaron también estudiantes de un proyecto de aplicación profesional del DPES, orientado a personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

Las etnografías siguieron principalmente la propuesta de Angrosino (2012), que consiste en entrevistas cualitativas individuales semiestructuradas y con enfoque biográfico, conversaciones etnográficas, grupos focales, entrevistas a informantes expertos, revisión de documentos, registros visuales en fotografía y video y diarios de campo.

Las entrevistas fueron consideradas en especial como conversaciones para comprender el mundo de vida de las personas mayores y quienes los rodean, a partir sobre todo de la propuesta de Kvale (2011), con énfasis en la búsqueda de diálogo desde la horizontalidad (Corona y Kaltmeier, 2012). Estas fueron en su mayoría audiograbadas con el consentimiento informado de cada uno y una de los y las participantes, para su posterior transcripción, anonimización y verificación. La codificación se realizó tomando en cuenta algunos de los elementos centrales propuestos por Flick (2007), en específico la codificación de los materiales a partir de unidades de sentido. Asimismo, se recuperaron algunas de las propuestas clave de teoría fundada (Glaser y Strauss, 1967). Como se señala en el siguiente capítulo, hay escenarios que son nombrados con su forma original, puesto que así lo decidieron quienes forman parte de esta grupalidad, mientras que hay otros en los que se colocaron claves, para mantener en anonimato el nombre del escenario de investigación. A lo largo de cada uno de los capítulos de resultados, se colocan las mismas claves para cada uno de los escenarios, así como para las y los participantes en esta investigación.

El libro está compuesto de diez capítulos que muestran los hallazgos encontrados, tomando en cuenta cada uno de los ejes de la investigación colectiva. La autora, o bien las y los autores de cada capítulo,² son los investigadores que formaron parte de este estudio y que, en un esfuerzo colectivo a lo largo de tres años, con reuniones de trabajo

2. Como se mencionó, dos ejes fueron desdoblados en dos capítulos cada uno, por la extensión de los hallazgos citados y su análisis. En dos de esos capítulos, la que escribe participa como segunda autora y en dos como primera autora. Los capítulos son los hallazgos de los dos ejes en los que la que escribe llevó el liderazgo.

periódicas-mensuales, plasmaron en sus capítulos los resultados más importantes, sustentados en el análisis riguroso del material empírico.

El primer capítulo, “Investigación de las subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez: estudios de caso en México, España y Uruguay”, elaborado por Rocío Enríquez Rosas, tiene como objetivo dar cuenta del problema de investigación abordado, así como ofrecer las coordenadas teóricas y metodológicas que guiaron el estudio. Se explicitan algunos de los debates con respecto al cuidado, la vejez y el envejecimiento, y se muestra la pregunta rectora de esta investigación colectiva y los ejes trabajados desde la *expertise* de los responsables de cada uno de los mismos. Se elaboran precisiones de orden metodológico y, finalmente, se describe de manera sintética cada uno de los capítulos de esta obra.

“Caracterización sociodemográfica de la población de las personas mayores en México, Uruguay y España”, es el título del segundo capítulo, elaborado por Margarita Maldonado Saucedo, María Martha Ramírez García y Rocío Enríquez Rosas. El propósito principal fue desarrollar, brevemente y para cada país, la sociodemografía de la población adulta mayor, su sistema de salud, los programas sociales y, por último, los escenarios en que se llevó a cabo el trabajo de campo. También, en el apartado final de cada país, se colocaron unas notas breves sobre la pandemia por covid-19 y algunas de las repercusiones en las personas mayores. Aunque la investigación en campo concluyó a finales de 2019, es importante incorporar algunos elementos sobre esta problemática, la cual ha tenido efectos diferenciados en cada país.

El tercer capítulo, “La multidimensionalidad de la vejez y sus sentidos en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas: estudios de caso en México, Uruguay y España”, de María Martha Ramírez García, Rocío Enríquez Rosas y Aimeé Espinosa Martínez, tiene como finalidad un acercamiento a la producción de sentido sobre la vejez desde las personas mayores, así como desde los otros implicados en las relaciones de cuidado (cuidadores familiares y no familiares, directivos, personal de las instituciones). Se pretende hacer un aporte a las formas contemporáneas en que se negocian los sentidos sobre la vejez y la emergencia de significados que rompen con estereotipos.

El cuarto capítulo, “Significados sobre vejez desde la categoría de género y la dimensión socioeconómica en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas: estudios de caso en México, Uruguay y España”, fue elaborado por María Martha Ramírez García, Rocío Enríquez Rosas y Aimeé Espinosa Martínez, y su objetivo es mostrar y analizar las significaciones sobre la vejez en clave de género y socioeconómica. Se analizan las atribuciones que reflejan la relevancia de envejecer con una mayor o menor seguridad económica para resolver las distintas demandas de la vida cotidiana en esta etapa de la vida. Los hallazgos muestran el impacto de los estereotipos de género, así como la limitación de los recursos económicos en las formas de significar y vivir la vejez.

“Percepción de salud, emociones y bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de México y Uruguay”, el quinto capítulo, de Margarita Maldonado Saucedo y Everardo Camacho Gutiérrez, busca mostrar la relevancia del acercamiento, desde el marco de la percepción, a las emociones, la salud y los hábitos salutógenos de las personas mayores, y cómo se relaciona con el bienestar psicológico percibido. A partir de los hallazgos y el ejercicio de contraste entre los casos referentes a México y Uruguay, los autores buscan aportar elementos para un envejecimiento saludable y activo.

El sexto capítulo, “Cultura emocional en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez: estudios de caso en México”, de Rocío Enríquez Rosas y María Martha Ramírez García, pretende describir y analizar, desde la socioantropología de las emociones, la cultura afectiva que favorece narrativas y prácticas de cuidado mutuo y colectivo entre las personas mayores y otros actores sociales que participan en su entorno cotidiano. El estudio busca mostrar la presencia de emociones que crean vínculos de ayuda mutua que se fortalecen en la vida cotidiana y generan procesos de contención socioemocional importantes, así como la existencia de emociones que favorecen la reproducción de prácticas de cuidado que sobrecargan a algunos miembros y promueven el aislamiento social de las personas mayores.

El séptimo capítulo, “Cuidados colectivos y emocionalidad en la vejez: estudios de caso en Uruguay y España”, de Rocío Enríquez Rosas

y María Martha Ramírez García, tiene el propósito de analizar la cultura emocional que favorece los procesos de colectivización del cuidado en la vejez en los estudios de caso analizados en dichos países. Los escenarios de investigación para Uruguay fueron tres centros de día, dos residenciales privados y dos organizaciones de la sociedad civil (OSC). En España, el caso abordado fue una cooperativa de vivienda de personas mayores denominada Trabensol. Los resultados se centran en describir y analizar, desde la socioantropología de las emociones, la cultura afectiva que favorece narrativas y prácticas de cuidado mutuo, recíproco y colectivo entre las personas mayores, así como con otros actores sociales. El estudio intenta mostrar cómo ciertas emociones pueden estar vinculadas con narrativas y prácticas de cuidado que favorecen la solidaridad en la etapa de la vejez y promueven un envejecimiento activo y saludable.

El octavo capítulo, “Personas mayores y sus espacios de cuidado. Entornos del envejecimiento en casos selectos de España, Uruguay y México”, de Alejandro Mendo Gutiérrez y Karina Vázquez Garnica, analiza algunos espacios de cuidado geriátrico en tres países de Iberoamérica, y presenta hallazgos sobre la calidad habitacional y la satisfacción residencial que disfrutan o toleran las personas mayores que residen en instituciones geriátricas públicas, residenciales privados, o bien en proyectos comunitarios de cuidado a los viejos. De esta manera, el texto detalla aspectos referidos a los espacios construidos, las instalaciones y los accesorios con que se les equipa, y las percepciones que sobre estos tiene la población beneficiaria.

El noveno capítulo, “El consumo cultural y tecnológico en el cuidado, bienestar subjetivo y emociones de personas mayores”, de Daniela Mabel Gloss, elabora analíticamente una caracterización densa de las prácticas, los espacios (físicos y virtuales) y los rituales de interacción comunicativa y de consumo cultural, enfocada en tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y su papel en el cuidado, las emociones y el bienestar subjetivo de las personas mayores que formaron parte de la investigación. La autora busca exponer las potencialidades de la colectivización del consumo cultural, así como posibles alternativas a seguir para trabajar estrategias integrales de acceso a las TIC y de alfabetización digital que potencien el cuidado

y bienestar de las personas mayores, su comunicación interpersonal, su derecho a la educación y al acceso a la información.

El décimo capítulo, “Investigación de las subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez: estudios de caso en México, España y Uruguay. Consideraciones finales”, de Rocío Enríquez Rosas, señala las conclusiones centrales del estudio realizado, así como algunas reflexiones de orden metodológico, y posibles vetas de investigación que pueden nutrir futuros estudios en este campo de generación de conocimiento.

REFERENCIAS

- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa* (colección Investigación cualitativa) (pp. 19–39). Madrid: Ediciones Morata.
- Araujo Guimarães, N., e Hirata, H. (2020). Introducción: Realidades nacionales, desafíos latinoamericanos. En N. Araujo Guimarães y H. Hirata (Comp.), *El cuidado en América Latina* (pp. 11–25). Buenos Aires: Fundación Medifé.
- Arroyo, M.C. (Coord.) (2021). *Las soledades en la vejez. Experiencias, significados y afrontamiento*. Durango: Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Batthyány, K., y Genta, N. (2020). Uruguay: avances y desafíos en la investigación y las políticas públicas del cuidado. En N. Araujo Guimarães y H. Hirata (Comp.), *El cuidado en América Latina* (pp. 219–257). Buenos Aires: Fundación Medifé.
- Corona, S., y Kaltmeier, O. (2012). *En diálogo. Metodologías horizontales en las ciencias sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Enríquez, R. (2016). La construcción social del cuidado: ¿individualización, familiarización o colectivización? Reflexiones a partir de los debates contemporáneos. En O. Martínez, I. Román y E. Valencia (Coord.), *La heterogeneidad de las políticas sociales en México: instituciones, derechos sociales y territorio, vol. II* (pp. 61–79). Tlaquepaque: ITESO/Universidad Iberoamericana.

- Enríquez, R. (2019). Cultura emocional del cuidado en la vejez. Análisis de narrativas. En M. Maldonado, R. Enríquez y E. Camacho (Coord.), *Vejez y envejecimiento. Una aproximación interdisciplinaria* (pp. 119–148). Tlaquepaque: ITESO.
- Enríquez, R. (2022). *Cuidado recíproco y constelaciones emocionales en la pareja*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara y Conacyt.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Flores Castillo, A. (2013). Cuidado domiciliario y recuperación de la subjetividad: el caso de México. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado; el desafío de las políticas*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Glaser, B., y Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Gobierno de Guadalajara, DIF y OMS (2017). Plan estratégico para una ciudad amigable con los mayores, 2016–2018. https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/02/REPORTE_2017_final_enero_21.pdf
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa* (colección Investigación cualitativa) (pp. 23–32 y 123–133). Madrid: Ediciones Morata.
- Lamaute, N. (2013). Redistribuir el cuidado: para un nexo de políticas públicas. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado; el desafío de las políticas* (pp. 69–125). Santiago de Chile: CEPAL.
- OMS (2020). *Década del envejecimiento saludable 2020–2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
- Ortega, L. (2013). ¿Un nuevo modelo patriarcal de familia en las áreas rurales? En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado; el desafío de las políticas* (pp. 243–276). Santiago de Chile: CEPAL.
- Oxfam (2021). *El virus de la desigualdad. Cómo recomponer un mundo devastado por el coronavirus a través de una economía equitativa, justa y sostenible*. <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/el-virus-desigualdad-oxfam-intermon.pdf>

- Paperman, P. (2019). *Cuidado y sentimientos* (colección Horizontes del Cuidado). Buenos Aires: Fundación Medifé.
- Provoste, P. (2013). Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado; el desafío de las políticas* (pp. 127-170). Santiago de Chile: CEPAL.
- Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez, C. (2013). El trabajo de las mujeres: algunas reflexiones a partir de una mirada integrada desde las encuestas de uso del tiempo y las estadísticas laborales. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado; el desafío de las políticas* (pp. 209-240). Santiago de Chile: CEPAL.
- Salvador, S. (2013). Modelos de la división intrahogar del trabajo total: los casos del Ecuador y México. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado; el desafío de las políticas* (pp. 291-325). Santiago de Chile: CEPAL.
- Sauma, P. (2013). Protección social y trabajo no remunerado. Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado: estudio de caso en Costa Rica. En C. Calderón (Coord.), *Redistribuir el cuidado; el desafío de las políticas* (pp. 327-368). Santiago de Chile: CEPAL.

Caracterización sociodemográfica de la población de personas mayores en México, Uruguay y España

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO

MARÍA MARTHA RAMÍREZ GARCÍA

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo, se encontrará información contextual de cada uno de los casos abordados en los tres países analizados: México, Uruguay y España. En cada caso, se colocó información con relación a: i) sociodemografía de la población de personas mayores; ii) sistema de salud; iii) programas y bienestar social; iv) descripción de los escenarios en los cuales se realizó el trabajo de campo; y v) pandemia por covid-19. Se comienza con el caso de México, seguimos con Uruguay y se finaliza con España. Cabe mencionar que, dentro del apartado en que se escribe sobre la caracterización de los escenarios en cada país, están las formas en que fueron denominados estos, para la escritura de los siguientes capítulos.

Palabras clave: *personas mayores, salud, sociodemografía, México, Uruguay, España.*

CASO MÉXICO

Sociodemografía de la población de personas mayores

En las últimas décadas, el incremento de personas mayores en México ha sido vertiginoso, lo que ha generado cambios relevantes en la pirámide poblacional y en el perfil epidemiológico de la población. Este envejecimiento tiene su impacto en la economía, la salud y los

TABLA 2.1 TOTALES Y PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES POR DÉCADAS Y SEXO DE 2010 A 2050

Diversidad	Totales	Mujeres	Mujeres %	Hombres	Hombres %
2010	10'055,379	5'375,841	53.5%	4'679,538	46.5%
2020	14'425,879	7'813,200	54.2%	6'612,679	45.8%
2030	20'365,839	11'164,886	54.8%	9'200,953	45.2%
2040	26'964,665	14'985,071	55.6%	11'979,594	44.4%
2050	32'427,195	18'182,536	56.1%	14'244,659	43.1%

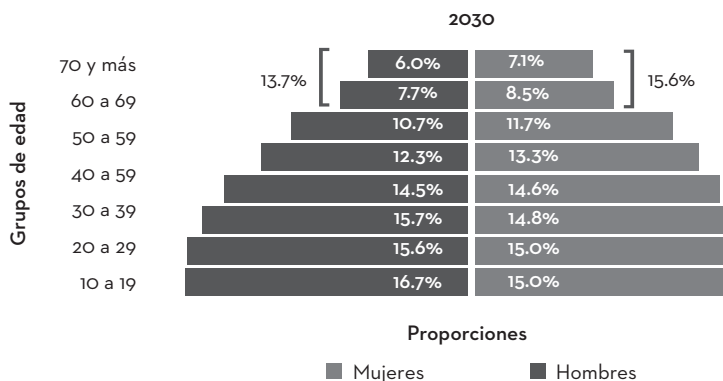
Fuente: Inmujeres (2015).

cuidados, así como en la configuración y la evolución de las estructuras familiares, entre otros. Los factores principales que han favorecido el incremento de personas mayores en el país son la disminución significativa en la tasa de natalidad, el incremento en la esperanza de vida debido a los avances en la medicina y la migración internacional de jóvenes.

En el Censo de Población y Vivienda de 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), se determinó que la población de mexicanos es de 126'014,024 personas, de los cuales el 51.2% son mujeres y el 48.8%, hombres (Inegi, 2021a). Respecto a las personas mayores, en la tabla 2.1 se observan los porcentajes, tanto por década como por sexo, con un incremento paulatino de entre cuatro y seis millones por década a partir de 2010, así como su tendencia hasta 2050; de igual forma, podemos ver que, en un periodo de cincuenta años, la población de personas mayores se triplicará; de ahí la importancia de ampliar las investigaciones sobre este grupo etario y sus implicaciones sociales. Otro aspecto relevante en la tabla 2.1 es que, en cada década, las mujeres son más que los hombres (Inmujeres, 2015).

En relación con el género, se estima que en 2030 la incidencia de mujeres y hombres de 60 años y más, con respecto al total de la población, será de 15.6% y 13.7%, respectivamente. La figura 2.1 presenta cómo en las tres primeras décadas de vida de la población, la proporción es mayor en hombres que en mujeres, pero, a partir de los 40 años, las mujeres las superan (Sedesol, 2017).

FIGURA 2.1 TOTALES PIRÁMIDE POBLACIONAL, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD PROPORCIÓN 2030



Fuente: Sedesol (2017).

Además de conocer los números totales de las personas mayores, también es importante determinar el índice de envejecimiento (IE), lo que permite hacer mejores proyecciones sobre el incremento de este grupo etario y, por ende, anticipar sus necesidades sociales, de salud, economía, modificaciones en la estructura familiar, e inclusive las adecuaciones de las viviendas. Como nos muestran los datos de Inegi (2021b), en 2020 había 48 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, diferencia que se incrementará en 2030 a 63 personas mayores masculinos por cada 100 menores de 15 años, mientras que, para las mujeres, el incremento será de 70 personas mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años (Sedesol, 2017). Este aumento traerá una serie de transformaciones sociales importantes.

Un factor que ha determinado el cambio en la pirámide poblacional es el crecimiento de la esperanza de vida de los mexicanos, que en 2017 era de 77.93 años en las mujeres y de 72.88 años en los hombres (por lo general, son cinco años de diferencia a favor de ellas). Se estima que para 2030, la esperanza de vida para los hombres será de 74.64 años, y de 79.41 para las mujeres (Sedesol, 2017). Es importante considerar que, si bien se ha incrementado la esperanza de vida gracias a la medicina, esto no significa mejor bienestar, ya que un alto porcentaje de adultos

mayores padece alguna o varias enfermedades crónico degenerativas, aunado a los altos niveles de pobreza.

En relación con la pobreza, se observó que en el periodo de 2010 a 2014, su nivel en personas mayores se mantuvo casi igual, es decir, de 43.9% a 43.7%, mientras que la pobreza extrema disminuyó ligeramente, de 11.1% a 8.7%. Se estima que para 2030, el nivel de pobreza disminuya a 41.5% y la pobreza extrema a 4.4%, lo que sería significativo. Cuando estos datos se analizan por género, se aprecia que la pobreza y la pobreza extrema afectan en mayor magnitud a las mujeres mayores. En 2014, el 54.1% de las personas mayores pobres eran mujeres, y el 54.2% en pobreza extrema (Sedesol, 2017). Si bien la pobreza ha disminuido, aún los índices son elevados, si se considera que más del 50% de la población de personas mayores viven en pobreza y pobreza extrema. Con base en los datos de 2020, se encontró que el 41% de la población de personas mayores de 65 años o más viven en situación de pobreza, y el 6.8% en pobreza extrema; además, el 49.4% viven con un ingreso inferior a la línea de pobreza, en tanto que el 19.1% subsiste con un ingreso inferior a la línea de pobreza extrema (Coneval, 2020).

En la sociedad mexicana, hay al menos tres indicadores relacionados con el bienestar de las personas mayores: estado civil, nivel educativo y salud física y mental. En lo que corresponde al primero, las estimaciones del Censo de Población y Vivienda de Inegi 2020 (Inegi, 2021b) (véase tabla 2.2), el 64% de los hombres refieren estar casados, a diferencia del 42% de las mujeres; si se suman los porcentajes de estar viviendo en pareja, 74% corresponde a los hombres y solo el 47 % a las mujeres; en contraste, las mujeres viven en viudez un 34%, por solo el 13% de los hombres. Llama la atención los bajos porcentajes en las categorías de separados y divorciados, y una probable explicación es que este grupo etario nació entre los años de 1940 y 1950, cuando la educación, en especial en las mujeres, era aprender los roles culturales de ama de casa, aunado a las creencias religiosas arraigadas, por lo que los divorcios y las separaciones no eran una opción.

Con respecto al nivel educativo de las personas mayores, el promedio general de escolaridad es de 6.5 años, es decir que el 45.9% reportó haber cursado primaria (completa e incompleta) y el 10.4%

TABLA 2.2 PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL, 2020

Estado civil	Mujeres %	Hombres %
Casada(o)	64	42
Viuda(o)	13	34
Viven con su pareja en unión libre	10	5
Soltera(o)	6	9
Separada(o)	5	7
Divorciada(o)	2	3

Fuente: Inegi. Censo de Población y Vivienda 2020. Consulta interactiva de datos.
Cuestionario Básico. SNIEG. Información de Interés Nacional.

TABLA 2.3 PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, 2021

Grado académico	Porcentaje
Sin instrucción	17.5
Primaria incompleta o completa	45.9
Secundaria incompleta o completa	12.5
Media superior incompleta o completa	9.2
Otros estudios superiores	10.4

Fuente: estimaciones del Conapo (2021).

refiere tener estudios superiores. El bajo nivel educativo de este grupo etario tiene un impacto a nivel social, por ejemplo, el 17.5% reportó no tener escolaridad y no saber leer ni escribir, lo cual genera muchas limitaciones para su desarrollo en distintas dimensiones (véase la tabla 2.3) (Conapo, 2021).

Para las personas mayores, el tema de la salud es quizá su mayor prioridad. Como se mencionó líneas atrás, ya que no solo hubo un cambio demográfico sino también epidemiológico, porque a principios del siglo XIX, las personas morían por infecciones y / o enfermedades agudas, lo cual se ha superado con los avances de la medicina. En contraste, los estilos de vida se han modificado y han surgido factores epigenéticos que han contribuido al incremento de las enfermedades crónico degenerativas en este grupo etario; por ejemplo, existe una menor movilidad física entre ellos y ellas, además de que la

TABLA 2.4 PORCENTAJES SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS POR SEXO. SALUD PÚBLICA MÉXICO, 2020

Autorreporte médico de enfermedades	Nacional %	Mujeres %	Hombre %
Hipertensión	42.4	47.8	35.2
Hipercolesterolemia	25.5	29.3	20.6
Diabetes	25.1	27.1	22.4
Enfermedad renal	16.3	19.5	12.1
Enfermedades del corazón (infarto, insuficiencia cardíaca)	7.1	7.6	6.6
Embolia o infarto cerebral	1.2	1.2	1.3
Salud mental			
Síntomas depresivos	40.6	46.5	32.8
Deterioro cognitivo (aprender, recordar y concentrarse)	5.6	5.5	5.7

Fuente: Salinas-Rodríguez et al. (2020).

alimentación se ha industrializado en gran medida, perdiendo así nutrientes, y las demandas sociales y económicas han incrementado de manera significativa los niveles de estrés, por mencionar solo algunas causas. La tabla 2.4 nos muestra las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en personas mayores. El porcentaje nacional más alto es la hipertensión (42.4%), seguida de la hipercolesterolemia (25.5%), la diabetes (25.1%) y las enfermedades renales (16.3%). Después de estos cuatro padecimientos, los porcentajes disminuyen de manera considerable en comparación con las enfermedades del sistema circulatorio (infartos y embolias).

Cuando el análisis se realiza por género, se detecta que las mujeres mayores son quienes presentan porcentajes más elevados en cuatro de las seis enfermedades descritas (Salinas-Rodríguez et al., 2020). Datos del Inegi de 2021 muestran que las cinco principales causas de defunción en las personas mayores son enfermedades del corazón, covid-19, diabetes mellitus, tumores malignos, influenza y neumonía (2021c).

En cuanto a la salud mental, las mujeres muestran porcentajes más elevados con respecto a la sintomatología depresiva, pero, en lo que toca al deterioro cognitivo, no hay diferencias.

Sistema de salud y seguridad social en México: contributivos y no contributivos

Después de describir de manera sucinta las características básicas de la población de personas mayores en México, se mencionan las principales instituciones de salud que brindan un Estado de bienestar a la población en general. Para conocer los antecedentes al respecto, es necesario mencionar que, a partir de la Constitución mexicana de 1917, surgen los primeros esfuerzos por establecer un Estado de derecho socialmente más justo (Ordoñez, 2009). Existen los sistemas de seguridad social contributivos y no contributivos, que a continuación se describen.

Sistema de seguridad social contributivo

Los servicios de seguridad social y de salud contributivos en México se dividen en dos grandes categorías: públicos y privados. En la atención pública, hay un vínculo tripartito donde interviene el gobierno, el empleador (público o privado) y el trabajador; en lo privado, es el empleador y / o el individuo mismo.

Entre los sistemas de seguridad social y salud pública de esta categoría, están:

Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (stpmr)

En Petróleos Mexicanos (Pemex), en 1942, se firmó el primer contrato colectivo de trabajo en donde se consideró el derecho a los servicios médicos, las prestaciones en caso de enfermedades, los accidentes, la jubilación y la muerte. Además, se incluyeron beneficios para la vivienda, fondos de ahorro, cuidado diurno, servicios culturales y educativos, incluidas las becas. A fin de recibir una pensión por vejez, se requiere un mínimo de 25 años de servicio y 55 años de edad. Asimismo, hay jubilaciones por discapacidad permanente y pensiones de sobrevivencia para los dependientes de los trabajadores fallecidos (Valencia et al., 2013).

Instituto Mexicano del Seguro Social (imss)

En 1943, Manuel Ávila Camacho, presidente de México, fundó el IMSS, cuyos principales beneficiados fueron los obreros de empresas privadas y paraestatales, y desde entonces se ha convertido en el servicio de salud pública gratuita más importante del país. El IMSS incluye un conjunto de seguros de retiro y vejez, así como pensiones de supervivencia para los dependientes de los trabajadores fallecidos, seguro de invalidez y, además, protege contra riesgos en el trabajo y otros asociados con enfermedades y maternidad. Para jubilarse, los trabajadores afiliados deben tener al menos 60 años de edad, quienes tienen que elegir entre una renta vitalicia, actualizable según la inflación, o retiros programados (Ordoñez, 2009; Valencia et al., 2013).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (issste)

En 1959, con Adolfo López Mateos en la presidencia, se inauguró el ISSSTE, que ofrece servicios de salud a empleados públicos, burócratas y maestros prestadores de servicio y sus familias en toda la república. Incluye seguros de retiro y pensiones de sobrevivencia, seguro de vejez, invalidez y salud, así como protección contra los riesgos del trabajo. Al igual que el IMSS, el ISSSTE ofrece acceso a guarderías y otros servicios sociales, como los fondos para la vivienda, préstamos personales y servicios culturales y sociales (Ordoñez 2009; Valencia et al., 2013; Castro, 2019).

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (issfam)

Surgió en 1976 por decreto presidencial de José López Portillo, siendo el único instituto que administra los fondos colectivos de jubilación de las Fuerzas Armadas, es decir, no opera con cuentas individuales, sino con el Fondo del Seguro Colectivo de Retiro. Para acceder a este régimen de seguridad social, es necesario haber cumplido 20 años de servicio (Valencia et al., 2013). El ISSFAM comprende a los

trabajadores del Ejército Mexicano, la Marina Armada de México y la Secretaría de la Defensa Nacional (Ronzón-Hernández y Montoya-Arce, 2013).

Actualmente, el 81.1% de la población de 65 años y más está afiliado en alguna de las instituciones de salud: IMSS, 52.2%; ISSSTE, 12%; y Pemex y Defensa o Marina, 29% (SUIEV, 2021).

En resumen, podemos decir que estas cuatro instituciones son las que ofrecen servicios de seguridad social y de salud gratuito a la población que está laborando de manera formal, lo que significa que un sector de la población que trabaja en la informalidad no tiene acceso, por lo que se han generado programas gubernamentales no contributivos que ofrecen diversos tipos de apoyos (salud, apoyo económico, alimentos, entre otros) para mejorar el bienestar de este sector de la población.

Sistema de seguridad social no contributivo

En las últimas tres décadas, han existido diversos programas de seguridad social no contributivos, cuyo objetivo es procurar el bienestar de la población que trabaja en la informalidad y disminuir los niveles de pobreza. A continuación, se mencionan los programas más relevantes en los diversos periodos presidenciales a partir de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), en donde se retoma el énfasis en mejorar el bienestar de la población mencionado en la Constitución de 1917.

Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol)

El Pronasol, también conocido simplemente como Solidaridad, se inauguró en diciembre de 1988 en el periodo presidencial de Carlos Salinas de Gortari. Su objetivo era mejorar el bienestar de la población, creando, a través de medios productivos, un piso social básico. “Los objetivos explícitos de Solidaridad son muy amplios y se agrupan en los siguientes ejes: combatir la pobreza en el marco de un proyecto de desarrollo nacional; incidir en el bienestar social, promoviendo la corresponsabilidad de la sociedad; modificar la relación sociedad-Estado, con el consiguiente impacto en el ámbito de lo político” (Cortez

et al., 1993, p.7). El programa estaba organizado en tres áreas: solidaridad para el bienestar social, solidaridad para la producción, y solidaridad para el desarrollo regional. Este programa se fue eliminando gradualmente durante el periodo presidencial de Ernesto Zedillo, dado que México enfrentó una crisis económica severa (Martínez-Flores y Benavides, 2018).

Programa de educación, salud y alimentación (Progresá)

En 1997, el presidente Ernesto Zedillo anunció la creación del Progresá, que representó una nueva forma de política social que sirvió como ejemplo a varios países de América Latina y el mundo. Sus innovaciones principales fueron integrar en un solo programa las dimensiones de salud, alimentación y educación; al mismo tiempo, trabajar en el alivio de la pobreza (por medio de transferencias económicas) y la creación de capital humano para una mejor inserción de las siguientes generaciones en el mercado de trabajo (a través del cumplimiento de corresponsabilidades y de someterse a evaluaciones externas de impacto) (Hevia, 2009).

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

Con la llegada de Vicente Fox a la presidencia (2000), en 2002 se emitió un decreto que anunciaba la creación del Programa Nacional de Desarrollo Humano Oportunidades y la desaparición del Progresá (Hevia, 2009). Oportunidades tuvo tres ejes principales: i) transferencias directas a la población objetivo, condicionadas a ciertos comportamientos con el fin de proteger a las familias pobres; ii) mecanismos de monitoreo rigurosos para evaluar los resultados; y iii) sistemas operativos para identificar a los beneficiarios. En 2006, la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) creó un programa nacional de transferencias condicionadas, dirigido a los beneficiarios de Oportunidades que tuvieran 70 años y más. La asignación era entregada a los adultos mayores que pertenecieran a las familias inscritas en dicho programa, y sujeta a la asistencia a las citas programadas con el personal de salud

y los cursos de capacitación para el autocuidado de la salud (Araujo y Suárez, 2013).

Programa de Inclusión Social (Prospera)

En septiembre de 2014, durante la administración de Enrique Peña Nieto (2012–2018), en septiembre de 2014 comenzó Prospera, que se convirtió en parte de dos estrategias de política social: la Cruzada Nacional contra el Hambre y la Estrategia Nacional de Inclusión. Su objetivo fue trascender el asistencialismo del programa Oportunidades, buscando incorporar la participación social, con énfasis en la coordinación interinstitucional y entre órdenes de gobierno para atender con efectividad la problemática de la pobreza (Hernández et al., 2019)

Seguro Popular

Los gobiernos reconocían el alto porcentaje de la población que, por estar en la informalidad, no tenían derecho a los servicios de salud gratuitos, y fue durante el sexenio de Vicente Fox que en 2005 surgió el Programa de Protección Social en Salud, llamado coloquialmente Seguro Popular, cuyo objetivo fue ofrecer servicios gratuitos para toda la población, con una duración de 15 años. El origen del Seguro Popular estuvo sustentado en la Ley General de Salud, aprobada en 2003, para hacer frente a las duras limitaciones de acceso a la seguridad social en salud. Tal y como se recoge en la Constitución, esta ley busca lograr la cobertura universal de salud para todos los ciudadanos, así como la creación de un Sistema de Protección Social en Salud para las familias que no tienen acceso a la seguridad social. El sistema se combinaba con los servicios de seguros de salud existentes ofrecidos por otras instituciones públicas, y su principal instrumento era el Seguro Popular, aun cuando en los siguientes años se han introducido muchas herramientas nuevas como el Seguro Médico para una Nueva Generación, el Seguro para un Embarazo Seguro y el Fondo de

Protección contra Gastos Catastróficos (Valencia et al., 2013; Barba y Valencia, 2016).

Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi)

El gobierno de Andrés Manuel López Obrador inauguró, en enero de 2020, el Insabi, que vino a sustituir al Seguro Popular. Su objetivo es brindar servicio de salud gratuito a todas las personas que no estén inscritas en ningún sistema de salud contributiva, y es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud. Los beneficiarios podrán recibir servicios médicos sin restricciones, al igual que recibirán medicamentos gratuitos (Insabi, 2020).

Hasta aquí, lo descrito se refiere en esencia a programas de apoyo para disminuir los índices de pobreza en el país. Lo que se observa con claridad es la falta de continuidad de dichos programas, ya que prácticamente en cada periodo presidencial se generaron nuevos planes de atención social por parte de la federación. Quizás este constante cambio ha sido un factor que ha limitado combatir de manera eficaz la pobreza en el país, dado que los índices al respecto siguen siendo elevados. También, lo que se refiere a la atención de la salud ha sido abordado de forma parcial por las discontinuidades en los programas e iniciativas en este campo tan importante, en especial para los grupos más vulnerables.

A nivel de las organizaciones no gubernamentales, existe un amplio número que tienen como objetivo el bienestar de la población en diversas áreas, sobre todo para las personas que trabajan en la informalidad.

Programas federales de bienestar social en favor de las personas mayores

Con relación al tema de las personas mayores, las instituciones de seguridad social de la federación tuvieron sus inicios a mediados del siglo XIX. Sin embargo, las acciones concretas surgieron hasta la mitad de la década de 1970 (Vivaldo y Martínez, 2015). A continuación, se presentan de manera sucinta programas representativos en apoyo a la población de personas mayores, con énfasis en lo social, la

investigación y una propuesta para gestar ciudades amigables para las personas mayores en México.

Instituto Nacional de la Senectud (Insen)

El interés por el tema del envejecimiento en México se enfatiza, primero, por el impacto en la transición demográfica y epidemiológica del país, donde el incremento de las personas mayores se empieza a visibilizar y las enfermedades crónico degenerativas comienzan a aumentar. Aunado a lo anterior, un elemento a considerar fue la realización de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en 1982, siendo México la sede de la conferencia preparatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de donde surgió un documento titulado *La política de salud y el envejecimiento*. Un tercer aspecto fue la creación, en la administración del presidente José López Portillo, de dos instituciones responsables de este grupo etario: el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en 1977, y el Instituto Nacional de la Senectud (Insen), el 22 de agosto de 1979 (Vivaldo y Martínez, 2015).

El Insen tenía la calidad de organismo descentralizado para brindar protección, ayuda, atención y orientación de la población senecta, así como para el desarrollo de acciones asistenciales del gobierno federal. La intención era crear un organismo que se ocupara de la atención integral del anciano. A través del Insen, en 1981 se establecieron seis albergues de atención interdisciplinaria gerontológica. Asimismo, en 1982 dio inicio la instalación de clubes de la tercera edad en diversos estados de la república, para “promover el desarrollo humano de las personas adultas mayores, brindándoles cursos, talleres, capacitación en diversas manualidades, recreación física y deporte, entre otras actividades, fomentando con ello la ocupación del tiempo libre y la convivencia con personas del mismo grupo etario” (Sedesol, 2014, p.5).

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam)

El Insen quedó adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y en 2002 cambió su nombre por el de Instituto Nacional de Adultos

en Plenitud (Inaplen), que a su vez se transformó en lo que hoy es el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (Inapam). El 25 de junio de 2002, se promulgó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a cuyo amparo está regulado el Inapam, lo que significó un mayor posicionamiento del tema en la política pública del país, para “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento” (Sedesol, 2014, p.4).

Hoy, el Inapam cuenta con diversos programas a favor de las personas mayores: centros de atención integral, albergues y residencias de día, capacitación, centros culturales, clínicas de memoria y clubes en todo el país (Gobierno de México, 2020).

Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem)

Es una encuesta longitudinal de adultos de 50 años y más en México, la cual se realizó por vez primera en 2001, con la colaboración del Inegi, así como de investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin, y de la Universidad de Texas Medical Branch (UTMB), el Instituto Nacional de Geriatría (Inger), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Universidad de California Los Ángeles (UCLA). El Enasem está parcialmente financiado por el National Institutes of Health / National Institute on Aging. A partir de entonces, se han realizado encuestas en 2003, 2012, 2015 y 2018, cuyo objetivo ha sido obtener información actualizada sobre el proceso de envejecimiento, así como su impacto en las enfermedades en la población de 50 años y más (Inegi, 2018).

Instituto Nacional de Geriatría (Inger)

Un grupo de 33 especialistas en envejecimiento y salud, provenientes de los Institutos Nacionales de Salud, el IMSS, el Inapam, la Facultad de Medicina de la UNAM, la Fundación Mexicana para la Salud y el DIF, entre otros, iniciaron en enero de 2007 el proceso de creación del Inger.

El 28 de julio de 2008, Felipe Calderón Hinojosa firmó el decreto presidencial que creaba este instituto, cuyo propósito era contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana envejecida a través de la investigación en salud, así como la generación de conocimiento y propuestas de acción que lleven a la definición de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México, donde participaban los sectores social y privado. Asimismo, el 30 de mayo de 2012, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el decreto de Creación del Instituto Nacional de Geriátrica como Instituto Nacional, que habrá de conducir al fortalecimiento del trabajo de manera horizontal con los Institutos Nacionales de Salud en su conjunto y de forma coordinada con el Sector Salud (Secretaría de Salud, 2016).

Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (suienv)

En noviembre de 2011, el rector de la UNAM, José Narro Robles, tomando en cuenta que el fenómeno del envejecimiento constituía un tema central en el desarrollo social y en las políticas de salud del país, consideró la creación de esta actividad: “El SUIEV tiene como objetivo principal la construcción de redes, actividades de colaboración y proyectos interdisciplinarios, que afirmen a la UNAM como un actor importante en las estrategias a largo plazo frente al envejecimiento de nuestra población” (Red Latinoamericana de Gerontología, 2011, p.1). Es, quizás, la red que más aporta a la investigación interdisciplinaria a favor de las personas mayores en el país.

Transferencia monetaria a las personas mayores

Otro de los apoyos en México son las transferencias monetarias para favorecer los ingresos de las personas mayores en pobreza. De manera sucinta, se mencionan solo dos de los diversos programas que se han implementado.

El Programa 70 y Más otorgó transferencias monetarias para mejorar el ingreso de las personas mayores de más de 70 años y que no contaban con una pensión contributiva ni estaban afiliados a una institución de seguridad social, con una cobertura nacional. Este programa comenzó en 2012 con un monto transferido de \$500.00 mensuales. Además, se implementaron acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental de sus beneficiarios a través de la red social conformada por promotores, gestores y facilitadores voluntarios, y se integraron acciones de vinculación y coordinación interinstitucional para brindarles una mayor oferta de servicios que otorga el Estado (Coneval, 2013).

A partir de 2022, a través del Programa para el Bienestar de las Personas Mayores, se menciona que todas las personas mayores de 65 años recibirán una pensión de 3,850 pesos bimestrales (Secretaría del Bienestar, 2021).

Ciudades Amigables de la oms

La OMS propuso, en 2005, durante el XVII Congreso Mundial de Gerontología en Río de Janeiro, Brasil, en un marco de respeto e inclusión social, la creación del proyecto de Ciudades Amigables con las Personas Mayores; por ende, se dio a la tarea de crear una Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. En 2007, se publicó una guía que determina lo que es una ciudad amigable para las personas mayores. Dicha organización menciona que se requiere tener básicamente un entorno urbano integrador y accesible, lo que significan espacios al aire libre y edificios con instalaciones adecuadas para personas mayores, transporte respetuoso, accesible y seguro, entre otros determinantes. Asimismo, se busca fomentar el envejecimiento activo con el fin de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, y mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

A nivel internacional, la red está conformada por 705 ciudades en 41 países, cuya labor se orienta, principalmente a: i) inspirar el cambio, indicando qué son y cómo crear los entornos amigables; ii) conectar

a las distintas ciudades alrededor del mundo, para intercambiar información sobre el tema; y iii) apoyar a estas comunidades para que, en conjunto, puedan encontrar soluciones innovadoras y verificables. España es el país con mayor número de ciudades amigables para las personas mayores, con 156 (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019; Gobierno de Guadalajara, 2020).

En México, se han incorporado a dicha red: San Agustín de Tlaxiaca en el Estado de Hidalgo, en 2014; mientras que en el estado de Jalisco, Guadalajara, en 2016; Zapopan, en 2018; y Tlajomulco, en 2020. Es por ello que el Plan estratégico para una ciudad amigable con los adultos mayores tiene como base este modelo, atendiendo las tendencias mundiales, que sin duda impactan a nuestras ciudades (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019; Gobierno de Guadalajara, 2020).

Descripción de los escenarios en México donde se realizó trabajo de campo

En México, el levantamiento de los datos se realizó en cinco escenarios de investigación diferentes, que se describen enseguida.

Centro de día dif Bugambilias (cddifb-mx)

Ubicado al sureste de la ciudad, fue inaugurado en 1980. Su objetivo es brindar atención integral y apoyos asistenciales diversos para la inclusión y el envejecimiento activo de las personas adultas mayores. Asisten un promedio diario de cien personas mayores, quienes participan en una diversidad de actividades lúdicas y educativas, como baile, grupo de canto, pintura, ejercicios cognitivos y manualidades, solo por mencionar algunas (Peregrina, s / f). En esta institución, se entrevistó a 42 personas mayores durante un periodo de cuatro meses. En su realización, participó la mayoría de los académicos de esta investigación, así como cuatro estudiantes de la Licenciatura en Psicología del ITESO.

El Voluntariado Estamos Contigo (vec) (oscpam-mx)

Es una asociación no gubernamental con presencia en 70 colonias marginadas del área metropolitana de Guadalajara, agrupadas en 14 centros comunitarios donde se atiende al mes a 2,618 familias. La misión del VEC es impulsar la autonomía y las facultades autogestivas de las personas que integran las comunidades marginadas, a través de procesos participativos que contribuyan a desarrollar el potencial humano y organizativo, para mejorar su calidad de vida. En esta asociación se realizaron algunas entrevistas individuales con personas mayores, a la coordinadora de la asociación, así como a grupos focales en la comunidad de la Huizachera.

Conjunto Residencial Privado 70 y Más (crp-mx)

Esta es una residencia para personas mayores de 70 años, cuyo objetivo principal es ofrecer al residente un hogar seguro, diseñado y construido para crear un ambiente de paz y armonía, donde se viva con tranquilidad y seguridad y con total respeto a la privacidad e independencia. Aquí se entrevistó a los residentes, al personal y los directivos de la institución.

Organización de la sociedad civil (osc2-mx)

Es una casa de retiro constituida por una asociación civil formada por 30 personas mayores, parientes y amigos, que desean vivir en armonía y compartir en sus próximos años, y en la etapa de retiro y vejez, un lugar creado gracias a su trabajo dentro de la etapa productiva de sus asociados (Mass, 2018). En este escenario, se entrevistó a cinco personas mayores y a un ejidatario.

Casa de Retiro Ecológica y Autosustentable (osc3-mx)

Se trata de una comunidad ecológica localizada en un municipio del estado de Jalisco, México. Esta asociación civil tuvo sus inicios en la década de los ochenta del siglo XX. Comenzó cuando más de cien

TABLA 2.5 TOTAL DE LA MUESTRA MEXICANA POR ESCENARIO

Escenario	Total de entrevistas a personas mayores	Total de entrevistas a directivos y personal / ejidatario	Total de grupos focales
Centro de día DIF Bugambilias (CDDIFB-MX)	19	3	0
El Voluntariado Estamos Contigo (VEC) (OSCPAM-MX)	1	1	2
Conjunto residencial privado 70 y Más (CRP-MX)	16	5	1
Casa de Retiro Ecológica y Autosustentable (OSC3-MX)	8	0	0
Organización de la sociedad civil (OSC2-MX)	5	1*	1
Total de entrevistas	49	10	4

* Ejidatario.

practicantes de disciplinas espirituales alternativas fueron invitados a fundar una comuna para el desarrollo humano. Bajo la orientación de un guía, se organizaron, y cerca de treinta personas adquirieron un terreno rural de unas treinta y siete hectáreas. En la actualidad, residen alrededor de 120 personas en unas veinte viviendas. Se cuenta con un espacio común, que es un área abierta y salón de asamblea, un área de comedor, una escuela, un oratorio indígena y un espacio para las ceremonias rituales. Esta comunidad intergeneracional deposita un rol central en las personas mayores, abuelas y abuelos, quienes, con su experiencia y sabiduría, guían y orientan en las decisiones comunitarias.

La tabla 2.5 muestra la cantidad de entrevistas realizadas a las personas mayores, directivos y / o coordinadores, un ejidatario y a los grupos focales. En el caso mexicano, el trabajo de campo tuvo una duración aproximada de seis meses.

Pandemia por covid-19 en el contexto mexicano

Aunque el estudio realizado finalizó en su fase de trabajo de campo en el primer semestre de 2019, ante la situación de pandemia que

sufre el país desde 2020, es relevante mencionar algunas cifras. Al 25 de enero de 2022, con base en los datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, a nivel nacional se contabilizan 4'983,728 casos positivos estimados, 317,649 defunciones estimadas y activos estimados de 293,602. De los casos confirmados, 4'730,669, el 51.31%, corresponden a mujeres y el 48.69% a hombres. Con relación a las comorbilidades principales en casos confirmados, el 13.44% sufre hipertensión, 11.23% obesidad, 10.21% diabetes y 6.21% tabaquismo. Es en el rango de edad de los 30 y 40 años en donde se acumulan la mayoría de los casos confirmados, y también se registran los casos de hombres *versus* mujeres (Gobierno de México, 2022).

Es importante mencionar que los datos se están actualizando de manera constante, por lo que se espera un incremento mayor de personas contagiadas de covid-19 en sus diversas variantes.

En Jalisco, según los datos del Radar Jalisco del Gobierno del Estado, al 25 de enero de 2022 se han contabilizado 458,756 casos confirmados y 17,881 defunciones. Si bien los datos van aumentando de manera vertiginosa, es importante considerar que las personas mayores de 60 años y más, sobre todo con alguna enfermedad crónico degenerativa, son las de mayor riesgo (Gobierno del Estado de Jalisco, 2022).

Existe un amplio número de estudios desde diferentes perspectivas de la población de personas mayores con relación al covid-19. Sin embargo, un aspecto relevante es el impacto en el estado emocional generado por la necesidad de permanecer en casa para evitar contagios. En 2021, en el Estado de México se realizó un estudio en el INSP con 495 personas mayores de 65 años que vivían solas, siendo esta población altamente vulnerable al respecto. La soledad se define como “la insatisfacción del individuo con la frecuencia y cercanía de sus contactos sociales o la discrepancia entre las relaciones que tiene y las relaciones que le gustaría tener” (INSP, 2021, p.100). En la tabla 2.6, se presentan algunos de los resultados.

Los datos que se muestran en la tabla 2.6 reflejan lo limitadas que son las redes sociales de las personas mayores que viven solas, lo que puede generar sentimientos de abandono y sintomatología de depresión.

TABLA 2.6 PORCENTAJES SOBRE LAS REDES SOCIALES, ACOMPAÑAMIENTO Y COMUNICACIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REPORTARON VIVIR SOLOS

	Pregunta	Sí %	No %	A veces %
1	¿Alguna persona (familiar o amigo) le llamó a usted por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera?	47.9	51.1	1.0
2	¿Usted le llamó a alguna persona (familiar o amigo) por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera?	41.5	56.9	1.6
3	¿A usted le hubiera gustado hacer nuevos amigos?	29.4	62.8	7.8
4	¿A usted le hubiera gustado formar parte de los grupos a distancia para ver y escuchar música, películas, etcétera?	21.6	75.1	3.3
5	¿A usted le hubiera gustado compartir a distancia sus ideas para llevar a cabo actividades de ocio?	25.3	71.7	3.0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre covid-19 (Shamah-Levy et al., 2021).

TABLA 2.7 PORCENTAJES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REPORTARON VIVIR SOLOS

	Pregunta	Siempre %	A veces %	Nunca %
1	¿Usted tiene alguien con quien pueda hablar de sus problemas cotidianos?	49.3	37.8	12.9
2	¿Usted cree que hay personas que se preocupan por usted?	72.8	21.6	5.7
3	¿Usted tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	61.6	31.2	7.2
4	¿Usted siente que no le hacen caso?	17.6	31.4	51.0
5	¿Usted se siente triste?	10.6	43.7	45.7
6	¿Se siente usted solo o sola?	13.1	36.6	50.3
7	Y por la noche, ¿usted se siente solo(a)?	14.8	29.3	55.9
8	¿Usted se siente querido o querida?	66.6	22.8	10.6
9	Durante el tiempo de confinamiento (del 23 de marzo al 31 de mayo), ¿usted tuvo que salir de su casa?	10.1	15.1	74.8
10	Durante el tiempo de confinamiento (del 23 de marzo al 31 de mayo), ¿alguien le apoyaba para hacer las compras?	35.0	27.7	37.3

Fuente: Ensanut 2020 sobre covid-19, México.

Además de las redes de apoyo y acompañamiento, también se analizó la percepción de la soledad de este grupo etario. En la tabla 2.7, se presentan los resultados.

La tabla 2.7 refleja que, en situación de pandemia, la mayoría de las personas mayores que viven solas reportaron no salir de casa (74.8%), así como un limitado apoyo para hacer compras (65%); aunado a esto, el 50.7% refieren que hablar con alguien de sus problemas cotidianos es limitado (INSP, 2021).

En conclusión, los datos de las tablas 2.6 y 2.7 presentan limitadas redes de apoyo social y efectos emocionales por el confinamiento a causa de la pandemia por covid-19, además de que el género y la edad son factores que hacen diferencia en los contagios, por lo que es central que las autoridades de salud mantengan y mejoren el monitoreo de los niveles de contagio entre las personas mayores vulnerables.

CASO URUGUAY

A continuación, se presenta de forma breve cada uno de los apartados que se analizaron para brindar una visión general del fenómeno del envejecimiento en Uruguay.

Sociodemografía de la población de personas mayores en Uruguay

Uruguay es un país longevo. En el censo de 2020, se destaca que las personas de 60 años y más corresponden a un 19.7% de la población, y existen 699,063 centenarios, lo que da cuenta que tiene una estructura poblacional envejecida (INE, 2021).

En 2020, Uruguay contaba con 3'530,912 de personas, con una población femenina de 1'819,421, lo que equivale a un 51.5%, mientras que los varones eran 1'711,491, es decir, un 48.5%. Este país está conformado por 19 departamentos: Artigas, Canelones, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Maldonado, Montevideo, Paysandú, Rivera, Rocha, Río Negro, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó y Treinta y Tres (INE, 2021).

TABLA 2.8 TOTALES Y PORCENTAJES DE PERSONAS MAYORES DE 65 Y MÁS, POR GÉNERO Y ZONA (URBANA Y RURAL) PARA EL AÑO 2020

Género	Total país número	Total país %	Zona urbana número	Zona urbana %	Zona rural número	Zona rural %
Hombres	208,426	12.18	193,792	11.95	14,634	16.34
Mujeres	306,845	16.86	294,875	18.88	11,970	16.42
Total	515,271	14.59	488,666	14.51	26,604	16.39

Fuente: Indicadores socioeconómicos y demográficos. *Boletín sobre Personas Mayores* (AGSS y APSS, 2019).

La baja natalidad, la baja mortalidad, así como la emigración, son factores para que la población uruguaya no crezca como en otros países de América Latina (Brunet y Márquez, 2017).

La esperanza de vida para las mujeres en todo el país, en 2020, se proyectaba en 81.11 años, y para 2025 se esperaba de 81.77; para los varones, la esperanza era de 74.55 años en 2020, mientras que se proyectaba de 75.48 años para 2025 —en donde se hace visible la feminización de la vejez (INE, 2020).

Como se menciona en el *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en el Uruguay* (2017), es necesario reconocer las necesidades de las personas mayores según su edad, ya que cada grupo tiene demandas, deterioros y necesidades distintas, y es aquí donde se pueden brindar elementos que de una forma heterogénea puedan coincidir en cada grupo poblacional.

Los adultos mayores entre 65 y 84 años son quienes experimentan actividades que los mantienen independientes, activos en lo laboral e integrados en lo social. Por otro lado, las personas con más de 84 años son en las que los problemas de salud se hacen presentes con mayor fuerza, por cuestiones propias del deterioro físico y mental, lo cual puede limitar su participación social y empiezan a depender más de otros en su vida cotidiana.

En la tabla 2.8 se ilustra la distribución de personas mayores de 65 y más por género y zona rural y urbana para el año 2020 (AGSS y APSS, 2019).

TABLA 2.9 PORCENTAJES DE ESTADO CIVIL POR GÉNERO EN PERSONAS MAYORES DE 65 O MÁS

Estado civil	Hombres %	Mujeres %
Casados(as)	64.92	33.80
Unión consensuada	8.19	3.59
Divorciados(as)	12.03	14.95
Viudos(as)	10.90	42.59
Solteros(as)	3.95	5.07

Fuente: Boletín personas mayores (AGSS y APSS, 2019).

TABLA 2.10 PORCENTAJES DEL NIVEL EDUCATIVO POR GÉNERO EN PERSONAS MAYORES DE 65 O MÁS

Nivel educativo	Hombres %	Mujeres %
Analfabetos	2.72	1.77
Primaria	54.96	56.12
Educación media	34.08	31.44
Superior	10.96	11.84

Fuente: AGSS y APSS (2019).

Como se observa en la tabla 2.8, las mujeres superan en cantidad y porcentaje a los hombres en la zona urbana. En la región latinoamericana, a Uruguay se le considera un país envejecido desde hace ya varias décadas (INE, 2020), y es en la capital metropolitana de Montevideo donde se concentra la mayor cantidad de personas mayores de 65 años y más.

En la tabla 2.9, se presentan los porcentajes de estado civil por género de las personas mayores de 65 años o más en 2018 (AGSS y APSS, 2019).

Los datos reflejan diferencias de género debido al alto porcentaje de viudas (42.59%) en relación con viudos (10.90%); lo mismo se observa en que son casi el doble de hombres casados (64.92%), a diferencia de las mujeres casadas (33.80%).

Por otra parte, el nivel educativo de las personas mayores de 65 o más se refleja en la tabla 2.10 (AGSS y APSS, 2019).

La tabla 2.10 muestra niveles muy bajos de analfabetismo o estudios superiores, ya que, donde se concentra el grueso de la población es en la primaria y la educación media, con el 89.04% para hombres y el 87.56% en mujeres, lo que pone de manifiesto la no existencia de diferencias de género en este rubro.

Sistemas de salud y seguridad social en Uruguay

Sistema nacional de salud y padecimientos comunes en las personas mayores en Uruguay

El acelerado aumento de personas mayores en Uruguay da cuenta de la disponibilidad de tiempo de este sector de la población en su vida cotidiana, además de que cada vez más se entra a la etapa de la vejez con menores problemas de salud y, una vez estando en dicha etapa, cuentan con entre 10 y 15 años de vida productiva, que es donde se busca estén socialmente activos y evitar que sean excluidos y marginados.

Los factores para experimentar un envejecimiento saludable son el contexto social y físico de las personas mayores. Asimismo, hay que considerar la participación de los mayores en su comunidad, además de la carga genética, el nivel socioeconómico, el sexo y la etnia (OPS, 2020). Todos estos factores influyen en el proceso de envejecer y los modos específicos en que se va expresando. Los efectos que cada persona mayor tiene a nivel físico emocional y social están relacionados con las inequidades en salud y sociales que han experimentado en su vida.

A continuación, se enuncian las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en Uruguay, para lo que utilizamos la categoría de enfermedades no transmisibles (ENT), término otorgado por la OMS (2014), si se toman como prevalentes las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, el cáncer, los tumores y la diabetes mellitus.

En las personas mayores de 60 años, entre las 10 ENT más relevantes están: músculo esqueléticas (47.0%), cardiovasculares (34.1%), respiratorias (23.8%), renales (18.5%), diabetes (12.3%), isquémica del corazón (10.1%), accidente cerebrovascular (5.7%), depresión crónica (4.7%), Alzheimer (4.1%) y cáncer (3.7%) (véase la tabla 2.11). Asimismo, en

TABLA 2.11 PORCENTAJES DE ENFERMEDADES EN PERSONAS MAYORES DE 60 O MÁS AÑOS

Grupos de edad	De 60 o más años		
Enfermedades	Total %	Hombres %	Mujeres %
Músculo esquelético	47.0	44.7	48.5
Cardiovascular	34.1	36.1	32.7
Respiratorias	23.8	33.5	17.2
Renales	18.5	16.4	20.0
Diabetes mellitus	12.3	13.4	11.5
Enfermedad isquémica del corazón (EIC)	10.1	13.9	7.4
Accidente cerebrovascular (ACV)	5.7	5.7	5.6
Depresión crónica	4.7	3.7	5.4
Alzheimer	4.1	3.0	4.8
Cáncer	3.7	5.0	2.9

Fuente: Aranco et al. (2019).

la tabla 2.11 se muestran las diferencias de género en cada uno de estos padecimientos. Por ejemplo, los problemas músculo esqueléticos son mayores en mujeres, lo cual también se ve en las enfermedades renales, la depresión crónica y el Alzheimer; a diferencia de los hombres, en los que los porcentajes son superiores en enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer. Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, no hay diferencia de género (Aranco y Sorio, 2019).

Además de las enfermedades que se mencionaron como prevalentes en personas mayores de 60 años, también se hacen presentes las limitaciones a nivel funcional y cognitivo, que forman parte de las principales causas de algún tipo de discapacidad y pérdida de la autonomía, lo que repercute en la calidad de vida de las personas mayores y, por ende, demandan mayor necesidad de apoyo asistencial.

En las mujeres mayores, las limitaciones más frecuentes tienen que ver con aspectos físicos (11.6%), visión (8.6%), audición (4.2%), mentales (2.1%) y habla (1.1%); en tanto que en los varones mayores las limitaciones son de visión (6.1%), físicas (5.2%), audición (3.3%), mentales (1.2%) y habla (1.0%). Así, las mayores dificultades para ambos géneros son las cuestiones físicas y la visión (Aranco et al., 2019).

Conocer los niveles de autopercepción de salud en los y las mayores es relevante para evaluar la percepción del bienestar. A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Uruguay (Ministerio de Salud, 2016), se encontró que los hombres, a diferencia de las mujeres, tienen una autopercepción de salud más positiva: 19.6% dicen tener una salud excelente, en contraste con el 12.6% de las mujeres que así lo mencionan. De la misma forma, son los hombres quienes dicen tener una salud muy buena, a diferencia de las mujeres (26.9% vs 24.1%). Sin embargo, las mujeres presentan mayores porcentajes en la autopercepción en las categorías de buena (45.4% vs 41.8% de los hombres) y regular (15.3% vs hombres 10.0%); pero, en la categoría de mala, ya no es lo mismo (mujeres 2.5% y hombres 1.5%). En resumen, los datos muestran que la percepción de la salud es más favorable en los hombres que en las mujeres (Ministerio de Salud, 2016).

En Uruguay, resalta que seis de cada diez personas mayores son beneficiarias (hasta 2014) de alguna institución de asistencia médica colectiva (IAMC), en tanto que un 25% cuenta con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (SIVE, 2015). Ello, sin dejar de mencionar al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que reglamenta el derecho en ese rubro a todos los habitantes del país mediante un Sistema Nacional de Salud (SNS), que incluye de forma obligatoria la cobertura médica de los trabajadores a su núcleo (hijos-cónyuge), en la que se destaca el Banco de Previsión Social (BPS, 2020). Esta última institución cubrió de forma considerable a las personas mayores entre el año 2011-2014, en donde contaban con el derecho a la asistencia médica a través de Fonasa (SIVE, 2015).

En Uruguay, existen distintas políticas sociales y públicas, programas gubernamentales y de organizaciones de la sociedad civil (OSC) que promocionan estrategias de participación e integración en la vida social, las cuales coinciden en promover acciones de voluntariado dirigidas a la población, cuyo fin es erradicar la exclusión y desmontar poco a poco los estereotipos que tienden a estigmatizar la vejez.

Programas de bienestar social en el caso uruguayo

El tema del envejecimiento ha adquirido un lugar central en la agenda pública, debido a su complejidad y carácter multidimensional.

Uruguay, al tratarse de un país envejecido, ha permitido visibilizar la problemática de las personas mayores, así como su participación activa en la toma de decisiones para la formulación de programas que contribuyan a su bienestar en dimensiones tales como las sociales, físicas, recreativas, psíquicas y socioeconómicas.

Para atender y cuidar a las personas mayores, se requiere la presencia de distintos agentes que promuevan los servicios que contribuyan a su bienestar.

La necesidad de considerar la corresponsabilidad en los cuidados desde los distintos agentes del bienestar: el Estado y sus instituciones, las empresas y su responsabilidad social, las comunidades, las familias y las organizaciones de la sociedad civil, gestó en Uruguay la creación del Sistema Nacional Integral de Cuidados (Huenchuan et al., 2010). La primera ley apareció en 2004 para promover la inclusión de forma activa de las personas mayores en el ambiente familiar y su comunidad, además de ofrecer un trato digno y erradicar la discriminación en todos los aspectos de su vida, favoreciendo las áreas física, socioeconómica y psíquica. En este contexto, se concretaron propuestas e iniciativas de orden público a nivel nacional y departamental, cuyo fin fue promover a las personas mayores como agentes de cambio y con participación social. A continuación, se muestran algunos de los programas existentes.

El Banco de Previsión Social (bps)

Es un organismo que brinda seguridad social a los trabajadores de la industria, la construcción y los funcionarios públicos. Asegura prestaciones económicas en las que se contemplan los retiros, los subsidios en situaciones de desempleo, o ante alguna limitación física, y los servicios médicos, además de contar con prestaciones no contributivas y acciones con contenido social en las que se hacen presentes

los servicios de capacitación impartidos por voluntarios, servidores públicos de instituciones que forman parte de esta red y población en general, con lo que se busca sensibilizar sobre el tema de las personas mayores.

Además de contar con programas de turismo social que tienen el propósito de incluir planes vacacionales ofertados para los jubilados, otro de los programas con que se cuenta es la vivienda para pensionistas y jubilados, sin dejar de mencionar los proyectos “especiales” para atender de forma integral a las personas mayores en situación de calle.

Secretaría de las Personas Mayores

La Intendencia de Montevideo tiene una Secretaría de las Personas Mayores en la que se promueven políticas públicas que fomenten la inclusión de estas a través de la socialización, con la intención de disminuir y dejar de lado la discriminación y el aislamiento.

Esta institución promueve actividades y programas que favorecen la inclusión social de las personas mayores de 60 años, a través de un espacio de encuentro dirigido por personas especializadas, cuyo objetivo es facilitar los procesos de socialización, recreación, formación y sentido de grupalidad en espacios de encuentro, formación e intercambio. Los temas y las actividades tienen que ver con la: participación, la recreación y el arte (talleres de canto colectivo, murga, festival de coros, paseos y actividades recreativas, concurso de cuentos); educación permanente (jornadas educativas, talleres expresivos y recreativos); construyendo solidaridad intergeneracional (talleres de sensibilización sobre el tema de la vejez); e inclusión, nucleamiento y socialización (programas en centros diurnos y pasaporte dorado o tarjeta de descuentos) (Secretaría de las Personas Mayores, 2020a).

Sociedad civil, voluntarios, adultos mayores y su participación ciudadana

De igual manera, es primordial la participación social de la sociedad civil organizada, tanto para las agrupaciones de personas mayores como en las organizaciones intergeneracionales. Sus acciones han

ayudado a reconfigurar el significado de “ser una persona mayor” y el lugar en que se le posiciona. Se busca desmontar estereotipos que estigmatizan esta etapa de la vida y promover el paradigma del envejecimiento activo y saludable.

Las personas mayores, al formar parte de asociaciones civiles como voluntarios, tienen la motivación de devolver a la comunidad aquello que han recibido a lo largo de su existencia. Son escenarios sociales en que se comparte con pares, en relaciones de intercambio y ayuda mutua a partir de actividades recreativas, experiencias profesionales y personales. La cultura emocional que se fomenta aquí promueve el intercambio de saberes desde la horizontalidad y el sentido de pertenencia.

Montevideo: ciudad integrante de la Red Mundial de Comunidades Amigables con las Personas Mayores

En 2016, Montevideo se integró a la Red Mundial de Comunidades Amigables con las Personas Mayores. En este proyecto, colaboran instituciones como el Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y la Universidad de la República, entre otras. Se apuesta a la identificación de áreas de oportunidad y factores de la ciudad que abonan a la dimensión social, de salud, infraestructura urbana, vivienda, transporte y espacios al aire libre. También se fomenta la cultura de la inclusión social desde el marco de los derechos y la promoción del envejecimiento activo y saludable (Correa, 2017).

En el área metropolitana de Montevideo y otros departamentos, se incentivan las iniciativas y los programas comunitarios y de barrio que promueven el cuidado de la salud en sus distintos componentes, así como de vivienda, disposición de espacios al aire libre y acceso incluyente al transporte público, entre otros. Estos puntos forman parte de los principales elementos establecidos por la Red Mundial de Comunidades Amigables con las Personas Mayores (Aranco y Sorio, 2019).

Descripción de los escenarios en Uruguay en los cuales se realizó el trabajo de campo

El trabajo de campo realizado en Uruguay se llevó a cabo en centros de día públicos, OSC, residenciales privados para personas mayores de distintos estratos socioeconómicos, instituciones públicas para mayores, así como por medio de diversas entrevistas individuales y grupales a funcionarios públicos de Inmayores y Secretaría Nacional de Cuidados. Así también, se hicieron entrevistas grupales con académicos de la Universidad de la República que forman parte del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn) y con una asociación privada formada por los directivos de residenciales para personas mayores.

Centros de día

Se realizó trabajo de campo en tres centros diurnos públicos: dos en el área metropolitana de Montevideo y uno en el departamento de Canelones. Estos espacios sociales tienen como objetivo favorecer la inclusión social de este sector poblacional y promover la implementación de acciones ante situaciones de dependencia leve o moderada. En este sentido, se fomentan y socializan estrategias que puedan desplegarse ante algunas dificultades de la vida cotidiana, para fortalecer la salud física y mental de las personas mayores, quienes pueden asistir y participar de dos a cinco días a la semana de forma gratuita (Sistema de Cuidados, 2020; Secretaría de las Personas Mayores, 2020b).

La descripción central de los centros diurnos en que se llevó a cabo el trabajo de campo, es la siguiente:

Centro diurno público 1 (cdp1-uy)

Se encuentra en el departamento de Canelones, ubicado a una distancia de una hora de la ciudad de Montevideo. En este centro de reciente creación, participan una trabajadora social, una psicóloga y varias cuidadoras como equipo base, quienes realizan actividades formativas y recreativas para las personas de 65 años o más de la zona.

La apertura de este centro fue en 2018 y, tanto en la etnografía como en la entrevista grupal, las personas mayores dijeron sentirse acompañadas (algunas de ellas residen en hogares unipersonales), tener una comprensión mayor de la etapa de vida en que se encuentran, así como la oportunidad de socializar con mujeres y hombres de su edad y generar vínculos sociales que aporten a su bienestar individual y comunitario.

Centro diurno público 2 (cdp2-uy)

Está ubicado en la ciudad de Montevideo, el cual ofrece diversos servicios a las personas de 65 y más años. Cuenta con un equipo multidisciplinario que tiene como propósito principal una atención integral a la persona mayor a través del desarrollo de estrategias de rehabilitación cognitiva, funcional y social. El desarrollo de capacidades en las personas mayores, en distintas dimensiones, busca promover el cuidado de la salud, la formación activa, la interacción entre generaciones y la participación social en sus contextos próximos. Se cuenta con talleres de teatro, enfermería, musicoterapia, terapia ocupacional, sesiones formativas para la salud, terapia ocupacional, activación física, manualidades, atención podológica, nutrición y actividades socioculturales, en los que se pretende propiciar la autonomía de las personas mayores por medio del fortalecimiento de sus capacidades básicas e instrumentales para la vida cotidiana, tanto en el contexto grupal como en el comunitario.

Centro diurno público 3 (cdp3-uy)

Este centro también se ubica en Montevideo y tiene como propósito organizar actividades que favorezcan la participación intergeneracional, ya sean formativas relacionadas con el aprendizaje de las nuevas tecnologías de la información, artísticas, como teatro, literatura y música, así como actividades físicas, deportivas y recreativas. Uno de los objetivos principales es la interacción comunitaria, solidaria y de convivencia intergeneracional.

Organizaciones de la sociedad civil (osc)

Una de las características principales de las OSC analizadas tiene que ver con la participación activa y comprometida de hombres y mujeres de más de 60 años de edad, que sostienen el liderazgo en estos espacios sociales y participan como voluntarios y agentes de la transformación social en sus distintos entornos, los que, a lo largo de su vida, han tenido una trayectoria de participación social y están comprometidos con luchas colectivas en beneficio de la población de personas mayores.

Las OSC en que se realizó el trabajo de campo son las siguientes:¹

Organización para la atención de adultos mayores (osc1-uy)

Se encuentra en la ciudad de Montevideo y colabora con el Ministerio de Desarrollo Social (Mides). Su fin es diseñar estrategias que promuevan de manera integral el bienestar de las personas mayores, con un enfoque en la atención de sus derechos y en brindar información y asistencia ante situaciones de abuso o maltrato físico, económico, emocional o de cualquier tipo. Es una OSC que tiene unos 25 años de haber sido fundada.

Organización de adultos mayores de apoyo artístico y gerontológico (osc2-uy)

Está conformada sobre todo por personas mayores con distintas profesiones. Se trata de una asociación sin fines de lucro en la que puede ser miembro cualquier persona con más de 18 años, ya que tiene la finalidad de promover el intercambio y la solidaridad intergeneracional, en especial hacia las personas mayores. Se busca brindar servicios de animación, formación, estimulación, creación y recreación entre pares y miembros de otros grupos etarios. Los tres grandes ejes de

1. El número de años de existencia de cada osc está calculado de acuerdo con el año de realización del trabajo de campo, que fue en 2018.

acción son el formativo, el educativo y el cultural. Esta OSC tiene unos 16 años de haber sido fundada.

Organización de apoyo en cuidados (osc 3-uy)

Es una red conformada principalmente por profesionistas, quienes por 35 años han buscado visibilizar la problemática del cuidado como un derecho universal. Esta OSC, que ha cambiado de nombre en varias ocasiones, tiene vínculos de intercambio con instituciones nacionales e internacionales, e injerencia en la colocación del cuidado en la agenda pública, sobre todo en materia de política social. Asimismo, ha logrado problematizar la centralidad del cuidado y la corresponsabilidad del Estado y sus instituciones para hacer frente a las cada vez mayores cargas de cuidado. Este se ha abordado como un derecho para la población en general, pero con especial relevancia para las personas mayores. La OSC fue constituida hace cerca de siete años.

Residenciales: hogares privados para ancianos de larga estadía

Los residenciales son lugares en que de forma permanente residen las personas mayores, ya sea de estratos socioeconómicos bajo, medio o alto, y cuentan con servicios integrales de salud. Un porcentaje alto de ellos está certificado y regulado por el Estado, pero otro número importante no cuenta con las certificaciones necesarias.

El trabajo de campo realizado incluyó etnografías en dos residenciales: privado 1 (RP1-UY) y privado 2 (RP2-UY), ambos dirigidos por sus dueños y con personal especializado.

El perfil sociodemográfico de la población atendida es similar, pues pertenecen a los estratos medio y medio alto. El costo mensual tiene variaciones de acuerdo con el nivel de dependencia del residente y si requiere atención especializada.

En ambos residenciales, hay personas mayores que financian su estadía por medio de sus pensiones por jubilación o de viudez, con montos específicos de apoyo del gobierno y / o con la contribución económica parcial o total de sus familiares.

En ambos escenarios, se llevan a cabo también actividades recreativas, culturales, de estimulación física y cognitiva, así como de integración con los familiares a partir de espacios de interacción intergeneracional.

Entrevistas a funcionarios públicos de la intendencia de Montevideo (fp-uy)

Como parte del trabajo de campo, se entrevistó a funcionarios de la intendencia de Montevideo que tienen a su cargo la atención de las personas mayores. La política pública está centrada en promover la inclusión social y erradicar las distintas formas de discriminación.

Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores-uy) (público)

Este instituto forma parte del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y su objetivo principal es abordar de manera integral las necesidades de las personas mayores. El instituto se encarga de diseñar, coordinar y evaluar las políticas sociales dirigidas a este grupo etario, además de colaborar con otros organismos gubernamentales al respecto (Mides, 2020).

Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (Cien) de la Universidad de la República (Cien-ur-uy)

Esta instancia académica busca generar conocimiento nuevo y pertinente en el campo de la vejez y el envejecimiento en Uruguay, y cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por profesores investigadores comprometidos en contribuir al conocimiento socialmente pertinente, así como en la definición de políticas públicas desde el marco de los derechos humanos. El equipo mantiene interlocución e intercambio académico con expertos del país y el extranjero (CIEN, 2021).

Organización privada de residenciales para personas mayores (oprpm-uy)

Esta asociación busca promover el apoyo y la asesoría a los directivos y asociados de residenciales de larga estadía, cuyo objetivo primordial es contribuir al bienestar y trato digno de las personas mayores. Los residenciales son una respuesta por parte del sector privado para hacer frente a esta necesidad en aumento de atención permanente a personas con altos índices de dependencia.

Secretaría Nacional de Cuidados (snc-uy)

Su propósito central es coordinar en clave interinstitucional los objetivos del Sistema Nacional de Cuidados, que tiene como meta promover e implementar, dentro de la política pública, iniciativas y programas para la atención de personas mayores de 65 años con alguna situación de dependencia, así como para la población de niños de 0 a 3 años de edad y personas con dependencias severas. Al sistema lo conforman distintos ministerios que colaboran para cumplir el objetivo de mejorar la vida de las personas con dependencia y brindar distintas prestaciones de cuidados integrales.

Así, ante los desafíos del envejecimiento en Uruguay, y las demandas de servicios para personas de 65 y más años, el SNC es una apuesta central (Aranco y Sorio, 2019).

En la tabla 2.12, se expone el número total de entrevistas analizadas realizadas a personas mayores, directivos y / o coordinadores, así como a grupos focales. El trabajo de campo para los casos uruguayos se hizo en el mes de noviembre de 2018.

Cuando China informó a la OMS, en diciembre de 2019, sobre la enfermedad respiratoria de etiología desconocida denominada como covid-19, y dio a conocer sus características, el gobierno uruguayo se preparó con medidas de prevención.

La emergencia sanitaria que se declaró en el país fue el 13 de marzo y, hasta el 30 de enero de 2022, se han tenido 661,441 casos positivos. De este total, han sido 6,459 defunciones y 586,175 personas se han recuperado, y 7,598 están atravesando la enfermedad. Los siguientes

TABLA 2.12 TOTAL DE ENTREVISTAS EN LOS ESCENARIOS DE INVESTIGACIÓN EN URUGUAY

Escenario	Total de entrevistas a personas mayores	Total de entrevistas a encargados, directivos y personal	Total de grupos focales
Centros de día			
Centro diurno público 1 (CDP1-UY)	0	0	1
Centro diurno público 2 (CDP2-UY)	5	0	0
Centro diurno público 3 (CDP3-UY)	0	1	1
Organizaciones de la sociedad civil (osc)			
Organización para la atención de adultos mayores (OSC1-UY)	0	0	1
Organización de adultos mayores de apoyo artístico y gerontológico (OSC2-UY)	0	0	1
Organización de apoyo en cuidados (OSC3-UY)	0	0	1
Residenciales: hogares privados para ancianos de larga estadía			
Residencial privado 1 (RP1-UY)	6	3	0
Residencial privado 2 (RP2-UY)	9	2	0
Entrevistas que dieron contexto y se integró información			
Funcionario público de adultos mayores de Montevideo (FP-UY)	0	1	0
Instituto Nacional de las Personas Mayores Inmayores (público) (Inmayores-UY)	0	1	0
Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn). Universidad de la República (CIEn-UR-UY)	0	0	1
Organización privada de residenciales para personas mayores (OPRPM-UY)	0	0	1
Secretaría Nacional de Cuidados (SNC-UY)	0	2	0
Total de entrevistas	20	10	7

departamentos se mantienen con casos activos: Montevideo, Canelones, Maldonado, Paysandú, Salto, San José, Rivera, Cerro Largo, Colonia, de Tacuarembó, Soriano, Lavalleja, Rocha, Durazno, Treinta y Tres, Florida, Artigas, Río Negro y Flores (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2022).

El Ministerio de Salud Pública realizó guías, infografías de tipo informativo en relación con el coronavirus, material que ha funcionado para facilitar estrategias de prevención a la población, así como

información precisa sobre los mecanismos de transmisión, sintomatología, tratamiento y líneas de emergencia telefónicas (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2020).

Las autoridades han solicitado la participación de la población para disminuir los encuentros sociales, continuar con el distanciamiento físico y mantener las medidas de higiene, respetando los protocolos para disminuir los contagios.

El gobierno uruguayo implementó distintas acciones ante la emergencia sanitaria a nivel nacional y el aumento de casos de covid-19. El regreso a la presencialidad ha sido gradual y se han mantenido las supervisiones en los distintos espacios sociales (Uruguay Presidencia, 2021).

CASO ESPAÑA

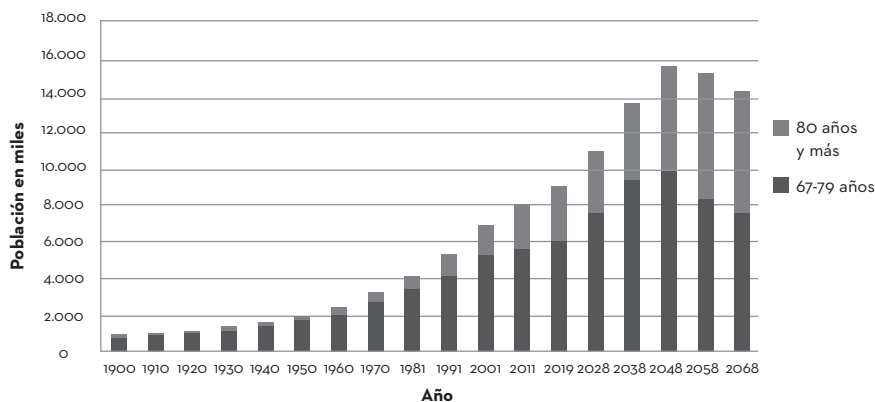
Sociodemografía de la población de personas mayores

Al abordar este contexto, no es una novedad mencionar que España es un país envejecido, sin embargo, la realidad social que forma parte de este proceso tiene una gran complejidad: la tendencia demográfica actual se mantiene en aumento constante.

El territorio español está organizado en 17 comunidades autónomas y dos con estatuto de autonomía: Ceuta y Melilla. Cada una de ellas tiene un parlamento —encargado de configurar leyes y aplicarlas en la comunidad, y representantes elegidos por los ciudadanos— y un gobierno autónomo —conformado por un presidente, elegido por el parlamento, y consejeros encargados de dar voz a las necesidades de la comunidad, elegidos por el presidente—, con la renovación de representantes cada cuatro años (Gobierno de España, 2020).

A partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE España, 2019), las cifras muestran que la población de personas mayores, tanto de hombres como mujeres con edad de 65 o más años, es de 9'057,193, lo que equivale a un 19,3% (3'912,746 son varones y 5'144,447 mujeres). Sin dejar de contemplar que continúa en aumento la proporción de personas con 80 años, este grupo de edad equivale a un

FIGURA 2.2 PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS. ESPAÑA, 1990-2068



Fuente: Envejecimiento en Red. Se destaca que, de 1900 a 2018, los datos son reales, y de 2028 a 2068, se realizaron proyecciones (Pérez et al., 2020).

6% de la población mayor, así como la población centenaria apuntala su crecimiento en los próximos años.

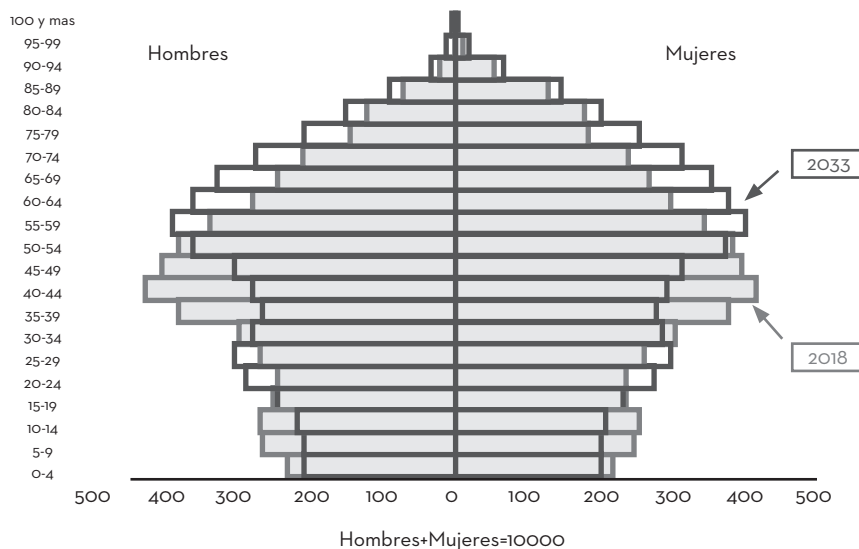
La figura 2.2 muestra la proyección de la población de personas de 65 y más años en este contexto, contemplando los años de 1900–2068.

Ante el aumento de la esperanza de vida (como se representa en la figura 2.2), el envejecimiento de esta sociedad se considera un éxito, ya que ha sido posible gracias a las condiciones de vida con las que ha contado este sector de la población, ya que los avances tecnológicos en el área de salud, a través de los programas sanitarios y de protección social, abonan en el proceso de envejecer.

La esperanza de vida para el año 2033 será de 82.9 años para los varones y de 87.7 años para las mujeres. Asimismo, se proyecta que, para ese mismo año, la población de 65 años y más sea del 25.2% del total de la población; dentro de 14 años, de acuerdo con el INE (2018), en España habrá 12.3 millones de personas de 64 años y más, que se convertirá en un 37.6% de la población. En la figura 2.3 se ilustra con la pirámide poblacional en el año 2018 a 2033.

En la pirámide de la figura 2.3 es posible visibilizar cómo en la actualidad la población que sobresale es la del grupo de 40 a 44 años,

FIGURA 2.3 PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE ESPAÑA 2018 Y 2033



Fuente: INE España (2018).

y se proyecta para 2033 que el sector de edad con mayor prevalencia sea el de 55 a 59 años; de ahí en adelante, se observa que el grupo de personas mayores con las edades de 65 y más estará siendo el 25.2% de la población en 2033, y que la población centenaria aumentará de un 11% a un 46% (INE España, 2018).

A la luz de los datos demográficos señalados, la información indica que, por cada 100 adultos mayores, hay cuatro plazas de residencia institucional en España (Abellán et al., 2019). Esta información ofrece elementos sobre la relevancia de las políticas públicas y los programas sociales para hacer frente al fenómeno del envejecimiento poblacional en clave de corresponsabilidad social con las familias, los agentes del mercado, las propias comunidades y, por supuesto, las OSC.

Cabe resaltar que, hasta 2019, la mayor concentración de personas mayores está en las zonas urbanas, siendo en las zonas rurales donde la esperanza de vida es mayor (Pérez et al., 2020).

La esperanza de vida en España ha sido una de las más elevadas en los países europeos y en todo el mundo, en donde para los varones

se da un promedio de 80.5 años y en las mujeres de 86.1 años. Esto debido a los elementos contextuales que han dado como resultado un progreso social (Abellán y Pujol, 2020).

Sin embargo, ante la mortalidad que ha ocasionado el covid-19, el tema de la esperanza de vida en el contexto español, existe una simulación provisional en la que presentan información parcial para tratar de comprender la mortalidad en abril de 2020, en comparación con información de 2018. Se estima que la pérdida de esperanza de vida será de -0.5 en los varones y de -0.3 en las mujeres, equivalente a 80 y 85.8 años en cada género, tomando en cuenta el total de la población. A partir de los 65 años, esta pérdida sería de -0.5 en hombres y de -0.4 en mujeres, lo que equivale a seis meses de expectativa de vida en el caso de los varones (Abellán y Pujol, 2020).

El vivir más años implica vivir con calidad (en Pérez et al., 2020), lo que tiene que ver con la valoración subjetiva de la salud y ante las enfermedades crónico degenerativas presentes. En el caso de hombres y mujeres de 65 años y más, los primeros tienen 19.5 años más de calidad de vida, mientras que las segundas de 23.5, por tener mayor esperanza de vida.

Sistema nacional de salud y padecimientos comunes en las personas mayores en España

El Sistema Nacional de Salud (SNS, 2018) protege la salud de los ciudadanos a través de prestaciones y servicios sanitarios con un modelo descentralizado de las comunidades autónomas, lo que permite realizar mejoras a la atención de los usuarios de cada territorio, además de manejar de forma adecuada los recursos. Para Ceuta y Melilla, el Estado creó en 2002 el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa), dependiente del Ministerio de Sanidad de España. En 1909, se creó el SNS, que atendía a los ciudadanos con la anticipación de pago en los servicios asistenciales, y fue hasta 1989 que se instaló en la ley como una previsión social universal asumida por el Estado.

Ante los cambios demográficos acelerados en el contexto español con relación a los avances tecnológicos, de la ciencia y la medicina, cada vez se va prolongando el vivir más años, sin dejar de lado que

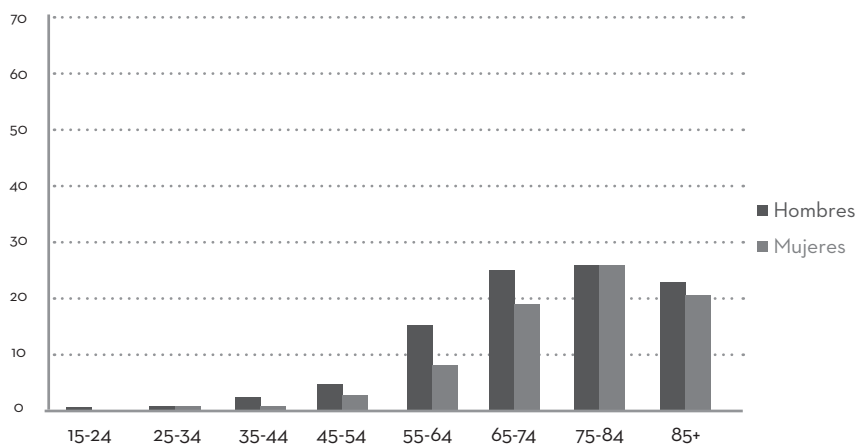
las personas mayores son un sector que experimenta enfermedades crónico degenerativas propias del deterioro del cuerpo, así como enfermedades de la edad.

Cuando se menciona la percepción social que se tiene sobre la muerte en esta última etapa de vida, según datos de Pérez y colaboradores (2020), se relaciona con la condición de enfermedad que producen las defunciones en este momento de la vida. Las enfermedades crónico degenerativas aumentan cada año, lo que limita funcionalmente a las personas mayores (Encuesta Nacional de Salud España, 2018). Este tipo de enfermedades afectan la calidad de vida según el perfil de personas mayores (en Pérez et al., 2020), diferenciadas por género y edades. Por ejemplo, los tipos de problemas que más afectan a las mujeres de 65 años y más son la artrosis, la presión alta y la depresión, mientras que en los varones son las enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la bronquitis crónica, además de la presencia de presión alta. En ambos sexos, está presente la diabetes, si bien en los varones hay una mayor prevalencia, como lo ilustra la figura 2.4.

Otra de las enfermedades presentes en ambos géneros es la hipercolesterolemia (colesterol elevado), en donde el grupo de edad de 65 a 74 años tiene un porcentaje mayor en los varones, pero en el grupo de 75 a 84 años son las mujeres quienes padecen un mayor porcentaje, lo mismo que a partir de los 85 y más años, como se ilustra en la figura 2.5.

Además de destacar las enfermedades más comunes en la población de 65 años y más, se describe de cuáles están muriendo las personas mayores, según información retomada del INE (2017). Los padecimientos circulatorios son los que tienen mayor afectación en este sector de la población, seguidos de las muertes por tumores y los de tipo respiratorio, respectivamente. Es importante mencionar las afectaciones restantes, siendo las de tipo nervioso, mental, digestivo, urinario, causas externas, otros síntomas, infeccioso y cuestiones congénitas. Los varones tienen tasas más altas de mortalidad en comparación con las mujeres (Abellán et al., 2019).

A partir de las autovaloraciones de salud de personas de 65 años y más ante los padecimientos de enfermedades relacionadas con la edad,

FIGURA 2.4 ENFERMEDAD DE DIABETES

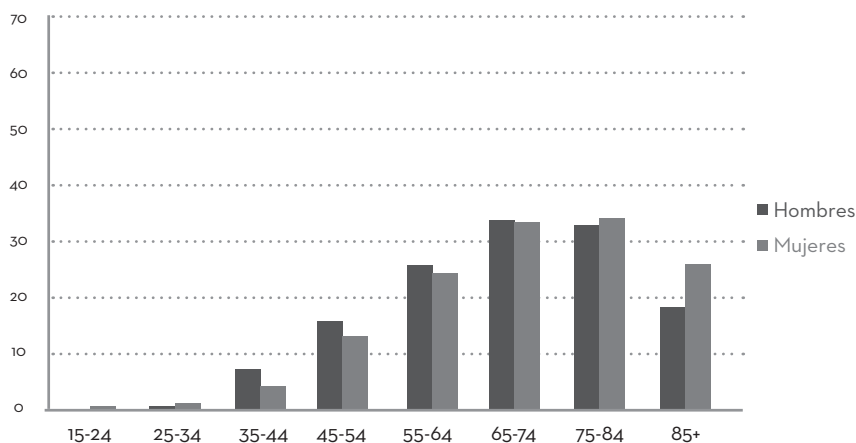
Fuente: Reporte Envejecimiento en Red (Pérez et al., 2020). Esta información fue retomada de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas y diagnosticadas por un médico.

la Encuesta Nacional de Salud en España (2018) y de Envejecimiento en Red (2019) destacan que el estado de salud subjetivo es considerado como bueno en un 46%, sin que el género sea un elemento diferenciador, ya que en el sexo masculino hay una autovaloración favorable de 52%, mientras que en el femenino la dimensión favorable se percibe en un 40%.

España se ha preparado para hacer frente a los retos del proceso de envejecimiento poblacional, al abordar las demandas sanitarias en esta etapa de vida. De esta forma, se han elaborado y actualizado las políticas y las estrategias de prevención y atención para dar respuesta a los servicios que buscan priorizar acciones de promoción y prevención de la salud, cuyo fin ha sido aminorar la carga de enfermedades en las personas mayores.

Ante el acelerado incremento de la pirámide poblacional y las proyecciones de los próximos años, se hace necesario repensar las configuraciones y las dinámicas, sobre todo en aquellos programas y aquellas acciones que harán frente a los servicios sociales y de salud para las personas mayores. Abellán y colaboradores (2019) retoman información del Observatorio de Personas Mayores en España y destacan

FIGURA 2.5 ENFERMEDAD DE HIPERCOLESTEROLEMIA



Fuente: *Envejecimiento en Red* (marzo de 2020). Esta información fue retomada de la Encuesta Nacional de Salud 2017. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas y diagnosticadas por un médico.

que el 70% u 80% de las personas con 65 años y más cuentan con autonomía y son independientes funcionales, y destaca que la jubilación en este sector poblacional comienza a los 65 años.

Programas de bienestar social en el caso español

El Estado de bienestar (EB) en España (Moreno, 2020) refiere a una institución, o unión de instituciones, que tienen como finalidad buscar que se lleve a cabo la igualdad en acciones y oportunidades entre los ciudadanos a través de la configuración y ejecución de las políticas sociales en los sectores que atienden los servicios sociales, la educación, la salud y las pensiones.

El EB ha adquirido un papel relevante en España, ya que, a partir del final de la dictadura de Francisco Franco en 1975, comenzó la promulgación de prestaciones de la seguridad social e instituciones que brindan apoyo y servicios en la protección a las personas menos favorecidas (Moreno et al., 2014).

El contexto español se caracteriza por ser un EB mediterráneo, en el que el Estado se encarga de proveer servicios a los ciudadanos, con

una cobertura universal, servicios sociales focalizados, selectivos y generales. Una de sus características tiene que ver con la descentralización en la ejecución de las políticas públicas (Moreno et al., 2014).

En la Constitución de 1978, se establece y reconoce en el artículo 40: “un régimen público de seguridad para todos los ciudadanos, capaz de garantizar la asistencia y prestaciones sociales suficientes, especialmente en situación de desempleo”. Asimismo, en el artículo 50 se agrega el tema de las pensiones, en donde se actualiza a los ciudadanos de la tercera edad. Justamente, el tema de las pensiones nace a partir de ese momento, ya que es cuando inicia una etapa en la cual el Estado es social, democrático y de derecho (en Vilà, 2020). A continuación, se mencionan los programas sociales que benefician a la población de personas mayores.

Prestaciones no contributivas

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en España se encarga de garantizar el derecho a la protección de la salud, además de velar por la cohesión e inclusión social de la familia, los menores y las personas dependientes y con discapacidad (Ministerio de Sanidad, 2020). Este ministerio forma parte de la Secretaría de Servicios Sociales, en la que se encuentra el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero, 2018), la entidad gestora de la seguridad social de orden público, que proporciona servicios que se dirigen a hombres y mujeres mayores de acuerdo con las siguientes categorías:

1. Servicios de atención domiciliaria: ofrece el servicio de teleasistencia, cuyos usuarios son personas de 80 años y más, que incluye la ayuda a domicilio, siendo las mujeres el 69% de las usuarias.
2. Servicio de participación social: busca fomentar actividades de participación social y ocio, en donde el 54% de los usuarios son mujeres y el 60% cuentan con más de 80 años.
3. Servicios de atención diurna: los centros de día brindan estrategias al área psicosocial a hombres y mujeres mayores en situación de dependencia: 70% de los usuarios son mujeres, mismo porcentaje de personas de 80 y más años.

4. Servicios de atención residencial: facilita alojamiento y manutención a los mayores, de forma temporal o permanente, de acuerdo con las necesidades de cada sujeto.

Existe una oferta de 6,200 centros, con una capacidad aproximada de 390,400 lugares, que da una cobertura a un 4.32% de la población. El 82% de los usuarios son personas con más de 80 años, sobresaliendo el sexo femenino con un 70%, de un total de 280,300 personas usuarias. Además de que Imserso (2020) crea programas continuamente, en los que se busca facilitar información, se apuesta a la participación social entre las personas mayores, con el propósito de desarrollar una vida activa, saludable e independiente.

Forma parte del Imserso (2020) el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que se encarga de coordinar los centros y los servicios públicos y privados. La red de servicios del SAAD está conformada por centros públicos de las comunidades autónomas y las entidades locales; centros de referencia estatal que promueven la autonomía personal y brindan atención a las situaciones de dependencia; y centros privados debidamente acreditados.

A finales de 2006, se aprobó la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), conocida como Ley de Dependencia, que ofrece prestaciones económicas y servicios que tienen que ver con la prevención de las situaciones de dependencia, teleasistencia, ayuda domiciliaria, centros de día y de noche, servicio de atención residencial de personas mayores, así como apoyo económico brindado a personas dependientes (para cuidadores no profesionales de la familia). Estas acciones pretenden abonar y mejorar la calidad de vida de las personas dependientes para ciudadanos y ciudadanas de nacionalidad española que residen en territorio nacional, y cuya característica principal es ser dependientes (la valoración del grado de dependencia la realiza personal de la comunidad autónoma a la que pertenecen) (Imserso, 2020).

En 2019, la pensión media del sistema era de 991 euros mensuales. Entre las de jubilación, las más altas corresponden a las del régimen especial de la minería del carbón, seguidas por las del régimen general. El importe medio de la pensión de jubilación (la clase más numerosa) ha superado el umbral de los mil euros (1.138 euros / mes en 2019) (Pérez et al., 2020).

Quienes reciben menos de 900 euros al mes están cercanos al umbral de la pobreza, lo que coloca a 1,500 euros como la media de los ingresos. Las personas mayores han logrado hacer frente a la crisis económica de 2008, si bien el hecho de que el monto de la pensión se mantenga, aumenta el riesgo de pobreza (Pérez, et al., 2020).

En el contexto español, la crisis económica que se ha presentado desde 2008 ha venido postergando la jubilación, en tanto que los jóvenes no logran contar con oportunidades que les brinden esta seguridad económica (Pérez et al., 2020).

Asimismo, se ha observado que las personas se jubilan antes de los 65 años de edad, por lo que, ante la elevada esperanza de vida, las mujeres viven jubiladas alrededor de 26 años, mientras que los varones cerca de 21 años. Ante ello, habría que agregar que se presenta la experiencia de la soledad debido al aumento de hogares unipersonales con personas de 65 años y más, situación que, hasta 2018, padecían 31% de las mujeres y 17.8% de los varones, porcentajes que se incrementarán con el paso de los años (Pérez et al., 2020).

Hoy, los nuevos riesgos sociales que surgen en las políticas públicas y de bienestar tienen que ver con los cambios socioeconómicos que han producido las sociedades post-industriales, que impactan el mercado laboral, el equilibrio en la vida familiar y el mundo laboral mismo. Cuatro elementos destacan en estas reconfiguraciones sociales (Moreno, 2020):

1. Cambios en las dinámicas familiares, con el aumento del número de personas mayores dependientes en los hogares, además de las necesidades de cuidado de niños y jóvenes.

2. Participación de las mujeres en el mercado laboral formal, en donde aún se hacen presentes las desigualdades de género con relación a la educación, la formación, el salario y las oportunidades de empleo, así como la falta un equilibrio entre el trabajo remunerado y el familiar.
3. Ajustes en el mercado laboral, con la exclusión social de sujetos con un menor nivel educativo, quienes cuentan con salarios bajos y no tienen derechos laborales (es aquí donde toman fuerza los *outsourcing*).
4. El crecimiento de los servicios privados y la falta de regularización en las prestaciones y los servicios públicos.

Feminización del cuidado en el envejecimiento: contexto español

El informe del Sistema Nacional de Salud (2018), con relación a las personas de 65 años y más, señala que el 19.6% de este sector presenta dificultades en la ejecución de las actividades de la vida diaria, ya que un 17% tiene que ver con el aseo personal y un 14% con la dificultad para vestirse. Solo un 18% de las personas mayores de 85 años y más no refiere obstáculos para realizar las tareas domésticas cotidianas. Es aquí donde el tema de la dependencia y los cuidados toma un papel relevante en la cotidianidad de las personas mayores.

Por otra parte, las formas actuales predominantes de convivencia entre los varones de 65 años y más han sido vivir en pareja, ya sin hijos ni con otras personas que sean familiares y corresidentes. Este tipo de hogares irá en aumento, por lo que se espera una reconfiguración en las dinámicas de cuidado, en especial una mayor participación de los hombres en estas tareas (Vilà, 2020). Los varones comienzan a asumir el rol de cuidador debido a que cada vez más se prolonga su esperanza de vida y, cuando se encuentran en pareja, empiezan a asumir esta tarea que, a lo largo de su vida, por factores especialmente culturales asociados a los roles tradicionales de género, no habían explorado con suficiencia (Pérez et al., 2020). Sin embargo, todavía son las mujeres quienes siguen perfilando la cara femenina en las prácticas de cuidado dentro del ambiente doméstico. Hasta 2020, en el *Reporte de Envejecimiento en Red* (Pérez et al., 2020), se resalta que la pareja

TABLA 2.13 PORCENTAJE DE CUIDADORES DE VARONES DE 65 AÑOS Y MÁS

Tipo de cuidador	Porcentaje
Cónyuge / pareja	40.8%
Hija	26.6%
Cuidado formal	17.1%
Otro familiar	12.3%
Hijo	0.9%
No contestó	2.4%

Fuente: Encuesta Pérez et al. (2020); Encuesta CIS (2014).

femenina es el principal apoyo como cuidadora de los varones mayores de 65 años y, en un segundo momento, la hija de edad intermedia asume este rol. Cónyuge / pareja e hija son las principales proveedoras de cuidados del género masculino, como se ilustra en la tabla 2.13.

Por otro lado, en las mujeres de 65 años y más, la hija es quien principalmente provee cuidados, seguida de la propia pareja y, en tercer lugar, de los hijos. Una vez más, el cuidado tiene esta faceta femenina para apoyar y atender las necesidades de la familia, lo cual puede afectar a las cuidadoras en su vida cotidiana, al momento de verse en la necesidad de disminuir sus jornadas laborales o dejar pasar oportunidades profesionales / laborales, con tal de continuar con el papel de proveedoras de cuidado (véase la tabla 2.14) (Pérez et al., 2020).

Los números no solo confirman el envejecimiento de la población, sino que colocan elementos para señalar que el perfil de las personas que envejecen mantiene este frente femenino, ya que, según datos de Pérez y colaboradores (2020), las mujeres siguen siendo proveedoras de cuidado en el contexto familiar.

De acuerdo con esta información, el tema de los cuidados debe ser cuestionado. Al retomar la propuesta de Enríquez (2019), en lo tocante a los recursos con que cuentan las familias, en especial el género femenino para seguir brindando prácticas de cuidado en su vida cotidiana, es necesario problematizar el paradigma familiarista del cuidado y hacer visible su corresponsabilidad, de manera equitativa entre los distintos pilares del bienestar: instituciones del Estado, empresas, comunidades, familias y OSC. Pensar el cuidado en clave colectiva,

TABLA 2.14 PORCENTAJE DE CUIDADORES DE MUJERES DE 65 AÑOS Y MÁS

Tipo de cuidador	Porcentaje
Hija	42.7%
Hijo	17.8%
Cuidado formal	15.9%
Cónyuge / pareja	13.4%
Otro familiar	8.1%
Vecino / amigo	1.6
No contestó	0.4%

Fuente: Encuesta Pérez et al. (2020); Encuesta CIS (2014).

más allá de las fronteras familiares, es una tarea imprescindible en las sociedades contemporáneas.

Descripción de Trabensol (Trabajadores en Solidaridad) en España: escenario de investigación en el cual se realizó el trabajo de campo

Trabensol en Torremocha de Jarama, España (Trabensol-es)

Torremocha de Jarama es un municipio a 68 km de Madrid, el cual forma parte de la zona de turismo de la Sierra Norte (s / f). La población total, a partir de datos publicados por el INE hasta 2021, es de 1,079 habitantes, de los cuales 552 son varones y 527 son mujeres.

Las personas mayores de 65 años y más en el municipio corresponden al 26% de la población total: 281 con 65 años o más años, de las cuales 132 son varones y 149 mujeres (Foro-Ciudad, 2021).

Los cooperativistas de Trabensol, al sentirse alejados del ritmo acelerado que se vive en la ciudad (rutinas a las que estaban acostumbrados), decidieron vivir en este lugar rural, que viene a brindar la tranquilidad y el gusto de residir en comunidad.

Previo a su elección, en las narrativas de las personas entrevistadas se señaló que los cooperativistas buscaron en más de cien municipios, pero que ninguno cubrió las características que conforman el contexto actual en el que fue construido el complejo habitacional de Trabensol.

Para esto, fue importante el apoyo que recibieron del alcalde Carlos Rivera, quien les orientó para el cumplimiento de requerimientos y la adquisición del terreno para la concreción del proyecto de vivienda colaborativa de Trabensol.

Trabajadores en Solidaridad (Trabensol)

Los cooperativistas que participaron en este trabajo de investigación fueron 39, además de que se realizó una entrevista a una persona que labora en el lugar, y se organizaron tres grupos focales. Fueron 42 entrevistas realizadas en el verano de 2017 por María Martha Ramírez, académica participante en la investigación y Rocío Enríquez, coordinadora del estudio.

La cooperación y la solidaridad son los elementos que dan vida al centro social de convivencia denominado Trabensol. La vida en colaboración en esta su última etapa de la vida, con una larga y fecunda tradición de experiencias en cooperativas de distinta naturaleza en la mayoría de los miembros, fue central.

La propuesta de Trabensol comenzó entre los años 2001 y 2002, y en 2014 dio inicio a la aventura de vivir juntos, en comunidad.

Las y los cooperativistas tienen un estrecho contacto con los vecinos de la localidad de Torremocha, participan de manera comprometida en actividades sociales, culturales y políticas del pueblo, además de brindar espacios y actividades diversas desde su propio centro.

Ser pioneros en esta propuesta de vivienda colaborativa (como ellos la nombran), conocida en otros contextos como *cohousing senior*, ha resultado una solución como organización de la sociedad civil para hacer frente a las necesidades en el proceso de envejecer y vivir la vejez. Desde las narrativas analizadas de algunos cooperativistas, hombres y mujeres, lo que ha caracterizado a Trabensol como centro social de convivencia tiene que ver con la cooperación, la solidaridad, el cuidado del medio ambiente, el cuidado mutuo, la autogestión y la participación organizada y comprometida en las distintas comisiones. El respeto en todas sus dimensiones es necesario para lograr vivir de acuerdo con los objetivos planteados. Todo ello les facilita estar cotidianamente activos y en comunidad, y sobre todo cuidarse de forma

colectiva. Este estilo de vida busca ser compartido a diversos proyectos de esta naturaleza, así como a los pueblos en los alrededores y en Torremocha. La cultura del cooperativismo pone al centro la colaboración y la solidaridad, más allá del individualismo y la competencia.

Proyecto que da libertad en la vejez: Trabensol

Como parte de las narrativas compartidas, la libertad de hacer y vivir aún más se dio desde el momento en que decidieron, planearon y ejecutaron este proyecto para vivir en común con otras personas de su edad.

En el complejo hay 54 departamentos, y se vive solo o con pareja, con un promedio de ochenta cooperativistas en este lugar. Las personas instaladas hoy, fueron en su mayoría propietarios de casa o apartamento en años anteriores. Esto ha sido de gran utilidad, ya que, al disponer de este bien material y tener opción de rentarlo, venderlo o hipotecarlo, han podido invertir en este centro social que requiere una cantidad inicial de unos 150 mil euros, además de pagar alrededor de 1,100 a 1,200 euros mensuales, cuyo fin es incluir servicios de lavandería, almuerzo en el comedor (en el que coinciden una vez al día) y limpieza en el edificio, mas no en sus departamentos.

El edificio en donde viven es bioclimático, es decir, con poco impacto ambiental, lo cual lograron realizar con un bajo costo. Cada cooperativista cuenta con un departamento de aproximadamente 50 m², personalizado a su gusto, con cocina, espacio para el comedor, o una barra como desayunador, sala, un dormitorio habilitado para ingresar con silla de ruedas, un baño geriátrico y un balcón. En esta etapa de su vida, resaltó uno de los miembros de Trabensol (cooperativista y fundador del proyecto), “se aprende a vivir con poco”, por lo que cada uno o en pareja elige la decoración.

Este centro tiene diversas áreas comunes en las que cada uno de sus miembros elige, según sus gustos e intereses, cómo participar y disfrutar en algún momento del día, ya sea permanecer en la biblioteca, las sesiones de cine, el salón de usos múltiples donde se medita, estar en silencio, practicar reiki, en el gimnasio, el área de baños terapéuticos, los distintos talleres de pintura, costura, carpintería, danzas del

mundo, chi kung, actividades para estimular la memoria, además de tener su gaceta informativa denominada *Paso a Paso*. Dentro de estas actividades, los residentes coinciden en que esta elección y plan de vida para aminorar la preocupación y evitar la carga de cuidados en los hijos, ha sido el mejor acierto para vivir con tranquilidad, acompañado y pleno, esta última etapa de sus vidas.

Los residentes reconocen y destacan que esta propuesta de vivienda compartida ha sido única, por los lazos de amistad y el sentido de cooperación presente a lo largo de sus historias de vida. Más allá de buscar la imitación en este proyecto para enfrentar, vivir y disfrutar la última etapa de su vida, están abiertos a ser considerados como un referente en el que se visibilicen elementos que como sociedad se dejan fuera, los cuales tienen que ver con la colaboración y el trabajo en conjunto, ya que proponen abonar al imaginario de una sociedad en donde se permita vivir de forma digna y humana en la vejez, y ser vistas como personas mayores y seres humanos.

El 12 de junio de 2021, Trabensol celebró su octavo aniversario, en el que vivir en comunidad, en cooperación y desde un esquema colectivo han sido los elementos que los caracterizan al ser parte de esta cooperativa (Trabensol, 2021a).

Aislados pero unidos en Trabensol: desde la colaboración para hacerle frente a la crisis del covid-19

La unión, colaboración, actividad e interacción cotidiana entre los residentes de Trabensol son las características que los distinguen como comunidad. Al vivir el confinamiento por la pandemia de covid-19, permanecieron aislados en sus departamentos, según *Atelier 15* (2020). Se destacaba que el 10% de los 80 cooperativistas del lugar habían sido afectados por este virus, algunos severamente y otros solo con síntomas, hasta abril de 2020; de estos ocho adultos mayores que fueron hospitalizados, dos fallecieron y seis se recuperaron. En Trabensol (2020) reconocieron que, a raíz de estos hechos, su vida y dinámica habían cambiado.

A pesar de los cambios por esta situación de contingencia sanitaria, buscan mantenerse optimistas, ya que el avance tecnológico,

TABLA 2.15 TOTAL DE ENTREVISTAS EN EL ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN EN ESPAÑA

Escenario	Total de entrevistas a personas mayores	Total de entrevistas a directivo	Total de grupos focales
Trabajadores en Solidaridad, (Trabensol-ES)	10	1	0
Total	10	0	1

como el uso de sus celulares para llamadas telefónicas, y los grupos de WhatsApp, entre otras estrategias, son formas virtuales que les permiten estar cerca a pesar de la distancia física que se requiere en este tiempo de pandemia.

Atelier 15 (2020) destaca que el personal del lugar para los servicios de la cocina, lavandería, así como personal voluntario, han apoyado a los cooperativistas en atender demandas como las compras en el supermercado y la farmacia, para así poder mantenerse aislados en sus departamentos.

La pandemia, desde que inició, ha afectado de forma violenta en las residencias para mayores (Trabensol, 2021b), ya que, ante las distintas y trágicas muertes que se han presentado en las residencias, se han visibilizado otros modelos en que pueden residir las personas mayores, como es el caso de las viviendas colaborativas, en especial Trabensol, y la forma humana, activa y saludable en que sus cooperativistas han respondido ante esta situación sanitaria. Es aquí donde la vida en comunidad cobra fuerza a través de los distanciamientos, que se hacen necesarios para salvaguardar la vida propia y de los demás compañeros / amigos de este lugar, sin dejar de estar activos buscando el autocuidado y cuidar / apoyar a los demás. La vida en comunidad, y ese sentido de unión y colaboración en la etapa de la vejez, resulta un ejemplo de estrategia para hacer frente a las dificultades, a pesar de las medidas que requiere esta situación de pandemia.

La tabla 2.15 muestra la cantidad de entrevistas realizadas a las personas mayores, así como al directivo de Trabensol. El trabajo de campo tuvo duración de un mes.

Pandemia por covid-19 en el contexto español

A finales de enero de 2020, el Ministerio de Sanidad de España (2020) dio a conocer el primer caso positivo a la enfermedad y, a partir de ese momento, comenzó la propagación del virus en el territorio español. El incremento en los contagios fue en especial notorio a partir de marzo de ese año. Desde que inició la pandemia, se ha publicado y compartido información dirigida para la población en general, cuyo fin es la valoración de la situación actual con respecto a cómo evoluciona día a día la pandemia y generar estrategias eficientes e inmediatas ante los cambios.

El 14 de marzo de 2020 comenzó la cuarentena, y en los últimos días del mes de abril se presentó el Plan de desconfinamiento de España por provincias, en el que se expusieron de forma gradual las limitaciones del confinamiento con relación al caso sanitario y epidemiológico de cada zona (Ministerio de Sanidad, 2020). A través de las instituciones gubernamentales y la cooperación de la sociedad, van quedando atrás, de forma paulatina, los elevados casos de contagios; se ha logrado poco a poco ir dejando la etapa más crítica desde el punto de vista sanitario y avanzando con firmeza en la desescalada durante el año 2020 (Illa, 2020).

Lo anterior se relaciona con las distintas fases de transición que está viviendo la sociedad española y sobre cómo se han mantenido formas de prevención del contagio para hacer frente a la pandemia a través de monitoreos y estrategias de vigilancia gubernamentales. Sin duda, como señala Simón (2020), aunque pase esta situación de contingencia, quedarán instaladas prácticas y hábitos de salud que se mantendrán por un tiempo mayor al paso de la pandemia.

El Ministerio de Sanidad (2020) resaltó que el 95% de las personas con la enfermedad con alta mortalidad en todo España fueron personas con 60 años y más, pero el mayor número de defunciones correspondió a personas mayores de 80 años. Asimismo, se ha observado que la enfermedad tiene mayor mortalidad en varones que en mujeres, sin dejar de resaltar que el rango de edad donde hay mayor afectación en los contagios es a partir de los 40 a 59 años (Grasso, 2020).

En la última semana de mayo de 2020, disminuyeron los contagios en España y se dijo que la población estaba recuperando los espacios de encuentros familiares, se reabrían los negocios, daban comienzo las actividades de recreación, activación física, etc., gracias a las medidas de distanciamiento social, así como al lavado de manos y uso de la mascarilla. Illa (2020) menciona que, para mantener la enfermedad en bajos niveles, era necesario no bajar la guardia a nivel social ni individual, ya que eso abonaría y garantizaría la seguridad colectiva, para continuar con el cuidado, sin dejar de lado a los más vulnerables.

Asimismo, se publicaron en el Real Decreto de Ley 21/2020, el 9 de junio de 2020, acciones preventivas, de contención y la necesaria coordinación entre el Ministerio de Sanidad, Movilidad, Transporte y Agenda Urbana, para continuar haciendo frente en la crisis sanitaria que ha ocasionado el covid-19 (Consejo de Ministros, 2020). Como parte de las acciones colectivas cotidianas, se hizo obligatorio el uso de mascarillas en la vía pública, en espacios de uso público y en los transportes, además de continuar con la sana distancia de dos metros entre las personas.

En 2021, el Barómetro Mayores de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España señaló que, a partir de la disminución de las relaciones con familiares y amigos, la salud de las personas mayores había sido afectada, ya que las relaciones sociales y la dimensión sanitaria (salud) eran factores importantes que sumaban a su bienestar, los cuales habían tenido repercusiones relevantes en la pandemia.

Finalmente, entre los diversos retos que ha implicado la pandemia, se resalta la necesidad de visibilizar un modelo de cuidados dirigido a las personas mayores, como estrategia en las políticas públicas, capaz de reducir factores que vulneren los derechos de este sector poblacional (Pinzano, 2020).

REFERENCIAS

Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A., y Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, (22), 6 de marzo de 2019.

- Abellán, A., y Pujol, R. (2020). Covid-19 y efecto en la esperanza de vida. En *Envejecimiento en Red*. Nota actualizada el 14 de abril de 2020. <http://envejecimientoenred.es/covid-19-y-perdida-de-esperanza-de-vida/>
- AGSS, y APSS (2019). Indicadores socioeconómicos y demográficos. *Boletín Personas Mayores*, (4), Montevideo.
- Aranco, N., y Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. División de Protección Social y Salud. Nota técnica No. IDB-TN-1615. BID / División de Protección Social y Salud de Uruguay.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., y Medellín, N. (2019). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. División de Protección Social y Salud. Resumen de políticas IDB-PB-273. Washington: BID.
- Aranibar Munita, P.A. (2001). *Acercamiento conceptual a la realidad del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Araujo, M.C., y Suárez, P. (2013). *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Evolución y desafíos*. Washington: BID.
- Atelier 15 (2020). Ventajas de la vida colaborativa ante una gestión de crisis. Trabensol en el aislamiento por la Pandemia del 2020. *Atelier 15. Arquitectura, Urbanismo y Consultoría Cohousing*, 3 de abril de 2020. <https://atelier15madrid.wordpress.com/trabensol-en-el-aislamiento-por-la-pandemia-del-2020-ventajas-de-la-vida-colaborativa-ante-una-gestion-de-crisis/>
- Banco de Previsión Social (2020). Fondo Nacional de Salud (Fonasa), 16 de noviembre de 2020. <https://www.bps.gub.uy/10310/fondo-nacional-de-salud-fonasa.html>
- Barba, C., y Valencia E. (2016). El programa Progresar-Oportunidades-Prospera PROP y la universalización del derecho a la salud. Un estudio en cuatro localidades del estado de Jalisco. En C. Barba y E. Valencia, *La reforma social en América Latina en la encrucijada. Transferencias condicionadas de ingresos o universalización de la protección social*. Buenos Aires: CLACSO.
- Barómetro Mayores de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (2021). Informe impacto COVID en relaciones

- sociales y asistencia sanitaria, año IX, núm. 2. https://mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/09/54471ISASoI-Baro%CC%81metro-Mayores-2021_II-1.pdf
- Brunet, N., y Márquez, C. (2016). Fascículo 7. Envejecimiento y personas mayores en el Uruguay. En J.J. Calvo (Coord.), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay*. Montevideo: Trilce.
- Castro, A. (2019). El día que surgió el ISSSTE. *El Universal*, 2 de enero de 2019. <https://www.eluniversal.com.mx/mini-mochilazo-en-el-tiempo/el-dia-que-surgio-el-issste/>
- CIEEn (2021). Centro Interdisciplinario de Envejecimiento 2021-2025. Presentación CIEEn. <https://www.cien.ei.udelar.edu.uy/>
- Conapo (2021). Día internacional de las personas de edad. Gobierno de México.
- Coneval (2013). Informe de la evaluación específica de desempeño 2012-2013 Programa 70 y Más / Pensión para Adultos Mayores. Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios.
- Coneval (2019). Comunicado de prensa No. 12, Ciudad de México, 28 de agosto de 2019. Día Nacional de la Persona Adulta Mayor. Dirección de Información y Comunicación Social.
- Coneval (2020). Pobreza y personas mayores en México. Gobierno de México.
- Consejo de Ministros (2020). Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 9 de junio de 2020. Gobierno de España / Presidencia de España. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2020/refc20200609.aspx#NORMALIDAD>
- Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado. Artículos revisados #41 y #50. Madrid, España.
- Correa, N. (2017). Una ciudad amigable con las personas mayores. Promoviendo los derechos de las personas mayores en Montevideo. Intendencia Montevideo, Uruguay. <https://montevideo.gub.uy/institucional/noticias/una-ciudad-amigable-con-las-personas-mayores>
- Cortez, C., Landázuri, G., y Moreno, P. (1993). Múltiples máscaras para un solo rostro. El Pronasol en el medio rural. *Política y Cultura*, (3), 147-165.

- Encuesta Nacional de Salud de España (2018). Nota técnica. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Principales resultados. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 26 de junio de 2018.
- Expansión* (2018). La población en Uruguay aumenta. Datos macro. https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/uruguay#google_vignette
- Foro-Ciudad (2021). Demografía de Torremocha de Jarama, Madrid. <https://www.foro-ciudad.com/madrid/torremocha-de-jarama/habitantes.html>
- Gobierno de España (2020). Comunidades Autónomas. Administración punto de acceso general. Madrid, España. https://administracion.gob.es/pag_Home/espanaAdmon/comoSeOrganizaEstado/ComunidadesAutonomas.html#.XuQI3RNKiQA
- Gobierno de Guadalajara (2020). Guadalajara, una de las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2023/01/REPORTE-2022-GUADALAJARA-CIUDAD-AMIGABLE-CON-LAS-PERSONAS-ADULTAS-MAYORES.pdf>
- Gobierno de México (2020). Instituto Nacional de las Personas Mayores. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam>
- Gobierno de México (2022). Covid-19 México. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.
- Gobierno del Estado de Jalisco (2022). Radar Jalisco: Jalisco ante la pandemia. <https://coronavirus.jalisco.gob.mx>
- Grasso, D. (2020). Casos confirmados de coronavirus en España y en el mundo. *El País*, 2 de junio de 2020. https://elpais.com/sociedad/2020/04/09/actualidad/1586437657_937910.html
- Hernández Licona, G., Garza, T., Zamudio, J., y Yaschine, I. (2019). El Progreso-Oportunidades-Prospera. A veinte años de su creación. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf

- Hevia, F. (2009). De Progres a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el gobierno de Vicente Fox. *Sociológica*, 24(70), 43-81.
- Huenchuan, S., Fassio, A., Carlos, S., Miño, A., Batthyany, K., Berriel, F., Carbajal, M., Ciarniello, M., Lladó, M., y Paredes, M. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de Expertos*. Uruguay: Lucida Ediciones.
- Illa, S. (2020). Comparecencia COVID-19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Rueda de prensa 1 / 2, 24 de mayo de 2020. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/videosPrensa.htm>
- Imsero (2018). Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España, diciembre de 2018, Gobierno de España. https://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2018/index.htm
- Imsero (2020). Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Gobierno de España, Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y agenda 2030. https://www.imsero.es/imsero_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm
- Insabi (2020). El Insabi brinda servicios de salud gratuitos y de calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social; bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión. <https://www.gob.mx/insabi>
- INE España (2018). Notas de Prensa.
- INE España (2019). Cifras estadísticas que el INE elabora de forma periódica. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981
- INE Uruguay (2020). Esperanza de vida al nacer de la población masculina y femenina por departamento 1996-2025. Estimaciones y proyecciones de población (revisión 2013). Uruguay. <http://www.ine.gub.uy/web/guest/indicadores-demograficos1>
- INE Uruguay (2021). Anuario Estadístico Nacional 2020, 98ª versión. ISSN 1688-101X I. Uruguay. <http://www.ine.gub.uy>
- Inegi (2018). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (Enasem) 2018. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/>

- Inegi (2021a). En México somos 126 014 024 habitantes: Censo de población y Vivienda 2020. Comunicado de prensa núm. 24/21.
- Inegi (2021b). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1 de octubre). Comunicado de prensa núm. 547/21.
- Inegi (2021c). Características de las defunciones registradas en México durante enero-agosto 2020. Comunicado de prensa núm. 61/21.
- Inmujeres (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Gobierno de México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). Ciudades amigables con las personas mayores. Gobierno de México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre el covid-19. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud.
- López, J., y Ramón, E. (2007). Torremocha de Jarama. Una apuesta singular. Ayuntamiento de Torremocha de Jarama, Asermut, Sociedad Cooperativa M.
- Martínez-Flores, V., y Benavides, G. (2018). De Pronasol a la Cruzada. ¿Qué hay de nuevo sobre coordinación? *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*, 25(71), 73-111. doi: <http://dx.doi.org/10.32870/espiral.v25i71.6179>
- Mass, M. (2018). Mejoramiento de la calidad de vida en la vejez. Propuesta de casa de retiro ecológica y autosustentable. En M. Mass y V. Reyes (Coord.), *Calidad de vida en la vejez*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (2020). Instituto Nacional de las Personas Mayores. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-personas-mayores>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2016). Encuesta Nacional de Salud. Primeros resultados. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/201809/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2019). Mortalidad por Enfermedades No transmisibles Uruguay, diciembre 2019.

- Departamento de Vigilancia en Salud (Sector Vigilancia ETN) Área Programática Departamento Estadísticas Vitales. Colaboración: Registro Nacional de Cáncer. Presidencia, República Oriental del Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/mortalidad-enfermedades-transmisibles-uruguay-diciembre-2019>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2020a). Informe de situación sobre coronavirus COVID-19, Uruguay, 28 de julio de 2020. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-6>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2020b). Información sobre el coronavirus COVID-2019, 16 de noviembre de 2020. [file:///Users/MarthaRmz/Downloads/Informe%20de%20situaci%C3%B3n%20sobre%20coronavirus%20COVID-19%20en%20Uruguay%20\(16%2011%202020\).pdf](file:///Users/MarthaRmz/Downloads/Informe%20de%20situaci%C3%B3n%20sobre%20coronavirus%20COVID-19%20en%20Uruguay%20(16%2011%202020).pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2022). Página electrónica. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>
- Ministerio de Sanidad de España(2020). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España, Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020. Ministerio de Consumo. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/ministerio/home.htm>
- Moreno, L. (2020). Desigualdad y Estado del bienestar. Europa frente al neoesclavismo asiático y el mercantilismo sajón. *Nueva Revista*, (176), 68–81.
- Moreno, L., Del Pino, E., Marí-Klose, P., y Moreno–Fuentes, F. (2014). *Los sistemas de bienestar europeos tras la crisis económica*. Madrid: EUROSocial.
- OMS (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=E9692042DB46D596E0215E176CA8A397?sequence=1
- OPS (2020). Envejecimiento y Salud Uruguay. https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1135:envejecimiento-y-salud&Itemid=451

- Ordoñez, G. (2009). El régimen de bienestar mexicano: entre la exclusión, la segmentación y la universalidad. En C. Barba, G. Ordoñez y E. Valencia, *Más allá de la pobreza. Regímenes de bienestar en Europa, Asia y América*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Peregrina (s/f). El DIF Jalisco. Aproximación a su historia. <https://xdoc.mx/documents/el-dif-jalisco-aproximacion-a-su-historia-por-angelica-peregrina-5e937e9c0c634>
- Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P., y Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, (25), 12 de marzo de 2020. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, (55), 249–252.
- Red Latinoamericana de Gerontología (2011). México. UNAM crea Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2308>
- Ronzón-Hernández, Z., y Montoya-Arce, B. (2013). La seguridad social entre la población envejecida del Estado de México: alcances y limitaciones de las políticas públicas. *Papeles de Población*, 19(77), 61–82. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Salinas-Rodríguez, A., Cruz-Góngora, V., y Manrique-Espinoza, B. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 62(6), 777–785.
- Sedesol (2014). Manual General de Organización del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gobierno de México.
- Sedesol (2017). Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante. Gobierno de México.
- Secretaría de las Personas Mayores (2020a). Centro GenerAcciones. Intendencia de Montevideo, Uruguay. <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/personas-y-ciudadania/espacio-generaciones>

- Secretaría de las Personas Mayores (2020b). Secretaría de las Personas Mayores. Intendencia Montevideo, Uruguay. <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/personas-y-ciudadania/personas-mayores/secretaria-de-las-personas-mayores>
- Secretaría del Bienestar (2021). En 2022 más presupuesto y más beneficiarios en Programas de Secretaría de Bienestar. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/en-2022-mas-presupuesto-y-mas-beneficiarios-en-programas-de-secretaria-de-bienestar>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M.A., Gaona-Pineda, E.B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnette, J., Alpuche-Arana, C., y Rivera-Dommarco, J. (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados Nacionales. Cuernavaca: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sierra Norte S. (s / f). Agencia de Desarrollo local Torrearte S.L. Agroalimentaria Torremocha S.L. Depósito legal: J-253-2007.
- Simón, F. (2020). Comparecencia COVID-19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Rueda de prensa 1/2. 26 de mayo de 2020. España. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/videosPrensa.htm>
- Sistema de Cuidados (2020). Centros de día. Gobierno de Uruguay. <http://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/centros-dia>
- SIVE (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y políticas públicas*. Montevideo: UNFPA.
- SNS (2018). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Resumen ejecutivo. Informes, estudios e Investigaciones. Ministerio de Sanidad de España. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/ResumenEjecutivo2018.pdf>
- SUIEV (2021, 18 febrero). *¿Qué nos reporta el censo 2020 sobre el envejecimiento de la población en México?* <https://www.youtube.com/watch?v=kXDhEQooc7U>

- Trabensol (2020). Trabensol en la actual pandemia COVID-19. Torremocha de Jarama, España. <https://trabensol.org/trabensol-en-la-actual-pandemia-covid-19/>
- Trabensol (2021a). Trabensol celebra su 8vo. Aniversario. Torremocha de Jarama, España. <https://trabensol.org/trabensol-celebra-su-8o-aniversario/>
- Trabensol (2021b). La actual pandemia revalida los nuevos modelos de residencialidad para mayores. Torremocha de Jarama, España. Recuperado el 18 de enero de 2022, de <https://trabensol.org/la-actual-pandemia-revalida-los-nuevos-modelos-de-residencialidad-para-mayores/>
- Uruguay Presidencia (2021). Medidas del Gobierno para atender la emergencia sanitaria por coronavirus (covid-19) en materia de Salud. Gobierno de Uruguay, Montevideo, Uruguay. <https://www.gub.uy/presidencia/politicas-y-gestion/medidas-del-gobierno-para-atender-emergencia-sanitaria-coronavirus-covid-19#dropdown>
- Valencia, E., Foust, D., y Tetreault, D. (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México*. CEPAL.
- Vilà, T. (2020). Los servicios sociales en la encrucijada. Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 4 de junio de 2020. <https://www.fundacionpilares.org/opinion/200521-Toni-Vila.php>
- Vivaldo, M., y Martínez, M. (2015). La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En L. Gutiérrez-Robledo y D. Kersheobich-Stalnikowitz, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. UNAM/Academia Nacional de Medicina de México/Instituto Nacional de Geriatría.

La multidimensionalidad de la vejez y sus sentidos en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas: estudios de caso en México, Uruguay y España

MARÍA MARTHA RAMÍREZ GARCÍA
ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS
AIMEÉ VIRIDIANA ESPINOSA MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN

Los significados culturales (Bruner, 1990) sobre la vejez, desde la perspectiva de género, así como de la condición de ser personas mayores, institucionalizadas o no, es central en la presente investigación. El acercamiento a la producción de sentido sobre la vejez desde los propios sujetos, así como desde los otros implicados en las relaciones de cuidado (cuidadores, familiares, directivos), permite conocer las formas contemporáneas en que se negocian los sentidos acerca de la vejez y la emergencia de significados que rompen con formas estereotipadas.

El objetivo de este capítulo es analizar los significados de la vejez desde la perspectiva de las personas mayores, tomando en cuenta el género y la condición de ser personas institucionalizadas o no serlo.

Con respecto al método, se realizaron estudios de caso en escenarios de investigación en México, Uruguay y España, los cuales fueron elegidos tanto en el ámbito público como en el privado y de las organizaciones de la sociedad civil (OSC). La investigación parte desde el paradigma cualitativo interpretativo y el método etnográfico, en particular. Se analizaron un total de 85 entrevistas semiestructuradas a personas mayores, cuidadores y directivos, así como a 11 grupos focales. Las entrevistas fueron transcritas y se trabajó en el análisis cualitativo de los datos (Flick, 2007; Graham, 2014).

Los hallazgos se desarrollan en dos capítulos. En este capítulo tercero, se muestran significados culturales en transición que, en algunos casos, tienden a reforzar y reproducir estereotipos sobre la vejez y, en

otros, exponen formas de producción de sentido de la vejez, asociadas a los paradigmas de envejecimiento activo, saludable y desde el marco de los derechos de las personas mayores. En el capítulo cuarto, se presentan los significados de la etapa de vida desde el género, así como desde el envejecer con recursos económicos o sin ellos, ante la condición de estar institucionalizado o no, y se muestran marcas cualitativas diferenciadas asociadas a los contextos socioculturales.

Palabras clave: sentidos, significados, género, institucionalización, no institucionalización y vejez.

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL COMO FENÓMENO SOCIAL Y FORMAS DE ABORDAJE CUALITATIVO

El envejecimiento poblacional está presente en las distintas problemáticas sociales con una implicación en nuestro contexto actual, el cual requiere ser abordado en su multidimensionalidad y alta complejidad. Este problema de investigación demanda acercamientos subjetivos e intersubjetivos que establezcan conexiones con las dimensiones estructurales, que a la vez favorezcan la generación de conocimiento socialmente pertinente, así como elementos que permitan el diseño de políticas públicas dirigidas a las personas mayores desde el marco de los derechos humanos.

El envejecimiento poblacional presenta rasgos propios en cada país, de acuerdo con su contexto sociohistórico y comportamiento demográfico. Paredes y Pérez (2014) señalan la importancia de considerar categorías asociadas con el género y el grupo etario para acercarse a la producción de sentidos y significados propios con respecto a la vejez y sus características. Oddone (2016), por su parte, indica la relevancia del estudio a profundidad de los procesos de envejecimiento poblacional, así como del aumento de la esperanza de vida en las sociedades contemporáneas.

Ante los retos del envejecimiento en las distintas regiones del mundo, han surgido diversas iniciativas para promover un proceso saludable y activo en esta etapa de vida. Se busca, a través de distintas formas de comunicación pública y divulgación científica, el desmontaje de los

estereotipos que reproducen sentidos negativos, de déficit y carencia en la vejez.

En este capítulo, se estudia la producción social de sentido sobre la vejez desde la perspectiva de los propios sujetos, hombres y mujeres, que se encuentran en esta etapa de la vida y son parte de los estudios de caso realizados en México, España y Uruguay.

Interesa conocer cómo se reproducen ciertos significados de la vejez, que tienden a estereotiparla, así como nuevas formas de producción de sentido que reflejan transformaciones de orden subjetivo e intersubjetivo. Monchietti (2013) destaca la relevancia del análisis de aquellos sentidos que circulan y se mantienen vigentes, así como los que se reproducen a partir del intercambio entre los sujetos.

En este trabajo, se presentan los casos de estudio elegidos y los hallazgos en cinco apartados que permitieron dar cuenta de los significados sobre la vejez desde la perspectiva de las personas mayores y el personal de apoyo, considerando la categoría de género y la condición de ser personas institucionalizadas o no.

1. Modos de enunciar / nombrar esta etapa de la vida: códigos que reproducen, o bien que transforman y desmontan estereotipos.
2. Delimitación subjetiva de la edad con respecto al inicio de esta etapa de la vida.
3. Dimensiones de esta etapa de la vida y su orientación hacia la reproducción de códigos culturales, o bien la transformación de estos.
4. Significados de la etapa de vida desde la categoría de género.
5. Recursos económicos limitados o amplios y su relación con esta etapa de la vida.

PERSPECTIVA TEÓRICA: UN ACERCAMIENTO A LOS SIGNIFICADOS COMO PRODUCTORES DE SENTIDO Y ORIENTACIÓN EN EL MUNDO

Para Bruner (2009), la posibilidad del ser humano de negociar y renegociar significados a partir de las distintas interpretaciones narrativas ha sido fundamental para la evolución cultural y social. “Culturalmente, el desarrollo se ve enormemente ayudado por los recursos

narrativos acumulados por la comunidad y por los instrumentos igualmente importantes que suponen las técnicas interpretativas: los mitos, las tipologías de los dramas humanos y, también, sus tradiciones para localizar y resolver narraciones divergentes” (p.82).

De acuerdo con Lévi-Strauss (en Bruner, 2009, p.82), “Una de las formas más poderosas de estabilidad social radica en la tendencia de los seres humanos a compartir historias que versan sobre la diversidad de lo humano, y a proporcionar interpretaciones congruentes con los distintos compromisos morales y obligaciones institucionales que imperan en cada cultura”.

El significado es ya un fenómeno mediado culturalmente cuya existencia depende de un sistema previo de símbolos compartidos. El significado simbólico, por tanto, depende críticamente de la capacidad humana para internalizar ese lenguaje y usar su sistema de signos como interpretante de estas relaciones de representación (en Bruner, 2009, p.83).

Para que las narraciones puedan realizarse de forma eficaz, de acuerdo con Bruner (2009), se requieren cuatro constituyentes gramaticales:

En primer lugar, se necesita un medio que enfatice la acción humana o la agentividad, es decir, la acción dirigida a determinadas metas controladas por agentes. En segundo lugar, es necesario que se establezca y se mantenga un orden secuencial, qué acontecimientos y estados se encuentren alineados de un modo típico. En tercer lugar, la narración requiere una sensibilidad para lo que es canónico y lo que viola dicha canonicidad en la interacción humana. Por último, la narración requiere algo parecido a lo que sería la perspectiva de un narrador. En la jerga de la narratología, una narración no puede carecer de una voz que la cuente (p.90)

Desde este punto de vista,

lo que constituye una comunidad cultural no es sólo el compartir creencias acerca de cómo son las personas y el mundo o acerca

de cómo valorar las cosas. Evidentemente, debe existir algún tipo de consenso que asegure la convivencia civilizada. Pero hay algo que puede ser igual de importante para lograr la coherencia de una cultura, y es la existencia de procedimientos interpretativos que nos permitan juzgar las diversas construcciones de la realidad que son inevitables en cualquier sociedad [...] En el caso de los seres humanos, con su prodigiosa capacidad para narrar, uno de los principales medios de mantener la paz consiste en presentar, dramatizar y explicar las circunstancias atenuantes que rodean las rupturas originadoras de conflictos en la vida ordinaria (Bruner, 2009, p.105) [...] Pertenecer a una cultura viable es estar ligado a un conjunto de historias interconectadas, aunque esta interconexión no suponga necesariamente un consenso (Bruner, 2009, p.106).

Cuando se produce una ruptura en una cultura (o incluso en una microcultura como la familia), puede vincularse con varias causas. La primera sería la existencia de una profunda discrepancia sobre lo que es ordinario y canónico en la vida, así como lo excepcional o divergente. De ello sabemos bastante hoy en día, por lo que podríamos llamar las batallas por los estilos de vida, tan exacerbados por los conflictos intergeneracionales.

Hay una segunda amenaza, inherente a la excesiva especialización retórica de las narraciones, cuando estas últimas se hacen tan ideológicas, de motivación tan egoísta, que la desconfianza sustituye a la interpretación y lo sucedido se descalifica como puramente fabricado. Ello sucede a gran escala en los regímenes totalitarios, cuestión que los novelistas contemporáneos de Europa central han documentado con una dolorosa exquisitez. El mismo fenómeno se manifiesta en las burocracias modernas en las que se silencia y oculta todo lo que no sea la versión oficial.

Por último, hay una ruptura que proviene del empobrecimiento extremo de los recursos narrativos, como es el caso del subproletariado permanente de los guetos urbanos, con la segunda y tercera generación de los campos de refugiados palestinos, aquellos pueblos permanentemente hambrientos de las aldeas azotadas por las sequías del Sahara inferior africano. “No es que se haya perdido totalmente la

capacidad para narrar la propia experiencia, sino que el peor de los escenarios se ha vuelto tan dominante en la vida diaria que las variaciones ya no parecen posibles” (p.106).

Agrega Bruner: “Nuestra capacidad para contar nuestras experiencias en forma de narración no es sólo un juego de niños, sino también un instrumento para proporcionar significado que domina gran parte de la vida en una cultura, desde los soliloquios a la hora de dormir hasta los testimonios de los testigos en nuestro sistema legal” (p.106). Los significados que se exponen a lo largo de este capítulo nos acercan a la cultura en la que se experimenta la vejez y el conocer los sentidos que permiten encaminarse hacia la ruptura estereotipada al experimentar esta etapa de la vida. “Nuestro sentido de lo normativo se alimenta en la narración, pero lo mismo sucede con nuestra concepción de la ruptura y de lo excepcional. Las historias hacen de la realidad una realidad atenuada” (p.106).

Bruner (2009) plantea que las reglas sintácticas solo pueden adquirirse de forma instrumental, es decir, “como instrumentos con los que llevar a cabo ciertos objetivos y funciones operativas” (p.85). Además, aquello que “hay que decir”, “cómo”, “dónde”, “a quién” y “bajo qué circunstancias”, están mediados por lo cultural, cuyo significado depende de símbolos compartidos y de la capacidad del individuo para internalizar relaciones de representación.

Este autor enmarca las narrativas dentro de la cultura, ya que, a través de la tradición de contar e interpretar, el niño participa en la interacción relacional y pronto se dará cuenta de que no solo basta con expresar, sino también la manera en que se hace: “Logos y praxis son inseparables culturalmente” (Bruner, 2009, p.93).

A la luz del enfoque construccionista, Bruner (2012) expone la interdependencia estructural de los componentes de la conducta: el pensamiento, la emoción y la acción. Tales aspectos de un todo logran su integración en un sistema cultural que les da sentido. Así, nuestra manera de experimentar y “fabricar” mundos depende de contextos sociales construidos y, por lo tanto, actividades simbólicas con las que aprendemos a significar.

Dicho planteamiento es elaborado por Bruner con base en las pautas de adquisición del lenguaje. Para este autor, la sintaxis es aprendida

por el niño a la par de la obtención de los significados o las formas para referirse al mundo. Sin embargo, ello no es un simple ejercicio intelectual, ya que “adquieren estas habilidades con el fin de que se hagan cosas en el mundo: pedir, indicar, aliarse, protestar, afirmar, poseer, etc.” (p.119).

Los contextos sociales son los que definen o dan una “rúbrica” sobre qué sentir, actuar o decir. Los componentes de la conducta (emociones, cogniciones y acciones) devienen de “estímulos situacionales” inscritos en un sistema simbólico cultural.

Los componentes de la conducta [...] no son las emociones, las cogniciones y las acciones, aisladamente, sino aspectos de un todo más amplio que logra su integración solo dentro de un sistema cultural. La emoción no puede aislarse del conocimiento de la situación que la suscita. La cognición no es una forma de conocimiento puro al cual se agrega la emoción (ya sea para perturbar su claridad o no). Y la acción es un sendero común final que se basa en lo que uno sabe y siente (Bruner, 1998, p.123).

Enmarque metodológico

Se trabajó desde el paradigma cualitativo interpretativo y se llevaron a cabo etnografías (Angrosino, 2014) en los escenarios de investigación elegidos en cada uno de los países estudiados.

Para el caso mexicano, se hizo en los siguientes escenarios de investigación, con un total de 48 entrevistas:

- a) Centro de día DIF Bugambillas (CDDIFB-MX): 19 entrevistas a personas mayores y tres a personal del lugar.
- b) Conjunto residencial privado “70 y más” (CRP-MX): 16 entrevistas a personas mayores, un grupo focal y cinco entrevistas al personal del lugar.
- c) Organización de la sociedad civil con predominio de la población adulta mayor (OSCPAM-MX): una entrevista a una adulta mayor, otra a personal del lugar y dos grupos focales.

Para el caso uruguayo, se llevó a cabo con los siguientes referentes empíricos, con un total de 37 entrevistas:

- a) Centro diurno público 1 (CDP1-UY): un grupo focal.
- b) Centro diurno público 2 (CDP2-UY): cuatro entrevistas a personas mayores y una a personal del lugar.
- c) Centro diurno público 3 (CDP3-UY): un grupo focal con personas mayores y encargadas y otro con encargadas.
- d) Organización para la atención de personas mayores (OSC1-UY): un grupo focal.
- e) Organización de personas mayores de apoyo artístico y gerontológico (OSC2-UY): un grupo focal.
- f) Organización de apoyo en cuidados (OSC3-UY): un grupo focal.
- g) Funcionario público de personas mayores de Montevideo (FP-UY): una entrevista.
- h) Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores-UY): una entrevista.
- i) Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn). Universidad de la República (CIEn-UR-UY): un grupo focal.
- j) Organización privada de residenciales para personas mayores (OPRPM-UY): un grupo focal.
- k) Secretaría Nacional de Cuidados (SNC-UY): dos entrevistas.

En el caso español, el referente empírico fue una organización de la sociedad civil, y se retomaron un total de once entrevistas:

- a) Trabajadores en Solidaridad (Trabensol-ES): se incorporaron diez entrevistas de cooperativistas y una de personal del lugar.

De esta forma, se consideran un total de 96 entrevistas: 85 semiestructuradas y 11 grupos focales (Steinar, 2011), dirigidas a personas mayores, cuidadores y directivos, así como tres grupos focales. Las entrevistas fueron transcritas y se trabajó en el análisis cualitativo de los datos de acuerdo con la propuesta de Flick (2007), centrada en la codificación de unidades de sentido.

Los *resultados* se despliegan en varias categorías de análisis construidas a partir de otras preexistentes en la literatura, así como de elaboraciones producto del análisis de datos. Así, se abordaron las formas de enunciación de la etapa de vida; sus significados culturales; la construcción social con respecto a la edad; las dimensiones que permiten caracterizar esta etapa; los significados de la misma según el género; y el rol que desempeña contar o no con recurso económico para resolver las demandas de la vida cotidiana (esta última categoría se desarrolla en el siguiente capítulo).

MODOS DE ENUNCIACIÓN DE LA ETAPA DE VIDA: CÓDIGOS QUE REPRODUCEN ESTEREOTIPOS

El ser humano busca la comprensión de su realidad mediante los discursos de su vida cotidiana, visibles de diferentes formas: creencias, imágenes, actitudes, conversaciones, estereotipos y representaciones sociales. Estas últimas dan cuenta de procesos de socialización y comunicación por medio de la relación entre el individuo y la sociedad, y, al acercarse a la heterogeneidad de estas formas de enunciar y representar, es posible profundizar en la comprensión de la vejez y los procesos de envejecimiento (López y Marín, 2016).

En este apartado, se muestra un análisis de las narrativas (unidades de sentido) sobre las formas específicas de enunciación en esta etapa de vida, tanto por los hombres como por las mujeres mayores, tomando en cuenta los tres países, cada uno con sus escenarios específicos. La siguiente información está organizada por los códigos que reproducen los estereotipos de la vejez, así como por aquellos que muestran formas innovadoras de significar esta etapa de vida.

Enunciaciones de esta etapa de la vida

Como se ha mencionado, cada país tiene un contexto diverso con distintos matices y determinadas características que proporcionan información para hacer un análisis más completo de los temas del envejecimiento y la vejez. En las tablas que se muestran a continuación, es posible observar las enunciaciones hacia la etapa de vida encontradas

en el trabajo empírico realizado en México, Uruguay y España, junto con la descripción del contenido de cada apartado.

México

Los escenarios pueden mostrar diferencias en la posición económica de cada uno: CDDIFB, OSCPAM y la OSC2 son de un nivel socioeconómico bajo, mientras que OSC3 y CRP, medio alto. También existen diferencias en las dinámicas de interacción, de acuerdo con la configuración de cada lugar. Como el nombre lo especifica, el primero es un centro de día, en tanto que el segundo es un residencial privado, y el tercero una OSC.

En la tabla 3.1, las enunciaciones obtenidas con respecto a la etapa de la vida fueron: vejez, viejo, final de nuestra vida, tercera etapa de vida, personas mayores, etapa final, ancianos y mucho dolor, temor, ancianidad, intolerancia y olvido de tradiciones. Al contextualizar las respuestas desde el contenido específico de cada una de las narrativas, se vio que las enunciaciones están asociadas a contenidos que refuerzan estereotipos de déficit, limitaciones y dolor. César señala en su narrativa el cúmulo de limitaciones a las que se enfrenta conforme envejece y cómo esto constriñe su margen de maniobra y capacidad de agencia en el acontecer de su vida cotidiana.

C: Cuando uno lo está viviendo, ya es una percepción diferente porque se da uno cuenta de muchas cosas, de por qué se actúa así, y sobre todo de las limitaciones; entonces tiene uno que irse ajustando, aprendiendo a ser viejo, porque no hay escuelas para aprender a ser viejo, la única escuela es la vida; y es la que le va uno diciendo, no te metas por ahí, no hagas esto, no hagas lo otro, mira lo que te pasó (César, 82 años, CRP-MX).

Al hacer referencia al dolor, se le contrasta con la noción de plenitud, asociada con situaciones relacionales vinculadas a los hijos y la vida pasada, que no retorna. La plenitud, en cambio, se ancla en las posibilidades de nuevos aprendizajes (viajes, deportes, actividades recreativas). La vejez y sus consecuencias, ligadas al deterioro en

algunos casos, se asocia con creencias religiosas en las que se atribuye la condición actual a un ser superior. También, en las narrativas se observa un reiterado lamento por las metas no logradas y la no viabilidad de estas en el presente, las cuales tienden a reproducir estereotipos de la vejez que bloquean y estatizan las posibilidades de un envejecimiento activo.

En los discursos de las personas que residen en la OSC-2 y OSC-3, se expresa un vínculo entre el significado de ser viejo y el sentimiento del miedo. Lo anterior se relaciona con lo que menciona Berger y Luckmann (1968) durante el proceso social en donde la persona se encuentra envuelta en significados que regulan el ambiente natural y el humano, desarrollando su yo. En este caso, las personas han construido una concepción sobre la vejez, y el cómo la viven es la forma en que se expresan sus emociones. La incertidumbre sobre su calidad de vida y salud en un futuro está presente en sus discursos. Tomasa, una persona mayor que habita en la OSC2-MX, explica cómo el temor es parte de su etapa de vida:

T: Esta parte de la ancianidad sí nos da temor, y pues consternación un poco, sin saber qué se espera (Tomasa, OSC2-MX).

Fernandina es una adulta mayor que reside en la OSC3-MX, quien igual reflexiona sobre el miedo, el cual está inmerso en la sociedad ante el proceso de envejecimiento. Consideran que una manera de reivindicar la edad es pertenecer a grupos con una visión diferente, en donde una determinada acumulación de años signifique respeto.

F: Y yo veo un miedo de envejecer tremendo, ¿quieres perder el miedo a envejecer?, ven a gloriarte de cumplir 52 años y pertenecer al gran Consejo de ancianos (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

El orden social es un producto humano que está en constante movimiento y es reproducido al estar en contacto con otras personas (Berger y Luckmann, 1968). En este contexto, se enmarcan reflexiones sobre cómo conciben la etapa de vida en que se encuentran, con base en las experiencias con personas cercanas como amistades y

familiares. En los testimonios, consideran que tienen la posibilidad de tener una vejez saludable, pero, al observar situaciones en donde la etapa se experimenta de manera complicada, expresan temor por vivir un envejecimiento con alteraciones en la salud. Por otro lado, al considerarse como personas sanas, ven a la vejez como una etapa lejana, o no se identifican como viejos.

El testimonio de Tomasa ejemplifica cómo, a través de las dificultades que tienen las personas mayores inmersas en su contexto inmediato, ello les permite reflexionar sobre qué cuidados pueden tener para salir adelante.

T: Yo, al ver a nuestros papás, sí estoy como temerosa de la etapa, de alguna manera, pero, al mismo tiempo, como que no acabo de identificar porqué está sucediendo lo que ustedes nos dicen, que en esta generación estamos modificando, ¿no?, cosas con relación a la vejez. Por ejemplo, mi suegra estuvo como 12 años en una silla de ruedas, pues bueno, hay que movernos, hay que caminar, hay que no sé qué, entonces tratas de poner remedio, hacer algo para no estar en esas circunstancias (Tomasa, OSC2-MX).

Las construcciones que van dando forma al experimentarse como una persona mayor en nuestros días, tienen que ver con la comunidad cultural en la que se está inmerso —concepción retomada desde Bruner (2009)—, ya que no es suficiente compartir los significados y las creencias de cómo son las personas mayores, o bien la valoración que socialmente se les da. Es por medio de la convivencia a lo largo de los años, la interacción cotidiana que se da en la OSC2-MX, la cual ha permitido construir el significado de vivirse como personas mayores desde el paradigma del envejecimiento activo y saludable. Jessie nos comparte el proceso de construirse como persona mayor, tomando las construcciones ya establecidas, que es ir más allá de una sociedad de consumo.

J: Yo diría que, efectivamente, la vejez es una construcción, y muchas veces es social; es decir, en la sociedad de consumo, digamos, vivimos en sociedades en que están los grupos, ¿no?, los

TABLA 3.1 ENUNCIACIÓN DE ESTA ETAPA DE LA VIDA, MÉXICO (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Enuncia- ciones	Centro de día dif Bugambillas (cddifb-mx)		Conjunto residencial privado “70 y más” (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
					oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Vejez	■	●	●	●		■		●		
Viejo	■	◆		◆		■	●			●
Final de nuestra vida		◆		■						●
Tercera etapa de vida		■		◆		■				
Adultos mayores		●		■				●		
Etapa final		■		●						
Ancianos		■				■				
Mucho dolor		■		■						
Etapa de temor								●		
Ancianidad								●		
Etapa de intolerancia								●		
Olvido de tradiciones								●		●

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo. Las celdas en blanco significan que no hay datos. Los rangos varían en cada tabla por las frecuencias, de manera proporcional.

niños, los adolescentes, los adultos, los adultos mayores y los viejos, o los adultos mayores, no sé, porque se dice de mil maneras, y es una construcción (OSC2-MX).

A partir de este testimonio, se puede decir que las significaciones instaladas en cada comunidad son constitutivas del imaginario social y forman parte también del imaginario individual (Monchietti, 2013). De acuerdo con Bruner (2012), cuando un discurso es parte de una estructura social ya establecida, las posibilidades de cambio se ven constreñidas por esa cultura que estigmatiza de diversas maneras al otro. Vienen, entonces, las negociaciones de nuevos sentidos que puedan favorecer la ruptura con procesos estigmatizantes, en este caso, acerca de la vejez y el envejecer.

Uruguay

los escenarios en los que se trabajó fueron tres centros diurnos, dos residenciales privados y tres OSC. De acuerdo con Bruner (2009), las enunciaciones obtenidas por medio de los relatos permiten acercarnos a los modelos construidos y las representaciones en la mente de cada persona entrevistada. Reconocer el contexto en que cada relato se desarrolla ha posibilitado un mayor entendimiento a cada enunciación, como en el caso de Uruguay, un país que, como ya se mencionó, se encuentra en un proceso de envejecimiento más avanzado que otros países en América Latina.

En la tabla 3.2, se observan aquellas enunciaciones que reproducen algún estereotipo sobre la vejez. Las unidades de sentido encontradas muestran que hay una visión de sorpresa ante esta etapa de la vida. Las personas mayores mencionan no haber esperado todos los cambios físicos y relacionales con los que viven actualmente, y muestran un discurso de insatisfacción ante su presente. Cayetano, una persona mayor de 80 años que vive en un residencial privado, expresa su dificultad para enunciar su etapa actual, y compara entre las expectativas de “llegar a viejo” y su presente, en donde identifica la sensación de disgusto ante la pérdida de determinadas posibilidades para sentirse útil:

C: ¿Eh? Yo qué sé, no quiero ni pensarlo, porque a mí, eh, nunca tuve miedo de llegar a viejo, pero siempre pensando que iba a llegar a viejo bien, útil, útil para mí, pero no así; de haber pensado que llegar a viejo era el destino, no me hubiese gustado y sí me hubiera preocupado (Cayetano, 80 años, RP1-UY).

Otra unidad de sentido en los discursos de los entrevistados refiere que las personas mayores “vuelven a ser niños” por su nivel de dependencia, que es progresivo. El testimonio de Mía, integrante del personal de un residencial privado en Uruguay, lo ejemplifica:

M: Son dependientes completamente de uno. Por ejemplo, como cuidadores, dependen de uno de todo, de que nosotros les demos

TABLA 3.2 ENUNCIACIÓN DE ESTA ETAPA DE LA VIDA, URUGUAY (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Enunciaciones	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organización de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
La cuarta edad	■	◆	●	■	■	■
Persona adulta	■	■	●	●	■	■
Sorpresa (cambios de su vida)	●	●	■	●	■	●
Etapa de resignación	■	◆	●	■	■	■
Etapa de “aguante” (sobrellevar la vida)	■	●	■	●	■	■
Etapa de autoconocimiento desde la soledad	■	■	●	■	●	■
Volver a ser niños (dependencia de cuidados)	■	■	■	◆	■	■
Etapa de tristeza	■	■	◆	■	■	■
Insatisfacción (por sus cambios)	■	■	●	●	■	■

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

su alimento, de que nosotros los bañemos, eh, de que nosotros les ayudemos a vestir, les ayudemos a incorporarse, para la marcha; es decir, ¿qué son para mí?, esa es mi forma de verlo, para mí son niños, vuelven a ser niños (Mía, Personal, 50 años, RP1-UY).

Oddone (2016) menciona que en cada grupo poblacional existen variaciones en las formas y los términos para nombrar y significar la vejez, y si esta etapa está asociada con formas de envejecimiento activo y saludable. Reconocer estos términos permite analizar los esquemas de pensamiento y las formas de interacción de dicha población de personas mayores, así como de los sujetos que forman parte de su entorno cotidiano por vínculos sociales formales y no formales.

Las personas entrevistadas expresan una capacidad instalada para realizar reflexiones acerca de la etapa de vida que están viviendo. Las unidades de sentido, con relación a la reproducción de estereotipos, están más conectadas con la confrontación a estos paradigmas. Bruner (2009) destaca la importancia del vínculo de las necesidades transaccionales de la cultura y las interacciones comunicativas de los hablantes, siendo factores que van trabajando y cambiando en conjunto.

Como se percibe en el testimonio de Lucas, un varón de 84 años, acerca de los discursos encontrados, las reflexiones sobre las enunciaciones utilizadas para describir esta etapa de la vida permiten reconocer que en España es necesario transformar la manera de ser nombrados, de colocar nuevas enunciaciones en búsqueda de la ruptura y el cambio de paradigmas. Este testimonio ejemplifica lo que Bruner (2009) comenta sobre las necesidades transaccionales:

MRG: ¿Qué nombre le daría a este momento de su vida?

L: Es decir, geriátrico, decir ancianos, decir viejos, puede ser ofensivo según a quién, la expresión que se ha normalizado ya de la tercera edad es, en el fondo, es un eufemismo, pero ta' bien, ta' bien encontrado (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

Otra de las características en los discursos del caso español es que, al momento de describir las enunciaciones que reproducen estereotipos, lo exponen como algo que puede evitarse o es manejable para cada persona, y no como una condición generalizada para todas las personas mayores; son conscientes de que existe un estigma de por medio, pero lo ven como algo transformable.

Lo anterior puede observarse en el testimonio de Leonela, una mujer de 74 años, residente de Trabensol-ES:

L: Si tú te encastillas, si te pones rígido y todo como si fuera un ejército, pero has matado la vida, esa es mi humilde opinión [risa]

TABLA 3.3 ENUNCIACIÓN DE ESTA ETAPA DE LA VIDA, ESPAÑA (CÓDIGOS QUE SE REPRODUCEN)*

Enunciaciones	Trabensol-es	
	Hombres	Mujeres
Viejo	●	◆
Anciano	●	●
Tercera edad	●	■
Geriátrico	●	■
Encastillado	●	■
Eufemismo	●	■
Desequilibrio	■	■

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

Pero si tú te relacionas todo el tiempo y no tienes vida propia, eso también es un error, es una... un desequilibrio de alguna manera, eso no es sano, no nos desarrollamos de forma sana (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

En la tabla 3.3, se destaca un rechazo ante las construcciones utilizadas para describir una etapa sin salud, o de forma desequilibrada.

Modos de enunciación de esta etapa de la vida: códigos que confrontan estereotipos

Bruner (2012) se basa en la teoría de Vygotsky y Dewey para definir el lenguaje como una manera de ordenar nuestros propios pensamientos sobre las cosas. Como se mencionó, hay una relación entre el lenguaje y las necesidades transaccionales, lo que es visible a lo largo de la historia. El autor argumenta que el lenguaje modula el pensamiento e interviene en la ejecución de la acción. De esta forma, es importante reconocer aquellas enunciaciones que marcan una diferencia ante los estereotipos impuestos socialmente, en este caso sobre la vejez y el envejecimiento en tres contextos diferentes: México, Uruguay y España.

En la tabla 3.4, se observan las formas de nombrar la etapa de la vida desde una formulación de transformación, siendo: edad plena, libertad, vejez (disfrutar), utilidad, descanso, tercera edad, etapa de tranquilidad, etapa de oro, aventura, adulto mayor (etapa placentera), diversión, privilegio, etapa de disfrutar lo que se tiene, vivir en comunidad, llena de sabiduría, crecimiento, y vivirla como abuelos. En el caso de vejez y adulto mayor, se repiten códigos vertidos en la tabla 3.1, por lo que se especifica (entre paréntesis) la diferenciación que hicieron los sujetos entrevistados. En este caso, vejez se vincula con la posibilidad de disfrutar, y adulto mayor como una etapa placentera. “Edad plena” tuvo una mayor frecuencia en las respuestas de los participantes.

En el discurso, es posible constatar el ejercicio reflexivo que varios adultos mayores han ido elaborando con respecto a su vida, con una valoración positiva. La narrativa de Jovita, de 63 años, ilustra la argumentación que da lugar a la enunciación de plenitud con respecto a su etapa de vida actual:

J: Yo creo que depende mucho de la vida que hayas llevado, eso depende muchísimo; como te puedes considerar un ruco, te puedes considerar una persona plena, porque si aprovechas lo que has vivido y has ganado en este crecimiento, entonces vives en plenitud y, entonces, pienso, esta época para mí, personalmente, es de mucha libertad, este... de mucha plenitud, de mucha satisfacción y de poca responsabilidad con los demás (Jovita, 63 años, CRP-MX).

Como Jovita, hay entrevistados que utilizan varias enunciaciones en un mismo testimonio: plenitud, libertad, júbilo y felicidad. De manera general, las descripciones están relacionadas con la posibilidad de decidir qué hacer con su tiempo, ya sea convivir con más personas, realizar actividades físicas, seguir aprendiendo, ponerse metas nuevas, descansar y disfrutar de la vida.

En la OSC2-MX y OSC3-MX se comparten enunciaciones que transforman estereotipos sobre la etapa de vida en que se encuentran, donde hay un interés por vivir en comunidad; además, visualizan la

acumulación de años como sinónimo de experiencias que dan conocimiento de la vida. En estos espacios, existe una conciencia acerca de los estereotipos negativos con relación a la vejez.

Las personas mayores mencionan que, a pesar de que culturalmente existe una visión que se enfoca en el deterioro respecto a esta etapa de la vida, es posible decidir vivirla de manera activa, con independencia y actitud positiva. Lo anterior está relacionado con la premisa del orden social, donde, por medio de un proceso de interacción, hay realidades que se normalizan en un contexto y al mismo tiempo tiene la posibilidad de ser reconstruido (Berger y Luckmann, 1968).

El testimonio de Honoraria, de 56 años, ejemplifica que trabajar la concepción personal sobre el concepto de vejez abre la posibilidad de repensar cómo querer vivir esta etapa:

H: ¿Dónde nos apoyamos en la vejez?, el camino hay que gozarlo, ¿no? Y a lo mejor yo misma trabajar este concepto de ser viejo es ya lo peor que te puede pasar, o alejarte de los tuyos, asilarte; como que adoptar esta filosofía interesante que estamos poniendo hoy en la mesa, que es verlo con optimismo, de enriquecernos; en esta etapa de la vida a lo mejor puedes hacer cosas que antes no hacías (Honoraria, 56 años, OSC2-MX).

Por otro lado, Berger y Luckmann (1968) señalan la importancia de estar en contacto con el conjunto de significados del contexto, lo que muestra una dificultad para crear una realidad o significarse al estar aislado. Fidel reconoce que esta etapa de vida puede vivirse de manera compartida, al pertenecer a un grupo con el que puedas relacionarte y prepararte para las necesidades del envejecimiento:

F: Nosotros tenemos que llegar preparados en ese momento, y qué mejor que buscar un lugar que tener un grupo de gente con la que puedas convivir, este... compartir esos años (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

Por su parte, Fernandina, de 79 años, señala cómo el cumplir la edad para considerarse abuela es sinónimo de conocimiento, por todas

TABLA 3.4 ENUNCIACIÓN DE ESTA ETAPA DE LA VIDA, MÉXICO (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Enuncia- ciones	Centro de día dif Bugambilias (c ddifb-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
					oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Edad plena		◆	◆		■					
Libertad	■	◆	◆		◆			■		
Vejez (disfrutar)	◆	■	◆		◆			◆		■
Utilidad	■	◆	■		■	■				
Descanso	■	◆	■							
Tercera edad	■	◆	■		◆					
Etapas de tranquilidad, paz		■		◆				■		
Etapas de oro	■	■	■	■						
Aventura		◆	■	■						■
Adulto mayor (etapa placentera)	■	■				◆		■		●
Diversión	■	◆				■				
Privilegio		■			■	■				
Etapas de disfrutar lo que se tiene		◆				■		■		
Felicidad			■	■		■				
Cuarta edad		■		◆						
Realización de sueños		◆		■						
Fabulosos setenta				◆						
Etapas con conciencia de vida				■		■	◆	◆		
Júbilo		■		■		■				
Etapas de hacer comunidad							●	●		●
Etapas de sabiduría										◆
Etapas de crecimiento										●
Abuelas/os										

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

las experiencias que han vivido, reconociéndose como privilegiada. Su relato confronta la idea negativa que puede haber sobre la acumulación de años, empoderando los años vividos y dándoles mayor valor:

F: La sabiduría se adquiere solamente a través de las experiencias vividas [...] Los verdaderos ancianos que hemos conocido, la gente de mayor conocimiento no fue a la escuela, se hicieron seres de sabiduría en su mundo, pero a través de todo lo que vivieron, de todas las experiencias, de todas las osadías que tuvieron de conquistarse a sí mismos, de vencer los miedos, de vencer sus limitaciones, de conocer la naturaleza, de conocer el clima, de conocer... Son verdaderos sabios que no fueron a la universidad (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

En la OSC3-MX, se nombran abuela o abuelo aquellos sujetos que tienen 52 años en adelante. En esta comunidad, se valoran como personas mayores por el hecho de contar con la edad cronológica, además de ser valorados por todas las experiencias vividas, la sabiduría que la vida les ha dado, así como por la historia de vida que cada uno guarda. Hacen falta connotaciones favorables en la sociedad para vivir esta etapa de la vida, como lo señala y destaca Fernandina:

F: Cuando tú ves viejos plantados, sentados, ya barbones y todos acá ancianos, pero tú les ves esas miradas y dices: yo quiero ser amiga de ese señor, porque veo que ese señor guarda, nomás por su mirada, el cúmulo de conocimiento que debe tener, pero, es un desperdicio que los hijos, nietos, bisnietos no lo vean, no lo valoren en otros lugares (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Es aquí donde la propuesta de Bruner (2009), con relación a los símbolos que se comparten en esta comunidad, valorando a los abuelos, los significados se van internalizando de forma simbólica, al tiempo de adentrarse a la edad cronológica, para ser incluido en el consejo de ancianos de este contexto.

Los hallazgos muestran las múltiples formas en que las personas mayores confrontan, a través de sus representaciones, los estereotipos que tradicionalmente asocian la vejez con decrepitud, carencia y deterioro, entre otros.

Uruguay

Los relatos de las personas entrevistadas en Uruguay, que denotan diferencias ante los estereotipos para las personas mayores, por lo general están vinculados con la búsqueda de salud física, cognitiva y emocional por medio del autocuidado y sus relaciones sociales.

El primer relato es de Dora, una mujer de 71 años que asiste a un centro diurno, mientras que el segundo testimonio es de Yais, mujer de 88 años que vive en una residencia privada:

MMS: ¿Cómo le llamas a esta etapa de la vida que estás viviendo?

D: Soy feliz, me quiero a mí misma y eso me da, pienso, una vejez que es la recompensa de la vida, estar tranquila con una hija ya establecida, con un lugar donde puedo compartir con compañeros que somos pares y podemos hablar distintos temas; nadie se horroriza de nada. Además, chiquearnos, nos reímos de nosotros mismos, contamos nuestras anécdotas y cosas que nos pasan, creo que estoy feliz (Dora, 71 años, CD1-UY).

RER: ¿Y qué significa esta etapa de la vida?

Y: Aquí es con la familia.

RER: Una familia, sí. ¿Por qué es como una familia?

Y: Aquí en este grupo es como muy lindo, muy unido (Yais, 88 años, RP1-UY).

Una característica de los relatos de Uruguay es que asocian su etapa de vida con el espacio en que se encuentran, el cual les proporciona elementos para seguir conectados con su entorno y brinda herramientas para la participación social interna.

El uso del espacio, y de las dinámicas relacionales en él, no deja de lado el trabajo que las personas mayores realizan por vivir de manera

TABLA 3.5 ENUNCIACIÓN DE ESTA ETAPA DE LA VIDA, URUGUAY (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Enunciaciones	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organización de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Etapas para tener buena calidad de vida		■		◆		■
Compañía		◆	■	■		■
Etapas de conservación de capacidades cognitivas	■	◆		■		
Disfrutable (acompañada por familia y conocidos)		■		◆		
El final de la vida		◆		■		■
Etapas de experiencia vida		■	◆			
Personas activas	■	■			■	■
Etapas de tranquilidad		◆		■		
Nueva forma de vivir (autoaceptación)		◆		■		
Etapas de adulto mayor				◆	◆	
Abuelas		■		■		
Vejez (última etapa)	■			■		
Aprendizaje		■		■		
Estar bien (salud)				■		■
Nuevas motivaciones		■				
Vejez (recompensa de la vida)		■				■

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

activa. Sabino, un varón de CDP3-UY, menciona características que confrontan los estigmas sobre esta etapa de la vida.

S: Son personas activas que a nivel cultural también se interesan, se motivan, tratan de salir, de hacer cosas, eso los caracteriza (Sabino, 68 años, CDP3-UY).

La particularidad de Trabensol-ES, donde se realizó el trabajo empírico de España, es que se trata de una cooperativa de vivienda de personas mayores, con una cultura cooperativista en la que han creado un entorno con sus propias normas y creencias para vivir adecuada y viablemente. Hay la intención explícita de tener una vejez activa y acompañada, en donde el cuidado mutuo es constante, sustentado en un ejercicio de reflexividad compartida sobre la etapa en que se encuentran y los desafíos a que se enfrentan, como los problemas de dependencia. Karen, una mujer que reside en Trablensol-ES, explica cómo vivió el proceso de construcción de la cooperativa de vivienda para personas mayores.

K: Constituimos la cooperativa nosotros y cogimos unos áticos, y decíamos: “tiramos los áticos y eso, cuando seamos mayores nos ponemos todos a vivir en una casa”; es decir, que esto sea un pequeño núcleo lo pensábamos, teníamos idea de hacerlo y nos compramos, bueno... lo invertimos en esa cooperativa, pues para realizar luego una vida de vejez entre amigos siempre (Karen, 78 años, Trabensol-ES).

Es importante reconocer el contexto de las personas entrevistadas y relacionar las unidades de sentido con la cultura cooperativista que privilegia el trabajo comunitario, de reciprocidad y ayuda mutua.

En este caso, la actitud cooperativista se vincula con el deseo de ser personas independientes, en constante actividad y con una apertura a la reflexión sobre la vejez. Leonela, de 74 años, quien reside en Trabensol-ES, lo ejemplifica:

L: Queremos vivir de forma independiente, pero queremos fomentar, en lo posible, también la relación (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

El esfuerzo para mantener su salud física, emocional y cognitiva está enfocado en mantener su independencia, pero, como Leonela afirma,

el aspecto relacional es parte importante del cómo desean vivir su etapa actual.

Daniela, una mujer de 71 años, habla de la última etapa de su vida, en donde existe una capacidad de “lucha” por una vida digna, lo que en este espacio se relaciona con el esfuerzo para tener salud física, cognitiva y emocional.

D: Si hemos sido capaces de pelear, antes de llegar aquí, por una sociedad mejor, aquí tiene, ahora que estamos aquí, tenemos que ser capaces de pelear por una última etapa de nuestra vida que sea digna (Daniela, 71 años, Trabensol-ES).

Otra unidad de sentido visible es la de no tener la sensación de envejecer. Logran visualizar cambios físicos y relacionales que suscitan en su presente, pero no los asocian con un sentimiento de envejecimiento; es decir, no se apropian de las definiciones que existen sobre la vejez y el envejecimiento, ya que consideran que están en una etapa donde aún hay posibilidad de aprendizaje, de vivir nuevas experiencias y ser independientes. A continuación, Brisa y Ramón ilustran cómo no consideran estar envejeciendo:

B: A mí me parece que no vamos a envejecer tan pronto. Cuando me paro a pensar una cosa así, digo: si todavía tengo mucho tiempo por delante; mira, aquí vamos a estar jóvenes, y muchas veces pienso cuando necesite [...] no si eso falta mucho tiempo todavía, o sea que, que hay tiempo pa’ dejarlo (Brisa, Trabensol-ES).

R: Evidentemente, se nota que no puedo correr o andar igual que corría o andaba antes, pero no tengo la sensación del envejecimiento, eso no lo tengo, ¿no? (Ramón, 74 años, Trabensol-ES).

La tabla 3.6 muestra las enunciaciones en los relatos de las personas entrevistadas, junto con el rango en el que estuvieron presentes.

TABLA 3.6 ENUNCIACIÓN DE ESTA ETAPA DE LA VIDA, ESPAÑA (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Enunciaciones	Trabensol-es	
	Hombres	Mujeres
Compartir y convivir dentro y fuera de la casa	◆	◆
Cooperativistas	■	◆
Aceptación de limitaciones	◆	◆
Sin sensación de envejecer	■	◆
Privacidad	◆	■
Felicidad	◆	■
Crecimiento	■	■
Desprendimiento	■	■
Alegre	■	■
Etapa llena de vida		◆
Autonomía	■	■
Etapa de adaptación	■	■
Actividad	■	■
Vejez	■	■
Equilibrio	■	■
Dinámica		■
Abiertos	■	■
Amor propio		■
Independencia	■	■
Decisión	■	
Tranquilidad	■	■
Respeto	■	
Creencias taxativas		■
Satisfacción		■
Libertad		■
Modos de envejecer		■
Tercera edad	■	
Etapa con dignidad		■

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

DELIMITACIÓN SUBJETIVA DE LA EDAD CON RESPECTO A LA ETAPA DE VIDA

Osorio (2010) señala que las características, el comportamiento, los deberes y los derechos en las diferentes edades están cronológica y socialmente definidas. Reconocer cómo los entrevistados relacionan la cronología con su situación física y social, permite comprender las características del contexto en que se desenvuelven, en este caso de México, Uruguay y España.

México

Se logró obtener rangos de edad en donde ellos consideraban que comenzaba la etapa de vida en que se encuentran. Al momento de explicar la razón, esta se asociaba a los cambios que comenzaban a notar, como la dificultad de realizar sus tareas anteriores, alguna enfermedad que requiriera cuidados más específicos, la necesidad de tener más acompañamiento en su vida cotidiana, así como el fallecimiento de la pareja. La tabla 3.7 presenta cómo las personas mayores delimitan la edad, más allá de las categorías sociales impuestas a través de los discursos oficiales.

La siguiente narrativa de Salomón nos permite ver cómo, al describir la edad, hay una relación entre la soledad y los cambios físicos:

S: Pues cuando queda uno solo, es un decir solo, ¿eda?, porque los lazos con la familia no se pierden, aunque no vivan aquí; pero cuando ya vive uno solo, pues ya, y que ya tiene uno digamos menos, menos fuerzas, o menos capacidad para salir (Salomón, 92 años, CRP-MX).

Otro factor destacado es el cambio de responsabilidades, esto es, cuando perciben que han terminado de educar a sus hijos, se han jubilado o dejado obligaciones laborales, que es cuando tienden a asociarlo con un cambio de etapa de vida.

La acumulación de años puede tener diversas connotaciones en la OSC2-MX y OSC3-MX. En este caso, se observa que, para algunas

personas, entre más edad cumplan, se sienten más privilegiadas. Bruner (2012) describe cómo las emociones se significan al ser moldeadas en la realidad en que están siendo producidas. Personas mayores de OSC-3 ejemplifican cómo sus creencias se relacionan con su propia concepción sobre la etapa que están viviendo. Fernandina expresa la valoración a la edad desde sus tradiciones:

F: Mira [en] la tradición maya, tú tienes que haber cumplido 52 años, para ser considerado abuela o abuelo (Fernandina, 73, OSC3-MX).
F: Entonces, el sentir que, lo que antes era: “ay no, ya voy a cumplir 52 años por favor ya no lo digas”. Ahora, cumplir 52 años, no, yo ya, yo ya pertenezco a otra cosa, otra alcurnia, iverdad! (Fernandina, 73, OSC3-MX).

Lamas (2015) indica la importancia de considerar el contexto en que las personas se desenvuelven, ya que no son parte de un resultado espontáneo, sino que están sujetas a una producción histórica y cultural. Esto resulta interesante cuando las personas entrevistadas visualizaban lejana su etapa de adultez mayor. Honoraria, de 56 años, considera relevante trabajar en el concepto de vejez. Su testimonio expresa cómo el proceso para llegar a la etapa de adultez tardía es más prolongado:

H: Y luego de adulto mayor, a lo mejor arriba de los 90, vejez [risa] (Honoraria, 56 años, OSC2-MX).

En la tabla 3.7 se muestran los rangos de edad en que las participantes perciben que se entra a la última etapa de vida.

Como se observa, hay algunas que consideran que esta etapa de vida es larga, existiendo un rango de “50 a 59”; por otra parte, hay personas que opinan que es un periodo de vida más corto, mencionando un rango de “90 a 99 o más”. Es importante observar que el inicio de esta etapa de vida está asociada a factores tales como las características, el comportamiento, los deberes y los derechos en las diferentes edades están cronológica y socialmente definidos (Osorio, 2010). A pesar de las definiciones cronológicas, los factores

TABLA 3.7 EDAD-ETAPA DE VIDA, MÉXICO*

Rangos de edad	Centro de día dif Bugambillas (cddifb-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
	H	M	H	M	oscpam-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
50 a 59 años		■		◆						
60 a 69 años	■		■	◆				■		■
70 a 79 años			■			■				
80 a 89 años						■				
90 a 99 o más años	■			◆				■		
No hay edad			■	■						

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

sociales están más ligados al momento de pensarse como parte de una etapa, por lo que en las respuestas hay un ejercicio reflexivo acerca de su actual situación, si se tienen enfermedades, dónde viven, o el nivel de compañía requerida.

Uruguay

Para Bruner (2012), la construcción de un mundo es creada a partir de otro mundo que fue construido por otro mundo, y que se normalizan en la cotidianidad. En el caso de Uruguay, se observa una fuerte relación entre la salud y la concepción de persona mayor. Las personas entrevistadas consideran que la etapa de vejez comienza cuando ya hay enfermedades de por medio. El caso de Hasta y Adalis expresan cómo, a partir de enfermedades y cambios en determinadas capacidades físicas, empezaron a sentirse personas mayores, o bien en un cambio de etapa en su vida:

MMS: Sí te dicen que estás bien viejita. Oye, ¿y a qué edad entraste a esta etapa?

H: Cuando me enfermé a los 48 años... A los 48 años fue cuando me dio el infarto cerebral (Hasta, 68 años, RP1-UY).

TABLA 3.8 EDAD-ETAPA DE VIDA, URUGUAY*

Rangos de edad	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organización de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
50 a 59 años						
60 a 69 años				●		
70 a 79 años		◆	■		■	
80 a 89 años			●	◆		■
90 a 99 o más años			●	◆		■
No hay edad			●	◆		■

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

MRG: ¿Y tú consideras que sí se debe considerar esa edad?

A: No, porque yo cuando tenía 65 años, bueno ya estaba enferma, pero ni siquiera cuando tenía 60 años, yo no sé por qué dicen “a los 60”. Yo no, no me sentía, no me sentía para nada una persona mayor, eh; a mí me tiró por completo la enfermedad esta; pero, sin esta enfermedad, yo andaría para todos lados, digo yo (Adalis, 65 años CDP2-UY).

Por otra parte, algunas personas mayores reconocen que entran a esta etapa de vida cuando sienten haber acumulado experiencias, o cuando ponen en perspectiva todo lo que han realizado. En la tabla 3.8, se muestran los rangos de edad mencionados.

España

Trabensol-ES es un espacio planeado y creado bajo un proceso social y cultural de muchos años, con un modelo de vejez activa. Para poder ser residente, hay un rango de edad, un estilo de vida y una forma de ver la vejez. Ramón, de 74 años, relata el patrón que se busca para poder ingresar a este lugar:

TABLA 3.9 EDAD-ETAPA DE VIDA, ESPAÑA*

Rangos de edad	Trabensol	
	Hombres	Mujeres
50 a 59 años	●	■
80 a 89 años	■	◆
Un poco más mayores de 80 años	●	◆

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

R: Por ejemplo, para evitar el envejecimiento, de todo el mundo que envejezca al mismo tiempo, cuando se pone un límite de edad, se pone un límite de edad para quitar esto, se ponen una serie de limitaciones; no es tanto la económica, la económica es para todos igual, tenga la edad que tenga; la limitación en la edad está entre los 50 y los 70 años, más allá no [...] Para poder mantener esto, de alguna forma se necesita una renovación de gente que pensando igual, o más o menos como nosotros, puedan mantener este proyecto tan parejo (Ramón, 74 años, Trabensol-ES).

Es importante reconocer que ellos permiten que las personas puedan ingresar desde los 50 años de edad. A la par de lo que comenta Leonela, de 74 años, la intención en este espacio es tener un constante trabajo para considerarse activos, y no definir su condición física y mental desde los años de vida que tengan.

L: Es que no sé, vamos a ver: envejecer para mí es una cosa que es física y mental también; bueno, tiene un componente físico y eso, pues, hay personas, hay modos de envejecer; todos envejecemos desde que nacemos, empezamos ya a envejecer [risas] (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

En la tabla 3.9 pueden observarse los rangos de las edades de las personas entrevistadas, los más altos de 80 para arriba.

LAS DIMENSIONES DE LA VEJEZ Y SUS IMPLICACIONES SOCIOCULTURALES

A partir de la indagación de significados sobre esta etapa de vida, se construyeron las dimensiones que la caracterizan. Se da cuenta del peso que estas tienen en la configuración subjetiva de las personas mayores sobre la actual etapa de su existencia. Se buscó diferenciar aquellos códigos culturales asociados con estereotipos que reproducen y estigmatizan la vejez, y otros que dan cuenta de formas alternativas y liberadoras vinculadas con el envejecimiento activo y saludable con tintes colectivos.

Lladó y Carbajal (2009) señalan que no hay formas únicas de envejecer, por lo que el proceso de significación es central, y en ello el contexto sociocultural tiene un rol determinante. Las edades referidas en los tres países, dentro de los contextos analizados, permiten visibilizar los comienzos y / o la entrada a la vejez. Retomando a Gastrón y colaboradores (2013), la edad es un componente instalado en el campo de las representaciones.

Dimensiones de la vejez

A continuación, se muestra la categorización realizada del material empírico de los escenarios estudiados en México, Uruguay y España.

Códigos culturales que transforman las dimensiones de la etapa de la vida

México

Se describe este contexto en el que la interacción en un centro de día DIF Bugambilias (CDDIFB-MX), un conjunto residencial privado “70 y más” (CRP-MX) y una organización de la sociedad civil (OSCPAM-MX) dan lugar a la elaboración de siete dimensiones que hablan de las formas que hoy se van reproduciendo en nuestro contexto actual, en donde las configuraciones de significado no abonan a la propuesta de un envejecimiento activo y saludable, sino que aparecen limitaciones que obstaculizan su vida cotidiana y lo viven como una imposición.

Las dimensiones que resaltaron fueron a nivel corporal, emocional, espiritual, cultural, político, relacional y económico.

En la dimensión corporal, se hace énfasis en aquellas unidades de significado referentes a las limitaciones físicas y al propio deterioro del cuerpo presente por el caminar de los años, tanto en mujeres como en hombres mayores.

Otra dimensión es la espiritual, vinculada a una emoción social conocida como resignación ante el deterioro y los sucesos de la vida; en donde la dimensión emocional desde luego se hizo presente, y tiene que ver con la ausencia de fuerza emocional y resiliencia para hacer frente a esta etapa de la vida.

Con relación a los referentes establecidos en la cultura, la carga de valoraciones tuvo que ver con las unidades de sentido que promueven una desvalorización de la vejez. A partir de lo anterior, la propuesta de Andrés y colaboradores (2013) destaca que el significar la vejez puede estar presente en un grupo o grupos de edad; el que se refieran a ella como sinónimo de deterioro, enfermedad, y los sujetos solo puedan enfocarse a esperar el momento final de la vida como una antesala a la muerte. Al tiempo de vivirse como viejos, dejan afuera las valoraciones que dan vida a los años.

La dimensión política está referida y relacionada con la imposición de categorías por parte del Estado, como es la edad de jubilación y la pertenencia obligatoria a una población denominada verticalmente como adulta mayor. Con respecto a la dimensión relacional, se refiere a las dificultades para establecer una relación de pareja y mantener vínculos familiares que favorezcan el bienestar. Por último, la dimensión económica fue asociada con la falta de oportunidades laborales, las limitaciones que se van presentando a lo largo de la vida y, sobre todo, con la ausencia de oportunidades formales que se adecuen a sus nuevas limitaciones del cuerpo y la mente.

La vejez implica una disminución biológica y cognitiva gradual que se asocia con esta etapa de la vida. Sin embargo, las personas mayores pueden desplegar también distintas narrativas y prácticas que favorecen el bienestar espiritual, emocional, relacional y social.

César, un varón de 82 años, ilustra cómo vive esta transformación:

C: Pues, porque a veces siente uno que quiere hacer uno cosas y ya no puede, y a veces el esfuerzo puede resultar demasiado, entonces, se puede afectar algún órgano, algún problema, alguna fractura, alguna caída, alguna situaciones de ese tipo; ahí juegan mucho, por ejemplo, la alimentación; tiene uno que someterse a un tipo de dieta adecuada, porque aunque se le antojen a uno, ya no puede comer muchas cosas, porque ya su organismo no asimila cierto tipo de alimentos que cuando era uno joven, pues a uno no le importaban [...] El cuerpo traba muchas cosas por hacerse en este momento (César, 82 años, CDDIFB-MX).

Las diferencias entre mujeres y hombres mayores permitieron asociar el cuerpo como la valía ante el ser viejo. En las mujeres, en CDDIFB, CRP y OSCPAM, se encontraron concepciones ante la enfermedad presente en el cuerpo, y los deterioros que sufre el mismo.

Las dimensiones que acompañan el envejecer y hacerse viejo no se dan de forma repentina, y mucho menos asumir los significados que se van construyendo socialmente; es donde, a partir de este reconocimiento, en el presente trabajo de investigación se instala la idea de des-colocar los significados que se reproducen y limitan al sujeto a reconocerse como capaz de asumir, configurar y aceptar las limitaciones de la propia edad desde estas dimensiones que surgen en el contexto mexicano.

La tabla 3.10 coloca las dimensiones de la vejez, en donde se visualiza de forma específica las unidades de sentido que hombres y mujeres mencionaron al tiempo de significar y vivir esta etapa de la vida, en cada uno de los escenarios analizados.

Tanto para hombres y mujeres de la OSC2-MX, y para las mujeres de la OSC3-MX, en el cuerpo se va presentando decadencia en lo biológico, por lo que cada vez se dejan de realizar tareas que su contexto les demanda y solicita. Por ejemplo, la pérdida de la visión y la movilidad de las piernas puede convertirse en un obstáculo para conservar su independencia.

E: Yo sé que poco a poco estoy perdiendo la vista, sin embargo, sé que es un proceso lento en el que me tengo que preparar y buscar apoyo para no ser un estorbo; es difícil, pero es aún más cuando tu propia familia te hace sentir que no puedes hacer ya las cosas (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

Partiendo de estas limitaciones propias que se presentan conforme pasa el tiempo, los significados y las miradas de los otros (miembros de la comunidad) son necesarias para la configuración social y subjetiva de la persona mayor. En ocasiones, algunos tipos de enfermedades impiden que quienes envejecen continúen llevando a cabo su proyecto actual de vida. Es aquí donde se colocan los significados que a veces tienden a homogeneizar el proceso de envejecimiento, al asociarlo con el deterioro del cuerpo, sin concebir la posibilidad de que envejecer implica las diferencias individuales que tienen que ver con los estilos de vida de cada persona.

Tanto en la OSC2-MX como en la OSC3-MX, ante las construcciones en que coinciden socialmente, es que no se valora ser una persona mayor, ya que, en lugar de aislarse, debería incluirse a las personas mayores a pesar de las limitaciones físicas que se hacen presentes en su cuerpo, como lo menciona a continuación el ejidatario entrevistado:

E1: Viven en una casa de forma bien aislados, bien alejados de todo. Hay personas mayores aquí en el pueblo [...] los aíslan, un cuartito allá vive, le dicen “el viejo”, allá vive y no puede convivir con nosotros porque él ya es una persona que ya huele mal o así (Ejidatario 1, OSC2-MX).

F: Aquí en nuestra comunidad no lo vemos, pero allá afuera te das cuenta de cómo no se valora a los viejos, no se les respeta, no se les da el valor real que tienen por ser personas con mucha sabiduría; los nietos, hijos, los ignoran, cuando no debería de ser así. Aquí en la comunidad se reúnen y toman decisiones y dan consejos (Florencia, 78 años, OSC3-MX).

Según Bruner (2009), las nociones convencionales se nutren de la narrativa. En este sentido, los estereotipos sobre esta etapa de la vida, relacionados con el declive, la dependencia y la marginación, necesitan ser desmontados para desalentar su reproducción. La tarea está en cargar de sentidos favorables las narraciones que propicien una ruptura cultural, que lleven a reconfigurar estas cargas de sentidos de vivir la vejez con plenitud, salud y actividad.

DIMENSIONES QUE COMPONEN A LA ETAPA DE LA VIDA (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)

El análisis de estos escenarios nos lleva a reflexionar sobre la interrelación de diversas dimensiones y cómo las construcciones sociales contribuyen a colocar estereotipos desfavorables sobre la vejez, nociones reforzadas por entornos que no promueven una visión favorable sobre esta etapa de la vida.

El análisis de estos escenarios conlleva pensar la relación de las distintas dimensiones y la forma en que las construcciones socioculturales abonan elementos a los estereotipos poco favorables sobre la vejez y las percepciones que hombres y mujeres mayores tienen sobre sí mismos, al estar inmersos en círculos que no abonan a concepciones favorables de ser viejos en nuestro contexto actual.

Es necesaria la configuración de diferentes construcciones socioculturales, capaces de promover cambios en cada una de las dimensiones propuestas, que en ocasiones el ámbito corporal provoca y arraiga en otras dimensiones y obstaculizan la aceptación de las propias limitaciones físicas de la edad. Dejamos un testimonio en donde se da cuenta de estas construcciones que entorpecen promover cambios que confronten estereotipos de la vejez.

O: La verdad, esta etapa de vida no me gusta mucho [risa] porque ya empieza uno con dolores, problemas, y ya el rendimiento de uno ya no es lo mismo. Siempre he sido yo muy activa, y ya no, ya siento que me canso más, que se me dificultan más las cosas, entonces es que ya me duele esto, que ya no puedo caminar mucho porque ya, ya no, me lastiman los pies, necesito buscar calzado adecuado

TABLA 3.10 DIMENSIONES ETAPA DE LA VIDA, MÉXICO (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Dimensiones	Centro de día dif Bugambilias (cddifb-mx)		Conjunto residencial privado “70 y más” (crp-mx)		Organización de la sociedad civil con predominio de población: personas mayores (oscpam)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Corporal (limitaciones físicas, deterioro del cuerpo)	●	◆	■	◆		●
Espiritual (resignación)		●		●		●
Emocional (falta de fuerza y resiliencia para afrontar esta etapa)		●		●		
Cultural (desvaloración de la vejez)		●		■		■
Política (imposición de la jubilación y pertenecer a la población adulta mayor)	■	■		■		
Relacional (dificultad para establecer una relación de pareja y mantener buenas relaciones familiares)		■		■		■
Económico (falta de oportunidades laborales)		■		■		■

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

para que no me lastimen los pies y pues, antes no: usaba tacón, usaba otro tipo de zapato y ahora ya no puedo. Entonces a mí esta etapa no me gusta porque es muy diferente. El cuerpo cada vez más torpe y no me acostumbro (Olga, 61 años, CRP-MX).

En México, dar valor o significado a experimentarse como mujeres u hombres mayores, a pesar de que se hacen presentes diferencias individuales, permite conocerse a sí mismo y sobre todo compartir con los demás; cuando los otros tienen valoraciones cargadas a las limitaciones y al impacto ante ciertas cuestiones arraigadas en esta etapa de vida, como una condición de cambios, a la vez cargada a la falta de aspectos favorables, se reproducen dentro del contexto social en el que se instala esta población. Es aquí donde la ecuación vejez-enfermedad, propuesta por Gastrón y colaboradores (2013), toma fuerza

para comprender cómo socialmente la vejez es igual a enfermedad, y a través del discurso social esta concepción se encuentra arraigada, en donde las enfermedades juegan un papel importante, ya que limitan su proyecto de vida, en el cual se comparten socialmente los padecimientos físicos.

Uruguay

En este país, los escenarios que permitieron dibujar la carga de elementos que dan cuenta de las distintas dimensiones que abonan peculiaridades a esta etapa de vida, además de identificar elementos que nos acercan a conocer a este sector de la población de estos contextos abordados, fueron tres centros diurnos públicos (CDP1-UY, CDP2-UY, CDP3-UY), dos residenciales privados (RP1-UY Y RP2-UY) y tres organizaciones de la sociedad civil (OSC1-UY, OSC2-UY, OSC3-UY).

Las dimensiones al significar esta etapa de vida tienen que ver principalmente con lo político, corporal, cultural y emocional. En el primer aspecto, tanto hombres y mujeres, así como personas mayores en los tres tipos de contextos abordados, destacaron cómo las políticas públicas del país van marcando la participación e inclusión en las distintas prácticas del ser y hacer como seres sociales, como el que la edad para considerarse una persona mayor es a los 65 años, y para acceder a la jubilación sobre la base de los 60 años, y es necesario contar con 30 años de servicios para tener acceso a una jubilación común.

La inserción en oportunidades laborales, el pertenecer a los distintos programas de recreación, educativos, de cuidados y salud está ofertada a partir del mundo simbólico que se va reproduciendo a través de la historia que caracteriza a Uruguay. Es aquí donde las personas mayores interpretan y expresan las interacciones y cohesiones grupales que experimentan en esta etapa de vida, limitadas a lo ya establecido socialmente, en donde el intercambio de vivencias e ideas con otros contemporáneos, así como el intercambio social, lleva a configurar formas excluyentes de vivir esta etapa de la vida. Lo anterior se ilustra en las siguientes narrativas.

L: Bueno, por ejemplo, yo pienso que es una repercusión social el que llegas a los cincuenta, a los sesenta años y, aunque estés muy bien para seguir trabajando, el que ya no tengas oportunidades, socialmente te excluyen, te excluyen, y ya no podés integrar la sociedad activa (Lacy, 59 años, RP2-UY).

AMF7: A mí me pasó que, yo tengo sesenta años, yo me retiré de, del trabajo, o sea, porque pensé que era lo mejor que podía elegir, ¿no?, decidir. Pero después me encontré que estaba totalmente sola, eh, mi vida cambió 180 grados. Y lo que hice, como la tortuga, que tenés que ir para adentro, adentro, y sentar. Me ha ido, y acá voy a estar, y eso me llevó a tener un montón de problemas de salud (Mujer, CDP3-UY).

La viñeta anterior da tintes sobre la importancia que tiene el cuerpo en relación con las enfermedades que se presentan al tiempo de envejecer; significar el cuerpo en estos escenarios jugó un papel importante tanto para las mujeres en el CDP1-UY, CDP2-UY, CDP3-UY, como para los varones del RP1-UY, RP2-UY. El deterioro biológico afecta de forma subjetiva a ambos, ya que reconocerse con limitaciones físicas no ha sido una tarea sencilla por la consecuente necesidad de aceptación de las pérdidas. La condición biológica repercute en la dimensión política, ya que el aislamiento social se da a partir de las valoraciones contextuales del ser viejo, que es cuando se hace presente la dimensión emocional o afectiva que tiene que ver con el desgano, la apatía, el sufrimiento y la desgracia por no cumplir o realizar las exigencias sociales, familiares y personales que ahora ya empieza a delimitar la propia etapa.

En relación con la afectividad, la siguiente viñeta visibiliza elementos narrativos en el RP1-UY:

J: Me resulta muy lastimoso, muy lastimoso. Siempre tiene un carácter y todo, pero vivir así no me gusta vivir, no me gusta porque no puedo salir a caminar, hacer otras cosas como antes, estoy paralizado, este... estoy en desgracia (Jessua, 84 años, RP1-UY).

TABLA 3.11 DIMENSIONES ETAPA DE LA VIDA, URUGUAY (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Dimensiones	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residencial privado rp1-uy rp2-uy		Organización para la atención privada de personas mayores osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Político	■	●		●	■	■
Corporal		◆	■	■		
Cultural		■		■		■
Emocional		■		■	■	

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

Estas dimensiones descritas tienen que ver con la decadencia en función de experimentar la jubilación (aspecto establecido en las políticas públicas). Se engloban características en donde socialmente se ve a este sector de la población como improductivo, cuando el conocimiento y los distintos saberes de los mayores deberían considerarse como saberes socialmente productivos, y el tema de la afectividad se relaciona con las subjetividades que enmarcan el valor y la decadencia del cuerpo, dimensiones en donde la vejez tiene que ver con construcciones de poca valoración dentro y fuera de sus contextos inmediatos (familia, amigos, ámbito laboral, conocidos).

En la tabla 3.11 se muestran las reproducciones de las dimensiones de la etapa de vida en los CDP, RP y OSC.

España

En este país, la vejez es una etapa de apertura para la ejecución de un proyecto de vida nuevo, siendo este el caso de Trabensol, en el cual, a pesar de la decadencia física, social, cultural, relacional y emocional, se hicieron presentes dimensiones en la vida de los cooperativistas que tratan de no hacerla presente, de forma que trunque su proyecto actual de vida, ya que los significados poco favorables del vivirse como persona mayor están instalados en la sociedad actual.

Sin embargo, aparecen aspectos en la narración de sus historias que consideran relevante modificar, para que, de esta forma, se empiece a instalar otra manera de ver a los viejos y a las viejas en este país, ya que esta condición va más allá de una asignación social y familiar.

Para los hombres y las mujeres cooperativistas, la economía es necesaria para que un proyecto de vida se pueda dar de forma distinta, a diferencia de vivir un rol asignado desde lo social y familiar. Haber planeado cómo querían experimentar esta etapa de la vida en comunidad, ha logrado culminar y disfrutar ese plan que se había configurado desde años atrás. Una de las enunciaciones y características que surgen como aspectos que limitan sus proyectos actuales es la dimensión económica, ya que está limitada por el apoyo monetario que mujeres, seguida por los varones, apoyan a sus hijos(as), hermanos(as), nietos(as) y conocidos(as).

En el contexto español, las personas mayores apoyan, dentro de sus posibilidades, a los miembros de la familia, lo cual limita a enfocarse plenamente en su proyecto de vida. El uso de sus jubilaciones les permite apoyar; sin embargo, narraron que en ocasiones se vuelve una limitante para realmente sentirse con los recursos suficientes en esta dimensión, ya que la seguridad económica que han logrado para esta etapa de la vida no es suficiente debido a la ayuda que tienen que brindar por la situación económica que atraviesa el país.

El significado del cuerpo en las mujeres fue enunciado de manera reiterada, sin dejar de lado que, para el varón, es significativa la presencia de las limitaciones físicas y el desgaste corporal a través de los años; la restricción de no realizar de forma plena lo que decidan, ya que las enfermedades y los desgastes físicos y mentales juegan un papel en la limitación personal, y el otorgar apoyo dentro de la comunidad en la que ahora forman parte: Trabensol. Los entrevistados destacan que los modos de envejecer están determinados por el uso del cuerpo, tal como lo resalta Leonela:

L: Tiene un componente físico y eso, pues, hay personas, hay modos de envejecer, todos envejecemos, desde que nacemos empezamos ya envejecer [risas], o sea y, porque va pasando, el envejecimiento es

el paso de la vida, el paso de la vida, eh... Y entonces, eh, hay como formas de envejecer, cada uno hace lo que puede usando su cuerpo (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

La dimensión cultural la significan como una limitante para dar otro sentido al ser persona mayor en este país. A lo largo de su historia, aquí se ha transmitido el vivir de forma individualista y competitiva, pero, cuando se llega a experimentar esta etapa de vida, realmente limita la sociedad para envejecer de forma compartida, acompañada y en comunidad. Romper con estas construcciones es una tarea que los entrevistados consideran un reto en su contexto social.

Al retomar elementos de la dimensión cultural, de la mano van las construcciones políticas que imponen la edad para la jubilación y el ser parte de este grupo etario; eso limita experimentarse de verdad como personas mayores, con relación a que es algo que tienen que asumir porque ya está dado.

Desde las construcciones sociales, tanto las mujeres como los varones mencionan que la parte emocional y relacional es importante, porque la soledad es una emoción que se hace presente ante la falta de compañía (familia, amigos, conocidos) y la carencia de actividades que los lleven a sentirse útiles y vivir esta etapa de forma individualista. Por otro lado, como parte de la cuestión relacional se establece la importancia de experimentar compañía a través de la pareja, la familia y los amigos. Hilda es elocuente al respecto.

H: Bueno, como sociedad no estamos preparados para vivir en comunidad, porque normalmente para lo que se nos prepara es para ser competitivos, para ser individualistas, para yo en mi bola que son mi familia y amigos, para buscarte la vida, para, quiero decir que eso, pues, no es lo que normalmente se va dando la sociedad (Hilda, 65 años, Trabensol-ES).

Se enfatiza el impacto que tiene esta dimensión desde lo social.

En la tabla 3.12 se presentan las dimensiones que para los cooperativistas de Trabensol es necesario trabajar para su transformación.

TABLA 3.12 DIMENSIONES ETAPA DE LA VIDA, ESPAÑA (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Dimensiones	osc Trabensol-es	
	Hombres	Mujeres
Económica (apoyo a familiares: hijos, hermanos, nietos)	■	◆
Corporal (limitaciones físicas, deterioro del cuerpo)	■	●
Cultural (vivir de forma individualista, competitiva)	■	●
Política (imposición de la jubilación y pertenecer a la población adulta mayor)		●
Emocional (aparece la soledad)	■	
Relacional (enfrentamiento de la muerte de pareja, amigos, familia)		●

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

En este país, las dimensiones que se reproducen están relacionadas con los significados insertos dentro de su contexto social, y no directamente con las construcciones propias que han ido configurando en este grupo de cooperativistas. Es necesario reconfigurar desde lo sociocultural para que este modelo de proyecto de vida y experiencia de vejez, desde Trabensol, pueda dar lugar a experiencias similares y tomar fuerza en el ámbito sociocultural.

En el siguiente apartado, se colocan los significados que describen las dimensiones que facilitan elementos que parecen nuevas alternativas para vivir esta etapa de la vida.

CÓDIGOS CULTURALES QUE TRANSFORMAN LAS DIMENSIONES DE LA ETAPA DE VIDA

Al desenvolvemos en una cultura donde se estigmatiza a la vejez, en la que, en las dimensiones analizadas que conforman la etapa de vida, aparece una reproducción de pérdidas en distintos niveles (físico, emocional, relacional. etc.), y la exclusión social, familiar y política se hace presente, en este apartado se colocan significados que aparecen para vivir lo más favorable de esta etapa de la vida desde las propias limitaciones, más allá del deterioro del cuerpo. Es aquí donde la propuesta de Bruner (2012) apuntala la cultura y las características de este

concepto, al referirse a las maneras tradicionales de vivir e interactuar juntos, en donde las nuevas formas y valoraciones, las creencias y las prácticas van ubicando las transformaciones de sentido al significarse y experimentarse como hombres o mujeres mayores.

En el análisis del caso mexicano, en las dimensiones que reconfiguran esta etapa de vida, el cuerpo fue considerado no como un punto de atención prioritario para experimentar de forma distinta este momento de su vida, sino que, ahora, las áreas importantes al vivirse como hombres y mujeres mayores son: la dimensión relacional (convivencia y cuidados mutuos entre personas mayores), la cuestión cultural (incorporarse a las propuestas con relación a un envejecimiento activo y saludable) y la fuerza emocional, un elemento en el que se colocan el sentido de vida y las ganas de disfrute (placer) de lo material, así como de lo que han logrado y realizan.

El *cuerpo* aparece como dispositivo para movilizarlos en sus actividades, ya que la aceptación del deterioro y las limitaciones propias de la etapa funcionan como motor para avanzar, no de forma contraria, con la participación social presente, en donde buscan el intercambio de saberes entre sus contemporáneos y, desde luego, entre las relaciones intergeneracionales, característica que se presenta con mayor frecuencia en mujeres del OSCPAM-MX.

La narrativa siguiente da cuenta de la dimensión relacional, y lo que implica vivir este momento de su vida.

L: Antes, yo sí sentía ese temor como decir: “Ay dios mío, si yo llego a ser adulta, tengo miedo, no quisiera. Nada más a cierta edad y ya no quiero llegar”. Ahorita que los veo es: “Ay diosito, sí déjame llegar a la etapa de ellos”; pero, así como ellos, que estén activos, o que me pueda mover, yo me adapto, que... es que es muy padre la etapa en la que ellos están viviendo ahorita, y más porque yo creo que este lugar les da esa oportunidad de ser independientes [...] Entonces, si no están los hijos ahí, ¿quién los va a atender?, y aquí somos como una comunidad padre, en la cual si tengo... o quiero un vaso de agua, y no me puedo levantar, le hablo a la enfermera y viene y me apoya, o mi compañera de al lado (Lizeta, 73 años, CRP-MX).

TABLA 3.13 EDAD-ETAPA DE VIDA, MÉXICO*

Dimensiones	Centro de día dif Bugambilias (cddifb-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
					oscpam-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Relacional (convivencia y cuidados mutuos entre personas mayores)		●		◆		◆	●	●		●
Cultural (envejecimiento activo y saludable)	■	●		■		●	●	●		
Fuerza emocional		●		●		■				
Corporal (aceptación del deterioro del cuerpo y limitaciones físicas)		●		●		■	●	●		◆
Social (participación social en beneficio a la sociedad-intercambio de saberes)		●		●		●	◆	◆		◆

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

En relación con las dimensiones de la etapa de vida que se colocan de forma favorable para experimentar ser una persona mayor, tiene que ver con las nuevas maneras ya mencionadas. La tabla 3.13 permite apreciar las dimensiones que se han descrito, y se puede observar cómo están presentes en los tres contextos: CDDIFB-MX, CRP-MX y OSCPAM-MX.

La dimensión relacional, presente y relevante en mujeres de la OSCPAM-MX, destaca las actividades que se vinculan con el voluntariado e implican lazos de solidaridad, ayudar a los otros, sobre todo donde el crecimiento personal aparece con el fin de aplicar y compartir en la comunidad esa información adquirida. En el CRP, esta dimensión

abona importancia a la convivencia entre los residentes y las personas mayores que asisten a las actividades recreativas y formativas, y donde el género femenino es el que carga de significado a esta dimensión. Y en el CDDIFB-MX, de nuevo son las mujeres quienes destacaron la importancia de mantener comunicación entre los compañeros que asisten al lugar, y sobre todo las que reconocieron la importancia de mantener actitudes de interacción y convivencia entre sus contemporáneos.

En la dimensión social, en la OSC2-MX, tanto hombres como mujeres, mientras que en la OSC3-MX, fueron las mujeres quienes refirieron la relevancia de vivir de forma activa, retomando la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) acerca de la promoción del envejecimiento activo, teniendo como objetivo mantenerse activos socialmente. En cada una de las organizaciones civiles analizadas, el objetivo es involucrar y promover acciones que abonen en alguna dimensión a los miembros de estas comunidades, tanto en lo físico, mental, social y, sobre todo, al bienestar integral de cada uno. Ernestino lo describe a continuación:

E: Seguir activo, si no me muero, o sea, hay que seguir activo y ocupado, y por eso también la mezcla de voluntariados con trabajo profesional y los voluntariados, pues pensé mucho en qué cosas puedo participar, y yo, en donde más puedo dar, es en cosas que tienen que ver con organización, con cosas corporativas, por eso fui a buscar ese tipo de cosas (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

Al ejercer un rol que eligen asumir, las personas mayores se identifican y se sienten parte del grupo, ya que el proponer y llevar a cabo objetivos individuales y colectivos son elementos que propician y facilitan la participación en ambas comunidades. Las representaciones sociales, desde la perspectiva de Oddone y Chernobilsky (2019), se constituyen según los grupos sociales, ante la instalación de diversos códigos que van a responder a distintas lógicas, interpretaciones y valores que van orientando las prácticas.

En la dimensión corporal y cultural, tanto en la OSC2-MX y OSC3-MX, ya sea hombres y mujeres de la primera organización, y mujeres de

la segunda comunidad, cuidan y aceptan las limitaciones del cuerpo, ya que coinciden en fomentar una cultura saludable en esta etapa de la vida en que la actividad física y la alimentación colocan aspectos favorables para su bienestar y calidad de vida en sus días cotidianos. Fidel ilustra la actividad actual en su vida cotidiana:

F: Estar en una muy larga etapa esperamos, sí tener acceso a una vida sana, una alimentación, el contacto con la naturaleza, el contacto con la comunidad, todas estas cosas que se supone que son benéficas, ¿no?, para una mejor calidad de vida. [...] Esta expresión de que: “sí se puede”, es una realidad, y que de verdad yo creo que esté aquí, mientras tenga yo facultades físicas y demás, voy a poder ser, voy a poder seguir siendo productivo, útil, autosuficiente y demás, que yo creo que esas son las principales preocupaciones que uno debe tener, ¿no? (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

Disfrutar del cuerpo que envejece es una de las nuevas propuestas que surgen en este análisis, ya que hay una ruptura del paradigma vigente, que tiene que ver con aceptar la salud, la belleza y la productividad cuando las personas mayores ya no cuentan con estos tres elementos (Urbano y Yuni, 2011). En estas comunidades comienza a configurarse la aceptación del cuerpo sin modificar el curso que experimenta el deterioro propio cuando envejece, lo que tiene que ver con: conservar las canas, aceptar las arrugas del rostro y otros miembros del cuerpo. Empezar a disfrutar el cuerpo envejecido es una propuesta que se coloca en las construcciones al significar el cuerpo en la vejez. Fernandina señala los elementos que en su opinión son necesarios para empezar a ejecutar estos significados de forma inmediata en nuestra sociedad.

F: Te va decir, te va ocultar la edad para empezar, va tener terror porque además se va estar pintando y poniendo y estirando y operando para que no se le note la edad, llega un momento en que no; cada arruga a mí me gusta, cada arruga la bendices, y ves cómo se va. Yo les digo, mira, cómo se va deshidratando la piel con la ancianidad y ya se pega el pellejito al hueso, disfrutas, disfrutas cómo el cuerpo se va envejeciendo (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Al vivir la última etapa con la aceptación frente al fin de la vida, en ambas organizaciones buscan ir más allá de los discursos sociales establecidos, ya que la edad cronológica no es suficiente; gente con varios años encima que no se siente vieja y atribuye el ser viejo, o la vejez, a los otros. Sin dejar de señalar los factores que intervienen, desde las narrativas analizadas, como los elementos que favorecen al experimentar la vejez, tuvieron que ver con: edad, crecimiento personal actual, escolaridad, actividad en esta etapa, lugar donde se reside y actitud de vivir de forma colectiva al hacer frente a la etapa final de la vida.

J: Hay programas en que, a partir de los 60 años, te dan tu credencial, y ya el que tiene su credencial ya pasó al paquete o al costal de los adultos mayores, pero en realidad tener 60 años... ¡híjole!, en una sociedad como la nuestra, pues yo no me siento vieja, de ninguna manera, mi cuerpo aún está activo y me cuido para estar bien y estar al tanto de los otros (Jessia, OSC2-MX).

Es aquí donde la dimensión cultural aparece y deja ver cómo cada persona mayor, desde sus limitaciones, busca adecuarse a estrategias que le abonen al poner en movimiento el cuerpo, además de que en forma colectiva busca apoyarse al compartir información sobre estrategias físicas, alimentación, alternativas que les pueden ayudar a vivir este proceso natural de envejecimiento. La representación social de los sujetos sociales, en este caso las personas mayores acerca de los programas sociales, está asociada con opiniones positivas o negativas en función de la posición y participación social en estos (Oddone y Chernobilsky, 2019).

El vivir esta última etapa de la vida de forma acompañada es una de las apreciaciones que aparece en ambos grupos, ya que cada contexto reconoce la capacidad de que cada miembro elija lo que es importante para él o ella, mantener relaciones entre los miembros del grupo y contribuir a la sociedad de alguna manera en ambos escenarios.

La OSC2-MX está en comunicación constante con la situación del entorno social que la rodea, buscando ejecutar actividades culturales, sociales y económicas que, a través de la generación de propuestas

económicas, favorezca el contexto y, sobre todo, buscando fomentar las relaciones intergeneracionales entre los habitantes del pueblo y las personas de la casa de retiro.

En la OSC3-MX, las abuelas brindan charlas formativas en torno a sus formas y estilos de vida dentro y fuera de la comunidad, además de organizar y dirigir charlas a mujeres y personas interesadas en conocer las rutinas de este sitio; asimismo, invitan a los temazcales y a las actividades que organiza la comunidad a los miembros y al público en general, interesado en conocer sobre este contexto. En ambas organizaciones de la sociedad civil apuntalan elementos relacionados con la propuesta de Bruner (2009), que tiene que ver con que, pertenecer a una cultura es estar ligado a un conjunto de historias interconectadas, y es aquí donde como grupo tienen objetivos comunes en los que no solo se busca el beneficio individual, sino que estos impactos positivos lleguen lo más posible al colectivo y abone al contexto social en donde están inmersos.

En la dimensión relacional, tanto en OSC2-MX, para hombres y mujeres, y en la OSC3-MX, para mujeres, el sentido de comunidad tiene un rol relevante, ya que se generan estrategias en cada comunidad para propiciar un ambiente de convivencia, participación, y se quieren facilitar cuidados de forma colectiva, debido a que las personas mayores ya se ocuparon de las necesidades individuales y ahora buscan y empiezan a apoyar a esos otros con los que ahora conviven, más allá de un ambiente familiar. Sabina lo describe en la siguiente viñeta:

S: La vejez es para que la gente se vuelva sabia, para que comience a comprender las cosas que no... que no comprendía porque pues estaba ocupado, trabajando, atendiendo la familia, sacando adelante sus propias energías, sus propias necesidades; entonces como... como que te llega una paz y esa paz te ayuda a ver la vida de otra manera y ayudas a los otros (Sabina, 66, OSC3-MX).

Estas acciones son las que han resultado para apoyarse ante alguna situación de dificultad. Han reconocido necesaria la convivencia para

generar vínculos de apoyo entre los mayores. El cuidar a los otros, y ser cuidados por los otros, destaca Enríquez (2019), es necesario para desarrollar una ética del cuidado.

En ambos contextos, vivir en comunidad propicia las relaciones sociales; esto es, estar participativo y ser parte de la ejecución de lo que ocurre en el lugar, relacionarse con los vecinos y las personas del lugar y, sobre todo, se hace presente la autogestión comunitaria para defender los intereses del grupo a través de las capacidades individuales o colectivas.

En los tres escenarios abordados, la dimensión relacional tiene que ver con el apoyo social como un factor importante, ya que es un soporte que brinda sustento emocional, de convivencia e interacción. Asimismo, se encontró una diferencia de género respecto al significado de la cuestión relacional, ya que las mujeres fueron quienes le dan mayor importancia, mientras que para los hombres no fue importante, debido a que no destacaron ninguna mención.

Uruguay

Como parte de las narraciones analizadas, las dimensiones de esta etapa de la vida tuvieron que ver con la cuestión corporal, emocional, relacional y cultural, componentes que cualifican aspectos que abonan a nuevas formas de experimentar de manera favorable esta etapa de la vida.

Una vez que el envejecimiento se va presentando en la vida de los sujetos, lo hace de forma casi imperceptible, con aspectos que poco a poco se van haciendo visibles. Ser viejo es una construcción en la que los discursos cargan de significado y están acompañados de elementos que dan forma a las relaciones con el cuerpo, con las emociones, el apoyo social y el rol que la cultura da a esta etapa de la vida.

En los centros diurnos públicos, CDP1, CDP2 y CDP3, se da cuenta de cómo las personas mayores vivencian su cuerpo y los significados que otorgan a los cambios que van experimentando. A pesar de que el contexto sociocultural influye en sus construcciones, ello permite retomar la propuesta de Le Breton (1995, p.13), de que “el cuerpo es una

construcción simbólica, no una realidad en sí mismo”. En los discursos se reflejó, sobre todo en los del género femenino, la aceptación de las limitaciones propias que deja el pasar de los años, de aceptar los cambios que implica el deterioro que viene con la edad, el cual va desde la lentitud hasta las enfermedades que ahora experimentan. La aceptación y el vivirse como personas mayores con limitaciones, les impulsa a continuar su proyecto de vida y disfrutar de la misma.

G: Me gusta haber llegado a esta edad de 87: tengo vista, oído, cabeza, aunque sea lenta, pero sé que no puedo llevar mis actividades como antes; ha sido un proceso de calma y captación, pero ahora hago lo que mi cuerpo puede, y disfruto lo que está a mi alcance dentro de todas estas limitaciones físicas (Giorgia, 87 años, RP1-UY).

Otra dimensión que resaltó fue la emocional, en donde los significados dan cuenta del valor propio que tienen de sí, más allá de las atribuciones que da la familia o el contexto donde se desenvuelven. Destacaron mujeres de los centros diurnos, CDP1, CDP2, CDP3, que, ante las distintas pérdidas que se hacen presentes y el propio declive de todas las facultades durante esta etapa de la vida, el sentido de felicidad es necesario para hacer frente a estas condiciones. La siguiente narrativa da cuenta de esta dimensión:

M: Uno tiene que ser feliz y decirse lo valioso que es uno, mientras se pueda, porque ante tanta cosa que se nos va presentando, uno tiene que buscar la manera de estar bien con uno mismo; eso ayuda a disfrutar este momento de tu vida (Mujer, CDP3-UY).

En este contexto analizado, los CDP, RP y OCS, aparecieron datos que es conveniente considerar, como no dejar de lado los aspectos relacionales y culturales que abonan a un envejecer activo, saludable y con una visión de autonomía, ya que contribuyen al estado de disfrute, bienestar y felicidad.

Realizar actividades socialmente establecidas abona a ir más allá del ambiente del hogar. Las mujeres destacaron que los cambios de

TABLA 3.14 DIMENSIONES ETAPA DE LA VIDA, URUGUAY (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Dimensiones	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organizaciones de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Corporal	■	●	■	●	■	●
Emocional	■	●	●	■	●	●
Relacional	■	◆	■	■	■	●
Cultural	■	◆	■	■	■	●

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

prácticas, distintas a las ya establecidas o poco valoradas, al significar el ser viejo empiezan a cambiar, al tiempo en que ponen en práctica acciones y concepciones que no se apegan a lo ya establecido.

AMF5: Yo pienso que también el tema de que la gente salga más masivamente a hacer estos talleres o no, tiene que ver con que, hasta hace, ¿yo qué sé? veinte o treinta años atrás, no todas las mujeres salían a trabajar, no todas las mujeres dejaban la casa. Ahora nosotras decidimos cuándo y a dónde ir, más allá de la casa. Uno decide cómo vivirse, ahora de forma distinta y activa (Mujer, CDP3-UY).

Estás prácticas que realizan las mujeres y los varones mayores son distintas, ya que se encaminan a la búsqueda de alternativas que les permitan vivir de forma plena a partir de sus limitaciones, que tienen que ver con la movilidad, la debilidad, la falta de soporte familiar, y colocan alternativas de apoyo para los cuidados individuales. Buscan participar en la comunidad para apoyar en lo que les sea posible, además de insertarse y construir su propia agenda dentro de su vida cotidiana; su capacidad de agencia se hace presente.

A partir de las experiencias y las significaciones descritas, estas dimensiones permiten promover el intercambio de prácticas al vivir esta etapa de vida, fomentar nuevas ideas en las áreas de interacción tipo relacional y cultural y el desarrollo pleno, tomando en cuenta las

limitaciones propias del cuerpo. También, la relevancia de participar en grupos con actividades de índole público o privado hacen énfasis en conservar su rol activo de los senescentes, en cualquiera de los escenarios de su vida cotidiana, espacios sociales en los que se desenvuelven por decisión y selección, no por imposición o condicionados. Oddone (2016) coloca a las significaciones como elementos que conforman a la representación social, en este caso, en los tres contextos analizados, la producción de significados sobre la vejez presenta matices diferenciadores.

España

En Trabensol, hay alternativas que abonan a una aproximación de formas poco convencionales de significar esta etapa de la vida. En este contexto, se incluye una serie de dimensiones que considera lo relacional, emocional, cultural, corporal, social, espiritual, económico y espacial, áreas donde los cooperativistas buscan un equilibrio integral a nivel individual y comunitario en esta etapa de vida.

Vivir en comunidad es una de las principales características que llevan a la convivencia, la compañía y la solidaridad; relacionarse con amigos, participar en lo que puedan, ser parte de comités para que la casa funcione lo mejor posible, son elementos similares en sus biografías, además de pertenecer a cooperativas y compartir el vivir en comunidad a lo largo de su vida. Estas cualidades comienzan a marcar diferencias y cambios favorables en distintas áreas de su vida cotidiana (salud, economía, alimentación, compañía, recreación crecimiento personal, etc.), al vivir este proyecto social y comunitario.

Hombres y mujeres cooperativistas coinciden en que, residir en comunidad, empieza a desmarcar vivir de forma individualista. Ahora se presenta un modo de vida nuevo, enmarcado por la participación en comunidad. Una cooperativista plantea el sentido de vivir en colaboración:

H: Fíjate qué bonito, es que en lugar de... de plantearte de vivir con la competitividad, vivir en la colaboración, ¿no?, es otro paradigma, es otro paradigma cultural, es diferente (Hilda, 65 años, Trabensol-ES).

Haber ganado experiencias a lo largo de la vida se convierte en un gusto por compartirlas en este escenario, y, como parte del compartir y convivir, la dimensión emocional juega un papel relevante, ya que implica un bienestar que involucra evitar la soledad, vivir sin tristeza, estar alegre, permanecer con equilibrio y confortable, disfrutar la vida, aceptar la separación del barrio al que pertenecían, superar las pérdidas que se van haciendo presentes, amarse entre ellos, escucharse, respetarse, estar dispuestos a acogerse y la afectividad mutua. Estos son los componentes que forman parte de esta dimensión que ha permitido consolidar al grupo cada vez más.

L: Sigues teniendo ilusiones, sigues teniendo ganas de vivir, sigues teniendo afectos, sigues teniendo ganas de hacer algo, o sea, quieres aportar todavía a la sociedad algo; entonces, eso no hemos querido renunciar a ello, y todo lo que traes con el cúmulo de los años lo quieres compartir a todos los que forman parte de tus días (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

A pesar de las prácticas instaladas desde lo cultural, que tienden a estereotipar y estigmatizar la vejez, mujeres y hombres cooperativistas han decidido experimentar lo que mejor les ha resultado para sentirse plenos con su momento actual de vida. En la dimensión cultural, buscan ubicarse dentro del paradigma del envejecimiento activo y saludable, además de vincularse formalmente en el contexto social en el que se desenvuelven hoy por hoy; por ejemplo, con organizaciones e instituciones de la región para apoyo de distintas iniciativas, como familias desplazadas, proyectos culturales, participación política con las instancias de gobierno locales. Los cooperativistas están vinculados de manera cotidiana con las actividades en su comunidad y en su entorno regional, desde una perspectiva de intercambio de saberes e intergeneracional.

La dimensión cultural se articula con la corporal y social, ya que se muestran características que continúan haciendo foco en la relación fundamental entre bienestar individual y colectivo, porque hombres y mujeres miembros de este grupo buscan sentirse bien tanto en su salud

física como emocional y mental, lo que consideran importante para poder estar y compartir en la comunidad a la que ahora pertenecen. Al tiempo de estar bien con ellos mismos, buscan en la dimensión social realizar actividades donde les sea posible interactuar o participar en el pueblo donde está instalado Trabensol; esto hace que no sean ajenos a las necesidades del lugar, y, mientras esté en sus manos, buscan integrar a los miembros del contexto, a quienes invitan a formar parte de las actividades en la cooperativa para ir afianzando las relaciones con los habitantes de Torremocha.

L: Yo, por lo menos, pues envejecer bien; de envejecer, pues, estando lo más saludable posible, y eso es lo que buscamos; o sea, de alguna manera lo que aquí se busca es estar lo más saludable posible, lo más activo posibles porque nos parece que esa es la única manera de envejecer bien, de envejecer, pues, con satisfacción, eso es un poco la satisfacción personal, y eso es lo que de alguna manera hemos ido buscando, para después dar a los demás (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

No importa qué religión practiquen, lo relevante en esta cooperativa es cómo las creencias espirituales llevan a un compromiso de acción social, en donde se busca fomentar una espiritualidad comprometida, relacionarse unos con otros, ser sensibles y socialmente participantes ante las necesidades inmediatas del contexto al que pertenecen. Enseguida, se presenta una narrativa en donde se da cuenta de las construcciones de esta dimensión en esta cooperativa:

L: La religiosidad de aquí de la gente, hay bastante gente religiosa aquí, cristiana; no es un cristianismo aluzo, un cristianismo fácil, un cristianismo de cumplir y se acabó, sino que ha sido un cristianismo comprometido, un cristianismo socialmente comprometido... Pues sí, eso es la palabra, yo creo que comprometidos, sabiendo que... que tienes que hacer algo por... por los demás, que estamos, pues, un colectivo del mundo cada vez está más relacionado unos con otros (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

Otra de las dimensiones que surgieron en este análisis tiene que ver con la importancia de contar con recurso económico. Este activo les da estabilidad y lo logran a través del contar con su pensión por la jubilación y / o la disposición de los bienes alcanzados a lo largo de la vida. La certidumbre de contar con estos recursos da estabilidad en la vida de mujeres y hombres cooperativistas. La dimensión económica y espacial se conecta claramente en el proyecto Trabensol, ya que tuvieron oportunidad de planear y disponer del recurso económico para diseñar y construir su complejo habitacional, y ahora disfrutar de un espacio que les permite pasar momentos de disfrute, así como de proponer y elegir las actividades que mejor les resulten en las dimensiones física, emocional, social, sin dejar de lado la visión de convivencia colectiva.

Tanto hombres como mujeres cooperativistas tienen un proyecto de vida, esto es, de vivir una vida con sentido, en donde la capacidad de experimentar esa libertad de desarrollar e introducirse en actividades les da satisfacción, al momento de aprovechar y hacer uso de su tiempo, canalizándolo en nuevos proyectos que los hacen sentir partícipes en el contexto del que ahora forman parte. Se viven como personas mayores activas y diferenciadas de otros grupos en la misma etapa de vida, y cuentan con un buen grado de integración social. A partir de lo anterior, la siguiente viñeta da cuenta:

K: Que esto sea un pequeño núcleo lo pensábamos, teníamos idea de hacerlo y nos compramos, bueno, lo invertimos en esa cooperativa, pues para realizar luego una vida de vejez entre amigos siempre; nuestra idea siempre ha sido eso, pero, como ahora ya los de Moratalaz también se metieron, y luego se metieron otros de otros sitios, y luego pues, ya se abrió esta a más gente, entonces, pues bueno, hemos luchado mucho por conseguirlo; ya lo sabéis, es empezar hacer cosas juntos para lograr lo que se quiere (Karen, 78 años, Trabensol-ES).

La tabla 3.15 ilustra las dimensiones que apuntalan la reconfiguración subjetiva e intersubjetiva de esta etapa de vida, dejando de lado la desvalorización del ser viejo en la actualidad.

TABLA 3.15 DIMENSIONES ETAPA DE LA VIDA, ESPAÑA (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Dimensiones	Trabensol-es	
	Hombres	Mujeres
Relacional (compartir, convivencia, compañía, cuidados mutuos, colectivo acogedor y solidario, de amigos, participación, cooperativistas)	◆	◆
Emocional (evitar la soledad, vivir sin tristeza, alegre, con equilibrio y confortable, vida de disfrute, aceptar la separación del barrio y familia, superar los duelos, amarse entre ellos, escucha, respeto, amor, disposición de acogida, afectos mutuos)		◆
Cultural (envejecimiento activo y saludable, aportar a la sociedad, colaboración entre contemporáneos, ya realizaban actividades colectivas, de grupo)	●	●
Corporal (buscar estar saludables física y mentalmente)	■	■
Social (participación social en beneficio de la comunidad)	■	●
Espiritual (religiosidad comprometida)		●
Económico (estabilidad y posibilidad de convivir y vivir con lo necesario)	■	■
Dimensión espacio (agradable disfrute por toda la casa, desde la infraestructura hasta las actividades que vive el colectivo)		●

* Diamante: rango alto; círculo: rango intermedio; cuadrado: rango bajo.

Estas dimensiones colocan nuevas formas de significar y no asociar a la vejez solo con el deterioro físico y mental, sino que, estas nuevas maneras de ser persona mayor, y lo que está dentro de su proceso de envejecimiento, muestra que no se identifican con las generaciones que los anteceden (con los otros mayores), ni en sus formas de ocupar el tiempo, ni en las prácticas de vida que involucran el vivirse de forma incompleta, sino, por el contrario, con plenitud y disfrute de su vida cotidiana en su contexto social y colectivo. Estos hallazgos confirman lo propuesto por Monchietti (2013a) sobre las representaciones sociales de la vejez y los cambios favorables en estas, que orientan hacia prácticas saludables en esta etapa de la vida.

CONCLUSIONES

Los significados de la vejez, como categoría social y cultural, problematizados a lo largo de este análisis, dan cuenta de cómo estas

construcciones juegan un rol en la re-configuración de las identidades de los sujetos que envejecen y / o envejecidos. Las transformaciones encontradas dan cuenta de la aceptación de los propios límites que se experimentan con la vejez, así como formas activas y saludables de enfrentarla. Una vejez digna, con respeto a los derechos humanos, es un tema que requiere ser colocado con mayor fuerza y estrategia en las agendas sociales y de investigación en nuestro país y en la región latinoamericana.

Analizar los significados culturales (Bruner, 2012), y sus posibilidades de transformación hacia una vejez digna y plena, son tareas fundamentales en las sociedades contemporáneas.

Al tomar en cuenta las particularidades de los tres países, se tuvo que ser cuidadoso en el análisis de las enunciaciones que caracterizan las dimensiones de la etapa de la vida, ya que los significados forman parte de distintos contextos culturales, en donde la riqueza de este contraste permite ver cómo cada escenario refleja particularidades y da cuenta de las tradiciones culturales que permiten visualizar las construcciones instaladas socialmente, las cuales se hacen presentes entre la persona mayor y la sociedad, además de en aquellas formas que se instalan para dar nuevos significados y formas alternativas vinculadas al envejecimiento activo y saludable.

En las enunciaciones de códigos que se reproducen, se logra observar que, tanto en Uruguay como en México, la definición de la etapa de vida se basa en la reflexión de todos los cambios que comienzan a vivir; está presente la reflexión sobre su situación física actual y cómo esta ha intervenido en las posibilidades de realizar sus actividades. A diferencia de Uruguay, en México se enfatiza la imposibilidad de realizar cosas nuevas, como aprender y conocer lugares y deportes; en Uruguay, están más enfocados en lo que ya no pueden realizar. En ambos países, el tema de la dependencia es mencionada y relacionada con todos los cambios que comienzan a vivir y traen consigo imposibilidades para resolver cuidados asociados con la salud y el bienestar en general. En España, a diferencia de México y Uruguay, la reflexión se orienta a cuestionar las enunciaciones como “ancianos”, “viejos”, mostrando una necesidad de transformación y resignificación de esta etapa de vida.

En el caso de las enunciaciones que transforman, en Uruguay se considera que esta etapa de la vida es un premio o una recompensa por todo lo realizado. En México, se ve como que las decisiones que tomes a lo largo de tu vida logren darte una etapa que puedas disfrutar.

La posibilidad de decidir cómo vivir es una de las características que transforma en los tres países, siendo uno de los hallazgos que confrontan el estereotipo de dependencia en esta etapa de vida.

El tema de las relaciones sociales fue otra de las cuestiones importantes mencionadas en los tres países; es decir, una buena convivencia con los compañeros y familiares se asocia a una etapa de vida más disfrutable, así como la participación en sus convivios y actividades genera la sensación de motivación para seguir aprendiendo o realizar nuevas dinámicas.

En el caso de Uruguay, la percepción cronológica de una etapa de vida se rebasa cuando se observan todas las características que la van construyendo. En México, la salud se considera un aspecto que permite medir cuándo comienzas a ser una persona mayor; los aspectos políticos y culturales, como la jubilación y la falta de apertura para el trabajo remunerado, han sido importantes para considerar que se entra a esta etapa de vida. En España, uno de los hallazgos fue que las personas no tenían la sensación de ser “viejos” y se enfocaban más en cómo la edad implicaba un trabajo constante para no tener un deterioro físico y mental.

Con relación a códigos que reproducen estereotipos en las dimensiones establecidas en esta etapa de la vida, tanto hombres como mujeres mayores muestran que es necesario re-configurar los significados, tomando en cuenta los hallazgos de los tres países analizados. En México, entre las dimensiones relevantes apareció el cuerpo (limitaciones físicas), la espiritualidad (resignación) y lo emocional (falta de fuerza, resiliencia). En Uruguay, las dimensiones significativas fueron las que tienen que ver con lo político (significados establecidos), el cuerpo (deterioro limita) y la cultura (excluidos por la sociedad-familia). En España, lo que se destaca para incorporar en las nuevas configuraciones gira en torno a lo económico (apoyo a miembros de la familia y conocidos), cuerpo (limitaciones físicas)

y cultura (individualista, competitividad). El cuerpo es una dimensión que atraviesa los tres contextos, en donde la forma de significar y vivir la etapa hace la diferencia.

Con relación a las nuevas formas de significar y vivir esta etapa, así fue en cada uno de los países: en México, aparecen los significados con mayor fuerza en la dimensión relacional (convivencia, cuidados mutuos entre mayores), cultural (envejecimiento activo y saludable) y la fuerza emocional (resiliencia, autovalía), áreas en las que se promueven actividades que están dando resultado para favorecer el envejecer de manera positiva en espacios colectivos y dotar de nuevos significados a esta etapa de la vida.

En Uruguay, los aspectos corporal (aceptación de limitación, autocuidado), emocional (valor propio, sentir felicidad) y relacional (participación en comunidad) se colocaron como destacados, a través de la promoción de actividades en colectivo, y se implementan alternativas de experimentarse como viejos a partir de las limitaciones propias de la edad; además, se fomenta una cultura para mantenerse activos en cualquier escenario de su vida cotidiana, por decisión y elección, más allá de una imposición política y social.

En el contexto español, las dimensiones que hombres y mujeres reconocen como significativas son las áreas que tienen que ver con lo relacional (compartir, compañía, colectivo acogedor, entre otros), emocional (evitar la soledad, la tristeza, disfrute de la vida, afectividad recíproca) y cultural (envejecimiento activo y saludable, participación social y comunitaria). Estas dimensiones se alejan de los estereotipos de la vejez, que tienen que ver con la decadencia, la dependencia, la enfermedad, el aislamiento, etc. Es un colectivo que se ha preparado para vivir esta etapa de la vida y, tanto a nivel personal como comunitario, asumen como responsabilidad mantener su salud, autocuidado y las estrategias de cuidarse de forma conjunta.

Los resultados reportados en este capítulo muestran la complejidad y heterogeneidad de formas de dotar de sentido y significado a la vejez, así como las diferencias y similitudes con respecto a los casos analizados de tres países distintos. El corpus construido tiene una enorme riqueza y las tareas de interpretación / contextualización con-

tinuarán, pues se cuenta ya con el total de los materiales codificados y categorizados.

REFERENCIAS

- Andrés, H., Gastrón, L., Marazza, E., Monchietti, A., y Oddone, J. (2013). Introducción. Haciendo historia. En L. Gastrón (Coord.), *Dimensiones de la representación social de la vejez* (pp. 19–28). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata/Eudem.
- Angrosino, M. (2014). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Berger, P., y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Color Efe.
- Bruner, J. (1990). Culture and human development: A new look. *Human Development*, 33(6), 344–355.
- Bruner, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (2009). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bruner, J. (2012). *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Buenos Aires: Gedisa.
- Enríquez, R. (2019). Cultura emocional del cuidado en la vejez. Análisis de narrativas. En M. Maldonado, R. Enríquez y E. Camacho (Coord.), *Vejez y envejecimiento. Una aproximación interdisciplinaria* (pp. 119–148). Tlaquepaque: ITESO.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Gastrón, L., Lombardo, E., Marazza, E., y Oddonne, J. (2013). Las representaciones sociales sobre la vejez a lo largo de la vida. En L. Gastrón (Coord.), *Dimensiones de la representación social de la vejez* (pp. 173–184). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata/Eudem.
- Graham, G. (2014). *Análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa* (colección Investigación cualitativa). Madrid: Morata.
- Lamas, M. (Comp.) (2015). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Bonilla Artigas Editores/UNAM.

- Le Breton, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lladó, M., y Carbajal, M. (2009). Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas. En *Hacia un Uruguay más equitativo. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio* (pp. 107–112). Montevideo: MIDES <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/uruguay-equitativo-01.pdf>
- Lombardo, E., y Oddonne, J. (2013). Imágenes del cuerpo en la vejez. En L. Gastrón (Coord.), *Dimensiones de la representación social de la vejez* (pp. 111–120). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata/Eudem.
- López, P., y Marín, A. (2016). Revisión teórica y empírica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España. (2009–2013). *Revista Científica General José María Córdova*, 14(17), 155–202.
- Monchietti, A. (2013). De la Dicotomía individuo / sociedad a la articulación de conceptos y a la producción subjetiva. En L. Gastrón (Coord.), *Dimensiones de la representación social de la vejez* (pp. 29–44). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata/Eudem.
- Monchietti, A. (2013a). La vejez como objeto de las representaciones sociales. En L. Gastrón (Coord.), *Dimensiones de la representación social de la vejez* (pp. 45–58). Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata/Eudem.
- Oddone, J. (2016). Cambio social y envejecimiento activo. Reflexiones en torno a la participación e integración de las personas de mayor edad. En J. Oddone (Coord.), *El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina* (pp. 99–106). Buenos Aires: Fundación Universidad Católica.
- Oddone, J., y Chernobilsky, L. (2019). Representaciones sociales de los mayores sobre los programas sociales en la ciudad de Buenos Aires. *Iluminuras*, 20(49), 122–139. <https://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/viewFile/93290/52846>
- OMS (2022). *Década del envejecimiento saludable 2021–2030*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

- Osorio, P. (2010). *La edad mayor como una producción sociocultural. Comunicación y medios*, (22), 30-35.
- Paredes, M., y Pérez, R. (2014). Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia. En *Las personas mayores ante el cuidado. Aportes Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. Montevideo: Inmayores.
- Steinar, K. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Urbano, C., y Yuni, A. (2011). *Esos cuerpos que envejecen: representaciones y discursos culturales de la vejez*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Significados sobre vejez desde la categoría de género y la dimensión socioeconómica en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas: estudios de caso en México, Uruguay y España

MARÍA MARTHA RAMÍREZ GARCÍA

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

AIMEÉ VIRIDIANA ESPINOSA MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como finalidad analizar los significados sobre la vejez, relacionados con la dimensión de género y la reproducción, o bien transformación, de formas de significación tradicionales, tanto femeninas como masculinas. Como parte del proceso de envejecer, adicional a las características físicas, psicológicas y socioculturales, inciden elementos como las creencias, los sentidos, los valores y los ideales, que dotan de contenido a las subjetividades.

Otro de los apartados de este trabajo tiene que ver con envejecer con recursos económicos amplios o limitados, para lo cual se presentan los estudios de caso en los tres países. Asimismo, se estudian las atribuciones que reflejan la relevancia de envejecer con una mayor o menor seguridad económica que resuelva las distintas demandas de la vida cotidiana en esta etapa. Los hallazgos muestran el impacto de la limitación de los recursos económicos en las formas de significar y vivir la vejez. Para Villarreal (2014), los arreglos familiares y los vínculos vecinales y comunitarios juegan un papel importante para enfrentar esta etapa de la vida y generar las movilizaciones necesarias para la obtención de recursos en la economía informal.

El enfoque teórico del que se parte está sustentado con las significaciones culturales propuestas por Bruner (1990) y otros autores,¹ es decir, las relaciones con los otros desde una perspectiva de género, ante la condición de ser personas mayores institucionalizadas o no institucionalizadas. La metodología parte del paradigma cualitativo interpretativo y retoma la propuesta de Angrosino (2014)² para analizar los escenarios de investigación, tanto en el ámbito privado como público, así como en organizaciones de la sociedad civil (OSC).

Se analizaron 85 entrevistas semiestructuradas transcritas, las cuales fueron realizadas a personas mayores, cuidadores, encargados y / o directivos, además del análisis de 11 grupos focales. La codificación se dio a partir de algunos elementos propuestos por Flick (2007) y Graham (2014).

Palabras clave: recurso económico, significados, género, institucionalización y no institucionalización y vejez.

SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE VIDA DESDE LA CATEGORÍA DE GÉNERO DE LOS HOMBRES MAYORES

México

En este apartado, se muestran las claves de significado que los hombres construyen con respecto a la vejez, desde su visión de género. Las categorías de la tabla 4.1 tienen que ver con aquellos códigos que reproducen estereotipos de la vejez y la adscripción de género.

En primer lugar, se ubica la *dependencia en el ámbito doméstico*, que corresponde con el mayor tiempo que las personas en esta etapa de vida permanecen en sus domicilios, ya que, de acuerdo con el nivel de dependencia por alguna enfermedad, el sedentarismo puede

1. Para mayor información respecto al sustento teórico, consultar el apartado “Perspectiva teórica: un acercamiento a los significados como productores de sentido y orientación en el mundo”, en el capítulo 3.
2. Para más información y descripción de cada uno de los referentes empíricos analizados, véase el apartado “Enmarque metodológico”, en el capítulo 3.

aumentar. Desde un paradigma de envejecimiento activo, esta etapa conduciría más bien al goce de los espacios y las actividades múltiples, ya sea fuera o en el ámbito doméstico. La vejez requiere nuevas claves de lectura que la desmarquen del confinamiento en el domicilio (en algunos casos).

Destaca también la categoría *debilitamiento del rol masculino* como proveedor de ingresos y recursos, así como protector de los miembros de la familia. Esta categoría se relaciona con la exclusión laboral de la mayoría de las personas mayores. En el caso de los hombres, esta situación puede afectar en gran medida el mandato sociocultural de proveeduría y sostén familiar. Asimismo, se reproducen estereotipos que señalan a las personas mayores como incapaces, inactivas, pasivas laboralmente y con menor valor ante una lógica imperante de mercado.

La *ausencia de pareja* y los *sentimientos de soledad* son otras categorías importantes. En los hombres mayores, contraer segundas nupcias se torna una necesidad debido a los entrenamientos tradicionales de roles de género que los dejan, en la mayoría de los casos, desprovistos de conocimientos y saberes en el ámbito doméstico y el autocuidado. Las estadísticas reflejan un alto índice de segundas nupcias en los varones. Por otro lado, el aislamiento y la soledad son asuntos que abordar desde el campo de la investigación y la intervención. Los hogares unipersonales de personas mayores han aumentado y, aun aquellos que viven con sus familias, experimentan soledad, la que adquiere contenidos socioculturales específicos cuando es experimentada por personas mayores en el ámbito urbano de las grandes ciudades.

La narrativa de Donato muestra la situación de aislamiento y posible depresión que los varones mayores pueden vivir y cómo la cultura ejerce una influencia importante.

D: Percibo en la población del centro, a las personas con problemas de salud emocional y económicos. La depresión, principalmente en los hombres, por una actitud machista, no decimos lo que nos pasa, ya que creemos que lo podemos resolver solos; a diferencia de la mujer, que busca ser ayudada (Donato, Personal del CDDIFB-MX).

Lamas (2015) explica que el género se construye en un conjunto de prácticas, ideas y discursos, al ser parte de los símbolos sociales y participar en el imaginario social de las personas. En los OSC2-MX y OSC3-MX es notoria la diferencia respecto al género y la etapa de vida. Desde los discursos de las personas mayores, se distingue una visión que reproduce estereotipos sobre el autocuidado de los hombres. En las OSC2-MX, las categorías con mayor rango son: dependencia en el ámbito doméstico, debilidad en el rol masculino, ausencia de pareja y deterioro físico.

La diferente forma de vivir entre los hombres y las mujeres permite reconocer que la construcción del género se expresa en lo cotidiano y determina los roles sociales con que ejercen su día con día. El testimonio de Honoraria, una mujer de 56 años, ejemplifica cómo la posición social de un hombre, y la etapa en que se encuentra, puede traer determinadas complicaciones:

H: Pero, a lo mejor el hombre, con ese papel machista de que “yo puedo y yo soy todopoderoso” [de] confrontar, que empieza a perder, a lo mejor se desespera más y lo manifiesta más que la mujer (Honoraria, 56 años, OSC2-MX).

El testimonio anterior expone una confrontación entre el significado que puede darse al género masculino (una persona con posibilidad de realizar diversas actividades) y las pérdidas que pueden experimentar en esta etapa de vida. Ello corrobora lo que Lamas (2015) señala respecto a cómo las actividades normalizadas que las personas realizan de forma cotidiana se basan en la construcción del género; por lo tanto, perder las condiciones que posibilitan reforzar esa construcción tiene implicaciones estructurales. Desde el punto de vista de Honoraria, esta confrontación involucra aspectos emocionales para la persona mayor. Por otro lado, Florencia, una persona mayor que reside en OSC3-MX, distingue que, en el tema de los cuidados, los varones tienen mayores dificultades para atender las complicaciones:

F: Los hombres, muchas veces, no se cuidan como uno, lo viven diferente porque, aunque también se va deteriorando el cuerpo, como

TABLA 4.1 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LOS HOMBRES MAYORES, MÉXICO (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN ESTEREOTIPOS)*

Categorías de significado	Centro de día dif Bugambilas (c ddifb-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
	H	M	H	M	oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
Dependencia en el ámbito doméstico	■	◆	■	◆		◆	●			
Debilitamiento del rol masculino (protector, y proveedor)	■	◆		●		●		●		
Ausencia de pareja	■	●		■		●				
Ausencia de sentido de vida	■	■		●		■				
Soledad (aislamiento social)		■		●		■				
Exclusión laboral		●		●						
Cultura emocional ante la jubilación (nerviosismo, angustia, miedo)		●		■						
Deterioro físico		■		■		■	●			■
Dificultades en el autocuidado		■		■						■

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo. Las celdas en blanco significan que no hay datos. Los rangos varían en cada tabla por las frecuencias, de manera proporcional.

el de todos nosotros, no se cuidan como uno. Mi esposo no dejaba de fumar, a pesar de la enfermedad (Florencia, 78 años, OSC3-MX).

Ernestino, un varón de 62 años que reside en OSC2-MX, está de acuerdo con Florencia sobre los temas del cuidado y el género. En el siguiente

testimonio, es posible observar que el cuidado no lo relacionan más al género que al contexto, en donde una pareja puede habitar en el mismo lugar y aun así mostrar diferencias:

E: Yo diría que, en general, los hombres se dejan ir más que las mujeres en términos generales, obviamente, con grandes excepciones, eh; pero, quizás eso está sesgado por cómo ves a las parejas, y en las parejas, los hombres, por lo general, son mayores, pues parece que se fueron los que se dejaron ir, porque a lo mejor es por la edad (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

La comprensión del mundo de las personas mayores, en opinión de Bruner (2012), va más allá que seguir comprendiendo la concepción de procedimientos para actuar en él, por lo que resultan necesarias las reproducciones de sentido, más allá de los roles establecidos y aprendidos. Vivir de forma dependiente, sin el cuidado que brinda el género femenino, precisa colocar nuevos significados en los roles de los hombres y las mujeres, para que en la acción prevalezca la notoria participación en la feminización del cuidado.

Uruguay

Desde la antropología, Lamas (2015) define al género como una acción simbólica colectiva, en donde, por medio de una construcción simbólica, se fabrican las representaciones de lo que debe ser el hombre y la mujer. En el caso de Uruguay, la tabla 4.2 muestra los códigos que describen el significado de ser hombre, que reproduce estereotipos —enfocada más en cuestiones laborales y emocionales. Por una parte, describe que los varones tienen dificultad para expresar sus emociones, así como limitaciones al momento de afrontar la etapa que están viviendo. Los siguientes testimonios ejemplifican cómo Lacy y Ava, personal de RP1 y RP2, narran las características de los varones que acompañan y cuidan:

MMS: ¿Notas diferencia entre hombres y mujeres de personas mayores?

TABLA 4.2 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LOS HOMBRES MAYORES, URUGUAY (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Categorías de significado	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organizaciones de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Resistencia a la expresión emocional				■		
Dificultad para aceptar la edad				■		
Facilidad para los beneficios laborales						■
Trayectoria laboral						■
Incapaces de combinar el trabajo y el estudio						■

* 1) diamante: rango alto; 2) círculo: rango intermedio; 3) cuadrado: rango bajo.

L: Como que en ellos hay más resistencia en el sentido emocional, no lo demuestran mucho, pero sí nos damos cuenta, de cualquier forma, cuando están tristes (Lacy, 59 años, RP2-UY).

A: Como que les cuesta más envejecer y darse cuenta de que están envejeciendo, y darse cuenta de que están mal (Ava, 48 años, RP1-UY).

Otra de las unidades de sentido encontradas en este apartado es con respecto a la relación del género y las implicaciones laborales (tabla 4.2).

México

En este apartado, al considerar los códigos que transforman, a partir del material empírico codificado, se encontraron las siguientes categorías para el caso de México: sentido de vida, aceptación de las limitaciones, asunción del retiro laboral, proveedor de cuidados, respeto a la figura masculina, inclusión familiar y presencia de prácticas de cuidado (tabla 4.3). Las elaboraciones reflexivas de los hombres sobre

sus construcciones de género de la vejez ponen de relieve la importancia de tener un sentido de vida, es decir, un proyecto que lleve a nuevas formas de realización y plenitud. Asimismo, hay una resignificación de la enfermedad, cuando se asume esta, y la posibilidad desde ahí de continuar con la vida y los nuevos proyectos.

Llama la atención que estos varones se asumen como proveedores de cuidados, rol tradicionalmente femenino, que en esta fase rompe con la ética de cuidado tradicional y los posiciona como dadores de cuidados, ya sea en el ámbito de la familia como en el de los amigos y conocidos. Hay, asimismo, experiencias de inclusión familiar por demás relevantes, ya que muchos varones experimentan la jubilación, o distintos modos de retiro laboral, y pasan mayor tiempo en el ámbito de la familia, lo que es fundamental para vivir un envejecimiento digno y acompañado.

César, un hombre de 82 años, expone la importancia de la asunción de limitaciones y la perspectiva de un futuro posible y valioso:

C: Pues, comprender la... la situación de tener los años encima, y sacar lo mejor posible de lo que uno ha vivido, para poder asimilar todas las limitaciones y seguir viviendo de la mejor manera, para, pues, salir adelante en todo lo que se pueda (César, 82 años, CDDI-FB-MX).

En el caso de las OSC2-MX y OSC3-MX, las categorías que confrontan estereotipos, en cuanto al género masculino y la etapa de vida, son: sentido de vida, aceptación de limitaciones, proveedores de cuidados, respeto a la figura masculina y presencia de prácticas de autocuidado.

Como ya se mencionó, en los discursos se expresan complicaciones de los hombres sobre el cuidado, sin embargo, hay testimonio de varones en edad adulta que comienzan a involucrarse. De acuerdo con Berger y Luckmann (1968), el humano tiene como característica la apertura de estarse relacionando con otros, por lo que hay posibilidades de ejercer diversidad en las actividades de la vida cotidiana.

Jessia, una mujer adulta mayor, narra cómo percibe a los hombres al contar con más conciencia del cuidado para su bienestar, al ejecutar actividades que propician el mismo:

J: Ahora los hombres empiezan a cuidar mucho más, hacen ejercicio como nosotras, cuidan su alimentación, además de que buscan ya cosas alternativas para que sus enfermedades mejoren, además de que están conscientes de aquellas cosas que ya no pueden hacer a nivel personal por alguna limitación visual o físicas (Jessia, OSC2-MX).

Jessia asocia la búsqueda de bienestar de los varones con la aceptación de sus posibilidades físicas y visuales. El cuidado de las personas mayores no solo se refleja en la atención física. Fernandina ejemplifica cómo los hombres mayores también se involucran en cuestiones del hogar, cuando dejan de estar en el sistema laboral y comienzan a tener más tiempo libre.

F: Mi esposo, desde ya unos años que no trabaja, ayuda en lo que se requiere en casa, apoya en cuidarme y moverme cuando lo requiero, me ayuda a moverme y también le entra a las actividades de la casa; por ejemplo, lava los trastes cuando terminamos de desayunar, o prepara el desayuno (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

El último testimonio tiene que ver con cambios en los roles establecidos acerca de los hombres y cómo ocupan su tiempo. Su participación en el sistema económico se modifica y, por ende, el rol social va cambiando, así como sus intereses. Fidel, un varón de 63 años que reside en OSC2-MX, expresa cómo pierde su interés por considerarse el proveedor de la familia y la crianza familiar:

F: El hombre era entendido como que era el proveedor, y yo creo que ya en esta etapa, bueno, si bien puedes tener una pensión o puedes tener unos ahorros, o unas rentas, o lo que sea, pero creo que también es una etapa en la que ya... ya no es primordial el tema de la proveeduría, ya es otra cosa, ya es inclusive muchos de los objetivos que son evidentemente educar a los hijos, formarlos, eso ya... ya pasó (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

TABLA 4.3 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LOS HOMBRES MAYORES, MÉXICO (CÓDIGOS QUE CONFRONTAN ESTEREOTIPOS)*

Categorías de significado	Centro de día dif Bugambilias (cddifb-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
	H	M	H	M	oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
Sentido de vida		●	■	■		■				
Aceptación de limitaciones (físicas, emocionales, laborales, sociales)	■	●						■		
Asunción del retiro laboral		◆		■						
Proveedores de cuidados (familia, amigos, conocidos, etc.)	■		■			■	■			■
Respeto a la figura masculina (roles, prácticas)		■		■						■
Inclusión familiar		■		■	■					
Presencia de prácticas de autocuidado		●			●	●		■		

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

En la tabla 4.3 se muestran las categorías de significados de la etapa de la vida encontradas en los relatos de los varones entrevistados.

Este análisis, nos lleva a comprender cómo los significados en esta etapa se relacionan con el género y a conocer cómo, a través del paso de los años, los hombres y las mujeres participan en ciertas tareas y actividades. La cultura configura los modos de ser de una persona mayor, ya sea como varón o mujer, por lo que este análisis abona elementos para configurar nuevas formas de significado al envejecer.

TABLA 4.4 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LOS HOMBRES MAYORES, URUGUAY (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Categorías de significado	Centros diurnos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales rp1-uy rp2-uy		Organizaciones de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Productivos en lo laboral		■				
Cariñosos				■		
Valorizados		■				

* Diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

Uruguay

Los trabajos histórico-deconstructivistas muestran que el género es sensible a los cambios culturales, las modas, las transformaciones sociales, con lo que se retoma la idea de que la sexualidad está sujeta a una condición social.

En el caso de Uruguay, se encontraron las siguientes categorías: productivo en lo laboral, cariñosos (expresión de afecto) y valorizados. En el apartado *cariñosos*, se percibe que los varones son afectuosos con las personas que los rodean en el residencial, lo cual confronta la noción de que el sexo masculino tiene complicaciones para expresar su afectividad.

Como el testimonio de Vicenta lo expresa, en la atención desde el área de salud se distingue cómo la concepción sobre el género masculino interviene en la forma de tratarlos como pacientes:

MMS: ¿Y para el hombre cómo es?

V: O sea, creo, tal vez, es una cosa bastante genérica hacia la edad, ¿no?; pero, dentro de todo, en esa etapa, entre los 40 y 50 años, creo que el médico tiende a ver al hombre como más productivo, entonces hay que rehabilitarlo rápido (Vicenta, 70 años, CDP1-UY).

Existe una representación del género masculino como personas con posibilidades y derechos a ser cuidados y mejorar sus condiciones de salud, o bien mantenerlas. La tabla 4.4 expone los rangos de cada categoría, según el escenario.

SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LAS MUJERES MAYORES

México

Resulta central conocer las categorías de significados sobre la vejez y el género desde la perspectiva femenina, que exponen la reproducción de estereotipos en esta etapa de la vida (véase la tabla 4.5). Con el mayor peso, aparece la categoría *sobrecarga de cuidados de la familia*. Las mujeres mayores, abuelas en muchos casos, viven con múltiples demandas de cuidado que reproducen su rol tradicional de género, que las pueden llegar a poner en situaciones límite ante la posibilidad de no poder atender apropiadamente su cuidado con tal de responder a las demandas y las necesidades de otros miembros de la familia. En el entorno urbano de Guadalajara, cada vez más abuelas se hacen cargo de tareas de cuidado de los nietos, lo que puede fragilizar sus condiciones de salud y tiempo de ocio y vinculación social.

Otro punto tiene que ver con el *abandono familiar*, ya que muchas mujeres mayores viven en hogares unipersonales, o bien con familiares, pero pasan la mayor parte del día solas, sin ser visitadas —como ellas desearían— por sus seres queridos. Estos estereotipos, que reproducen prácticas de aislamiento y estigmatización de los mayores por parte de otros sectores de la población, es necesario confrontarlos y buscar de manera estratégica procesos de inclusión e integración social entre generaciones e intergeneracionalmente.

Caracterizar la vejez a partir del *deterioro físico* y el *deterioro de la imagen* aparece también como una de las categorías relevantes que fortalece estereotipos que marcan rígidamente aquello socioculturalmente percibido como bello y relacionado con la juventud.

La *soledad*, al igual que la construcción de significados desde los varones, es una emoción social fundamental que puede estar relacionada con experiencias de aislamiento emocional y social.

En el caso de las mujeres de OSC2-MX y OSC3-MX, en las categorías de significado que reproducen estereotipos, se encontró: sobrecarga de cuidados de la familia, abandono familiar, sobrecarga doméstica, deterioro físico y de la imagen corporal.

En el género femenino, los discursos muestran una relación entre la etapa de vida y las modificaciones con su cuerpo. El siguiente testimonio se asocia con lo que Bruner (2012) describe acerca del genoma humano y la esfera social: es impensable considerar la inexistencia de una relación entre el desarrollo biológico humano y las normas sociales en que se desenvuelve. Fernandina, una mujer residente de osc3-mx, menciona que las mujeres experimentan miedo por envejecer. En su discurso, cuestionó las herramientas que hoy se usan para evitar mostrar características físicas de la vejez:

F: Mirar, y además empanicada de envejecer, empanicada con el pelo pintado, como yo veo a mis hermanas; a mis hermanas no pueden dejar de pintarse el pelo: “¡cómo, cómo, cómo, no, no, no, cómo me voy a dejar las canas!” (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

En el caso de OSC3-MX, las personas mayores tienden a cuestionar las creencias sobre las etapas que están viviendo. Como el testimonio pasado ejemplifica, Fernandina manifiesta una aceptación por los cambios que está viviendo, a comparación de lo que observa a su alrededor. Sabina, una mujer de 66 años residente de OSC3-MX, al asociar la etapa de vida con su género, relata cómo las creencias con las que se desarrolló a lo largo de su vida no benefician el concepto de mujer. Al mismo tiempo, reflexiona sobre cómo las creencias de un contexto pueden determinar el bienestar de las personas y perjudicar o no al género femenino.

S: Pues es que volvemos a lo mismo, es que depende de tus creencias. Yo estuve en escuelas católicas, en varias cosas, y te vas dando cuenta que, pues todo va contra la mujer. Hay muchas cosas escritas,

TABLA 4.5 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LOS HOMBRES MAYORES, MÉXICO (CÓDIGOS QUE CONFRONTAN ESTEREOTIPOS)*

Categorías de significado	Centro de día dif Bugambilias (c ddifb-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
	H	M	H	M	oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
Sobrecarga de cuidados de la familia	■	◆		■		●				
Abandono familiar	■	■	■			●				
Sobrecarga doméstica	■	■		◆				■		
Deterioro físico		■		●				■		●
Deterioro en la imagen corporal		■		■		●				●
Ausencia de sentido de vida	■	■		■						
Soledad (aislamiento social)				■						
Vivir con los mandatos religiosos establecidos, ejercidos sin convicción				■						■

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

no sé quién las escribió, pero... pero a la mujer no le favorece, pero muchas mujeres son felices así, yo digo, es que no (Sabina, 66 años, OSC3-MX).

En la tabla 4.5 se muestran las categorías de significado encontradas en los relatos de las personas mayores acerca de la etapa de vida y al género femenino.

Las narrativas de Teté y Bertha exponen la reproducción de los roles tradicionales de género en esta etapa de la vida, en específico

las relacionadas con el ámbito de los quehaceres domésticos y cuidados.

T: Hasta el final, fíjate, tengo aquí al vecino; los vecinos son un matrimonio, viejitos los dos, se casaron jóvenes, tienen casi la misma edad, y ella es la que lleva el pandero, la señora; el viejito sin la señora no hace nada, tiene que estar ella (Teté, 74 años, CRP-MX).

B: Bueno, una como mujer hace todo, todo su quehacer y un hombre no, o sea, aunque trabaje, si vive solo, la comida o la compra o come huevos, diario [risa] como un hermano que tengo, llegaba: “que tienes que comer esto, pero si quieres ahí hay huevo”. “Ay, huevo, ya estoy harto” (Beatriz, 70 años, CDDIFB-MX).

La presencia de *prácticas de autocuidado* se observó tanto en los varones como en las mujeres, desde la perspectiva femenina. Este hallazgo expone también nuevas pautas culturales desde las que los hombres están asumiendo el cuidado de sí mismos y las posibilidades de prolongación de la vida.

Uruguay

En el contexto de un centro diurno público, destacó que las mujeres son nombradas como “abuelitas”, lo cual se asocia con posible vulnerabilidad y lástima. Ellas necesitan, por tanto, tomar distancia de códigos que las semejan con ser un estorbo, o bien personas en soledad y posiblemente aisladas.

V: Hay como un paternalismo, ¿no?, de parte de los médicos con la mujer, y bueno: “abuelita”, ¿no?, digo, no soy abuela [risa] y si fuera abuela sería abuela no abuelita [risa] pero hay esa cosa de decir: “bueno, pobrecita”, ¿no? (Vicenta, 70 años, CD2-UY).

La narrativa de Vicenta resalta cómo en el paradigma productivo en el que hoy se instala el vivir cualquier etapa de la vida, aún se reproducen

los significados relacionados con los roles ya establecidos, tanto de hombres como de mujeres ya envejecidos.

V: Creo que el médico tiende a ver al hombre como más productivo, entonces, hay que rehabilitarlo rápido; nosotras, como ya parimos hijos, según ellos, ya cumplimos nuestro... nuestro rol en la vida. Bueno, “ya ponte a tejer para los nietos” (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

La ruptura de estos estereotipos, de vivir la vejez en el rol femenino, se está dando a través de la participación social en que este género ha ido validando las prácticas que se caracterizan y dirigen hacia un envejecimiento activo, saludable y de participación social. Escenarios sociales en los que el deterioro del cuerpo no debe generar lástima ni exclusión en los espacios en donde se desenvuelven; siguiendo esta construcción de conmisericordia, y de mujeres exclusivamente amas de casa, que las lleva a la desvalorización, al no haber formado parte del mercado formal, a considerarse o haber sido “productivas”, conlleva significar estas situaciones desde dinámicas de poder respecto al género masculino. De ahí lo fundamental de la propuesta de Lamas (2015), sobre cómo el género va caracterizando las relaciones significantes de poder.

Las enunciaciones que realizan mujeres de los distintos referentes empíricos, se colocan en la tabla 4.6.

Los datos reflejan que las personas mayores perciben una realidad que va a una velocidad mayor y en una sociedad cada vez más acelerada. Es un ritmo bastante rápido que no se detiene ni da cabida al ritmo de las personas que envejecen, sino, por el contrario, los mayores son llevados desde lo social y familiar a adecuarse a lo ya instalado, aunque sus prioridades y necesidades en todas las dimensiones no estén cubiertas. Ernestina destaca cómo el mundo va más despacio para las personas de la tercera edad.

E: Si tú vas por Montevideo, vas a ver montones de mujeres viejas —sobre todo que somos la mayoría absoluta— caminando con bastón; bueno, entonces, es una lucha con las calles y las baldosas;

TABLA 4.6 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LAS MUJERES MAYORES, URUGUAY (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Categorías de significado	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organizaciones de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Abuelita (debilidad)		■		■		
Desvalorización (no productivas)		■				

* 1) diamante: rango alto; 2) círculo: rango intermedio; 3) cuadrado: rango bajo.

pero hay una cuestión de qué molesto que son, ¿no?; en este mundo que todo es así y nosotros vamos mucho más despacio, entonces molesta (OSC-UY, Red Pro Cuidados, Ernestina).

Ahora bien, enseguida se destacan las construcciones que llevan y abonan a la ruptura de los significados ya establecidos, tanto en México como en Uruguay, desde las narrativas de los hombres y las mujeres que envejecen.

En la tabla 4.7 se concentran las categorías sobre los significados de la etapa de vida desde la construcción de género de las mujeres mayores, que reflejan códigos que confrontan estereotipos tradicionales sobre la vejez. Destaca *el establecimiento de límites en la proveeduría de cuidados familiares*, categoría que muestra la ruptura con códigos socioculturales que mantenía obligada a la población femenina a proveer de cuidados a lo largo de su vida. Establecer límites en el cuidado, significa buscar prácticas de corresponsabilidad de otros miembros de la familia y vínculos externos. Esta respuesta está presente en los tres escenarios investigados y se atribuye principalmente al género femenino.

Lorenza expone con elocuencia el establecer límites en las prácticas de cuidado de otros miembros, en especial familiares:

L: Pues, híjole, debería de ser lo máximo, porque ya uno está viendo a los nietos, y también uno madurar en el aspecto de que, de reco-

TABLA 4.7 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LAS MUJERES MAYORES, MÉXICO (CÓDIGOS QUE CONFRONTAN ESTEREOTIPOS)*

Categorías de significado	Centro de día dif Bugambilas (cddifb-mx)		Conjunto residencial privado “70 y más” (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
	H	M	H	M	oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
Establecimiento de límites en la proveeduría de cuidados familiares (nietos, hijos y pareja)		●		■		◆				
Alargamiento de la esperanza de vida		■	■	■		●				
Presencia de prácticas de autocuidado	■	◆	●	■		●	■	■		●
Sentimiento de realización femenino		■		■		●				●
Envejecimiento activo y saludable		■		●		■	■	■		●
Disfrute		■		■		■				●
Cuidarse en colectivo		■		■		■	●	●		
Mayor expresividad emocional		■		■		■	●	●		●

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

nocer nuestros alcances y límites en la convivencia en general con la familia y todo; sí, de saber poner un alto, que creo que eso es muy difícil, pues de que nos... de que nuestros hijos no nos vean ya como impedidos, pero, a la vez, que no se aprovechen de nuestra libertad y de nuestro tiempo; o sea, eso es algo que siempre tenemos que estar como muy alertas (Lorenza, 63 años, CDDIFB-MX).

Victoria, una mujer de 74 años, así como otra que participó en el grupo focal (OSCPAM-MX), destacan la concreción de una vejez activa desde el contexto en que se vive:

V: Nosotros, las mujeres, no, porque nosotros platicamos, nosotros somos activas, nosotros, aunque sea caminando chueco o arrastrando los pies, o como sea, nosotros podemos movernos todavía, nosotros podemos lavar, ayudar en la cocina, tender la cama, barrer, aunque sea despacito, pero lo podemos hacer (Victoria, 74 años, CDDIFB-MX).

M: Y pues yo, francamente, yo soy muy luchista, entonces por eso dice: “no termines de desmoralizarse, mientras uno se pueda mover, hay que buscarle” (Mujer grupo focal, OSCPAM-MX).

En el caso de las OSC2-MX y OSC3-MX, se encontraron los rangos más altos en las siguientes categorías de significados: presencia de prácticas de autocuidado, sentimiento de realización femenino, envejecimiento activo y saludable, disfrute, cuidarse de forma colectiva y más expresivas emocionalmente.

Al hablar del cuidado, las personas mayores reconocen las diferencias entre los hombres y las mujeres. En estos contextos, se identifica que el cuidado es parte del bienestar de una persona. Tomasa, como persona mayor que reside en OSC2-MX, relata cómo en esta etapa de vida es importante reflexionar sobre los cambios que deben hacer para mantenerse saludables, así como la vida activa que desean vivir, los cuales se relacionan con la alimentación y la actividad física.

T: La actividad es algo que no puedes dejar de lado, porque es importante hacer cosas saludables, que sabes que ahora ya te van a ayudar; ya dejas de comer cosas que no te ayuda, y dejas de hacer cosas que no te ayudan en nada, como el ser sedentaria; te buscas actividades para mantener productiva y activa, más allá de hacer cosas del trabajo (Tomasa, OSC2-MX).

Por otro lado, en los relatos se considera que las mujeres logran relacionarse de manera más efectiva, y que esto permite la creación de redes de apoyo, así como el cuidado entre las personas a su alrededor. A continuación, se expone un testimonio de un ejidatario, que ejemplifica cómo las mujeres desarrollan mayores herramientas para conectar con su entorno.

E: Yo creo que las mujeres tienen una vejez más rica, porque su facilidad de comunicación les permite mantener relaciones vivas y activas, y el hombre yo creo que tiende más a... a aislarse (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

Berger y Luckman (1968) hablan del potencial de las situaciones “cara a cara” en un contexto. En este proceso, los involucrados comparten sus realidades y, al mismo tiempo, su presente vivido. Existe un intercambio compartido en el que se permite el aprendizaje para los sujetos implicados, como la tendencia de las mujeres a estar en contacto entre ellas. El siguiente testimonio da cuenta de cómo estos recursos, adscritos culturalmente al género femenino, posibilitan el cuidado colectivo.

E1: Un grupo de señoras, como unas 30 señoras ya grandes, pero así como se juntan y se ponen a caminar, a caminar, a hacer ejercicio, a caminar, caminar, no correr, caminar lo que es caminar, y van platicando, se van platicando sus temas, sus historias, y ahí van; se les pasa la tarde y ya llegan ahí a la delegación y se sientan un rato, y ya cada quien; hay personas que ya van sus hijos o eso, ya van a recogerlas ahí al punto donde se reúnen, pero ya se van como cuidando una con otra, y eso lo hacen todas las tardes (Ejidatario 1, OSC2-MX).

El tema de la emocionalidad aparece en las prácticas de cuidado presentes en las interacciones con los otros. Enríquez (2019) señala que el cuidado, las emociones y los vínculos sociales juegan un papel importante entre quien recibe y da los cuidados.

F: Una pequeña diferencia es que las mujeres son más amorosas para cuidar, pero es la naturaleza de la mujer, es la misión que

tenemos, y el hombre, pues, está cambiando mucho las formas de vida de una mujer, pero también es algo muy necesario armonizar las dos energías, femenina y masculina, para terminar parejo, para educar a nuestra familia, a toda, un cambio tan importante, pero lo haces (Florencia, 78 años, OSC3-MX).

A partir del testimonio anterior, retomando elementos de Enríquez (2019), en lo que toca a la organización social del cuidado, las maneras que existen en la reciprocidad en los integrantes de las familias y / de los miembros que conforman la pareja; ya que el género femenino interviene en las condiciones, al tiempo de brindar cuidados previos y durante la vejez. En el rol de género femenino es necesaria la generación de nuevos arreglos y significados sociales en el tema de cuidados, ya que, al ser un proceso dinámico, posiciona socialmente a las mujeres a ser proveedoras de cuidado en su núcleo familiar. Esta mirada nos permite comprender la influencia cultural y social que el cuidado tiene en la vida cotidiana a lo largo de la vida de este género, sin dejar de lado que se continúa experimentando más allá del ambiente familiar.

Uruguay

El género femenino ha luchado por dejar de reproducir los estereotipos que descalifican, victimizan y vulneran a las mujeres como personas mayores. Desde las narrativas de mujeres de los CDP1-UY, CDP2-UY y de las OSC1-UY, OSC2-UY y OSC3-UY, además de las narrativas de los hombres de RP1-UY y RP2-UY, se ha colocado a la mujer como sujeto activo y con capacidad de agencia, y se ha ido desdibujando el vivir como mujer pasiva. Lo anterior ha sido gracias a los cambios culturales que se han venido gestando a lo largo de las últimas décadas en Uruguay, así como por todas las luchas y las defensas de derechos a través de movimientos sociales que colocan a las mujeres como sujetos de derechos con las mismas oportunidades en cualquier etapa de la vida. Ernestina, miembro de la OSC3-UY, da cuenta de cómo su participación social le ha permitido ser parte de la visibilidad de las reconfiguraciones socioculturales que va teniendo la mujer a lo largo de los años, sobre todo al tiempo de llegar a esta etapa de vida.

TABLA 4.8 SIGNIFICADOS DE LA ETAPA DE LA VIDA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DE GÉNERO DE LAS MUJERES MAYORES, URUGUAY (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Categorías de significado	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organizaciones de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Activa	■	●	●	■	■	●
Independencia económica	■	●	●	■	■	■
Capaces de combinar el trabajo y el estudio	■	■	■	■	■	◆
Fuerte (motivada)	■	■	●	■	■	■
Facilidad para adaptarse a nuevas situaciones	■	■		●	■	■
Visualizan su futuro	■	●		■	■	■
Fuertes (para buscar cumplir sus derechos)	■	■		■	■	●

* Diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

E: Escolaridad y universidad, ahora contamos la mayoría, en este momento somos más las mujeres en la universidad, somos el 65% de las mujeres universitarias y, a nivel de primaria, largamente. Porque los hombres siempre consiguieron trabajo más fácilmente, también por una cuestión cultural, y a las mujeres siempre les costaba más, además por esto de... de que... de que hay resistencias a contratar a una mujer, más si es una mujer joven que pueda tener familia, etcétera, y en cambio los hombres, a veces han abandonado el estudio (OSC-UY, Red Pro cuidados, Ernestina).

Al ser la mayoría del género femenino una población con mayor escolaridad, la independencia económica se hace presente. Es una ruptura con generaciones anteriores, ya que ahora la mayoría de las mujeres de los centros diurnos y los residenciales privados cuentan con jubilaciones. A partir de estos ingresos personales, la elección a este tipo de lugares se hace presente más allá de una decisión familiar. Dando fuerza

a lo anterior, el género como simbolización (Lamas, 2015), enmarcado de prácticas, discursos e ideas, va permitiendo la reconfiguración cultural en el papel que las mujeres mayores juegan en la sociedad. Este entramado de nuevos significados se va haciendo presente en el imaginario social de las personas y la sociedad uruguaya en general.

En la tabla 4.8 se exponen las enunciaciones que muestran las transformaciones en esta etapa de la vida desde el ser mujer y en este contexto.

Ser parte de esta transformación, al envejecer como mujer, tuvo que ver con la capacidad de combinar el trabajo y el estudio a lo largo de su vida, referido por quienes forman parte de las OSC3-UY; además de que, al estar en esta etapa de vida, tienen esa capacidad de adaptarse a las nuevas situaciones que se van presentando, lo que potencia la aptitud de adaptación e integración con el género masculino y ayuda a afrontar los retos que se van presentando al tiempo de vivirse como viejos.

Las mujeres de los residenciales privados coinciden en que en esta etapa de la vida aparece la fuerza y esa capacidad de agencia para buscar cumplir sus derechos y con mayor actividad. Se autorrefieren siempre buscando vivir con calidad de vida en esta etapa final del ciclo vital. Un varón del residencial RP1-UY destacó lo siguiente:

C: La mujer es más fuerte... la mujer es más fuerte. Tienen espíritu distinto al hombre, al menos en lo que... Yo veo que hay mujeres mayores que a pesar de toda la lana que tengan, por bailar, por cantar, por... Que yo no sé si todos los hombres son iguales, no tengo ese espíritu, y hay esa ayuda al ir más tiempo, es una realidad (Residencial, Varón, Cayetano, 80 años, RP1-UY, 80 años).

Las mujeres adultas mayores participantes en este estudio, de los CDP, RP y OSC, cuentan con esa consolidación laboral que les ha permitido definir sus áreas de acción alternativa y de inclusión social para fortalecer su identidad social, más allá de los mandatos sociales preestablecidos que pueden aún seguir existiendo y buscan perpetuar estereotipos sobre la vejez.

EL PAPEL DEL RECURSO ECONÓMICO EN LA VIDA COTIDIANA DE LOS MAYORES

El envejecer con recurso económico, o sin él, es un factor que abona a la calidad de vida de las personas mayores, destaca Guzmán (2002). Partiendo de esta propuesta, las situaciones económicas referidas por las personas entrevistadas se gestan dentro de las dinámicas del hogar, en donde se refleja la vida cotidiana de los mayores. Vivir esta etapa de vida, cuando no se tiene recurso económico, o se cuenta con el mismo, presenta diferencias en las narrativas femeninas y masculinas.

Envejecer con recurso económico

México

Contar con una seguridad económica, desde la propuesta de Huenchuan y Guzmán (2006), permite a las personas mayores la satisfacción de necesidades objetivas que reportan independencia en la toma de decisiones y en la calidad de los años que están viviendo. Es aquí donde, en las categorías encontradas, aparecen elementos que posicionan a la vejez, y al proceso de envejecer con dignidad y seguridad, en distintas dimensiones.

Las personas mayores atribuyen significados sobre la importancia de contar con seguridad económica en la vejez, tener las necesidades básicas cubiertas, la capacidad de elegir servicios de salud públicos y / o privados, participar en actividades recreativas y formativas en el sector privado, además de optar por el tipo de institución o residencias para mayores en el sector privado, recibir atención profesional. Asimismo, se destaca la importancia de sentirse resguardados ante la inseguridad social y la posible violencia en el ámbito familiar.

Elegir es una condición que se tiene cuando se cuenta con los ingresos y / o recursos suficientes para atender las distintas necesidades de salud física y emocional, así como de recreación y socialización. La siguiente narrativa señala la seguridad que da poseer el recurso económico al experimentar esta etapa de vida.

D: Definitivamente, sí marca la diferencia, pero yo soy persona que nunca me ha preocupado el dinero: igual me da tenerlo que no tenerlo. Sin embargo, este... ya teniendo familia, no es lo mismo, porque está uno expuesto a las enfermedades, y las enfermedades no perdonan; y si no perdonan a la persona, tampoco perdona el dinero [risa] Entonces, desgraciadamente, pues tenemos que tener algún ahorro para poder estar prevenidos para esa etapa. Creo que sí hay mucha diferencia, definitivamente; la persona que no tiene, o que tiene pocos recursos, este... vive con más miedo, más miedo porque no sabe de dónde obtener esos recursos, para, simplemente, para ir a una cita médica o para comprar sus medicamentos (Diego, 60 años, CDDIFB-MX).

El vivir con una pensión, para hombres y mujeres mayores, significa una seguridad económica, a la vez que una certidumbre, pues el ingreso se mantiene de manera constante a lo largo de la vida. Citlali comenta al respecto:

C: Claro, claro, hay gente de mi edad que todavía está trabajando y luchando, y no tiene una posición económica buena como para decir “ya voy a dejar el trabajo”. Sí, es muy diferente (Citlalli, 72 años, CRP-MX).

En la tabla 4.9 se da cuenta de las categorías de significado que surgen de las narrativas de hombres y mujeres acerca de su propio envejecer cuando se cuenta con recurso económico.

La estabilidad económica está presente sobre todo en el escenario CRP-MX. En los otros dos, hay casos que advierten sobre la estrechez económica que se puede vivir en esta etapa de la vida, así como de la importancia de tener propiedades y artículos que pueden ser activos valiosos para negociar condiciones sociales y materiales de vida dignas en la vejez.

Cuando se conoce la valoración de la economía en las personas mayores, se abre la posibilidad de describir la posición en la sociedad en que se colocan, e identificar las categorías que condicionan a este

TABLA 4.9 CATEGORÍAS DE SIGNIFICADO DE ENVEJECER CON RECURSO ECONÓMICO, MÉXICO (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Categorías de significado	Centro de día dif Bugambillas (cddifb-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
	H	M	H	M	oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
Necesidades básicas cubiertas	■	●		◆		●		■		■
Elección de servicios de salud privado	■	●	■	◆		■	■	■		
Actividades recreativas y formativas en lo privado	■	■		●			■			
Elección de servicios de salud pública	■	■		■						
Elección de institucionalización privada		■		●				■		
Reciben atención profesionalizante				●			■			
Sentirse resguardado ante la violencia e inseguridad		■		■						

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

posicionamiento, ya sea como hombre o mujer mayor inmersos en la OSC2-MX y OSC3-MX.

En la OSC2-MX, los significados mencionados por mujeres, al contar con recurso económico al tiempo de envejecer, son: cubrir sus necesidades básicas, contar con capacidad de elección, en caso necesario, al servicio de salud privado, además de tener la opción de decidir y elegir la institucionalización desde lo privado, cuyo fin es buscar disfrutar la última etapa de la vida.

La viñeta que se coloca a continuación describe la atención del cuerpo que envejece desde el significado de una mujer mayor.

H: Como ser humano, entender el deterioro físico de tu cuerpo y de tus funciones, pues, debe ser durísimo; sin embargo, definitivamente, cuando tienes recursos, tienes muchas más posibilidades de enfrentar la enfermedad (Heleanor, OSC2-MX).

Por otro lado, los significados y las categorías que construyen los varones del OSC2-MX tienen que ver con la elección de servicios de salud privados, además de la posibilidad de realizar actividades recreativas y formativas y recibir la atención profesional en caso necesario. Enseguida, se ilustra la elección de vivir a partir de los propios deterioros de la edad y la importancia del apoyo de profesionales que acompañen y abonen a su calidad de vida ante la presencia de malestares físicos.

E: Cuando estás enfermo, tú puedes consultar a todo tipo de profesionales para que te ayuden con tus deterioros, y puedes elegir dónde quieres vivir cuando tus limitaciones físicas van disminuyendo; sobre todo, vas aceptando lo que dicen los expertos y vas invirtiendo ahora en lo que necesita tu cuerpo y tu bienestar (Ernestino 62 años, OSC2-MX).

Los hombres de la OSC2-MX buscan emplear su tiempo de manera activa, es decir, realizar actividades desde sus intereses y limitaciones, que van desde poner en movimiento el cuerpo, la mente y las interacciones sociales en esta comunidad de la cual están buscando ser parte. El proceso que este grupo está experimentando, preparándose para vivir y disfrutar esta etapa de la vida, se enmarca con una serie de elementos físicos, laborales, sociales, económicos, familiares y en especial de convicción personal para vivir esta etapa de vida junto con otros.

En la OSC3-MX, se destacó que el recurso económico en esta etapa no lo es todo, ya que solo tiene que ver con la materialidad; en realidad, lo que para este grupo es relevante es que la buena vida es el trabajo

y el crecimiento personal en la vejez, y no únicamente enfocarse en la dimensión material que da tener el recurso económico al final de la vida.

M: Pues mira, hay muchas diferencias. En primer lugar, cuando tienes recursos, pues, puedes hacer todo lo que se te dé la gana, vestirse como quieras y comer todo lo que se te dé la gana. Como la vida está repartida de diferentes maneras, puedes ser muy afortunado o muy desafortunado, entonces los recursos no tienen nada que ver con una buena vida, solamente tienen que ver con las cosas físicas y materiales (Sabina, 66 años, OSC3-MX).

Uruguay

A partir de los datos demográficos de este país, el envejecimiento de la población se hace evidente día tras día. Los significados que se enuncian a continuación tienen relación con las categorías implicadas, el experimentarse como personas mayores cuando se tiene recurso económico. En la tabla 4.10 se exponen los códigos que muestran los hallazgos en este contexto sociocultural cuando se cuenta con una buena economía.

Para las mujeres que residen en los residenciales, en el contexto uruguayo, el contar con un ingreso y tener una estabilidad económica tuvo que ver con satisfacer sus necesidades básicas, lo que les brinda la tranquilidad que conlleva disfrutar su permanencia en este tipo de lugares. Las siguientes viñetas dan cuenta de la enunciación tocante a esta etapa de vida.

A: Es tranquilidad. Me entra tranquilidad porque sabes que ellos cuentan con esa mensualidad para comprar todo lo que es la comida y las empleadas que perciben un sueldo, entonces, ellos viven ajustados a veces (Ada, 84 años, RP2-UY).

F: Somos de las privilegiadas que tenemos jubilación y pensión, eso no quiere decir que estemos tirando manteca al techo, como

TABLA 4.10 CATEGORÍAS DE SIGNIFICADO DE ENVEJECER CON RECURSO ECONÓMICO, URUGUAY (CÓDIGOS QUE TRANSFORMAN)*

Categorías de significado	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organizaciones de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tranquilidad (satisfacer necesidades básicas)	■	■	■	●	■	■
Calidad de vida en vivienda	■	◆	■	■	■	■
Proveedores principales del hogar (logro de cambio cultural)	■	■	■	■	■	◆

* Diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

decimos nosotros, es que vivimos tranquilas sin esos apremios (Femenina, OSC, OSC2-UY).

En los tres centros diurnos se reconoció, desde las narrativas de las mujeres, contar con la calidad de vida en sus viviendas, ya que son propias y tienen los servicios necesarios, así como tener la apertura de apoyar a los miembros de la familia o recibir el apoyo de estos.

Otra de las enunciaciones es sobre con la forma en que las mujeres de las organizaciones civiles destacan el cambio de paradigma respecto a ya no concebir al hombre como proveedor, sino que ahora ellas salen del rol de sumisión que ocupaban en el hogar, en donde el proveedor tenía una jerarquía de poder. Las mujeres ahora tienen decisión y voto en los ambientes familiares, lo cual, para las entrevistadas de las osc, tiene un rol fundamental sobre el reconocimiento social de los cuidados que las mujeres han realizado dentro de las dinámicas familiares, y el ser proveedoras económicas abona elementos a estas propuestas de participación y reconocimiento social del género femenino.

L: Entonces, ahí se transforman los roles de la familia, ahí hay un trastocamiento de roles de la familia; porque siempre el proveedor

—si nos ponemos a pensar cuando el hombre era el proveedor y la mujer era la sumisa que se ocupaba del hogar—, siempre el proveedor tuvo un poder que le daba cierta jerarquía en todo lo que era la construcción del sistema familiar; por lo tanto, a la persona mayor eso le sirve, más allá de que se pueda quejar, ¿entiende? El rol de la mujer empieza a participar en la aportación del hogar (Leonela, OSC3-UY).

Para Lamas (2015), deconstruir el género implica dejar de aceptar lo que está establecido culturalmente, así como las formas de poder ya establecidas. Esta deconstrucción tiene que ver con el construir nuevas acciones que no dan continuidad a lo ya establecido y normado, sino que descolocan los roles masculinos desde la narrativa tradicional instalada con anterioridad.

España

Como parte de las categorías de significado presentes en el contexto actual, se refirieron las limitaciones para acceder a medicamentos no cubiertos por la seguridad social. Además de que, en caso de no contar con una red social que apoye ante la necesidad de cuidados, se tiene que buscar el ingreso a las residencias públicas. De acuerdo con lo narrado por varones como Ramón:

R: Nada, y claro, el índice de la vida, pues sube bastante mal, aparte de que introdujeron el copago en la medicina, por ejemplo, que entonces no existía, era totalmente gratuito, eh; introdujeron una serie de limitaciones a una serie de medicinas en no sé, estas son básicas, usted tiene derecho a que le receten esto, pero si necesita esto otro, lo paga por su cuenta. Y bueno, medicina la más corriente, solo accede quien puede (Ramón, 74 años, Trabensol-ES).

Ante la situación de crisis económica en la que vive el país, las personas mayores son quienes apoyan en la economía de los hijos, nietos, hermanos, conocidos y amigos. Esta característica la destaca una

TABLA 4.11 CATEGORÍAS DE SIGNIFICADO DE ENVEJECER CON RECURSO ECONÓMICO, ESPAÑA (CÓDIGOS QUE SE REPRODUCEN)*

Categorías de significado	Trabensol-es	
	Hombres	Mujeres
Limitaciones en acceso a medicamentos	◆	●
Ingreso a residencia pública	◆	●
Apoyo a la familia (hijos, hermanos, conocidos, pago de hipotecas a otros)	●	●
Comparten sus bienes con la familia (propiedades, vivienda, pensión)	●	●
Sube nivel de vida, pero no la pensión	●	

* Diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

empleada del lugar, sin dejar de mencionar que también se corroboró con las experiencias de hombres y mujeres entrevistados.

O: Claro, ya ahora mismo, por ejemplo, aquí en Trabensol, y bueno, es una... una realidad en todo el país, eh. Parte de los mayores sostiene con sus pensiones unidades familiares de hijos con nietos, hipotecas, pagarles a los hijos, y aquí en Trabensol hay personas que tienen que dar todos los meses, o quien les han dado casa a los hijos porque no tienen capacidad para comprar una vivienda (Olivia, directora, Trabensol-ES).

Hombres y mujeres cooperativistas comparten sus bienes con sus familiares y / o amistades. Se muestra en prácticas sociales, como prestar sus viviendas para que la familia no pague alquiler, apoyar económicamente para el abastecimiento de las necesidades básicas de sus descendientes, y también existen las ayudas en cuestiones de educación formal y el cuidado de los nietos.

Envejecer con fluidez económica ubica a las personas mayores con la capacidad de apoyar, por lo general, a su descendencia.

Envejecer sin recurso económico

México

El respaldo familiar es un factor importante cuando no se cuenta con la economía para abastecer con lo suficiente en esta etapa de la vida, o cuando el tiempo de ocio o descanso es necesario. A continuación, se muestra la narrativa de una mujer mayor que recibe ayuda de una de sus hijas:

A: Ay, pues yo, gracias a Dios, esa hija que vive con nosotros nos lleva a pasear, nos lleva a comer, así, fuera, nos ayuda mucho, en todo, es la que se encarga de nosotros (Aida, 74 años, CDDDIFB-MX).

En la tabla 4.12 puede observarse que los temas que resaltan las personas entrevistadas son: recibir apoyo de algún familiar (hijo, hija, yerno, nieta, nieto, hermano, hermana); tener que laborar en lo formal o informal; sentir una estabilidad por recibir una pensión o jubilación; vivir al día (concepción favorable); satisfacer las necesidades básicas; que, a pesar del poco recurso económico, nunca les falten alimentos a los mayores, sino a los miembros de la familia que viven con ellos; ante la falta de programas de gobierno, no contar con opciones de atención de salud en el ámbito privado; la falta de adherencia a los tratamientos médicos; no contemplar como opción el ingreso a residencias privadas para mayores; y la falta de la cultura del ahorro.

Cabe señalar que uno de los aspectos que favorecen, al no contar con recurso económico, es destacar que aprenden a vivir con lo que tienen, perciben una buena calidad de vida y no hay en apariencia desgaste emocional. Sin embargo, las condiciones objetivas de bienestar muestran con nitidez que las necesidades básicas no están del todo cubiertas, lo que pone en entredicho las posibilidades de una vejez y una vida dignas.

Ante la carencia económica que se puede experimentar en esta etapa de la vida, mujeres de la OSC2-MX destacaron que se satisfacen necesidades básicas, no se cuenta con la opción de salud para recibir atención de algún servicio privado, así como no tener una opción de

TABLA 4.12 CATEGORÍAS DE SIGNIFICADO DE ENVEJECER SIN RECURSO ECONÓMICO, MÉXICO (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Categorías de significado	Centro de día dif Bugambilias (c d d i f b-mx)		Conjunto residencial privado "70 y más" (c r p-mx)		Organizaciones de la sociedad civil					
	H	M	H	M	oscp am-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
Recibir apoyo para resolver problemas económicos (hijo, hija, yerno, nieto, nieta, herman@s)	●	◆		◆		●	■			●
Necesidad laboral (formal o informal)	■	●	■	■		■				
Estabilidad por recibir pensión o jubilación (no dan importancia al monto)	■	●	■	■		■	■			
Recibir atención de salud pública (IMSS, Seguro Popular, consultorios médicos)	■	●		■		■				
Vivir al día	■	●				■				
Satisfacer necesidades básicas (tienen lo necesario)	■	■		■		■		■		●
Nunca faltan alimentos para la familia	■	■				■				■
Insuficientes programas sociales de gobierno		■	■			■				
Sin opción en la atención de salud en lo privado		●				■		■		

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

TABLA 4.12 CATEGORÍAS DE SIGNIFICADO DE ENVEJECER SIN RECURSO ECONÓMICO, MÉXICO (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)* (CONTINUACIÓN)

Categorías de significado	Centro de día dif Bugambilias (cddifb)		Conjunto residencial privado "70 y más" (cr p)		Organizaciones de la sociedad civil					
					oscpam-mx		osc 2-mx		osc 3-mx	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Falta de adherencia terapéutica por falta de \$	■	■				■				
Alimentación poco saludable	■	■		■						
Sin opción a residencias privadas para mayores		■		●				■		
Aseguran que no es la felicidad el dinero		■				■				●
Mejor calidad de vida		■				■				
Sin cultura de ahorro (economía)		■				■				
Sin desgaste emocional (se vive con lo que se tiene)		■				■				●
Reciben apoyo de programa social de gobierno		■				■				●

* H: Hombres, M: Mujeres, diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

vivir en comunidad, o bien queda fuera la elección de una residencia para persona mayores. Sin embargo, la OSC2-MX busca generar estrategias económicas y sociales de beneficio para las personas en este contexto social. Las mujeres que se dedican a la comercialización de productos regionales contribuyen y promueven el desarrollo económico en esta dimensión, al abonar y beneficiar a la comunidad con sus actividades.

Desde las construcciones de los varones, se destacó que no importa el monto económico que se reciba con una pensión o jubilación, ya que es un ingreso seguro que ayuda a resolver las necesidades básicas cotidianas que se presentan cuando se es una persona mayor. Se menciona que, si no se cuenta con el recurso, el apoyo de familiares es necesario para resolver las propias dificultades en esta categoría. A continuación, se muestra el discurso de Ernestino, acerca de no contar con una base económica.

E: Yo creo que es igual que en todas las demás etapas de la vida. El dinero te ayuda a que las cosas sean un poco más fáciles, eh. La falta absoluta de dinero sí es un problema serio, eh, pero, si tienes... si tienes más falta de dinero, vas a tener que depender más de tus hijos y de tu familia y de otras cosas; vas a tener que ir adaptando a tus necesidades y consumo a lo que tienes (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

En este análisis realizado por género, se observa que las mujeres son quienes toleran mayores condiciones limitantes en sus recursos restringidos. En las mujeres de la OSC3-MX, su trayectoria familiar, social y laboral influyó en los recursos económicos de forma más restrictiva.

En la OSC3-MX, los factores que se mencionaron acerca del envejecer sin recurso económico, es el apoyo que proporciona tener redes sociales, las cuales son necesarias para la realización de actividades cotidianas; ya que, ante la falta de dinero, acuden y buscan recibir apoyo de los hijos y los miembros (familias) de la comunidad, además de recibir el apoyo de gobierno (\$2,550³ bimestrales del Programa para el Bienestar de los Adultos Mayores). Viven con lo que tienen, y aseguran que la felicidad no se las da el dinero, porque comparten el sentido de vivir tranquilas con lo que tienen. En este ambiente

3. Este monto lo recibían en 2019 de forma bimestral, cuando se realizó el encuentro de entrevistas con las personas mayores de este contexto. Cabe mencionar que el ajuste en la pensión fue en ese mismo año, y el monto actual que reciben bimestralmente, quienes pertenecen al programa denominado Pensión Bienestar, es de \$4,800 pesos. Para ser acreedor a este apoyo federal que se brinda en México, es necesario tener 65 años de edad. Véase <https://www.gob.mx/bienestar>

comunal, se destacó que nunca les faltará alimento para los miembros de la familia, porque, entre todos, cuando se les solicita, o ven la necesidad de apoyar, los integrantes de la comunidad se solidarizan para facilitar los insumos de alimento a los abuelos o abuelas que así lo requieran.

F: Yo me siento muy orgullosa de recibir esto [refiriéndose a su programa social de gobierno] además la bendigo, no sabes con qué gusto, a veces digo ¡ay!, lo beso [refiriéndose a su pensión] gracias señor, gracias esto me lo gané por haber simplemente tenido la dicha de tener más de 70 años, ¿verdad? (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Las abuelas de la OSC3-MX facilitan formas distintas de vivir la vejez. Bruner (2012), con relación a la cultura humana, propone que es una manera de transmitir instrucciones, de una generación a otra, sobre cómo deben ser los seres humanos, y es aquí donde las abuelas de la comunidad colocan significados y acciones que dan valía a ser una persona mayor en su comunidad. Estas valoraciones, sin duda, juegan un papel importante en la forma en que se envejece en comunidad, al dar valor a los consejos, la presencia y las decisiones de las personas mayores del lugar. Tener 52 años de edad abre la puerta para ingresar al mundo de vivir con crecimiento, plenitud, disfrute y satisfacción de ser una persona mayor.

Como bien lo mencionan Huenchuan y Guzmán (2006), contar con redes familiares activas es un elemento importante para reducir la incertidumbre económica y hacer frente, aunque sea parcialmente, a las múltiples necesidades de la vida, en especial cuando se envejece.

Uruguay

En este contexto, tener algún tipo de ingreso en esta etapa de vida se considera necesario, ya que es un capital material del que disponen las personas mayores y sus familias, además de que les da oportunidad a distintas fuentes de bienestar, asociadas con tener servicios de salud, alimentación, creatividad y servicios de cuidado.

Mujeres de los residenciales privados reconocieron que, ante la falta de ingreso y la carencia económica, no es posible cubrir la vivienda (refiriéndose a las necesidades básicas de la vida cotidiana). En este punto, los varones de los centros diurnos coinciden:

C: Si tiene una enfermedad y no tiene médicos, es muy difícil [...] Me preocupa, me entristece mucho, eso de que haya gente que no pueda acceder a cuidados, que por lo menos tengan poco el nivel de vida aceptable. No, no te digo es cosa de, contra lujosa ni nada de eso, nada, tener ahí, para llegar al final con poco de que estén bien (Cornelio, 80 Años, RP1-UY).

H: Y acá también es lo mismo, porque lo de las jubilaciones de... Solo mira la mía, me la quitan, tenemos que estar luchando para llegar al mes al mes (Hospicio, CD1-UY, La Paz).

Otras de las características presentes, ante la reproducción social de códigos que estereotipan, en lo relativo a la falta de recursos económicos, es que, para las mujeres de los centros diurnos y los residenciales, el traslado juega un papel importante cuando no se tiene la solvencia para hacerle frente, y, ante la falta de este, se limitan a quedarse en su hogar, o permanecer en la residencia, evitando salidas de cualquier tipo al exterior, ya que generan gastos que no pueden cubrir, como el uso de taxis, principalmente.

Cuando se carece de recurso económico, la recreación no puede incluirse en su vida cotidiana, indicaron las mujeres que asisten a los centros diurnos, así como las de ambos residenciales.

Las mujeres mayores de los centros diurnos y de los residenciales indicaron que, a pesar de que sus ingresos no son suficientes para cubrir necesidades de la vida cotidiana, no es posible que, tener acceso al Sistema Nacional de Cuidados, se cuente como un derecho.

Argumentaron que no debería aparecer la posibilidad de ejercerlo (el derecho), sino que fuera una realidad que no estuviera delimitada por los ingresos, a pesar de ser pocos, y los programas gubernamentales fueran también accesibles para toda la población y no estuvieran condicionados por factores limitantes. Batthyány (2007) señala que, al

final de la vida, las mujeres se ubican por debajo del sexo masculino respecto a los ingresos personales, y con ello a la posibilidad de contar con servicios de cuidado privados.

Las mujeres de las organizaciones civiles señalaron que, estar inmersas en esta etapa de vida, y no contar con ingresos personales, ha transformado sus experiencias y roles como mujeres mayores, ya que, cuando una persona decide abandonar el mercado laboral, comienza a recibir apoyos económicos del gobierno para compensar esta situación. Sin embargo, es importante destacar que el acceso a estos apoyos está sujeto a condiciones y requisitos establecidos por el Estado. Por otro lado, su rol se transforma en el ambiente familiar, en donde su aporte social va más allá de lo económico, ya que ahora es simbólico y no productivo.

Mujeres de los residenciales comentan que, ante la carencia de recurso económico, es imposible tener acceso a los servicios de cuidado que oferta el mercado, que en ocasiones son necesarios, además de que las dinámicas actuales de la familia no hacen frente a este tipo de requerimientos, debido a que sus miembros no son capaces de apoyar en su totalidad a sus padres en este ámbito.

RER: ¿Y crees que las personas mayores que viven carenciadas tengan una etapa de ser personas mayores distinta?

E: Pienso que sí, que no tienen... no tienen aporte por vivir en lugares carenciados, no tienen aporte para trasladarse; este... viven en otro... en otro contexto de que los hijos no tienen buenos trabajos, tampoco que el hijo, que no los pueden ayudar a sus padres (Enona, 75 años, CDP2-UY).

La combinación de ingresos bajos de hombres y mujeres mayores, junto con la falta de apoyo financiero y la situación económica de los hogares en que residen, revela que esta red de apoyo gubernamental no es suficiente para que puedan disfrutar a plenitud su etapa de vida. Las narrativas compartidas sobre las dificultades económicas en los entornos familiares refuerzan esta idea. La tabla 4.13 ilustra las enunciaciones de hombres y mujeres que experimentan esta etapa de la vida.

TABLA 4.13 CATEGORÍAS DE SIGNIFICADO DE ENVEJECER SIN RECURSO ECONÓMICO, URUGUAY (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Categorías de significado	Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy		Residenciales privados rp1-uy rp2-uy		Organizaciones de la sociedad civil osc 1-uy osc 2-uy osc 3-uy	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Incapacidad para cubrir sus necesidades de vivienda		■		◆		
Dificultad de traslado		●		●		
Apoyo gubernamental		●		●		
Dificultad para tener momentos recreativos		●		●	●	
Posibilidad de cuidado desde el Sistema Nacional de Cuidados		●				
Aporte social simbólico (no productivos)				●		●
Dificultad de acceso a cuidados que ofrece el mercado				●		

* Diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo. Las celdas en blanco significan que no hay datos. Los rangos varían en cada tabla por las frecuencias, de manera proporcional.

El recurso económico y los ingresos en esta etapa de la vida desempeñan un papel importante a nivel del impacto personal y familiar, tanto en los hombres como en las mujeres, en donde las narrativas destacan la incidencia sobre la vulnerabilidad, las posibilidades de acceder a los apoyos gubernamentales que abonan a su calidad de vida y bienestar.

El significado que coincide en las personas entrevistadas tuvo que ver con la disminución y la ausencia de ingresos al salir del empleo, así como con el apoyo protector del Estado ante esta circunstancia, ya que algunos mayores quedan más vulnerables que otros.

España

La jubilación tiene un papel relevante al vivir esta etapa de la vida, ya que, a partir del ingreso con que cuentan, los varones destacaron

que no hay pensión que alcance a resolver las necesidades familiares, debido a que, ante la falta de oportunidades para los jóvenes, el abuelo se vuelve el soporte económico. Al respecto, Abellán y colaboradores (2019) afirman que la crisis económica ha contribuido a que algunos jóvenes no tengan empleo, y a que las pensiones no alcancen para apoyar a la red familiar, por lo que hay personas que, debido a esta situación, continúan activos aún con 65 años. Este factor interfiere para una jubilación al llegar a la edad que se establece para validar sus derechos, además del alargamiento de la esperanza de vida. En la viñeta que se presenta a continuación, se visibiliza cómo la crisis económica impacta de forma inmediata el vivirse como personas mayores. Ramón destaca:

R: Viene una crisis económica muy importante que nos afecta a muchos, a todo el pueblo español, creo que en Europa también, pero a unos nos afecta más que a otros. ¿Qué ocurre? Que ahora la reversión está en que se han quedado sin trabajo muchos jóvenes, muchos matrimonios, y se vuelven a llevar al abuelo, al padre, se lo vuelven a llevar a casa porque ellos no tienen otros ingresos que la jubilación del abuelo; o sea, se está revirtiendo en ese aspecto, de tal forma que hay ahora muchas residencias, que hay muchas necesidades, pero que no se cubren porque están sacando a los abuelos de la residencia para que les ayuden económicamente, porque ellos no tienen otros ingresos, y ese es el problema que tenemos actualmente en España (Ramón, 74 años, Trabensol-ES).

Cuando no se cuenta con el capital económico necesario para elegir este tipo de proyectos y apuestas, las personas mayores no tienen oportunidad de vivir esta etapa de su vida en comunidad, destacaron hombres y mujeres de esta cooperativa.

V: Unos amigos, entonces vinieron, estuvieron un fin de semana, de esto de convivencia que tuvimos, y la señora, muy maja, ella es italiana, además, pero, vamos, lleva años en Venezuela, muchísimo, y dice: “No he conocido un grupo... No he conocido un grupo que

TABLA 4.14 CATEGORÍAS DE SIGNIFICADO DE ENVEJECER SIN RECURSO ECONÓMICO, ESPAÑA (CÓDIGOS QUE REPRODUCEN)*

Categorías de significado	Trabensol-es	
	Hombres	Mujeres
Falta de oportunidades laborales para los jóvenes, y el abuelo se vuelve soporte económico	◆	■
Pocas apuestas innovadoras y consolidadas como Trabensol	●	●
Sin elección a elegir opciones de este tipo	●	■

* Diamante: rango alto, círculo: rango intermedio, cuadrado: rango bajo.

me haya dado tan buena impresión como este, de todos los que he estado, en toda mi vida, en todo sitio”; o sea que sí, que se transmite un poco de esa, y ellos estaban encantados y de por sí, no pudieron quedarse por las situaciones económicas de Venezuela, ya sabes cómo está el tema ese, y el no poder con esto (Vicente, 80 años, Trabensol-ES).

Otra de las enunciaciones realizadas por los varones, tuvo que ver cuando no se cuenta con un ingreso constante en esta etapa de la vida, ya sea una jubilación, un ahorro que haga frente a las demandas actuales de su vida.

Las categorías de significado de vivirse como personas mayores ante la ausencia o limitación de recurso económico en esta etapa de su vida, se muestran en la tabla 4.14.

La posición económica de las personas mayores, en opinión de Abellán y colaboradores (2019), ha mejorado relativamente en los años que se hizo presente la crisis económica, y destaca que su proporción de pobreza se encuentra en un 14.8% hasta 2017, porcentaje inferior al resto de los españoles. Este estudio señala que el umbral se sitúa en el 60% de la media de los ingresos por unidades de consumo en el hogar. Las personas mayores, en este contexto, han evitado lo negativo de la crisis económica iniciada en 2008. Retomando este panorama y realidad social, es aquí donde los cooperativistas dimensionan las implicaciones que tiene el vivir sin el recurso necesario para elegir opciones de vida de este tipo. Por ello, es relevante el aporte de

Oddone y Chernoblisky (2019), quienes destacan el análisis de la dimensión socioeconómica para la comprensión integral de la vejez y los modos de envejecer.

CONCLUSIONES

Los significados que atraviesan y abonan a las estrategias de transformación al vivir esta etapa de vida en los tres países, coinciden en el papel del aspecto relacional: tomar en cuenta el envejecer junto con otros, más allá de vivirse como personas mayores desde lo individual.

Al hablar de significados al envejecer, y experimentarlos como hombres o mujeres, se presentaron las descripciones facilitadas en los casos estudiados en México y Uruguay. En el primero, los códigos que se reproducen en hombres mayores no institucionalizados tuvieron relación con la dependencia en el ámbito doméstico; el debilitamiento del rol masculino como proveedor de ingresos y recursos; la ausencia de pareja; y los sentimientos de soledad. Por otra parte, en Uruguay, se enfocaron en cuestiones laborales y emocionales. Asimismo, en el caso mexicano, los códigos que transforman son con respecto a la aceptación de las limitaciones, contar con un sentido de vida, la asunción del retiro laboral, el ser proveedor de cuidados, el respeto a la figura masculina, la inclusión familiar y la presencia de prácticas de cuidado. En el contexto uruguayo, tuvo que ver con el percibirse como productivos laboralmente, capaces de expresar afectos y sentirse valorados.

En la construcción de significados de las mujeres mayores no institucionalizadas, como parte de los códigos que reproducen estereotipos para el caso de México, destacaron: la sobrecarga de cuidados en la familia; el abandono familiar; la sobrecarga doméstica; y el deterioro físico y de la imagen corporal. En Uruguay, se enunció como debilidad el no sentirse productivas, por no formar, o no haber contado a lo largo de su vida con oportunidad laborales desde lo formal. Ante la ruptura de las configuraciones de significado establecidas en ambos países, que suman a las transformaciones de significados como personas mayores, en México se destacó el establecer límites al ser proveedores de cuidados (principalmente dirigido a los nietos); en

tanto que, para el caso de Uruguay, estuvo asociado con la actividad enfocada a la capacidad de combinar el trabajo, el estudio y la casa a lo largo de su vida.

Otro de los factores que suman a la calidad de vida de este grupo etario es lo que tiene que ver con el envejecer con recursos limitados o amplios, ya que las dinámicas, dentro o fuera de los hogares, dan cuenta de la vida cotidiana de los hombres y las mujeres participantes en los casos analizados en México, Uruguay y España.

En el caso mexicano, la familia es un soporte importante para hacer frente a las necesidades básicas y a disminuir la incertidumbre económica cuando se envejece sin recurso económico. En Uruguay, se resaltó que las personas mayores combinan los ingresos con la familia para resolver situaciones cotidianas relacionadas con la vivienda, además de que, tanto hombres como mujeres, hacen explícita la limitación ante la posibilidad de no contar con recursos para resolver las necesidades de cuidado y no cumplir los requisitos para estar inscritos a los servicios de cuidado del Estado. En el caso español, las personas mayores son el soporte económico de las familias, y la opción de vivir en una cooperativa se limita por brindar este apoyo.

Envejecer con recurso económico en México permitió a los mayores experimentar independencia en la toma de decisiones ante las distintas demandas de su vida cotidiana. En Uruguay, para las mujeres institucionalizadas, tener una pensión, así como la estabilidad económica para satisfacer sus necesidades básicas, ayuda a tener tranquilidad y disfrutar la vida. Asimismo, la experiencia de vivirse como autónomas en el rubro económico, las hace experimentarse libres y con mayor control de sus vidas. Por último, en España, ante la crisis económica que atraviesa el país, las y los cooperativistas apoyan la economía de sus familiares, hijas e hijos, nietas y nietos, y destacan con orgullo no ser una carga, en términos económicos, para su descendencia.

REFERENCIAS

- Abellán, A., Aceituno, P., Díaz, J., Fariñas, D., Ayala, A., y Pujol, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, (22). Madrid: Departamento de Población.
- Angrosino, M. (2014). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Batthyány, K. (2007). Articulación entre vida laboral y vida familiar. Las prácticas de cuidado infantil de trabajadoras asalariadas de Montevideo. En M.A. Gutiérrez (Coord.), *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*. Buenos Aires: CLACSO.
- Berger, P., y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Color Efe.
- Bruner, J. (1990). Culture and human development: A new look. *Human Development*, 33(6), 344-355.
- Bruner, J. (2012). *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Buenos Aires: Gedisa.
- Enríquez, R. (2019). Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas. En M. Maldonado, R. Enríquez y E. Camacho (Coord.), *Vejez y envejecimiento. Una aproximación interdisciplinaria* (pp. 119-148). Tlaquepaque: ITESO.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Graham, G. (2014). *Análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa* (colección Investigación cualitativa). Madrid: Morata.
- Guzmán, J.M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CELAC. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/serie28.pdf>
- Huenchuan, S., y Guzmán, J. (2006). *Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para las políticas*. Santiago de Chile: CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12824/np83099125_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Lamas, M. (2015). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Bonilla Artigas Editores/Centro de Investigaciones y Estudios de Género-UNAM.
- Oddone, J., y Chernobilsky, L. (2019). Representaciones sociales de los mayores sobre los programas sociales en la ciudad de Buenos Aires. *Iluminuras*, 20(49), 122-139. <https://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/viewFile/93290/52846>
- Villarreal, M. (2014). A tiros y tirones: las economías de los adultos mayores. En R. Enríquez y M. Villarreal (Coord.), *Los retos de la política pública ante el envejecimiento en México* (pp. 97-111). México: CIESAS/Indesos/ITESO.

Percepción de salud, emociones y bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de México y Uruguay

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO
EVERARDO CAMACHO GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN

Es relevante estudiar la percepción de las emociones, la salud y los hábitos salutógenos de las personas mayores y su relación con el bienestar psicológico, ya que ello posibilita generar alternativas para promover un envejecimiento activo y con calidad de vida. El objetivo de este capítulo es analizar la percepción de las emociones, la salud y los hábitos salutógenos respecto al bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de México y Uruguay.

Los datos se obtuvieron a partir de 55 entrevistas semiestructuradas a personas mayores de México (n=36) y Uruguay (n=19). La metodología fue cuantitativa y cualitativa, con un enfoque interpretativo, y estuvo centrada en la etnografía de corte transversal-fenomenológico (Álvarez-Gayou, 2009; Hernández et al., 2014). Para la interpretación de los datos, se establecieron *a priori* un conjunto de unidades de análisis en dos rubros: salud y emociones percibidas y, sobre la base de las categorías desarrolladas en estos dos campos, se reportan porcentajes de respuestas y viñetas. Entre México y Uruguay no se observaron diferencias en las enfermedades crónicas degenerativas y los hábitos salutógenos, siendo la hipertensión la enfermedad más presente. En lo que toca a la institucionalización, las personas mayores uruguayas se institucionalizan, principalmente, cuando tienen problemas de dependencia física o mental, a diferencia de México, en donde las razones son diversas, desde la voluntad propia de las personas para no vivir

solas, hasta las razones familiares o de salud. Lo anterior determina algunas diferencias de ambos países en la percepción de las emociones.

Sobre la percepción de las emociones, es la familia quien, en lo primordial, genera alegría / felicidad, tristeza, ira / enojo y asombro a las personas mayores mexicanas estudiadas, es decir, en casi todas las emociones básicas; solo en el miedo, la familia no es una fuente que genere esta emoción. Los mexicanos no institucionalizados muestran emocionalidad intensa y vinculada a la familia, con poco desarrollo de la conciencia de sus emociones en el plano personal y social; en tanto, los institucionalizados reflejan mayor conciencia y manejo de sus emociones a nivel personal y social.

Respecto a las personas mayores en Uruguay, la familia influye en especial en la alegría / felicidad y tristeza, mientras que el asombro solo surge en la población institucionalizada. Los ancianos institucionalizados y no institucionalizados de este país manifiestan poca intensidad en la expresión de sus emociones, con menor peso en la familia y mayor en el plano personal y social.

De esta forma, se concluye que, como diferencia cultural, las personas mayores mexicanas tienen una emocionalidad más expresiva y vinculada a la familia que las uruguayas. Será importante considerar estos factores cuando se diseñen programas de educación emocional y autocuidado para mejorar su bienestar.

Palabras clave: *envejecimiento, bienestar psicológico, salud, emociones, cuidado.*

El incremento de la población envejecida en América Latina ha sido vertiginoso, y México y Uruguay no son la excepción (Inegi, 2017; Paredes et al., 2012). Es importante considerar que entre México y Uruguay existen diferencias sociodemográficas y culturales significativas, las cuales se manifiestan en los grupos sociales estudiados. A nivel demográfico, en México, en 2018, la población era de unos 125 millones de habitantes, siendo el 12.3% personas mayores de 60 años o más (Inegi, 2019, p.1). Se estima que para 2050, habrá treinta millones de personas mayores de 60 años, que representarán el 21.5% de los mexicanos (Inegi, 2017).

En lo que respecta a Uruguay, se estimó que, en 2016, había 3'480,222 habitantes (Mides, 2017). Datos recientes, indican que las personas mayores de 60 años constituyen el 19.1% de la población total (Paredes, 2017).

Este cambio en la pirámide poblacional en ambos países tendrá un impacto en la economía, las dinámicas familiares, la salud y los factores relacionados con el bienestar en general de la población de personas mayores.

Por otra parte, se ha observado un incremento en la esperanza de vida debido al éxito de la medicina, ya que, por un lado, se ha encontrado la cura de un amplio número de enfermedades infecciosas, pero, a la vez, se han incrementado las enfermedades crónicas degenerativas en este grupo etario. En la actualidad, en ambos países hay un incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (Inegi, 2018). Entre las tres principales causas de muerte de las personas mayores en México, de 65 o más años de edad en ambos géneros, son enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos (Inegi, 2018). En Uruguay, en 2010, el 84% de las defunciones de la población por enfermedades del sistema circulatorio se dio en personas mayores, en el caso de neoplasias; si bien la proporción de personas mayores fallecidas fue menor, explica el 72% de las muertes por dicha causa. En las enfermedades del sistema respiratorio, el 71% de los fallecidos eran personas mayores (Palma et al., 2015).

Un aspecto relevante a considerar en ambos países es la visión gubernamental con respecto a las personas mayores. En Uruguay, existen varias instituciones que atienden:

la temática de la vejez, articulando, dirigiendo, diseñando o ejecutando políticas públicas. Del entramado institucional se destacan tres que tienen presencia a nivel nacional: el Banco de Previsión Social (BPS) o Instituto de Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Desarrollo Social (Mides). Este último, creación en el período de gobierno (2005-2009) en tanto

las otras dos instituciones llevan más de medio siglo de historia en el país (Paredes et al., 2012, p.75).

En México, desde al menos ocho décadas, se cuenta con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), sin embargo, ambas instituciones ofertan servicios de salud gratuitos solo a las personas que laboran en el sistema formal (Ordóñez-Barba, 2009).

Para quienes trabajan en la informalidad, donde hay un amplio número de personas mayores, a principios de 2020 comenzó a funcionar el Instituto de Salud y Bienestar, cuyo objetivo es dar servicio de salud a toda la población (Secretaría de Salud, 2020).

Los sistemas sociales de atención a las personas mayores difieren en ambos países, lo cual se debe a sus particularidades. En Uruguay, a través del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), existen programas de atención a las personas mayores, de salud, vivienda y economía, donde prácticamente el 100% de estas tiene acceso (Mides, 2017). Si bien en México está cubierta la atención a la salud, no lo está para toda la población en lo referente a la vivienda y la economía, ya que, de igual forma, el apoyo se da a través del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit), fundado en 1972, solo para quienes están en el sistema laboral formal (Ordóñez-Barba, 2009).

En México, a nivel estatal está el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que ha implementado un conjunto de centros de desarrollo comunitario (CDC) para acercar los servicios a la comunidad en general, además de brindar atención necesaria a la población más vulnerable. Su objetivo es la mejora en la calidad de vida de la sociedad, así como el desarrollo integral de aquellas personas a través de diversas actividades recreativas, educativas y de salud. Los centros de desarrollo comunitario están distribuidos para que abarquen todas las colonias del municipio de Guadalajara. En la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG) hay 29 centros, del CDC 1 al CDC 27, además del Centro Tapatío de Atención para el Adulto Mayor y el Centro para el Desarrollo Integral del Adulto Mayor, este último, el primero en Latinoamérica desde hace más de tres décadas. El único requisito para asistir a estos centros es tener 60 años o más (DIF Guadalajara, 2020).

En Uruguay, el Sistema Nacional Integral de Cuidados (SNIC) ofrece centros de día desde 2018, cuyo objetivo es brindar cuidados integrales para promover la autonomía y retrasar la institucionalización de personas de más de 65 años con alguna dependencia, leve o moderada, y que residan en sus domicilios. La atención de estos centros es provista por organizaciones civiles apoyadas por el SNIC. El modelo de los centros de día es flexible y se adapta a las condiciones de cada lugar. Los requisitos mínimos para operar un centro diurno es contar con un coordinador, un tallerista, un psicólogo, un auxiliar de servicios y un cuidador por cada ocho usuarios. De igual forma, deben tener cobertura de emergencia médica y proporcionar una colación al día a sus usuarios (Aranco y Sorio, 2019).

En ambos países, existe una amplia oferta de instituciones asilares, o de larga estadía, sobre todo privadas, en las que las personas mayores residen de tiempo completo; se ofertan para los diferentes sectores socioeconómicos de ambos países, por lo que hay un amplio rango en su costo.

Las instituciones asilares (institucionalizados) en México, en particular en la ZMG, son de carácter privado (con fines de lucro) y solo dos pertenecen al gobierno del estado (sin fines de lucro). En 2017, se tenían registradas 177 instituciones asilares (*El Informador*, 2017).

En Uruguay, los servicios de cuidado de larga estadía para personas mayores se clasifican en tres categorías: 1) residencias privadas con fines de lucro; 2) residencias públicas y privadas sin fines de lucro; y 3) servicios de inserción familiar —este último, hogares privados que acogen a una persona mayor a cambio de una remuneración. Con base en los datos del Sistema de Información sobre la Vejez y Envejecimiento del Inmayores (Palma et al., 2015), hay 1,124 instituciones de larga estadía en todo el país (920 residenciales privados, 77 hogares sin fines de lucro y 56 de inserción familiar) y 71 establecimientos que, por sus características, no entran en ninguna de las tres categorías antes mencionadas. En conjunto, albergan a 14 mil personas mayores, esto es, el 3% de este grupo etario de Uruguay (Palma et al., 2015). El 70% de esta población son mujeres que superan los 80 años (Inmayores-SIVE, 2018). En lo que toca al sector público, está el hospital geriátrico Dr. Luis Piñeiro del Campo, con servicios de larga estadía a personas

mayores de 65 años, con dependencia física y mental moderada o severa, y en situación económica precaria. Hay cuatro áreas: 1) alta dependencia y cuidados paliativos; 2) semidependientes; 3) psicogeriatría; y 4) enfermedad de Alzheimer y otras demencias graves. Además, se cuenta con siete hogares de ancianos, distribuidos en el resto del país, y nueve centros de cuidado para personas mayores dependientes en situación de calle (Inmayores-SIVE, 2018).

Muchos de los programas sociales que tienen como objetivo satisfacer las necesidades de las personas mayores, se construyen desde la visión de lo que los funcionarios / responsables piensan sobre las condiciones de la persona mayor, y no desde la percepción subjetiva de esta. Por tanto, es importante dar voz y escuchar (en vista de que voz tienen, pero no se les escucha, o se facilitan los espacios de interlocución) a las personas mayores, para que sean quienes definan sus propias necesidades, emociones y creencias en esta etapa de vida.

Con base en este contexto diferenciado, el objetivo del presente estudio es analizar y comparar las semejanzas y diferencias entre dos grupos de personas mayores de Uruguay (institucionalizadas y no institucionalizadas) y dos grupos igualmente de personas mayores de México (institucionalizados y no institucionalizados), respecto a su autopercepción de estado de salud, hábitos salutógenos, emociones y relación con el bienestar psicológico. De forma que, la pregunta de investigación, es:

¿Ante condiciones socioculturales y materiales distintas entre las personas mayores de ambos países, encontraremos formas diversas de manifestar sus emociones que se relacionan con su bienestar psicológico?

Esta información permitirá identificar áreas de oportunidad en pro del mejoramiento en la calidad de vida de las personas mayores de ambos países.

PERSPECTIVA TEÓRICA

Bienestar psicológico

El concepto de bienestar psicológico se enmarca en el de calidad de vida, el cual se define:

en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así cómo en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (OMS Quality of Life Assessment Group, 1996, p.385).

La calidad de vida es un estado de satisfacción general, basado en la realización de las potencialidades de la persona, con aspectos objetivos y subjetivos. Lo objetivo es el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud. Lo subjetivo es una percepción individual de bienestar físico, psicológico y social en general (Waterman, 1993; Watanabe, 2014).

Cuando se habla del factor subjetivo de la calidad de vida, deben considerarse dos enfoques conceptuales: el primero, llamado *bienestar subjetivo*, que tiene una perspectiva hedonista y se centra en el grado que se han tenido experiencias placenteras; el segundo, el *bienestar psicológico*, enfocado en el estudio del crecimiento personal, el propósito de vida y la autorrealización (Freire y Ferradás, 2016).

El modelo teórico de bienestar psicológico de Carol Ryff (1989) se sustenta en la literatura del desarrollo, la psicología clínica, existencial y humanista, y, entre sus principales teóricos podemos enumerar a Allport, Erikson, Bühler, Frankl, Jahoda, Jung, Maslow, Neugarten y Rogers, por mencionar algunos. Este modelo, además de una fundamentación teórica sólida, también está acompañado de evaluaciones psicométricas extensivas, de ahí su fortaleza (Ryff y Singer, 2008; García-Alandete, 2014; Ryff, 2017). Las dimensiones del modelo son:

- Auto-aceptación (autoevaluaciones positivas y de la propia vida pasada). Nos lleva a un sentimiento de autoestima porque está determinado por la conciencia y la aceptación de nuestras fortalezas y debilidades.
- Relaciones positivas (interpersonales de calidad). Se refiere a tener fuertes sentimientos de empatía y afecto por los seres humanos, la capacidad de amistad y cercanía con los demás.
- Autonomía (sentido de autodeterminación). Este concepto es una síntesis de diversas perspectivas teóricas, donde se enfatiza la independencia, la propia auto-determinación y un foco de control interno.
- Dominio del entorno (capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante). Es la habilidad de seleccionar o crear ambientes para nuestras necesidades psíquicas, que favorezcan nuestra salud mental.
- Crecimiento personal (sentido de crecimiento y desarrollo como persona). Nuestro bienestar se basa en nuestra propia realización y alcanzar nuestro potencial personal. Esta dimensión es quizás la más cercana al concepto de eudonómico que menciona Aristóteles y Maslow.
- Propósito en la vida (creencia de que la propia vida es útil y tiene un sentido). Tener un propósito en la vida es parte de la salud mental, es ser creativo, contar con metas y encontrar un sentido ante situaciones adversas.

El modelo de bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989) es el de mayor aceptación conceptual y empírica. Entre las variables más estudiadas relacionadas con este modelo está la edad, donde se ha observado que, conforme se envejece, las respuestas emocionales son más flexibles, maduras y efectivas, lo que sugiere que las personas mayores muestran más capacidad para regular sus emociones. Lo anterior tiene que ver con la teoría de la selectividad emocional, que menciona que las personas mayores regulan sus emociones de manera preventiva, dado que están centradas más en el presente y no en el futuro, por ende, buscan la obtención del bienestar. Como puede observarse, la

regulación de las emociones está muy relacionada con el bienestar psicológico (Freire y Ferradás, 2016).

Concepto de emoción

Ante el estudio de las emociones, lo primero que debe responderse es: ¿qué son las emociones? Estas pueden ser explicadas desde diversos marcos teóricos, por ejemplo, para el enfoque psicobiológico, son procesos neuropsicológicos específicos a lo largo de la evolución de las especies, su función es registrar estímulos ambientales con el fin de preparar al organismo para la acción. Desde la perspectiva evolucionista, las emociones son fuente vital de información sobre nosotros mismos, el medio y los otros, resultando valiosas para el comportamiento adaptativo al mundo social (Flores et al., 2017). En síntesis, Piqueras et al. (2009) mencionan que las emociones son patrones personales asociados a factores fisiológicos, experiencias cognitivas-subjetivas y un substrato neuroanatómico. Estos autores mencionan que el miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las llamadas emociones básicas. Si bien las emociones son multidimensionales, se reconocen tres tipos de respuestas: cognitivo / subjetivo, conductual / expresivo y fisiológico / adaptativo. Con base en lo anterior, el objetivo de la emoción es de adaptación al ambiente, sin desligarse de la cultura, y su efecto puede ser positivo o problemático, según lo adecuado de la respuesta.

Las emociones se han clasificado en dos grandes categorías: positivas (alegría y sorpresa) y negativas (tristeza, miedo, ira y asco), y todas se relacionan con un contexto cultural significativo para la persona (Piqueras et al., 2009; Avíncula, 2018). Si se retoma la idea de que las emociones sirven para la adaptación al ambiente, tienen una función que les confiere utilidad a la persona; de manera que hay una correspondencia entre la emoción y su función: miedo-protección; ira-destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo y sorpresa-exploración (Chóliz, 2005; Piqueras et al., 2009). Algunos autores sugieren tres funciones básicas de las emociones: adaptativa, social y motivacional (Reeve, 2005; Piqueras et al., 2009; Avíncula, 2018).

Función adaptativa

Es la que prepara al organismo para ejecutar de forma eficaz la conducta exigida por las condiciones ambientales, utilizando la energía necesaria para lograr un objetivo determinado.

Función social

Depende del tipo de emoción que se manifieste; por ejemplo, la alegría favorece vínculos sociales, mientras que la ira genera respuestas de evitación y / o confrontación.

Función motivacional

Sus características principales son: dirección e intensidad, proveer energía a esa conducta motivada; por ejemplo, la ira facilita las reacciones defensivas, mientras que la alegría la atracción interpersonal.

Otro aspecto de las emociones es su regulación, es decir, pueden ser reguladas y modificar lo que se siente, lo que permite identificar aquello relevante de lo que no lo es y, así, hay menos desgaste de energía. La regulación emocional está condicionada en gran medida por factores culturales, en dos formas: re-evaluación cognitiva y supresión. La primera, consiste en realizar cambios en el impacto de la emoción mediante un cambio en la percepción de la situación, mientras que la supresión de la emoción simplemente inhibe la respuesta emocional (Gross, 2014). En el proceso de regulación, existen cuatro tipos: 1) selección o modificación de la situación: que busca evitar o modificar la situación; 2) modificación de la atención, es decir, enfoca la atención en otra actividad que cambie el estado emocional; 3) modificación de la evaluación: busca cambiar la interpretación de los elementos o la situación; y 4) supresión de la expresividad: simplemente modula la respuesta emocional, por ejemplo, sonriendo cuando la respuesta emocional adecuada es el llanto.

La regulación de las emociones plantea otras posibles preguntas que tendrán que responderse, por ejemplo, ¿qué es lo que motiva

a la persona en el momento de activar la regulación emocional? y ¿qué estrategia se emplea en la regulación emocional? Danner et al. (2001) estudiaron a 180 monjas estadounidenses cuando tenían 22 años, analizando sus emociones positivas y negativas, y hallaron una relación con la longevidad: el 90% con predominio de emociones positivas seguía con vida a los 85 años, contra solo el 34% con menores emociones positivas.

Existen estudios donde se evidencia la relación de las emociones, ya sea con el bienestar psicológico o estados de salud en general. Las emociones se relacionan con dimensiones del bienestar psicológico en poblaciones adultas, ya que, si la regulación de la emoción es cognitiva, se genera un mejor manejo del ambiente, mayor auto-aceptación, mejor autoestima, crecimiento personal, satisfacción, propósito en la vida, relaciones interpersonales positivas, compromiso social y un desarrollo emocional adecuado en general. Sin embargo, quienes usan la supresión, se asocia negativamente con la baja auto-aceptación y satisfacción con la vida, menor autoestima y menor bienestar (Pérez y Guerra, 2014).

Las emociones, así como se vinculan con el bienestar psicológico, también con la salud física y mental. Pert (2012) enfatiza que toda emoción tiene un reflejo bioquímico en el cuerpo. A través de varios estudios, se ha comprobado que las enfermedades crónico degenerativas, como artritis, hipertensión, fibromialgia, intensificación de los índices cardíacos y cáncer, tienen que ver con la supresión de las emociones. También se ha observado que las personas que inhiben sus emociones negativas, experimentan síntomas depresivos, y son menores sus emociones positivas. Por otro lado, las personas que emplean la re-evaluación cognitiva viven más emociones positivas y menos negativas, por ende, menores estados depresivos (Garrido-Rojas, 2006; Fiorentino et al., 2005). Ahora bien, las enfermedades pueden mejorar si, además del manejo de re-evaluación cognitiva, se promueve el bienestar psicológico en todas sus dimensiones (Ryff y Singer, 2008; Pérez y Guerra, 2014). Por ejemplo, personas de este grupo etario, con altos niveles de propósito en la vida, reducen de manera significativa el riesgo de sufrir un infarto, mejoran su calidad de sueño y mantienen

conducta para mejorar su salud, como cuidar sus niveles de colesterol, entre otros aspectos (Ryff, 2017). Finalmente, se ha observado que este grupo etario regula sus emociones de manera preventiva y elige sus actividades y vínculos para mantener relaciones positivas y evitar las negativas, aunque no todas las personas tienen estas capacidades (Florentina, 2012).

MÉTODO

Tipo de estudio y metodología empleada

La metodología de la presente investigación fue mixta. Primero, se definieron las unidades de análisis de los ejes de salud y percepción de las emociones (tabla 5.1). El énfasis del análisis cualitativo se centró en las respuestas de los participantes a las diversas unidades de observación. El enfoque interpretativo fue etnográfico de corte transversal-fenomenológico (Álvarez-Gayou, 2009; Hernández et al., 2014). Se incluyó un elemento cuantitativo para mostrar la frecuencia y los porcentajes de las respuestas en los grupos estudiados. En la tabla 5.1 se presentan las unidades de análisis para el eje de salud y percepción de las emociones.

Participantes

Se entrevistó a 55 personas mayores en total, tanto de Uruguay (n=19) como de México (n=36). Las personas mayores entrevistadas en Uruguay se subdividen en aquellas que viven en dos residenciales privados para ancianos de larga estadía (institucionalizados) (RP1-UY, n=6 y RP2-UY, n=9) y personas que asisten a un centro diurno público (no institucionalizado) (CDP2-UY, n=4), donde realizan actividades como manualidades, cultivos y juegos de mesa, entre otras. Con respecto a México, las personas mayores entrevistadas están subdivididas en institucionalizadas (conjunto residencial privado “70 y más”, n=16) (CPR-MX) y no institucionalizadas (centro de día DIF Bugambillas, n=19) (CDDIFB-MX), además de quienes asisten a una organización

TABLA 5.1 UNIDADES DE ANÁLISIS PARA EL EJE DE SALUD Y PERCEPCIÓN DE LAS EMOCIONES

Código	Subcódigo	Sub-sub código	Definición del código
Percepción de salud			
Enfermedades crónicas que padece	Se refiere a las categorías que mencionan sus enfermedades crónicas	Las unidades de análisis son las diversas (frases) enfermedades	La valoración son el listado de enfermedades crónico degenerativas que padecen: 1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Obesidad 4. Cáncer 5. Artritis 6. Visión 7. Audición
Hábitos salutogénos	Son las categorías que reflejan aquellas conductas en pro de su salud	Las unidades de análisis deben reflejar hábitos y conductas que explicitan en pro de su salud	La valoración es la explicitación de conducta en pro de sus hábitos saludables en sueño, alimentación y ejercicio físico: 1. Actividad física 2. Alimentación 3. Calidad y cantidad de sueño
Percepción de salud			
Experiencias de vida que generan diversas emociones	Se refiere a las categorías que describen los sucesos que generan diversas emociones	Las unidades de análisis son los sucesos que provocan emociones específicas de alegría, sorpresa, tristeza, enojo y miedo	Es la valoración de las emociones de alegría, asombro, tristeza, enojo, y miedo Las causas de cada emoción se definieron en: 1. Familiares 2. Económicas 3. Sociales 4. Personales 5. De salud 6. Religiosas

de la sociedad civil (OSC) con predominio de población adulta mayor (no institucionalizados) (OSCPAM-MX, n=1). Además de transcribir las viñetas de los participantes, se realizaron tablas cuantitativas para conocer las frecuencias y los porcentajes de las respuestas de los cuatro grupos de personas mayores.

TABLA 5.2 NÚMERO DE PARTICIPANTES POR PAÍS Y GRUPO

País	Grupo	Muestra
México	Institucionalizados	n=16
	No institucionalizados	n=20
Uruguay	Institucionalizados	n=15
	No institucionalizados	n=4
	Total	n=55

Escenarios de estudio

En Uruguay, los residenciales privados para ancianos de larga estadía (institucionalizados) son centros sociosanitarios en donde se ofrece atención integral y servicios personales. Sus objetivos son proporcionar cuidados básicos personales y asistencia en actividades esenciales de la vida, en un entorno seguro y protegido, con atención de enfermería, medicación, supervisión para personas adultas mayores que ya no pueden vivir en su hogar, solos o con su familia (Meliton, 2017).

En México, existe un rango amplio sobre la calidad de los asilos (instituciones de larga estadía), desde los gratuitos, como es el caso del Asilo del Padre Bernal, que trabaja con personas mayores indigentes, y aquellos que atienden personas mayores que pueden pagar personal de enfermería, psicología, nutrición y cuidadoras de día y noche, pero con un costo alto.

En lo que respecta a los centros de día en Uruguay (no institucionalizados), aunque de reciente creación en 2018, brindan cuidados integrales a personas mayores en situación de dependencia, leve o moderada, es decir, que viven en sus hogares, pero presentan ciertas dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, tanto por limitaciones físicas como mentales. El objetivo de estos centros es contribuir a la autonomía de las personas mayores y a la permanencia en su entorno habitual (Sistema de Cuidados, 2019).

En México, en específico en el estado de Jalisco, existen los centros de desarrollo comunitarios (no institucionalizados), con servicios integrales y de inclusión para todas las personas mayores, ya sea de prevención, atención o formación. Los asistentes no presentan

limitaciones físicas ni mentales, aunque pueden padecer alguna enfermedad crónica (hipertensión y diabetes, entre otras). El objetivo de las personas mayores para asistir al centro es en especial lúdico, cultural y / o de acondicionamiento físico. Otra organización no gubernamental que trabaja en pro de las personas mayores en la ZMG es el Voluntariado Estamos Contigo (VEC), cuyo propósito es que la persona mayor desarrolle la parte humana de convivencia y trabajo en equipo dentro de su grupo, familia y comunidad.

Estrategias de obtención de información y procedimiento

Con respecto a los instrumentos utilizados, se aplicó una entrevista audiograbada semiestructurada extensa e individual que evaluó diferentes dimensiones; sin embargo, para el análisis de este capítulo, la información obtenida se centró únicamente en el eje de *salud y bienestar psicológico*, con preguntas abiertas relacionadas con su percepción de salud, sus hábitos salutógenos y los factores asociados con la percepción de sus emociones. Después de las entrevistas audiograbadas, se procedió a la transcripción y posterior codificación, con base en las unidades de análisis antes mencionadas.

Análisis de los datos

Este se enfocó en dos aspectos: salud (enfermedades crónico-degenerativas y hábitos salutógenos) y percepción de las emociones, con un enfoque en las experiencias de vida asociadas con la alegría, el asombro, la tristeza, la ira / enojo y el miedo. Para el análisis de los datos, se elaboró un vaciado de los textos correspondientes en cada una de las unidades de análisis y sub-categorías determinadas. En salud, se consideraron las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en las personas mayores (diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer, artritis, visión, audición y otras). Asimismo, se analizaron algunos hábitos salutógenos (actividad física, alimentación, calidad y cantidad de sueño). Respecto a la percepción de las emociones, se determinó la fuente de estas (familiares, sociales, personales, económicas, salud y religión).

Sobre la base del enfoque fenomenológico, se realizó un ejercicio interpretativo comparativo sobre la salud y la percepción de las emociones de las personas mayores de ambos países y sus condiciones (institucionalizados y no institucionalizados).

RESULTADOS

Los datos que se presentan permiten visualizar de manera comparativa o convergente la situación de salud en relación con enfermedades crónico degenerativas y hábitos salutógenos, así como el bienestar psicológico expresado en la percepción de emociones entre personas mayores de México y Uruguay, institucionalizadas y no institucionalizadas. Un aspecto a considerar en los resultados es la desigualdad en el tamaño de la muestra de los grupos en las instituciones no institucionalizadas de ambos países (México, $n=20$ y Uruguay, $n=4$), lo que no ocurre en los grupos institucionalizados (México, $n=16$ y Uruguay, $n=15$).

Datos sociodemográficos

En un comienzo, se presentan los datos sociodemográficos de ambos países. En lo que corresponde al género, la tabla 5.3 muestra una mayor representación de mujeres: el 78.1%, distribuidas en los cuatro grupos estudiados, a diferencia de los hombres, que solo son el 21.9%. Esto es consistente con el hecho de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida; por otro lado, hay mayor participación de mujeres en los centros de día y las instituciones asilares en ambos países, siendo un indicador de diferencias de género.

Con relación al estado civil en ambos países, el porcentaje mayor es el de viudas (México 47.0% y Uruguay 53.3%) en las personas institucionalizadas, seguidas por casadas en el grupo no institucionalizado de México (40.0%); le siguen separadas o divorciadas y solteras(os), quienes son las menos en ambos países; pero, en general, no se reflejan diferencias significativas entre ambos países y condiciones. Con respecto a la edad, tanto en México como en Uruguay, las personas mayores que viven institucionalizados presentan un mayor promedio

TABLA 5.3 PORCENTAJES DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Características sociodemográficas	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RPI-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Género				
Mujeres (n=43) (78.1%)	15 (88%)	9 (60%)	15 (75%)	4 (100%)
Hombres (n=12) (21.9%)	1 (12%)	6 (40%)	5 (25%)	0 (0%)
Estado civil				
Casada(o) (n=13) (23.6%)	3 (18.7%)	2 (13.3%)	8 (40.0%)	0 (0.0%)
Viuda(o) (n=24) (43.6%)	8 (47.0%)	8 (53.3%)	6 (30.0%)	2 (50.0%)
Soltera(o) (n=6) (10.9%)	1 (5.9%)	2 (13.4%)	2 (10.0%)	1 (25.0%)
Separada(o) (n=5) (9.0%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	3 (15.0%)	0 (0.0%)
Divorciada(o) (n=7) (12.7%)	2 (11.8%)	3 (20.0%)	1 (5.0%)	1 (25.0%)
Promedio y rango de edad	$\bar{x}$ =80.6 Rango (70-94)	$\bar{x}$ =80.5 Rango (68-88)	$\bar{x}$ =72.2 Rango (60-86)	$\bar{x}$ =70.75 Rango (67-75)

de edad (México, $\bar{x}$ =80.6 años vs Uruguay, $\bar{x}$ =80.5 años) que los no institucionalizados (México, $\bar{x}$ =72.2 años vs Uruguay, $\bar{x}$ =70.75 años). Tal diferencia en ambos países tiene que ver con que las personas mayores no institucionalizados ingresan a los centros de día a una edad más temprana que los institucionalizados.

Estado de salud

Se reportan las enfermedades crónico degenerativas y estados depresivos. La tabla 5.4 muestra que en todos los grupos estudiados la hipertensión se hace presente de manera significativa, seguida de los problemas de osteoporosis en huesos y dolores de rodillas. Las personas mayores no institucionalizadas de México reportan mayor número de enfermedades crónico degenerativas que el resto de los grupos. Los datos de hipertensión son consistentes con los reportados como

TABLA 5.4 PORCENTAJES DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Enfermedades crónico degenerativas	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RPI-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Diabetes	1 (5.8%)	1 (6.6%)	3 (15.0%)	
Hipertensión	1 (5.8%)	4 (26.6%)	8 (40.0%)	1 (25%)
Cáncer			1 (5.0%)	
Insuficiencia renal	1 (5.8%)		1 (5.0%)	
Visión		3 (20.0%)	4 (20.0%)	
Audición		1 (6.6%)		
Osteoporosis y problemas de rodilla y columna	2 (12.5%)	1 (6.6%)	6 (30.0%)	3 (75.0%)
Otros (tiroides, hepatitis, asma, artrosis, hipotiroidismo, Parkinson, alergia, hemiplejía)	6 (35.3%)	7 (46.6%)	5 (25.0%)	2 (50.0%)
Depresión	3 (18.7%)	2 (13.3%)	6 (30.0%)	1 (25%)

una de las principales causas de muerte en ambos países. En México, en 2017, se reportó como primera causa de muerte los problemas del corazón, donde el 16.4% están relacionados directamente con hipertensión (Inegi, 2018). Por lo que respecta a Uruguay, Aranco y Sorio (2019) mencionan que la hipertensión es una de las principales causas de muerte en la población de personas mayores, con los más altos porcentajes en el grupo de Uruguay institucionalizados (26.6%), mientras que en México con los no institucionalizados (40.0%). En el grupo de Uruguay institucionalizados se observaron limitaciones de la visión y audición.

En cuanto a los estados depresivos, las personas mayores que reportan un porcentaje más alto son los no institucionalizados: México 30% y Uruguay 25%, quizá porque en estos grupos conviven al final del día con sus familiares y pueden experimentar sentimientos de aislamiento y abandono, o bien incrementar sus quejas de salud para

“llamar la atención”, como lo ejemplifica la siguiente viñeta acerca de cómo se genera enojo en el familiar.

Eso sí, la manipulación de mi mamá me... me... me... ¿cómo se llama?, la... Me provoca enojo de cualquier tipo (Isabel, 70 años, CRP-MX).

En el grupo no institucionalizado de México, de igual manera se reportan experiencias de abuso y explotación crónicas, como lo ilustra la siguiente viñeta.

Yo soy depresiva, pero, según, psicológicamente arrastro una infancia muy triste, muy dolorosa, fui muy lastimada; me casé, no recibí maltrato del señor, pero él tenía como dicen, el... el este de... complejo de Edipo, por su mamá. Fue todo el problema, yo no puedo decir que yo... fue con toda pareja que tuvo él, porque tuvo parejas, fue igual, hasta que murió la señora, él ya tuvo estabilidad con otra persona; entonces también fue duro para mí, porque yo me quedé con la familia, nunca reclamé que la ayuda y que esto, para nada, ni se me dio (Patricia, 70 años, CDDIFB-MX).

También surgen estados depresivos, aunados a situaciones de salud, como se muestra.

Yo creo que estoy media con depresión, por lo de mi sobrino, por lo de mi enfermedad, porque sí, porque a veces me siento y no me quiero levantar; sueño no, ni flojera... Un poco de flojera, sí, también por la debilidad de... de la diabetes y eso; yo pienso que todo va, y luego ahora, con lo de mi sobrino, pues estoy peor (Beatriz, 70 años, CDDIFB-MX).

Las enfermedades crónico degenerativas, como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal y cáncer, están presentes casi en todos los grupos estudiados, ya sea en menor o mayor proporción.

Con relación a los estados depresivos, lo que se refleja es que sus factores están relacionados con asuntos familiares y de salud, sobre todo.

Hábitos salutógenos

Se clasifican en tres categorías: actividad física, alimentación y horas de sueño. La tabla 5.5 nos muestra frecuencias y porcentajes. Con relación a la actividad física, se observa que en todos los grupos, los porcentajes son significativos.

Llama la atención que, en los dos grupos de México, tanto institucionalizados, como no institucionalizados, el tipo de ejercicio es principalmente lúdico, como lo muestran las siguientes viñetas:

Ahorita vengo a baile, que es fabuloso, porque no es bailar un determinado ritmo, es bailar con movimientos que favorecen cardio (Isabel, 70 años CRP-MX).

Sí, entonces este... yo el martes llego, de diez a once me vengo a cachibol, y de doce a una y media, me voy a ensayar mi baile folclórico; y el jueves, como el día de hoy, llego y desayuno y me voy al... al danzón (Enriqueta, 66 años, CDDIFB-MX).

Con respecto a los grupos de Uruguay, hacen actividad física como recurso rehabilitativo, dada sus condiciones de dependencia física, por ejemplo.

Si salía a caminar, le daba una vuelta a la manzana, pero tenía un patio en el fondo, un edificio con un patio grande, enorme, este... y salía a caminar ahí en el patio, para evitar tropiezos (Cayetano, 80 años, RP1-UY).

Hago este... ejercicio con aparato fijo, que le llaman calidad de vida, este... me gusta mucho hacer calidad de vida. De mañana, voy a hacer ejercicio al otro hospital también, Taichí, hago Taichí también en el otro hospital (Nonaa, 75 años, CDP2-UY).

Esta diferencia se puede explicar, por un lado, por los espacios físicos donde se obtuvo la información en ambos países. En las instituciones

TABLA 5.5 PORCENTAJES DE HÁBITOS SALUTÓGENOS DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Hábitos salutógenos	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Actividad física	12 (75.0%)	3 (20.0%)	9 (45.0%)	3 (75%)
Alimentación	6 (37.5%)	6 (40.0%)	14 (70.0%)	2 (50%)
Horas de sueño	$\bar{x}$ =7.7 horas (rango de 5.5 a 11)	$\bar{x}$ =8.8 horas (rango de 8 a 10)	$\bar{x}$ =6.6 horas (rango de 5 a 8.5)	$\bar{x}$ =6 horas

asilares de los ancianos institucionalizados en Uruguay, los espacios físicos eran reducidos y el nivel de deterioro de las personas mayores era limitante. Es importante mencionar que, para el uruguayo, la decisión de ingresar a una institución es porque presenta deterioro físico o mental significativo. En México, los espacios físicos de las instituciones eran amplios y se observó menor limitación física de la población; además, para los mexicanos, ingresar a una institución tiene como principal motivación la compañía, no el cuidado.

Por otro lado, los centros de día, o centros de desarrollo comunitario, donde convergen ancianos no institucionalizados, son diferentes entre Uruguay y México. En este último país, el centro de desarrollo comunitario tiene un programa de actividades lúdicas, culturales y de salud, a diferencia de Uruguay, donde los programas son flexibles y adecuados a cada centro de día. Sin embargo, estas diferencias también están asociadas a un aspecto cultural.

Acerca de la alimentación, no hay diferencias significativas en los porcentajes entre ambos países y / o condición. Para los ancianos institucionalizados, la alimentación está cuidada, y en los no institucionalizados, también se les da alimentación en los centros de día y de desarrollo comunitario. Sin embargo, para algunas personas mayores, estar institucionalizado les mejoró la alimentación, como muestra la siguiente viñeta.

Sí, me costó... digamos... es decir... más que yo... no estaba acostumbrado a hacer las cuatro comidas; por ejemplo, estaba acostumbrado a comer dos veces, no desayunar. Este... bueno... como estoy divorciado, también no, este... tengo una hija de 25 años, este... y estaba solo digamos, me salto, era muy propenso a tomar alcohol, digamos; en cambio, acá tengo que... que comportarme bien, que es por mi salud, digamos (Mauro, 70 años, RP2-UY).

En la tabla 5.5, las personas de ambos países que asisten a centros de día o de desarrollo comunitario reportan dormir menos horas que aquellas que están institucionalizadas. Esto tiene que ver con las instituciones de larga estadía con un horario estructurado y fijo para todas las actividades, en contraste con las personas mayores que regresan a dormir con sus familias. Si consideramos que la mayoría son mujeres activas, aún son responsables de sus familias y atienden situaciones cotidianas del hogar, lo cual implica que estas demandas afecten las horas de sueño.

Finalmente, los datos cuantitativos sobre la actividad física reflejan pequeñas diferencias poco significativas. En los hábitos saludables, de alimentación y sueño, se observó que en los grupos institucionalizados de ambos países están más estructurados que los no institucionalizados.

Emociones y bienestar psicológico

Otro aspecto analizado en esta población fue la percepción de las emociones básicas relacionadas con el bienestar psicológico. Waterman (1993) es uno de los primeros autores que diferencia bienestar subjetivo y psicológico o eudaimónico (este último, se enfoca en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal de los individuos). Si bien, el concepto de bienestar psicológico es multifactorial, un aspecto relevante para el funcionamiento psicológico se centra en las respuestas emocionales (Freire y Ferradás, 2016). Como mencionan Ryff y Singer (2008), las emociones positivas, como la alegría y el asombro, se asocian positivamente con el bienestar psicológico. Por

TABLA 5.6 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE ALEGRÍA / FELICIDAD DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuente de emoción de alegría / felicidad	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familia	4 (25.0%)	10 (66.6%)	7 (35.0%)	2 (50.0%)
Sociales		1 (6.6%)	2 (10.0%)	1 (25.0%)
Personales	8 (50.0%)	2 (13.3%)	2 (10.0%)	
Económicas		1 (6.6%)	1 (5.0%)	
Religión			1 (5.0%)	

el contrario, las emociones negativas (tristeza, ira/enojo y miedo) se relacionan negativamente con el bienestar psicológico, y positivamente con los estados depresivos.

Enseguida, se presentan las respuestas de las personas mayores ante determinadas emociones percibidas (alegría / felicidad, asombro, tristeza, ira / enojo y miedo) generadas por diversas fuentes (familiares, sociales, personales, de salud, económicas y religión).

Percepción de alegría / felicidad

La primera emoción analizada fue la alegría / felicidad. Con el fin de hacer un análisis descriptivo comparativo entre los cuatro subgrupos, se llevó a cabo un conteo en frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas, clasificándolas por las fuentes de la emoción. En la tabla 5.6, podemos ver que en todos los grupos estudiados la principal fuente de la emoción de alegría / felicidad fue la familia, seguida por aspectos sociales, principalmente en las personas mayores no institucionalizados de ambos países, patrón que se repite en temas personales. Para el grupo de México no institucionalizado surgen, aunque de manera mínima, las fuentes de la economía y la religión como un generador de alegría.

La familia como factor de alegría / felicidad en ambos países y ambas condiciones, el énfasis está en los hijos y su bienestar, como se muestra en las siguientes viñetas:

Pues convivir con mis hijos que viven aquí. Pues sí, eso sí, cuando me traen a los bisnietos [risa] (Lilia, 94 años, CRP-MX).

Vienen ellos... vienen ellos, vinieron dos primas de... una que estaba en Estados Unidos y la otra en Venezuela, y vinieron a vernos y nos reunimos afuera, eh; uno de los consuegros de mi prima hizo un asado, nos reunimos afuera, pasamos un día precioso (Yaiza, 88 años, RP2-UY).

Una etapa, bueno, quizá... quizá porque sea la etapa última, la valoro más, la disfruto más, trato de... de disfrutar con lo que tengo, porque, por ejemplo, tengo hijos, tengo nietos, tengo bisnietos, tengo tataranietos, digo, para mí, es lo... lo más hermoso de mi vida ha sido ser anciana (Patricia, 70 años, CDDIFB-MX).

Respecto a estar o no institucionalizado, lo que se alcanza a visualizar por el número de respuestas, es que la cercanía con los hijos y nietos en el grupo de Uruguay institucionalizado es mayor que en el resto de los grupos; ello quizá se deba a que en los grupos institucionalizados, aunque la frecuencia de visita de los familiares es limitada, el gusto por verlos es muy significativo; también refieren como fuente de felicidad / alegría a otros familiares, sobre todo que viven en el extranjero. Es importante hacer notar que, dada la ubicación geográfica del Uruguay, hay mucha movilidad en la población hacia otros países y, por ende, en los miembros de las familias.

En la cultura familiarista en México, en un contexto de pobreza, tradicionalmente las mujeres mayores siguen apoyando a los hijos y nietos en su cuidado, y su descendencia les corresponde agradecida, haciéndoles sentirse útiles, en el caso de los no institucionalizados;

en los institucionalizados, la alegría se expresa de manera semejante a la de las personas mayores uruguayas.

Fuentes sociales

Aunque menos frecuentes, fueron una de las fuentes de alegría / felicidad, sobre todo en los grupos no institucionalizados en ambos países, como se observa en las siguientes viñetas.

Yo, en esta etapa de mi vida, vivo feliz, vivo todavía con aquella rabia, si se puede decir, de querer conocer, de querer saber, de querer aprender, de querer trascender, de querer lograr más cosas personales, ya más, que pueda traer más satisfacciones y sobre [todo] que me... que me reten a hacer mejores cosas. Para mí no, no es más que, vivir feliz, ser feliz (Diego, 60 años, CDDIFB-MX).

Con una, entonces me rio, soy feliz, me quiero a mí misma y eso me da, eh... pienso una vejez que es la recompensa de la vida: estarse tranquila con una hija ya establecida, con un lugar donde puedo compartir con compañeros que somos pares y podemos hablar distintos temas, nadie se horroriza de nada, este... chiqueamos, nos reímos de nosotros mismos, eh, contamos nuestras anécdotas y cosas que nos pasan. Creo que estoy feliz (Dora, 71 años, CDP2-UY).

La viñetas reflejan lo mencionado por Florentina (2012) acerca de que en esta etapa de vida el manejo de las emociones es diferente que en otros grupos etarios: la persona mayor regula sus emociones con el fin de mantener relaciones positivas y evitar las emociones negativas.

Fuentes personales

Otra fuente importante de alegría / felicidad, aunque no para todos los grupos analizados, es de tipo personal. En México, las razones son: sentirse bien físicamente, sentir que le cuidan, o simplemente ser alegre, como lo muestran las siguientes viñetas. A diferencia de

Uruguay, las personas mayores institucionalizadas en México ubican como factor personal oír pájaros, o tener su televisión. Para los uruguayos institucionalizados, su alegría se refleja en aquello donde hacen contacto con el exterior.

Sentir que cuido de mí, de mi cuerpo o del cuerpo, este... y sentir que apoyo a los demás en cualquiera de mis actividades que yo... o todo lo que he aprendido durante mi vida (Vita, 76 años CRP-MX).

Yo miro televisión porque tengo la televisión mía, este... y bueno, ahí paso toda la tarde (Hanna, 87 años, RP1-UY).

Me despertaban los pajaritos, una cosa divina, este... Acá también hay pajaritos, esa zona es muy poblada de aves (Cayetano, 80 años, RP1-UY).

El sentirme contenta, a gusto, este... tener actividades, eh, alguien que se preocupa, alguien que me da de comer: desayuno, comida y cena, sin que yo tenga que hacer nada. Procurar estar en las mejores condiciones posibles, que yo pueda poner lo que esté de mi parte para que, en lugar de que me siente a ver pasar el tiempo, pues aprovecharlo en algo para mi propio bienestar (Leticia, 77 años, CDDIFB-MX).

Las viñetas nos muestran la importancia de tener metas y propósitos en la vida, con la finalidad de incrementar su salud y bienestar psicológico, que es uno de factores más relevantes del modelo de Ryff (2017).

Fuentes económicas y religiosas

Estas fuentes, prácticamente, solo fueron mencionados en el grupo de México no institucionalizado por una persona en cada fuente, y una persona institucionalizada de Uruguay, lo que significa que el factor económico no fue relevante para generar esta emoción.

Sí, los llamo por teléfono, y hago una oración por teléfono para que ellos pidan, y después hago los tres Padres Nuestros, los tres Ave María, para que el pedido llegue derecho a Dios (Hasna, 68 años, RP1-UY).

Algo parecido, le digo, y pues es muy bonito que la comprensión de uno la entienda por parte de Dios, cómo debemos de comportarnos los unos a los otros, el amor nos hace unirnos, la fe, la obediencia; todo eso, le digo, es un... son unas armas poderosas que Dios nos ha dado para ejecutarlas; es como cuando un niño lo lleva uno al kínder, lo lleva uno a la escuela, le enseña, está uno atento (Melisa, 84 años, CDDIFB-MX).

Podemos concluir, diciendo que existen algunas divergencias o congruencias entre ambos países y sus condiciones de vida. Por ejemplo, en lo que resultan similares es en el factor familiar como fuente de alegría / felicidad: en México, más centrado en los hijos(as) y nietos(as); en Uruguay también, pero, además, consideran a otras familiares. Sin embargo, en las otras fuentes de alegría / felicidad se observaron divergencias, en particular en los factores económicos y religiosos, que se vinculan más con los mexicanos. En lo económico, un alto porcentaje de las personas uruguayas institucionalizadas tienen pensión para pagar su estancia. En el caso de la religión, para los mexicanos es un factor muy importante, el “estar bien con Dios”, y en el factor de pobreza, en un amplio sector le da relevancia a la seguridad económica.

Percepción de asombro

Otra de las emociones que se consideran positivas es el asombro, es decir, aquello que no esperábamos y ocurre, pero que, por lo general, es algo agradable: una visita, un regalo, entre otros. En términos porcentuales, según la tabla 5.7, la emoción del asombro se presenta sobre todo en el grupo de mexicanos institucionalizados, seguido de los uruguayos también institucionalizados, y, con menor frecuencia,

TABLA 5.7 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE ASOMBRO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuente de emoción de asombro	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familiares	4 (25.0%)	4 (26.6%)	2 (10.0%)	
Personales	2 (12.5%)		2 (10.0%)	1 (25.0%)
Sociales	3 (18.5%)	1 (6.6%)		

los mexicanos no institucionalizados —en el grupo de Uruguay no institucionalizados solo se observó una respuesta.

Las fuentes generadoras de asombro más frecuentes son la familia, lo personal y, al último, los aspectos sociales.

Fuente familiar

Las viñetas reflejan, en ambos países, sobre todo con las personas mayores institucionalizadas, que el asombro se da cuando alguno de sus hijos o familiares los visitan, y no lo esperaban. En el caso de las personas mayores en México, el asombro también se refleja cuando reconocen su trabajo, ya sea en casa o su trabajo. Esto último expone la importancia de valorar las actividades de las personas, no darlas por hecho.

Este... me siento sorprendida cuando salen bien las cosas, cuando: “ay ma’, te quedó riquísima la comida”; o que voy al grupo y, este... y me tocó el servicio del aseo, por ejemplo; entonces, llego una hora antes y hago el aseo y prendo el café y todo; entonces llegan: “ay, qué bien”, pero luego, además comparto este... del tema y de todo, y: “oye, qué bárbara, has avanzado mucho, oye este... tú si lees, oye este... yo, tú eres una de las personas que le echa muchas ganas”; y... cuando hay esas felicitaciones, esos reconocimientos, me siento... (Rene, 64 años, CDDIFB-MX).

Ah, sorpresa, sí. Me pasó varias veces. Mira, una sorpresa apareció el día que íbamos a enterrar a mi esposo. Hay un medio hermano mío que hacía 19 años que no lo veía, no se había interesado por mí, por nada, nada, nada. Apareció acá, le digo: “¿cómo hiciste para saber que estaba acá?” [y le contestó] “Fui a tu casa y no había nadie, pregunté en el almacén en frente, les marqué y me dice, mira ahí pasan los Testigos de Jehová, pregúntele, que lo saben”. Así se enteró (Perry, 85 años, RP2-UY).

Bueno, pues, una... unas ocasiones que me lleguen con una sorpresa, hey, como estos zapatos... Fue mi hijo a Estados Unidos y ya me llegó: “mira papá, te traje esto”. La alegría que me dio (Doroteo, 79 años, CDDIFB-MX).

La emoción del asombro, como lo mencionan Chóliz (2005) y Piqueras et al. (2009), tiene como función la exploración, lo que se observa en la viñeta de Perry, cuando pregunta cómo fue que su medio hermano, que hacía 19 años no veía, se presente al sepelio de su esposo.

Fuentes personales

Se reflejó únicamente en la población mexicana, en el grupo de institucionalizados. El asombro puede ser tan sencillo, como ver qué postre sirven. Esto indica cómo se ven muy limitadas sus actividades, además de ser rutinarias. Sin embargo, en el grupo no institucionalizado su visión está centrada principalmente en la naturaleza.

Que me traigan esas flores, por ejemplo, que me traigan esas flores (Clarís, 70 años, CRP-MX).

Lo único que me sorprende, y no deja de sorprenderme nunca hasta la fecha, desde niña, es la naturaleza misma; nunca me deja de sorprender; veo, analizo animales, plantas, y me sorprende... y me sorprende... y me sorprende una y otra vez; árboles que se caen totalmente, se les arrancan las raíces y quedan ahí, se secan y todo.

De repente, le empiezo a ver brotar retoños. Nada más ayer, vi uno lleno de retoños, ya parece un árbol largo acostado en el suelo, pero ya todas están levantadas y unas hacia arriba (Zamara, 61 años, CDDIFB-MX).

La viñeta de Zamara refleja la capacidad de observación y análisis ante la naturaleza; es decir, para explorar cualquier evento que se presente, se requiere nuestra capacidad de asombro, lo que es solo el inicio de la exploración.

Fuentes sociales

Solo se presentó en las personas mayores institucionalizadas de ambos países, referido a alguien que las visite. Lo anterior pone de manifiesto que las personas mayores institucionalizadas cada vez están más aisladas de familiares y amistades.

Sorprendida, por eso, porque... porque la persona humana de repente tiene sus altas y sus bajas, y las agresiones continúan, ¿verdad? (Citlalli, 72 años, CRP-MX).

Que me llegue alguien de visita (Tete, 94 años, CRP-MX).

En resumen, en México se experimenta más el asombro producido por las bellezas naturales, el reconocimiento de los otros, o un festejo sorpresa, en comparación con las personas mayores del Uruguay, en donde muy pocos de los ancianos institucionalizados lo manifestaron. La limitada capacidad de asombro en los grupos uruguayos refleja tal vez un estado de ánimo más “aplanado”, que puede ser cultural, en contraste con el contexto mexicano, que aprende a disfrutar y generar sorpresas y bromas.

Percepción de tristeza

Como se mencionó, las emociones negativas que se asocian negativamente con el bienestar psicológico son: la tristeza, la ira / el enojo y el

TABLA 5.8 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE ASOMBRO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuentes de emoción de tristeza	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familiares	8 (50.0%)	4 (26.6%)	10 (50.0%)	3 (75.0%)
Sociales	1 (6.2%)		1 (5.0%)	
Salud		2 (13.3%)	3 (15.0%)	

miedo. En la tristeza, se observaron tres fuentes: familiares, sociales y de salud, que se explican a continuación.

La tabla 5.8 muestra que la tristeza por razones familiares es similar. Sin embargo, a diferencia de la alegría / felicidad, donde la causa familiar está centrada en los hijos, en la tristeza las razones familiares son diversas: ausencia o muerte de familiares y amigos cercanos, salud de los familiares, relaciones familiares complejas y conflictos, y sentimiento de abandono familiar. Con respecto a los porcentajes en lo social y la salud, son menos representativos cuantitativamente.

Fuentes familiares

Ausencia o muerte de familiares o amigos cercanos: a nivel cualitativo, lo más relevante son las pérdidas y / o las ausencias. Lo que las viñetas de esta sub-categoría nos muestran es que, no importa el tiempo de las ausencias (ya sea por muerte o cambio de país), estas siguen afectando el estado de ánimo de las personas mayores:

Mi hija que se fue a España a vivir, que era mi única hija, y cuatro hombres y ella, y que ya no la he vuelto a ver (Xiomara, 85 años, CRP-MX).

La fecha de mi marido, que ya falleció (Giorgia, 87 años RP1-UY).

Se murió mi hija, y fue para mí algo muy duro, quedarme así, nada más. Me da tristeza porque me acuerdo de mis... de mis hijos, de mis difuntos, en paz descansen (Paula, 86 años, CDDIFB-MX).

Bueno, cuando yo cuidé a esta persona, los sentimientos fueron muy encontrados, porque era el padre de mi ex marido, y me generó un... mucha tristeza de ver cómo estaba, que le habían venido muchos este... ataques al cerebro, así, ¿no?; y pensar lo que era y a lo... como estaba. Eso me generó mucha tristeza. También tuve que cuidar a mi madre, y también tuve que cuidar a mi hermano (Adalis, 67 años, CDP2-UY).

Triste por la muerte de una compañera fotógrafa de ese grupo de mujeres que hicimos para la exposición; esa exposición es ya una leyenda; le habíamos puesto de nombre “Campo minado”, porque Mina es el nombre en el tango de la mujer, ¿no? Las Minas, entonces, como éramos once mujeres, dijimos, bueno, el “Campo minado”, con la doble excepción de que, si pisas, te puede explotar (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

Estas viñetas hacen ver que los sentimientos de tristeza por pérdida no distinguen países ni condiciones de vida. Lo que más resalta es la pérdida de la madre, el esposo y las hijas. La tristeza está directamente relacionada con estados depresivos, lo que se refleja en la mayoría de las viñetas. La importancia de esta emoción es el proceso de re-integración, lo que pide una re-evaluación cognitiva, por lo que es relevante su expresión (Garrido-Rojas, 2006).

Salud de familiares

Otro aspecto que afecta a las personas mayores es la enfermedad de algún familiar. Cuando las limitaciones por enfermedad del ser querido son significativas, a la emoción de la tristeza se le agrega la preocupación de qué va a hacer esa persona cuando quien la cuida ya no esté.

Ver el estado de mis hermanas, que unas ya se les olvida todo y otras que ya no recuerdan bien. Se sientan a la mesa y toman algo, y se levantan sin terminar lo que está servido ahí, y así (Salomón, 92 años, CRP-MX).

Me pone triste que esté enfermo el nene, o yo qué sé (Lastenia 83 años, RP2-UY).

Se desarrolló muy bien Lichita hasta los dieciocho años, y hace cosa de quince o dieciséis años le dio... como que atrapó un virus en su cerebro, y pues la desconectó todita, mi Lichita. De hecho, me la entregaron con certificado de desahucio; afortunadamente no se murió, y ha sido un proceso... un proceso muy lento, y ya está mucho mejor; o sea, en un principio quedó completamente como vegetal... Ya llevamos quince años con esto, y si no camina mi hija, me aterra pensar que me muera, y ¿qué va a pasar con mi muchachita?; eso me... me deprime, me angustia mucho, mucho, mucho (Eloi, 66 años, CDDIFB-MX).

El sentimiento de tristeza por algún familiar enfermo no distingue países, y genera además preocupación y compasión, que es una condición del ser humano. Las viñetas reflejan no solo la emoción, sino también las actitudes, pasivas o activas, ante la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de Eloi, quien junto con su esposa son los cuidadores principales de su hija. En los casos de Lastenia y Salomón, solo son observadores, pero no podemos dejar de considerar la edad y la situación de vivir en una institución, lo que por lo general limita el actuar de las personas.

Relaciones familiares complejas

Cuando hay dificultades entre los miembros de una familia, es una fuente de tristeza en las personas mayores. Es importante observar que estas las mencionaron principalmente las de México no institucionalizadas, y que no se reflejó en el grupo de los uruguayos, quizá por el

tamaño de la muestra de los no institucionalizados, que no fue muy amplio; asimismo, en lo que toca a los institucionalizados, es limitado el contacto familiar, y, por ende, hay pocas posibilidades de conflicto.

¿No sé ni de qué?, ¿por qué ya no me quiere [hija y nieto]? Yo hago lo posible por no molestar. Con decirte que ellos ya comen fuera, yo como sola. Hey, difícil, y mucha tristeza, porque yo quiero mucho a mi nieto, quiero mucho a mi hija [llanto] Pero, ya me dijo el doctor que no gano nada con llorar, porque ando con problemas del corazón. “¿Cómo no te va a dar tristeza que yo te veo [hija]? No me hablas, y, si no yo te hablo” “Sí... no... no... sí...” Monosílabas nada más (Paula, 86 años, CDDIFB-MX).

Eh, hay, pues... ahorita lo único que... pues triste, como no tengo comunicación con una hermana por un problemilla; así, eso es lo que no me tiene como muy satisfecha, este... Siento que el asunto no depende tanto de mí, pero es lo único, o sea, no... no porque yo ya pasé por tristeza, por decepción, por varias etapas, hasta la ira, y creo que ahora trato de buscar siempre estar lo mejor posible, tanto interior como exterior (Lorenza, 63 años, CDDIFB-MX).

Surgieron problemas entre mi hija y yo. Empezó a darme mal trato, este... que no, que yo, este... ibah! Que yo me tenía que ir de ahí. Yo le dije que no podía. Ella, que tenía dos criaturas, ya grande y ella; y ella la empezó como a hacerme agresiva, a la convivencia mala, tuve que recurrir a la... a las leyes del Estado, pues me favorecen, porque en este caso, por ser propiedad de mi marido, que ya me pertenecía a mí, y así fue que yo empecé a ir a... a la oficina del Mides (Enona, 75 años, CDP2-UY).

Las dificultades entre los familiares reflejan una falta de comunicación y, en general, la actitud de la persona mayor es de “aprudentar”, en lugar de confrontar y aclarar las situaciones. En la viñeta de Lorenza, se refleja de nueva cuenta la re-evaluación cognitiva de las personas mayores por procurar su propio bienestar psicológico (Garrido-Rojas, 2006). En el caso de Paula, lo importante para ella fue buscar apoyo

psicológico que la orientara sobre cómo manejar los conflictos familiares.

Sentimiento de abandono familiar

Este surge principalmente en las personas mayores institucionalizadas de ambos países, como lo muestran las siguientes viñetas:

Me siento muy sola y me siento abandonada; vivo la vida tratando de sentirme bien, a pesar de que mi marido me dio un batacazo... batacazo... me dio un batacazo un... un golpe brutal, pues (Clarís, 70 años, CRP-MX).

No me gusta, no, no les digo, no, a ellos no los pongo tristes, digo... bueno, entonces, otro día será [que la visiten] (Ada, 84, años, RP2-UY).

En resumen, la tristeza por causas familiares se refleja en especial en la población mexicana no institucionalizada, donde la convivencia familiar es parte de la cotidianidad. El sentimiento de abandono se observa en ambos países entre los ancianos institucionalizados. Con relación a los muertos / ausencias y enfermedades de familiares, es similar en ambos países y condiciones.

Fuentes sociales

Las razones sociales reflejan tristeza, sobre todo en las personas mayores mexicanas, por la situación de injusticias en el país, lo que no se observa en los uruguayos. Lo anterior es probable que esté asociado con las condiciones políticas de cada país, además de los aspectos culturales y la diferencia en el número de habitantes: en Uruguay son cerca de tres millones de habitantes, mientras que en México son más de 120 millones. Además, habrá que mencionar que Uruguay tiene un Sistema Nacional Integrado de Cuidados, lo que no se tiene en México (Mides, 2017).

Me pone triste que yo quisiera, por expectativas, porque yo quisiera que hubiese más justicia en general, porque a todos niveles hace falta en México (Jovita, 76 años, CRP-MX).

Triste, ver o presenciar, o darme cuenta de injusticias, de este tipo de situaciones también que... que gente utilice su situación dentro de un área que pudiera hacer mucho, pero la utiliza nada más por propia conveniencia; eso me incomoda, me molesta. Y me entristece que no utilicen ese pringuita de poder que tienen, porque ellos se sienten súper poderosos, pero, bueno, es una chispita de poder que tienen que no lo utilizan en bien, o sea que no hagan el bien que pudieran hacer durante el tiempo que estén en ese huesito (Zamara, 61 años, CDDIFB-MX).

Lo que se refleja en las viñetas anteriores es que, si bien es tristeza, también es frustración e impotencia por las injusticias, y el no poder hacer nada para cambiar la situación. Cuando se menciona la injusticia y el poder, la función de reintegración de la emoción es difícil de lograr.

Fuente salud

Por último, otra de las causas de tristeza en este grupo etario son sus propios problemas de salud y las limitaciones que generan, como se ilustra en las siguientes viñetas:

Me resulta muy lastimoso... muy lastimoso; siempre tiene un carácter y todo, pero vivir así, no me gusta vivir, no me gusta porque no puedo salir a caminar, estoy paralizado, este... estoy en desgracia (Jessua, 84 años, RP1-UY).

Pues cuando... cuando empecé con la... con la menopausia, fue... fui la más feliz de todo el universo, pero sí, como que los años, y el de que uno ya no se pueda desenvolver adecuadamente en lo que antes hacía uno, como que sí te deprime, te deprime porque dices: “ya no puedo”, o ya se me empiezan a olvidar las cosas, o ya no es

el mismo rendimiento; entonces, es donde uno empieza a sentir depresión (Olga, 61 años, CDDIFB-MX).

Bueno, ahí es un poquito, estoy un poquito complicado debido a mi estado de salud, este... aunque sé que no corro peligro, no deja de preocuparme el problema que tengo, este... De repente estoy muy pensativo, pero creo que es más bien en base a... al punto de vista que le puede dar mi esposa o otras personas que me ven; sin embargo, yo... si yo estuviera manejando mi situación médica de mi enfermedad, yo estaría muy tranquilo. Esta tensión que tal vez manejo por ratos, por momentos, es por... en base a otras personas que me meten, esa [risa] (Diego, 60 años, CDDIFB-MX).

Es interesante observar cómo el grupo que más reporta tristeza por causas de su propia salud es el mexicano no institucionalizado, quizá porque son personas mayores funcionales y empiezan a tener conciencia de sus propias limitaciones, lo cual es difícil; a diferencia de los ya institucionalizados, que tal vez llevan años con sus limitaciones físicas y / o mentales, y han aprendido a lidiar con ellas y aceptarlas. En el caso de Olga, se aprecia uno de los mayores temores de las personas mayores: la pérdida de la memoria y llegar a no saber quiénes son. Otro aspecto que se observa en Diego es el miedo a llegar a depender de alguien más. Finalmente, Jessua expresa dificultad para poder sobrellevar sus limitaciones físicas.

En resumen, las fuentes de tristeza, donde el comportamiento es similar en ambos países, son las pérdidas de seres queridos y / o ausencias, y las enfermedades de seres queridos. En cuanto a la tristeza por aspectos sociales o sus enfermedades, esta se hace presente en especial en el grupo de mexicanos no institucionalizados.

Percepción de ira / enojo

La tabla 5.9 expone que, en el caso de la emoción de la ira / el enojo, las dos fuentes principales para este grupo de personas mayores fueron de nuevo causas familiares y sociales. Es interesante constatar que, con base en las frecuencias, lo social fue más relevante que lo familiar;

TABLA 5.9 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE IRA / ENOJO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuentes de emoción de ira / enojo	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Familiares	1 (6.25%)		3 (15.0%)	
Sociales	5 (31.2%)	1 (6.6%)	4 (20.0%)	2 (50.0%)

asimismo, se vio que, en lo social, el grupo de los mexicanos, tanto institucionalizados como no institucionalizados, son los que manifiestan más emociones de ira / enojo, en comparación con los uruguayos.

Fuentes familiares

Como podemos observar en las siguientes viñetas, el grupo de personas mayores mexicanas expresan su molestia ante otros familiares, ya sea por que abusan de ellas o las critican.

Eso sí, la manipulación de mi mamá me... me... me... ¿cómo se llama?, la... me provoca enojo de cualquier tipo (Isabel, 70 años, CRP-MX).

Si me enoja porque, eh, la leche cuando me he quedado sin leche, le digo: “no seas ingrata, pesa mucho, y ando cayéndome en el camión porque, pues pesa, y la verdura no pesa, la fruta pues casi no pesa” (Paula, 86 años, CDDIFB-MX).

Ay, que me contesten mal, que me digan no arrastres los pies, súbelos, no comas así, no hables así, eso sí me da tristeza y me enoja. A veces me lo dice mi hija, pero ya le llamé la atención, no me hables así, me lastimas, no sabía yo hablar así, pero, como voy con el psicólogo, ya me malaconsejó, bueno, no es cierto, eh (Zoe, 75 años, CDDIFB-MX).

Lo que se refleja en las viñetas anteriores es la relación conflictiva entre madre e hija. En el caso de Zoe, ha logrado, con apoyo profesional, empoderarse y poner límites a la hija. Mientras que Paula refleja una actitud de sumisión. En Isabel, lo que expone es el enojo ante la manipulación de la madre, que, aunque le resulta clara, no le puede contradecir: “es la madre”.

Fuentes sociales

Se reflejan violencia, burocracia, mala atención e interacciones sociales conflictivas. Esto se manifiesta prácticamente en todos los grupos estudiados.

La gente que es déspota (Xiomara, 85 años, CRP-MX).

Diario, cuando escucho una violencia, ¡acá, acá, acá, acá, acá!, eh, entonces, pues sí (Leticia, 77 años, CRP-MX).

Sí, bueno, a mí lo que me da... lo que me hace enojar es muchas veces la gente que sea necia, y que también que todo el tiempo se esté quejando y que, a pesar de que pasan los años, no cambian, cuando ya deberían de generar este... otras propuestas de vida. Siguen empeñadas en lo mismo, eso es lo que me molesta (Diego, 60 años, CDDIFB-MX).

¿Qué me enoja?: el egoísmo, la irritabilidad, la violencia en el trato cotidiano, que ha crecido mucho en los últimos años (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

En breve, se puede decir que la emoción de ira / enojo está centrada principalmente en aspectos sociales en la población mexicana, en particular en personas mayores mexicanas no institucionalizadas. Por otro lado, podemos mencionar, como una explicación plausible a la respuesta ante la percepción de la ira / enojo, que en los grupos estudiados institucionalizados se tiene un ambiente estable y estructurado

en el que se procura no violentar el ánimo de las personas mayores. Un aspecto importante para el bienestar de ellas es estar activas e involucrarse con lo que pasa en la sociedad. Y, si bien es difícil que puedan actuar ante los problemas sociales, como la violencia, la prepotencia de algunas personas, el hecho de manifestar ira o enojo las hace estar activas en la expresión de sus emociones.

Percepción de miedo

El miedo es quizás una de las emociones que más paraliza al ser humano: no hablamos ni hacemos, o no enfrentamos situaciones difíciles. En el grupo estudiado, las fuentes del miedo son de tipo social y personal; es la única emoción donde la familia no aparece como fuente generadora. En la tabla 5.10, podemos ver que las respuestas acerca del miedo son muy pocas, y no hacen diferencia entre los grupos estudiados.

Fuentes sociales

Solo se encontraron respuestas en el grupo de uruguayos, lo que pone de manifiesto que se vive con zozobra de que algo pase, dado los índices de violencia que se perciben; además, está el temor a que regrese la dictadura en Uruguay y afecte a sus familiares.

Me causa miedo... desde hace tiempo me causa miedo el futuro de mis hijos, de mis nietos, este... Estoy viendo algo que... que lamentablemente se viene, y te digo yo, eh, la pasé muy mal durante la dictadura; este... tengo miedo de que vuelva otra vez porque la gente se olvida de las cosas y, por servir a las cosas, lamentablemente cae en el mismo problema (Cayetano, 80 años, RP2-UY).

Miedo a que la locura de alguien pueda... pueda generar tanto... tanto destrozo, y que es posible en la vida cotidiana, cuando sucede en la cercanía, ¿no?; algún amigo, y eso que seamos un peligro para los otros (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

TABLA 5.10 PORCENTAJES DE VIÑETAS POR FUENTE DE EMOCIÓN DE IRA / ENOJO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS Y NO INSTITUCIONALIZADAS DE MÉXICO Y URUGUAY

Fuente de emoción de miedo	Institucionalizados		No institucionalizados	
	México (CRP-MX) (n=16)	Uruguay RP1-UY RP2-UY (n=15)	México CDDIFB-MX OSCPAM-MX (n=20)	Uruguay CDP2-UY (n=4)
Sociales		1 (6.6%)		2 (50.0%)
Personales	1 (6.2%)		4 (20.0%)	1 (25.0%)

Fuentes personales

Solo fueron mencionadas por el grupo de mexicanos, en especial en el de no institucionalizados. Lo que las viñetas reflejan son el temor a la muerte, como en el caso de Zamara, el miedo a algún accidente, como lo menciona Beatriz; y el miedo a las películas, expresado por Aída. Estas respuestas exponen diferentes niveles de profundidad.

¿Miedo? Me produce miedo mi propia muerte; no miedo, temor, que van de la mano, ¿no? Como un poquito mi propia muerte, la mía... la mía no la logro visualizar; logro visualizar, de verdad, honestamente, hasta la de mi hija, pero, la mía propia, no mucho; y también ver gente muy agresiva, peleando físicamente, que han sido muy pocas las situaciones que he visto, pero las he visto, así que saquen arma, que saquen cuchillo, pistola o algo; eso me da miedo, miedo no que me pase nada a mí, me da miedo, miedo en general, así que ellos se dañen, eso me da miedo (Zamara, 61 años, CDDIFB-MX).

Ay, a mí las películas de miedo o algo, si están viendo y veo, con tantito que veo, en la noche sueño puro malo, puro feo (Aida, 76 años, CDDIFB-MX).

[Risa] No, porque te digo que ahí voy caminando, casi viendo al suelo por miedo a caerme (Beatriz, 70 años, CDDIFB-MX).

En resumen, el análisis de frecuencia sobre esta emoción denota que el miedo es una emoción poco mencionada en ambos países, en la que predomina el reporte de las personas mayores mexicanas, donde el miedo está centrado en enfermarse, la muerte, la cual solo se visualiza como acompañada de dolor físico, y el sufrimiento de la separación de las personas con las que se tiene afecto. En el caso de Uruguay, el miedo está centrado en la incertidumbre respecto al bienestar de sus familiares.

DISCUSIÓN

Las características entre ambos países resultaron ser similares con respecto a la proporción en género, estado civil y las enfermedades crónico degenerativas que padecen; solo el promedio de edad fue mayor en las personas institucionalizadas en los grupos estudiados de ambos países. En lo que corresponde a las enfermedades crónico degenerativas, en ambos países y situaciones, la principal fue la hipertensión. Los estados depresivos resultaron ser más frecuentes en los grupos no institucionalizados de ambos países que en los institucionalizados, y las razones que refieren como causa de sus estados depresivos están relacionadas, en lo primordial, con causas familiares y, en segundo lugar, por razones de salud. Esto puede ser explicado porque estos grupos de personas mayores tienen una convivencia más constante con sus familias, además de que las enfermedades crónicas aún no les resultan incapacitantes; pero, ante esa posibilidad, surgen los estados depresivos. Aunado a lo anterior, los resultados muestran que las personas mayores que asisten a los centros de desarrollo comunitario en México reportan mayor número de enfermedades crónicas, mas no incapacitantes, y continúan con su cotidianidad en familia, solo que tienen que estar bajo control médico.

Con respecto a los hábitos salutógenos, los datos no reflejan diferencias entre países y condiciones, quizás solo en términos del tipo de ejercicio entre mexicanos y uruguayos: en México, son principalmente de tipo lúdico (baile, cachibol), a diferencia de los uruguayos, en donde el ejercicio es más rehabilitativo.

En cuanto a la percepción de las emociones, relacionadas con el bienestar psicológico, se analizaron cinco tipos básicos descritos por Florencia et al. (2017): alegría / felicidad, tristeza, ira / enojo, miedo y asombro. De un total de 118 respuestas obtenidas sobre las emociones percibidas de las personas mayores, el 82.3% correspondieron a mujeres; esto es consistente, dado que la muestra estuvo compuesta por el 78.1% de mujeres, las mismas diferencias también de género en las respuestas.

Con respecto a la emoción de alegría / felicidad, se observa que la fuente principal que genera dicha emoción en los grupos comparados es la familia, sobre todo los hijos y las hijas, así como los nietos y las nietas. Esto no es de sorprender, debido a que la mayoría de las personas mayores han vivido un amplio número de pérdidas de otros familiares, como padres, hermanos, primos, entre otros; por lo tanto, los miembros de la familia más cercanos son ahora hijos y nietos. Otra diferencia fue en el grupo institucionalizados de Uruguay, donde las visitas de los familiares son esporádicas, pero habría que tomar en cuenta que, en Uruguay, la movilidad internacional es alta, y, en consecuencia, la frecuencia de visitas es menor. Se considera que esto tiene una base cultural, dado que en México se tiene una cultura más familiarista que en Uruguay, en donde hay una gran influencia de la cultura europea, en el sentido de ser más independientes a la familia. Aunque las respuestas no fueron muchas, se alcanza a visualizar la importancia de la religión en el grupo de mexicanos y el “estar bien con Dios”, en un país donde el catolicismo es una base importante, no así en la población uruguaya, donde el concepto religioso está más atomizado en diversas creencias. La fuente económica solo surge en la población de mexicanos no institucionalizados, para quienes su economía puede ser inestable; este efecto no ocurre en las personas institucionalizadas, dado que en ambos países el pago por la instancia está asegurada, ya sea por los propios residentes y / o los familiares.

La percepción de asombro, si bien es una de las emociones positivas, se manifestó principalmente en el grupo de mexicanos institucionalizados, asociada en especial con visitas de familiares. Si bien fueron pocas las respuestas ante el asombro, en la viñeta de Perry (85 años, RP2-UY) puede visualizarse la función de exploración de esta emoción.

En cuanto a la tristeza, resulta paradójico que también la familia es la principal fuente de tristeza para este grupo etario. Es similar en ambos países, en lo que toca a las pérdidas de seres queridos y / o ausencias, y en las enfermedades de seres queridos, pero no así en los conflictos familiares, lo que se da sobre todo en mexicanos no institucionalizados. De igual forma, la tristeza, por razones sociales o enfermedades de ellos mismos, se vio solo en el grupo de mexicanos no institucionalizados.

La ira se manifiesta en especial por situaciones sociales en la población mexicana de ambos grupos. La expresión de esta emoción puede ser un indicador de que las personas mayores continúan interesadas en lo que pasa en su entorno, en particular cuando este es violento.

Finalmente, la emoción del miedo pone de manifiesto la percepción de inseguridad que se vive en Uruguay, que evidencia sobre todo el grupo no institucionalizado.

También es importante señalar que la diferencia del tamaño de la población entre ambos países, y el hecho de que el Uruguay tenga una educación caracterizada como de muy buen nivel, son elementos que han posibilitado las grandes diferencias entre los sistemas organizativos para atender a las personas mayores en ambos países.

En el caso de las personas mayores con problemas de salud, está claro que son un elemento de las limitaciones naturales que implica el proceso de envejecer. En este sentido, impacta de dos formas: afectación de su autonomía (la pérdida de la movilidad y su dependencia de otros para moverse, cuando antes no era así) y certeza de que es poco probable que se revierta, sino que se acreciente. Para algunos, el deterioro físico es la certidumbre de que se acerca la muerte, a la que muchos tienen temor, aunque de ello no se habla muy a menudo.

Todos estos aspectos, de alguna manera, minan el bienestar psicológico, como lo propone Ryff (1989) (en autonomía, dominio del entorno, planteamiento de un propósito en la vida). En el caso de la hipertensión, que es la enfermedad más común en los grupos estudiados, dadas sus características asintomáticas (los médicos le llaman el asesino invisible), la única evidencia es el consumo continuo de fármacos de control, que no dejan de ser señales de la dependencia de las personas mayores y su proceso de deterioro físico.

En el caso de aquellas personas mayores que desarrollaron mejores hábitos salutógenos durante su vida, es decir, que tuvieron una alimentación sana, fueron y son activos físicamente y durmieron con calidad, tienen menos probabilidad de tener problemas de salud. En este sentido, es más probable que quienes mantienen estos hábitos seguramente compartan el rasgo de dominio del entorno (autoeficacia), así como la autonomía y autoaceptación como rasgos constituyentes de un bienestar psicológico, al ser activos físicamente.

Con respecto de las emociones que involucran el ámbito de los afectos y las experiencias desagradables en la vida, pudiera pensarse que las personas que han tenido más experiencias generadoras de alegría que de miedo, ira o enojo y tristeza, en un balance económico, tendrían mayor bienestar psicológico. Sin embargo, investigadores como Malone et al. (2013) indican que un elemento fundamental es el vínculo afectivo profundo con otros (sin importar si son familiares), como elemento crucial en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores, dando un peso importante dentro de los rasgos del bienestar del modelo de Ryff (1989) a las relaciones positivas. Este grupo de investigación realizó un estudio longitudinal durante setenta años con egresados de la Universidad de Boston, en el que identificaron que el factor determinante en la calidad de vida de las personas mayores son las relaciones significativas que construyeron con otros, cuando tenían la edad de 50 años.

Seligman (2003) indica que el elemento *actitudinal* de maximizar las relaciones positivas en la vida y la minimización de las experiencias desagradables, definido como optimismo, sin importar la cantidad de ellas, marca el grado de bienestar de las personas mayores. Ostir et al. (2000), en un estudio de más de dos mil personas mayores de 65 años, encontraron que el optimismo retarda los deterioros más comunes del envejecimiento. Asimismo, Steptoe et al. (2009) demostraron que ello fortalece el sistema inmunológico y se tienen menores riesgos de enfermedades cardiovasculares.

En este sentido, lo que nos han compartido en sus viñetas, como referencia de sus experiencias de vida, de manera independiente de si describen con precisión o no dichas experiencias, son los aspectos que determinan el grado de bienestar psicológico de las personas.

Hay un dicho en México que dice: “recordar es vivir”, es decir que, si los recuerdos que tengo son positivos, seguramente el hacer el ejercicio de memoria de estas experiencias aumenta el bienestar psicológico de las personas. El efecto inverso se dará si lo que se promueve recordar es una experiencia negativa o conflictiva. Este aspecto hace contacto con el rasgo de autoaceptación propuesto por Ryff (2017) como elemento del bienestar psicológico. Una de las características de las personas mayores es que pierden la memoria a corto plazo, pero, en contraparte, se afina y magnifica la memoria de largo plazo. Si estos recuerdos son promovidos por estímulos asociados a la experiencia que se recuerda, como cierto tipo de música, aromas, fotografías u otro tipo de imágenes, la experiencia será más vívida. Dichas relaciones se vinculan con el planteamiento de Lazarus y Folkmann (1986), que hace referencia a diferentes formas de afrontamiento ante situaciones potencialmente amenazantes. Las formas emocionales de afrontamiento impactaban en el afecto de los individuos, pero no modificaban la situación y las conductuales que sí tenían efectos cambiando la fuente de estrés. Este elemento *proactivo* tiene que ver con varios de los rasgos propuestos por Ryff (2008; 2017) en su modelo de bienestar psicológico.

Dada la menor expresividad emocional de las personas mayores del Uruguay, se supondría un mayor peso de los factores de hábitos salutógenos y de la condición de salud en general como más determinante en su bienestar psicológico, como una diferencia cultural importante en comparación con las personas mayores de México, que incluso buscan que la actividad física sea lúdica, por el elemento relacional de lo que implica la diversión.

Cabe destacar el elemento de proactividad, actitudinal y vinculación afectiva como aspectos relevantes que se expresan tanto en el campo de la salud y los hábitos salutógenos, como en la dimensión de las emociones para generar mayor o menor bienestar psicológico.

Con base en las expresiones de las personas mayores estudiadas, y con referencia a las diferentes dimensiones que conforman el modelo de Ryff (2017), podrían derivarse diversas actividades intencionadas para la promoción del bienestar psicológico de estas, las cuales

tendrían que considerar el contexto físico y sociocultural en el que están inmersas.

Por último, se concluye que los mexicanos en los centros de desarrollo comunitario tienden a una emocionalidad intensa, relacionada a la familia, pero con poco desarrollo de la conciencia de sus emociones en el plano personal y social. En contraste, los mexicanos institucionalizados reflejan una mayor conciencia y manejo de sus emociones a nivel personal y social, pero no por ello descuidan los vínculos afectivos familiares. A diferencia de los ancianos institucionalizados y no institucionalizados de Uruguay, quienes muestran poca intensidad en la expresión de sus emociones, con menor relevancia sobre aspectos familiares, quizás mediado por su condición de dependencia física y mental, en especial en los institucionalizados.

En el caso de México, en el que contamos con más de la mitad de la población en situación de pobreza y un proceso acelerado de envejecimiento en todo el país, urge que el gobierno y las asociaciones civiles asuman, en conjunto con las familias, estrategias corresponsables entre el Estado, la iniciativa privada y los familiares, para atender las necesidades de las personas mayores. En una cultura familiarista, como la mexicana, el recurso de los centros de día constituye en una opción viable y de corresponsabilidad para un amplio sector de la población. En un país con niveles altos de pobreza, pensar en la opción de asilos supone un recurso costoso, tanto para el Estado como para la mayor parte de los ciudadanos. Los programas gubernamentales que han asignado fondos económicos a las personas mayores, y las tarjetas de descuento han sido recursos que han ayudado a paliar más que a resolver las demandas económicas de este grupo de edad. Más del 40% de las personas mayores no recibe beneficios de los programas asistenciales (Rubio y Garfías, 2010).

En el contexto de los centros de desarrollo comunitario de día, se posibilita el incorporar programas de educación emocional y autocuidado en las personas mayores y de sus familiares, que abonen a su calidad de vida y bienestar.

REFERENCIAS

- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Paidós.
- Aranco, N., y Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo. Nota técnica.
- Avíncula, A. (2018). *Regulación emocional y bienestar psicológico en estudiantes universitarios*. Tesis para optar el título de licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica, Lima, Perú.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional (blog personal). Recuperado el 8 de octubre de 2018, de www.uv.es/=choliz
- Danner, D., Snowdown, D., David, A., y Frisen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nunn study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804–813.
- DIF Guadalajara (2020). Centro de Desarrollo Comunitario. <https://difgdl.gob.mx/cdc.php>
- El Informador* (2017). Aumentan multas a asilos por irregularidades. *El Informador*, 24 de septiembre de 2017. Recuperado el 15 de noviembre de 2018, de <https://www.informador.mx/jalisco/Aumentan-multas-a-asilos-porirregularidades-20170924-0028.html>
- Fiorentino, M.T., Correche, M.S., Rivarola, F., Tapia, L., Penna, F., y Farjos, C. (2005). Inteligencia emocional. Su relación con bienestar psicológico, estrés percibido y síntomas psicosomáticos. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Florencia, C., Wanda, R., y Politis, D. (2017). ¿Cuántas son las emociones básicas? Estudio preliminar en una muestra de adultos mayores sanos. *Anuario de Investigaciones*, 24, 253–257.
- Florentina, M. (2012). Las emociones y su regulación en adultos mayores: un recorrido teórico integrativo. *Palabras Mayores. Un espacio de conocimiento e información sobre el adulto mayor*, 9(5), 1–20.

- Freire, C., y Ferradás, M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- García-Alandete, J. (2014). *Psicología positiva, bienestar y calidad de vida*. EN-CLAVES del Pensamiento, año 8, (16), 13-29.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicancias para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Gross, J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014) *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill: México.
- Inegi (2017). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Datos nacionales. México: Inegi.
- Inegi (2018). Características de las defunciones registradas en México durante el 2017. Comunicado de prensa núm. 525/18 31, octubre de 2018, p.1.
- Inegi (2019). Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad. Comunicado de prensa núm. 475/19, octubre 2019.
- Inmayores-sive (2018). Página web. <http://sive.mides.gub.uy>
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Malone, J., Cohen, S., Liu, S., Vaillant, G., y Waldinger, R. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*, 55(2), 85-89.
- Meliton, F. (2017). *Personas adultas mayores en Residenciales. ¿Acompañadas o en soledad?* Trabajo final de grado. Facultad de Psicología, Universidad de la Republica. Montevideo, Uruguay.
- Mides (2017). *Reporte Uruguay 2017*. Montevideo: Mides.
- OMS Quality of Life Assessment Group (1996). ¿Qué es calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387. Recuperado el 4 de marzo de 2020, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Ordóñez-Barba, G. (2009). El régimen de bienestar mexicano: entre la exclusión, la segmentación y la universalidad. En C. Barba,

- G. Ordóñez-Barba y E. Valencia (Ed.), *Mas allá de la pobreza: regímenes de bienestar en Europa, Asia y América*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S., y Goodwin, J. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(5), 473-478.
- Palma, A., Perrota, V., y Rovira, A. (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas* (Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento). Montevideo: Inmayores/DINEM.
- Paredes, M. (2017). *El Proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Paredes, M., Berriel, F., Lladó, M., Carbajal, M., Nathan, M., González, D., Ciarniello, M., y Pérez, R. (2012). *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Montevideo: Biblioteca Plural.
- Paredes, M., Nathan, M. y Berriel, F. (2012). *Envejecimiento y generaciones en Uruguay: perfil sociodemográfico y representaciones sociales*. En M. Paredes, F. Berriel, M. Lladó y M. Carbajal, *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*. Universidad de la República (pp. 37-72). Montevideo: Ediciones Universitarias.
- Pérez, Y., y Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375.
- Pert, C.B. (2012). *Molecules of emotion*. Nueva York: Scribner.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Nueva York: Guilford Press.
- Rubio, G., y Garfias, S. (2010). *Análisis comparativo de los programas para adultos mayores en México*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

- Ryff, C. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *Int Rev Econ*, 64(2), 159–178.
- Ryff, C., y Singer, B. (2008). Know thyself and becomes what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39.
- Secretaría de Salud (2020). Instituto de Salud para el Bienestar. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar>
- Sistema de Cuidados (2019). Sitio Oficial de la República Oriental del Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/>
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Steptoe, A., Dockray, S., y Wardle, J. (2009). Positive affect and psychological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77(6), 1747–1776.
- Watanabe, B.Y.A. (2014). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121–126.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691.

Cultura emocional en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez: estudios de caso en México

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

MARÍA MARTHA RAMÍREZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN

En México “están emergiendo una serie de iniciativas y preocupaciones tanto desde el ámbito académico como desde organizaciones de la sociedad civil, que ubican al cuidado en el centro de su agenda” (Fraga, 2018, p.5). En Latinoamérica, en general, y en países como Uruguay (Rico, 2011), en particular, la familia es la principal proveedora de cuidados y, dentro de ella, las mujeres. Las desigualdades en la organización social del cuidado están íntimamente relacionadas con la crisis de cuidados actual. La débil respuesta de los Estados y sus instituciones en materia de cuidado, así como su mercantilización, han orillado a que las estrategias de resolución se asienten en las propias mujeres, en sus familias, en las relaciones entre vecinos y en el poder adquisitivo (Fraga, 2018). Es cada vez más imperiosa la necesidad de crear un sistema nacional de cuidados (Rico, 2011) que ponga el centro en el bienestar de todas las personas, en especial de las personas mayores, desde una perspectiva de derechos, y que contemple la universalidad del derecho al cuidado.

España es también un país en donde las familias han sido proveedoras de cuidados, cuyas demandas han llevado a la creación de políticas, programas y estrategias que alientan la corresponsabilidad entre los agentes del bienestar.

Este capítulo tiene como objetivo analizar la cultura emocional (Gordon, 1990) que favorece los procesos de colectivización del cuidado en la vejez. Los escenarios abordados en este capítulo están en México: DIF Bugambillas, Jalisco (CDDIFB-MX); un conjunto

residencial privado “70 y más” (CRP-MX) y tres organizaciones de la sociedad civil (OSCPAM-MX, OSC2-MX, OSC3-MX). En el capítulo siete, se presentarán los hallazgos de estudio en Uruguay y España. Se hicieron comparaciones desde una lógica de aproximación cualitativa entre organizaciones de la sociedad civil (OSC), residencias de larga estadía privadas, así como instituciones públicas. La investigación parte desde el paradigma cualitativo interpretativo, y el método etnográfico en particular. Para este trabajo, se utilizaron un total de 63 entrevistas semiestructuradas (Steinar, 2011) a personas mayores, cuidadores y directivos, las cuales fueron transcritas, y se trabajó en el análisis cualitativo de los datos, centrado en la codificación a partir de unidades de sentido (Flick, 2007).

Los resultados describen y analizan, desde la socioantropología de las emociones, la cultura afectiva que favorece narrativas y prácticas de cuidado mutuo, recíproco y colectivo entre las personas mayores, así como otros actores sociales. Se busca mostrar cómo las emociones sociales, amistad, solidaridad, empatía y tolerancia, están relacionadas con procesos colectivos de cuidado que buscan el bienestar grupal y una forma alternativa al cuidado tradicional centrado en el trabajo de cuidado de las mujeres en las familias.

Palabras clave: *cuidado, cultura emocional, colectivización del cuidado, subjetividades, personas mayores y cuidadores.*

PERSPECTIVA TEÓRICA¹

De manera sintética, se expone la perspectiva teórica sobre la socioantropología de las emociones, tomando en cuenta que los elementos principales de las emociones son las sensaciones y los registros corporales, los gestos y las prácticas por las que el sujeto expresa una emoción. Otro elemento tiene que ver con la dimensión relacional / social, debido a que la emoción se hace visible cuando hay un cambio

1. Este apartado retoma los contenidos presentados en R. Enríquez (2019), *Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas*. En M. Maldonado, R. Enríquez y E. Camacho (Coords.), *Vejez y envejecimiento: una aproximación interdisciplinaria*. Tlaquepaque: ITESO.

en la relación, lo que genera también procesos de reconfiguración emocional. Un último aspecto es la cultura emocional, porque, de acuerdo con cada una de ellas, se aprenden diversos vocabularios vinculados, que muestran los sistemas de valores, normas y creencias en contextos socioculturales diferenciados (Gordon, 1990).

Para Hochschild (1990; 2007; 2008), la cultura emocional se manifiesta y materializa en distintos productos culturales que el sujeto consume de forma cotidiana, como pueden ser las películas, los documentales, los libros, las prácticas y los rituales religiosos, así como lo que circula en las redes sociales virtuales. Por ello, analizar la cultura emocional requiere por fuerza una inmersión a la producción cultural de grupos sociales en particular. En este proceso analítico, el vocabulario emocional, categoría propuesta por Gordon (1990), junto con la cultura emocional (Hochschild, 1990; 2007; 2008), adquiere relevancia, pues muestra las formas específicas de nombrar aquello que conmueve al sujeto, situado en coordenadas sociohistóricas y espaciales específicas. De esta manera, los grupos sociales desarrollan un lenguaje más o menos denso para diferenciar las emociones especialmente valoradas y prevenir aquellas que deben ser moduladas en su expresión, o bien reprimidas de distintas maneras; las cuales varían de acuerdo con cada contexto, y solo a través de su análisis pueden ser interpretadas con la suficiente profundidad.

Para Gordon (1990), desde el estudio de la dimensión social de la emoción, la categoría del cambio es central, ya que permite conocer cómo ciertas emociones reproducen, o bien participan en la transformación de un orden establecido. Estos cambios pueden darse en el ámbito de lo micro (los vínculos sociales) o macro, y a partir de tendencias históricas que favorecen procesos de intensificación, sustitución, o reducción de algunas emociones. Interesa también el mecanismo de control, íntimamente relacionado con los imperativos sociales que define un grupo social para regular las emociones.

Para Hochschild (1990; 2007; 2008), existen reglas y normas sociales que regulan la expresión de los sentimientos, que ofrecen información sobre la emoción esperada de acuerdo con el espacio social particular, conocidas como zonas de regulación (líneas emocionales), que indican intensidad, duración y modos para la expresión emocional.

En este mismo sentido, Perinbanayagam (1989) propone el estudio de las formas rituales en que las emociones son expresadas, que ayudan al control, la regulación y la intensidad, de acuerdo con los bordes y las fronteras socialmente delimitados. Es por ello que la exacerbación emocional, según la cultura en particular, se relaciona con trastornos mentales.

Para Hochschild (1990), es importante considerar la ideología de género y su relación con las “reglas y normas del sentimiento”. Para ella, existen tres modalidades básicas, que son la tradicional, la igualitaria y la transicional. Según estas posiciones ideológicas, hay también estrategias de género y emocionales por las que se evoca de manera activa o suprimen sentimientos para definir una ruta de acción y expresión socialmente adecuada. Existen estrategias de cambio activo y directo asociadas a la confrontación directa, la exploración y la posible resolución de relaciones desiguales de género; asimismo, están las estrategias de cambio pasivo e indirecto, donde se despliegan acciones paralelas que evitan el enfrentamiento y la confrontación.

Para Armon-Jones (1986), hay un vínculo directo entre género, emoción e ideología. En clave de estereotipos, lo femenino está culturalmente relacionado con moderación y otras “virtudes” aprendidas desde la infancia, que favorecen los patrones de adscripción de las emociones de acuerdo con el género. Al respecto, Crespo (1986) señala que tanto hombres como mujeres son considerados socialmente sujetos con emociones diferenciadas, lo que está profundamente institucionalizado y naturalizado. Hochschild (1990), a su vez, propone que, así como hay estrategias emocionales de género, también las hay por estrato social. Así, el sujeto crea una sensibilidad protectora que le facilita discernir la forma adecuada de expresarse emocionalmente respecto a una sociedad estratificada y desigual.

Para Hochschild (2007), el análisis de las emociones es posible a partir de las dimensiones de contexto, como la normativa, expresiva y política. La primera, se refiere a la emoción y las reglas relacionadas con lo socialmente permitido, apropiado, deseado y sancionado. Para la autora, hay tres formas de corrección de los sentimientos: clínica, es decir, lo que culturalmente se considera “normal”; moral, que

está legitimada desde el marco de la ética; y política, el vínculo entre las emociones y las relaciones de poder.

Las emociones son proveedoras de sentido y orientación en el mundo (Döveling, 2009) y también vehículos principales para el análisis y la interpretación de lo social a través de los códigos culturales específicos (Kleres, 2009).

Interesa, entonces, poder relacionar de manera analítica las situaciones sociales y la emocionalidad a partir de la cultura (Lutz, 1986). Cada situación está vinculada con una constelación de emociones que se configura de manera particular; es decir, el conjunto de emociones vinculadas / emparentadas de manera compleja y no lineal que permiten desentrañar la cultura emocional de un fenómeno social específico. Esta constelación puede variar según los grupos socioculturales, así como debido a la generación de nuevas emociones que favorezcan la no reproducción de un orden social existente. Así pues, en el caso de los procesos y las tendencias sociales en el cuidado, tales como precarización, feminización, familiarización y colectivización, existen ciertas emociones nodo íntimamente emparentadas con otras, que en conjunto dan cuenta de las formas en que las emociones reproducen, o bien favorecen, la transformación en las prácticas asociadas al cuidado.

Para este trabajo, se seleccionaron analíticamente algunas de las narrativas que tienen que ver con las emociones y el cuidado. Se retoma la propuesta de Kleres (2010), para quien las emociones están insertas en las narrativas. “Los elementos narrativos de una historia configuran la experiencia emocional” (p.185). También se tomó en cuenta la codificación por unidades de sentido propuesta por Flick (2007).

El enfoque de la narrativa de las emociones señala que estas pueden ser analizadas desde los relatos que produce el sujeto. En este sentido, para hallar el sentido de la narrativa, la ruta de indagación debe incluir qué pasa, quiénes son los actores, cuál es el desenlace y las formas posibles de interpretación, así como los referentes espaciales y las temporalidades. En concordancia con Riessman (1993), el análisis requiere trascender la narrativa misma e interpretarla de acuerdo con el contexto histórico y social. El análisis narrativo es la forma

de introducirse en un corpus sobre emociones que permita abonar conocimiento sobre la cultura emocional de un grupo particular y los procesos / tendencias hacia una redistribución del cuidado y su colectivización.

Un elemento también importante en el análisis de narrativas de emociones tiene que ver con la construcción de *agencia*. De acuerdo con Kleres (2010), es posible encontrar las formas diversas en que un sujeto se posiciona como *agente*, o bien como objeto en relación con un suceso y respecto a los otros. Algunas expresiones lingüísticas de las emociones que pueden ser analizadas en las narrativas son las palabras (nivel léxico), las oraciones (nivel sintáctico) y los datos no verbales, como el ritmo, la velocidad y los silencios (prosodia). El análisis narrativo de las emociones permite resolver un asunto metodológico en este campo de generación de conocimiento en las ciencias sociales.²

CULTURA EMOCIONAL Y PROCESOS DE COLECTIVIZACIÓN DEL CUIDADO: PRIMEROS RESULTADOS EN LOS CASOS DE ESTUDIO EN MÉXICO

Los hallazgos se muestran a partir de los casos de México —para este capítulo—, diferenciando las emociones que favorecen o desalientan los procesos de colectivización del cuidado.

Centro de día dif Bugambilias (c ddifb-mx)

Como parte de la propuesta de los centros de día del Sistema DIF (2019), se busca crear alternativas para que la población de personas mayores participe en actividades que ocupen su tiempo libre, y fomentar su ocupación productiva y creativa a través de diversas formas recreativas, culturales, ocupacionales, formativas, deportivas y de alfabetización. Estos espacios sociales cuentan también con servicios

2. Este apartado retoma algunos contenidos presentados en R. Enríquez (2019), Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas. En M. Maldonado, R. Enríquez y E. Camacho (Coords.), *Vejez y envejecimiento: una aproximación interdisciplinaria*. Tlaquepaque: ITESO.

médicos, de alimentación y transporte a un costo accesible. Además de hacer uso de los distintos servicios de este sistema público, las personas mayores eligen y forman parte del programa que se adapta a sus necesidades, con la construcción gradual de vínculos de apoyo social, en donde el estar al tanto del otro es una característica que empieza a dibujar el cuidar y apoyar al otro.

L: Entonces, la persona tiene esa libertad o de no estar en nada, y simplemente sentirse a gusto y pasar al comedor, platicar con otras personas; pero, generalmente, cada quien escoge algo, porque siempre le agrada algo a alguien. Aquí conoces a personas que, cuando menos piensas, te ayudan ante cualquier cosa que uno necesite (Lorenza, 63 años, CDDIFB-MX).

Como proceso social, el cuidado colectivo empieza a tomar fuerza entre las personas mayores y el personal del lugar del CDDIFB. Las relaciones que se construyen pueden ir, en varios casos, más allá del espacio social del centro de día y facilitar que los vínculos y la ayuda mutua se fortalezcan.

Como puede verse en la tabla 6.3, las emociones favorables para que se gesten prácticas de cuidado colectivo tienen que ver con la satisfacción de ayudar al otro, el gusto por hacerlo, la solidaridad, el amor por los otros, la empatía, el amor propio, la alegría, el sentirse a gusto al apoyar, la preocupación, la reciprocidad, el instinto de cuidar, la paz que genera ayudar, el deber ser y la compasión. Esta cultura emocional (Gordon, 1990) del cuidado implica la construcción gradual de vínculos cotidianos a través de los días que se comparten en el CDDIFB.

A continuación, se muestra la representación visual con la primera nube de emociones que se colocan como favorecedoras para los cuidados de forma colectiva.

En la figura 6.1, la satisfacción y la solidaridad aparecen como emociones centrales en las narrativas y en cómo las personas mayores las significan y ponen en acción a través de distintas prácticas, tanto en el centro de día como fuera de este. Para Perinbanayagam (1989), las emociones se corresponden con las situaciones sociales concretas, en este caso de cuidados, y también con los mandatos sociales

TABLA 6.1 EMOCIONES QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS CDDIFB (PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR)

Centro de día dif Bugambilias (cddifb-mx)			
Personas mayores		Instinto de cuidar	
Satisfacción	4	Paz	1
Gusto	4	Deber ser	1
Solidaridad	3	Compasión	1
Amor por los otros	3	Personal del lugar	
Empatía	3	Solidaridad	2
Amor propio	2	Confianza en el adulto mayor	1
Alegría	2	Amor	1
Sentirse a gusto	2	Alegría	1
Preocupación	2	Paz	1
Reciprocidad	2		

FIGURA 6.1 NUBE DE EMOCIONES QUE FAVORECEN A LOS CUIDADOS COLECTIVOS DESDE LAS NARRATIVAS DE LAS PERSONAS MAYORES DEL CDDIFB-MX



FIGURA 6.2 NUBE DE EMOCIONES QUE FAVORECE LOS CUIDADOS COLECTIVOS DESDE LA VALORACIÓN DEL PERSONAL. CDDIFB-MX



preestablecidos. La siguiente narrativa es una muestra de ello, así como de la dimensión moral de la emoción asociada al cuidado y su posible materialización.

MRG: ¿Cuáles serían esas emociones que aparecen para poder cuidar al otro?

Z: Hijole, es una satisfacción, o sea, la satisfacción de estar haciendo algo bien, algo bonito, algo benéfico por otra persona, algo que se debe hacer... sin esperar que alguien un día haga lo mismo que yo estoy haciendo por esta persona [...] Nos han enseñado a ayudar en lo que uno pueda y, mientras se pueda, hay que hacerlo (Zamara, 61 años, CDDIF-MX).

El personal del lugar, sean directivos o empleados con distintas labores en favor de la población adulta mayor (figura 6.2), comparte las emo-

ciones que desde su opinión abonan a que los mayores se involucren en prácticas de cuidado colectivo. Esta aportación hacia una cultura emocional del cuidado (Enríquez, 2019) tiene que ver con emociones tales como solidaridad, confianza, amor, paz y alegría. Es posible constatar un vocabulario emocional (Gordon, 1990; Hochschild, 1990, 2007 y 2008), trabajado por Enríquez (2019), tocante a la forma en que los miembros que dirigen este CDDIFB buscan sensibilizar a la población adulta mayor y a la comunidad entera del centro de día, sobre todo aquello que conmueve y facilita el cuidado colectivo. Las personas que dirigen este centro promueven el apoyo mutuo y las relaciones de ayuda, buscando que los mayores desarrollen agencia y busquen promover cambios favorables y colectivos en el contexto inmediato de su vida cotidiana. Los significados que transmiten los responsables de este centro juegan un papel importante para favorecer un vocabulario emocional que ayude a los cuidados colectivos (Gordon, 1990; Hochschild, 1990, 2007 y 2008; Enríquez, 2019).

En la tabla 6.2 se registran las emociones que, desde el punto de vista de la población adulta mayor y del personal del CDDIFB-MX, pueden limitar las prácticas del cuidado colectivo. Esta cultura emocional del cuidado (Enríquez, 2019) que no favorece su expresión colectiva, desde la perspectiva de los adultos mayores está relacionada con la indiferencia, el abandono, el desagrado, el rencor, la venganza, el enfado, la angustia y la desmotivación. El personal del centro considera que la prepotencia, en el caso de algunos adultos mayores, así como la dificultad para trabajar en equipo, la desesperanza, la falta de solidaridad, la indiferencia y el desánimo, también forman de ese repertorio emocional que desalienta el cuidado colectivo. Estas emociones, sin lugar a dudas, tienen que ver con las biografías de los sujetos y la cualidad de los vínculos construidos a lo largo de su historia. El poder aportar en el cuidado de otro incluye saberse cuidado en la trayectoria de vida y asumirse, a partir de la constatación, capaz de cuidar.

TABLA 6.2 EMOCIONES QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS CDDIFB (ADULTO MAYOR Y PERSONAL DEL LUGAR)

Centro de día dif Bugambillas (cddifb-mx)			
Personas mayores			
Indiferencia	4	Desmotivación	1
Abandonado	3	Prepotencia en los adultos mayores	2
Desagradecimiento	3	Impotencia de no trabajar en equipo	2
Rencor	2	Desesperanza	2
Venganza	2	Falta de solidaridad	2
Enfado	1	Indiferencia	2
Angustia por falta de compromiso	1	Desánimo	1

Residenciales en México

Conjunto residencial privado “70 y más” (crp-mx)

En la tabla 6.3 se presentan las emociones que limitan los cuidados colectivos en el CRP-MX, desde el punto de vista de las personas mayores residentes, al igual que, de manera separada, del personal del lugar. En la figura 6.3, para mayor claridad en clave visual, se presentan las emociones que limitan los cuidados colectivos desde los adultos mayores. Posteriormente, en la tabla 6.4 se exponen las emociones que favorecen el cuidado colectivo desde la mirada de los adultos mayores y del personal del lugar. En la figura 6.4 se muestra en clave visual la información desde los adultos mayores, en tanto que, en la figura 6.5, desde el punto de vista del personal del lugar.

Es importante destacar que la intolerancia es una emoción que influye de manera determinante para que aflore el cuidado mutuo. En la constelación de emociones, aunque con menor presencia, destaca el coraje y el reproche. La convivencia cotidiana en una residencia privada para mayores implica el roce cotidiano con los otros y poder tolerar o no los rasgos de personalidad, los procesos particulares de envejecer y no contar con una biografía compartida. En la residencia es en donde comienza la posible conformación o no de una red de

TABLA 6.3 EMOCIONES QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN EL CRP (ADULTOS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR)

Conjunto residencial privado "70 y más" (crp-mx)			
Personas mayores		Irresponsabilidad	1
Intolerancia	2	Reproche	1
Coraje	1	Personal del lugar	
No perdonar	1	Sufrimiento por las pérdidas propias de la edad	1
Sufrir	1		
Culpa	1		

cuidados mutuos entre personas mayores que no se conocían, y que la intolerancia entre unos y otros puede complicar el flujo de las relaciones del día a día, así como las posibilidades de concreción del cuidado mutuo.

En la tabla 6.4, tanto en población adulta mayor como en el personal del lugar, se reconoce una cultura emocional que busca favorecer narrativas de cuidado que lleven a prácticas de reciprocidad y ayuda mutua. En la figura 6.4 se conforma una constelación de emociones que favorece la cultura del cuidado entre mayores, donde están presentes emociones como el gusto, la preocupación, la solidaridad, la amistad, la empatía y el amor. Es este eje emocional, en términos de Gordon (1990), la cultura emocional es la que alienta, desde sujetos particulares, relaciones de ayuda y apoyo mutuo. Aun cuando el otro empezó siendo un extraño, conforme pasan los días y se establecen las rutinas y actividades propias del lugar, algunos residentes pueden sentirse conmovidos y en resonancia emocional con el otro, para otorgar sobre todo cuidados afectivos que tienen que ver con el acompañamiento.

También aparecen el amor, la empatía, la solidaridad y la preocupación como emociones de la cultura emocional del cuidado desde algunos miembros que conforman el personal del lugar, sean directivos, cuidadores o enfermeras.

Con respecto a la intolerancia, la narrativa de emociones (Kleres, 2010) de Ricardo, un hombre de 71 años, muestra las dificultades en la convivencia y, sobre todo, en la posibilidad de cuidado y ayuda mutua cuando las interacciones se dan entre sujetos que no se conocen, no

TABLA 6.4 EMOCIONES QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN EL CRP (ADULTOS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR)

Conjunto residencial privado “70 y más” (crp-mx)			
Personas mayores		Honestidad	1
Gusto por ayudar	8	Sentirse a gusto	1
Preocupación	5	Protección	1
Solidaridad	3	Amor de familia	1
Sentirse útil	3	Caridad	1
Satisfacción	3	Emoción	1
Amor	2	Personal del lugar	
Amistad	2	Amor	2
Empatía	2	Preocupación	1
Reciprocidad	2	Empatía	1
Alegría	2	Solidaridad	1
Buen ánimo	1		
Compromiso	1		

tienen relaciones de amistad y, además, resulta muy difícil tolerar a alguien por sus características de personalidad y dificultades propias de la etapa de vida.

MRG: Sí, ¿usted cree Ricardo que aparecen algunas emociones o sentimientos que no permiten cuidar al otro?

R: No, pues, fíjate que eso para mí no lo he podido descifrar, porque, ¿cómo te diré?... Sí hay, por ejemplo, haz de cuenta, este... Yo, por lo general, haz de cuenta... Si alguna de ellas [residentes] se le cae el tenedor, pues yo sé que yo me puedo agachar, que tengo esa flexibilidad, y digo: “no te agaches, yo te lo voy a sacar de ahí”. Pero, ay, sí hay una persona a la que, no sé si... bueno... No me recuerda a nadie y lo he analizado, pero es una persona con la que habemos varias que no la soportamos, somos intolerantes, es la verdad, y te digo, ¿no sé qué?, eh, pueda aparecer en mí, no sé si algún recuerdo, pero digo yo que, para nada, o este... no sé, no sé qué pasa en mí, bueno... y en las otras compañeras, porque nada más no nos entra [risa] (Ricardo, 71 años, CRP-MX).

FIGURA 6.3 NUBE DE EMOCIONES QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS DESDE LA NARRATIVA DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL CRP-MX



En la narrativa de Olga, es posible detectar lo que Hochschild (1990) señala sobre las estrategias emocionales diferenciadas, tomando en cuenta el estrato social y, en este caso, el estatus de cuidador vs el de residente de un CRP-MX. Olga comparte un ejercicio reflexivo en donde muestra la existencia del reproche del residente ante alguna práctica de cuidado en particular. Reflexiona desde claves de estrato social, y coloca la vanidad como una emoción presente en estratos altos, y el sufrimiento como una emoción en estratos bajos ante el tipo de interacciones que pueden generarse. La estrategia emocional consiste en la no confrontación directa y en acudir al terreno de lo religioso para pedir perdón al otro y la posible capacitación. Esta narrativa es elocuente sobre las formas en que el vocabulario emocional (Gordon, 1990) se particulariza de acuerdo con el estrato, y las relaciones entre estrato, que reflejan interacción con cuotas claramente desiguales de poder, en donde el dinero, en términos materiales y simbólicos, juega un papel central.

FIGURA 6.4 NUBE DE EMOCIONES QUE FAVORECE LOS CUIDADOS COLECTIVOS DESDE LA NARRATIVA DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL CRP-MX



E: Sí... sí aparece que me digan que esto que el otro [algún residente] cuando yo siento que estoy haciendo lo mejor por esa persona y que hay como un tipo... de reproche.

Con respecto a las figuras 6.4 y 6.5, las cuales muestran las nubes de emociones que favorecen el cuidado entre los adultos mayores, la narrativa de un miembro del personal del CRP-MX resulta importante, ya que muestra cómo las relaciones de cuidado, protección y ayuda rebasan el ámbito del compañerismo y trascienden hacia lo nombrado como relaciones familiares. Estos espacios de cuidado mutuo y formal, cuando tienen las condiciones en términos materiales y socioemocionales, pueden favorecer la construcción de una familia sustituta, es decir, una familia social en la que el vínculo socioafectivo se estrecha, y hay un “estar al pendiente” del otro que refleja el acompañamiento emocional, elemento central dentro de las tipologías de cuidado.

FIGURA 6.5 NUBE DE EMOCIONES QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS DESDE EL PERSONAL DEL LUGAR EN EL CRP-MX



M: Ay, pues yo creo que es el hecho del diario convivir. Llega un momento que ellas [las residentes] se sienten como que ya son familia entre ellas. No es tanto así como compañeras, ya sienten que son familia. Lo sienten. Y eso que les da el protegerse, el cuidarse, el ayudarse una con otra. A veces alguna de ellas que trae dolor, a veces hasta se desesperan las demás: “pero, ¿por qué no dices para llevarte al doctor?”, y están buscando a enfermería: “es que tiene dolor, es que la tienes que ayudar” (Femenina, CRP-MX).

Organización de la sociedad civil con predominio de población adulta mayor (oscpam-mx) en México

Esta OSC tiene como misión promover la autonomía y autogestión en personas que forman parte de comunidades marginadas en la zona conurbada de Guadalajara, con la finalidad de mejorar su calidad de vida a través de procesos de formación para la vida impartidos por

TABLA 6.5 EMOCIONES QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR)

Organizaciones de la sociedad civil			
oscpam-mx			
osc 2-mx			
osc 3-mx			
Personas mayores		Ingratitud	1
Orgullo (al no dejarse ayudar)	4	Envidia	1
Sin reciprocidad	4	Soberbia	1
Desamor	3	Soledad (familiar)	1
Deber ser	2	Desesperación	1
Egoísmo	2	Coraje	1
Sufrimiento	2	Personal del lugar	
Molestia (indiferencia)	2	Soberbia	1

ellas mismas, con capacitación inicial de actores expertos. Esta OSC tiene grupos de adultos mayores en más de 20 colonias, y en cada escenario se realiza de forma semanal el encuentro entre estos. Se busca densificar el tejido social y que los adultos mayores fortalezcan sus habilidades de convivencia y trabajo en equipo en los grupos a los que pertenecen, así como en sus propias familias y comunidades.

En la tabla 6.5 pueden reconocerse emociones como el orgullo, relacionado con no dejarse ayudar por otros, no ser recíprocos, desamor, deber ser, ingratitud, envidia entre los mayores y soberbia, que entorpecen vivir de forma comunitaria y experimentar con mayor plenitud una cultura emocional de cuidados colectivos (Enríquez, 2019).

El orgullo, que apareció como el principal sentimiento ante la pérdida de autonomía cuando sobreviene la etapa de vejez vinculada a algún tipo de dependencia. Ello está asociado también con un sentido de pertenencia limitado al grupo de la OSC en que participan.

M: Cuando son muy orgullosos, con soberbia, porque creen que pueden hacer muchas cosas, y pues no se dejan ayudar, y ni ayudan, eso yo siento (mujer adulta mayor, animadora, grupo focal, OSCPAM-MX).

El orgullo está emparentado con la soberbia, al no recibir ni brindar algún tipo de práctica de cuidado hacia otros. Se puede observar que el personal que dirige la OSC-MX resalta la soberbia como emoción que trunca y no abona a las acciones colectivas de cuidado y al vivir con sentido de pertenencia dentro de la comunidad en que la persona mayor está inmersa. En la tabla 6.5 se colocan los sentimientos que limitan la configuración de una cultura emocional de cuidados colectivos en la OSCPAM-MX.

El desamor aparece como una emoción que imposibilita una relación de cuidado. Asimismo, sentirse “estorbos” surge en la narrativa de una mujer adulta mayor que participó en el grupo focal. Esta forma de referirse a sí mismos como “estorbos” tiene una carga emocional muy fuerte, que puede llegar a fracturar la valía del sujeto y su forma de situarse ante la vida y su entorno inmediato.

S: ¿Qué sentimientos no ayudan?, pues no tener amor a las personas, el desamor, cuando no les importa lo que les pasa; además el estorbo... el estorbo... cuando se sienten estorbo (mujer, grupo focal, OSCPAM-MX).

En la OSC2-MX y OSC3-MX, el *egoísmo* fue una emoción reconocida como limitante en la convivencia en la comunidad. El sentido que se incorpora a esta emoción tiene que ver con personas mayores que les cuesta ver más allá de ellos mismos y su núcleo familiar. Además, para ellas es difícil comprender que, así como sus problemas son relevantes e importantes en la comunidad, las dificultades de los otros también lo son. Estas personas tienden a mostrarse exigentes ante la resolución casi inmediata de sus necesidades, no son solidarios para compartir recursos materiales y emocionales. En la siguiente narrativa, dos miembros de la OSC2-MX expresan sus impresiones al respecto.

E: Si pensamos en los viejos cuando nosotros éramos chicos, de lo primero que te viene a la cabeza era que era un viejo insoportable, poco tolerante, egoísta, porque solo se preocupan por ellos y no importa nada más (Ernestino, OSC2-MX).

F: Ay, no sé, tengo que... Me pongo a pensar y no sé, seguramente, digo, bueno, primero que nada, el egoísmo, o sea, cuando no entienda alguien que este proyecto es un proyecto de veras de comunidad, de bla, bla, bla, y que solo esté pensando en él y que, de repente, yo digo, yo creo que viene al caso, yo creo que siendo realistas y siendo humanos, o sea, a todos nos ha de pasar por la cabeza de repente algún... alguna reacción, eso, egoísta, y sin embargo cuando... cuando este... reflexionas y dices: a ver, a ver este, eso fue una reacción totalmente egoísta, te das cuenta que el beneficio de la comunidad y de que todos aprendamos a tolerar y que todos aprendamos así a colaborar, a ser este... empáticos, eh, solidarios, en fin, se puede hacer algo muy... muy importante. Mira, el caso de cuestión e informar, yo creo que de veras para algunos que... primero me dicen: “ay, es que yo encontrarme con Adriano”; y, en cambio, ya vemos varios que dices, sabes qué, hay que pensar que a lo mejor algún día estamos igual, no sabemos y entonces (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

Otra de las emociones mencionadas en la OSC2-MX y OSC3-MX fue el *sufrimiento*, lo cual tuvo que ver con la falta de tolerancia y comprensión ante los deterioros cognitivos / mentales, físicos y emocionales que van experimentado otros miembros de la organización. Se experimenta esta emoción cuando desconocen las formas de apoyar a los compañeros, ante el evidente deterioro que están viviendo.

E: Uno siente que sufre, cuando no sabes cómo tratar a tu amigo, que ya no puede tener una plática contigo, cuando de repente te ofende o te contesta agresivo sin razón alguna, cuando te vuelves intolerante con sus imprudencias verbales (Ernestino, OSC2-MX).

Ser parte de un grupo, conocer las limitaciones de los integrantes, abona a que el sufrimiento aparezca ante el no saber cómo lidiar con los deterioros de los otros, al desconocer las formas de abonar a su bienestar a partir de las limitaciones de los amigos, conocidos o miembros del lugar.

La molestia se reconoció ante la indiferencia o falta de empatía frente a las necesidades de otros miembros o personas de la organización

social a la que pertenecen. Al no sentirse parte de la comunidad, se crea un distanciamiento emocional con los otros que no permite conocer ni involucrarse, y se hace presente la incapacidad de reconocer los sentimientos propios y de los demás. Desde la propuesta de Goleman (1998), se carece de inteligencia emocional ante el inadecuado manejo de las relaciones con los otros y con ellos mismos.

F: Si es difícil en tu casa mantener la armonía y ponerte de acuerdo cuando todos pensamos diferente, te molestas en la comunidad, pero multiplicado por 60 [...] No te voy a exagerar, ponle 20, 25 (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Otra de las narrativas tiene que ver con la indiferencia de lo que sucede con la vida y las necesidades de otros miembros de la comunidad. Así lo expresó una persona mayor de la OSC3-MX:

S: Pues mira, yo a mí hija siento que la cuido porque, si se enferma, le hago tratamientos, este... la... la busco, la visitó, le limpio la casa, le hago de comer. Para mí, eso es cuidar a mi hija. Y... y cuidar a los demás, pues no los cuido tanto, la verdad... la verdad que cuidar a los demás, pues para mí es poner un árbol y no meterme en su vida (Sabina, 66 años, OSC3-MX).

Otra de las emociones presentes en ambas organizaciones sociales tuvo que ver con la *soledad*, que imposibilita la interacción con los miembros del grupo. Cuando la familia se aleja, y la persona mayor no está abierta a otro tipo de interacciones en el contexto en que se desenvuelve, el aislamiento que produce la incompreensión, o sentirse rechazada por los miembros de su núcleo familiar, le impide generar nuevas formas de relación con los otros.

La *desesperación* surge al tiempo de no aceptar las dificultades y limitaciones que van presentando otras personas en la comunidad, ya que, en ocasiones, prefiere no involucrarse con los otros debido al desconocimiento de cómo ayudarles, sobre todo ante los malestares físicos y mentales que se van haciendo presentes en algunas personas

mayores del grupo. En la siguiente narrativa, Heleonor destaca cómo a veces es mejor no involucrarse en la vida de los otros.

H: Pero, también la desesperación de ver al de junto y no poder influir o curarlo, sanarlo o quitarle el dolor, o quitarle el malestar. En ocasiones mejor no te metes (Heleonor, OSC2-MX).

El *coraje* se hizo presente en la OSC3-MX cuando no se vive en comunidad, cuando cada uno vela por sus propios intereses y no hay la capacidad de cuidar lo del grupo. Fernandina nos ilustra con la siguiente narrativa:

F: Siempre estamos peleando por algo, ¿no? Y eso da coraje cuando le dices al otro: “ya te acabaste toda el agua”, y ahorita hay que cuidar el agua y todo, ¿no? O porque pasaste volado en el carro, “oye, ¿qué no te das cuenta?, ¿cuál era tu prisa?” O sea, siempre hay eso (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

El coraje aparece cuando no se tiene disposición de apoyar cuando es necesario, y cuando la dimensión individual prevalece en la vida de las personas mayores. Pensar en ser familia, a pesar de que no hay parentesco, es la principal dificultad que reconocen los que tratan de vivir y apoyar a las personas que lo requieran dentro del grupo.

La figura 6.6 muestra la centralidad de emociones asociadas al orgullo, el desamor y la falta de reciprocidad, que impide la construcción de una cultura emocional de cuidados colectivos, como los grupos de la OSC analizados.

Por otro lado, en la tabla 6.6 y la figura 6.7 se colocan aquellas emociones que surgieron en las narrativas y favorecen la construcción de una cultura emocional de cuidados colectivos. El gusto por servir y dar, la solidaridad, el amor hacia los otros, la preocupación, la confianza que genera el otro, el cariño, la alegría, el amor de Dios al concretarlo en los demás, la amistad, el gusto por proteger, el sentirse contento, el agradecimiento, el amor propio, la unidad, el respeto, la generosidad y la felicidad, forman parte de un abanico de emociones

FIGURA 6.6 NUBE DE EMOCIONES QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS DESDE LA NARRATIVA DE LAS PERSONAS MAYORES



presentes en los miembros de estas organizaciones para cuidar a los demás: cuidar más allá del ámbito familiar.

Cuando se cuida entre los miembros del grupo, sin importar el tamaño o la relevancia de las acciones, simplemente estar al tanto del otro, hace sentir a las personas entrevistadas útiles y les da valía ante ellos mismos y quienes los rodean.

El gusto de servir y ayudar es una de las emociones que aparece con mayor recurrencia en las narrativas de este grupo, y va de la mano con la solidaridad más allá del ambiente familiar. Son emociones que colocan el cuidado como una responsabilidad de todos, y buscan abonar a la construcción gradual de una cultura de cuidados colectivos más allá de las relaciones de parentesco (familiares). Lo anterior tiene que ver con la propuesta de Hochschild (1990), quien destaca que las emociones tienen un componente sociofuncional que es posible conocer y explicar cuando estas se expresan más allá de un orden individual. Aquí es donde pueden resaltarse las emociones que se colocan

TABLA 6.6 EMOCIONES QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Organizaciones de la sociedad civil			
o sc pam-mx			
osc 2-mx			
osc 3-mx			
Personas mayores		Alegría	3
Solidaridad	13	Amor de Dios	3
Gusto de servir y dar	12	Ternura (armonía)	2
Cariño en la unidad	11	Sentirse contento	2
Amor hacia los otros	9	Agradecimiento	2
Amistad	8	Amor propio	2
Preocupación	6	Respeto	3
Aprecio (tolerancia)	6	Generosidad	3
Confianza	5	Felicidad	1
Gusto por proteger	4	Compasión	1
Perdón	3		

en estos grupos, se significan y / o cualifican más allá de lo individual. En estos sujetos sociales, el grupo de pertenencia es capaz de unificar y legitimar emociones sociales que se experimentan de forma colectiva y materializan en la ayuda mutua y la búsqueda intencionada de relaciones recíprocas.

La tabla 6.6 permite visualizar las emociones que forman parte de la cultura afectiva que empieza a dar fuerza a los cuidados colectivos.

Aunque la religión juega un papel importante en los miembros de este grupo, no se buscan imponer creencias a las personas que piensan diferente. La siguiente narrativa expone las relaciones posibles entre las emociones y la dimensión de lo religioso.

M: Yo, mi sentimiento es... es que... ¿cómo se dice? Que... que uno lo haga de corazón y que vaya uno y lo haga y diciendo... Digo: “señor, lo que tú me des de vida y licencia, permíteme servir a mis semejantes”. Pero que vaya yo con amor y con gusto y ganas, no que lleve yo tristeza, y aunque yo en mi casa tenga algún problema, llevarles alegría, llevarles y todo; porque muchas de las veces las personas lo que ocupan es que uno vaya y los haga reír, que les cuente

hasta mentiras, hasta un chiste. Porque hay personas que nunca han recibido un abrazo de un hijo. Es lo que yo les digo: “¡Vénganse! vamos a abrazarnos nosotras solas, hagan de cuenta que nos está abrazando el hijo que nunca nos ha abrazado”. Y pues, sabe, tanta cosa que se nos viene, a la mejor uno se ilumina, ¿no a la mejor? Dios nos ilumina y somos solidarios con los otros (mujer, OSCPAM-MX).

El *aprecio* apareció como una emoción necesaria para vivir en comunidad. El significado que asignaron a esta emoción las personas mayores de la OSC2-MX y la OSC3-MX, tuvo que ver con la tolerancia que implica estar cerca del otro, ya que se involucra paciencia, amabilidad y, sobre todo, ser respetuoso con los otros para lograr vivir en comunidad.

E: El solo convivir te tiene que hacer... te hace más tolerante, y en la vejez la tolerancia es algo que todos... si pensamos en los viejos cuando nosotros éramos chicos, de lo primero que te viene a la cabeza era que era un viejo insoportable, poco tolerante. Tolerar cariñosamente por el aprecio que les tienes (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

Entonces, tolerar con cariño desde el aprecio facilita la interacción con los otros dentro de la comunidad. Llevarlo a la práctica en la cotidianidad abona para que los vínculos afectivos en las dinámicas de cuidados colectivos sean recíprocos.

En ambos contextos analizados, el *perdón* surgió como una emoción relevante en el rejuego de las relaciones interpersonales que se dan cotidianamente en ambas comunidades. Perdonar emerge como una práctica recurrente ante, por ejemplo, alguna ofensa verbal recibida por un compañero amigo miembro del lugar. Se busca comprender el porqué del malestar, y se destaca cómo son capaces de reconocer que aparece una sensación de alivio, tranquilidad y paz. Al experimentar estas sensaciones, son capaces de inhibir algún tipo de agresión, lo que favorece la comprensión.

E: Uno de los ejercicios que ya como grupo más grande vamos a tener que hacer, que manejar aquí, es el manejo de... de la tolerancia

y del perdón entre uno y otro, porque, si no, con la vejez es muy fácil que alguien quede ofendido de no sé qué tarugada; si entonces se dejan de hablar, entonces ya tienes toda una islita de dos que no se platican, este... Entonces, el manejar tolerancia y perdón se van a... creo que van a ser muy importantes a futuro. ¿Cómo lo hagamos?, no lo sé (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

F: Muy necio en sus ideas, muy no sé qué, entonces, ese valor creo que va ser... o sea, además de que tú hablaste de cariño y afecto por el otro, de acompañarse, de cooperar, está el lado de tolerar y perdonar para que esto funcione (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

La conciliación y la voluntad de tolerar y perdonar, dejando de lado los actos que pudieran ser hirientes, son formas de regulación emocional que tienen de trasfondo convenciones sociales que van reconfigurándose con la convivencia cotidiana.

En la narrativa de Jessie, se resalta cómo el haber construido esos vínculos de amistad a lo largo de la vida, con sus compañeros del proyecto colaborativo de vivienda para mayores, ha sido central para mantenerse como comunidad y ofrecerse contención, compañía y cuidados en esta etapa de la vida.

En la viñeta de Fernandina, podemos apreciar la relevancia de los abuelos y las abuelas en esta comunidad, así como el rol principal que tienen en el consejo de abuelos, para orientar sobre la vida cotidiana del grupo, así como en situaciones de contingencia que se presenten. Ellas y ellos son percibidos como seres humanos con experiencia y sabiduría acumulada, y disposición para compartir sus saberes con su grupo. Es importante también el intercambio intergeneracional en esta comunidad, al corresidir cuatro generaciones y establecer relaciones de cuidado y ayuda.

J: Una cosa muy bonita que pasa en esta casa de retiro es que nuestros hijos se conocen, y nosotros, de alguna manera, nos hicimos amigos por los hijos; tierno recordar que nos conocemos y permanecemos juntos, vivimos en armonía aquí como en el ambiente familiar y sin formalismos (Jessie, OSC2-MX).

F: La experiencia de vida que tiene cada abuelo es interminable. Es tierno conocer la sabiduría acumulada, por eso son parte del consejo de abuelos, para que nos compartan el cómo resolver dificultades, el que nos digan sus puntos de vista y, sobre todo, que cada vez nos hagan vivir y sentirnos como la familia que somos (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Otra de las emociones que apareció, en especial en la OSC3-MX, fue la *compasión*, que se refiere a prácticas de solidaridad y ayuda mutua con los vecinos de la comunidad intergeneracional, más allá de los lazos de consanguinidad. El sentido de comunidad y el proyecto de vida en esta organización ha posibilitado y potenciado relaciones de empatía que aseguran, en general, la atención oportuna para las personas mayores.

S: La compasión hace que de verdad ayudes al otro cuando lo pida; lo que quieres es verlo bien, y cada uno ayuda desde donde le es posible; hay quienes van a ayudarlo a recoger la casa, otros le llevan de comer, hay quienes van a platicar en la tarde, otros que lo llevan en sus coches al médico; aunque no lo conozcas mucho, el cariño de vecino te mueve a estar con quien lo necesita (Sabina, 66 años, OSC3-MX).

Desde la propuesta de Lutz (1986), al relacionar la situación social (ante los cuidados colectivos) y la emocionalidad (la compasión) en los casos analizados, surgen otras emociones que se vinculan a la compasión, como la empatía y la solidaridad, que favorecen la transformación en las prácticas asociadas al cuidado colectivo (Enríquez, 2019).

Para cerrar este apartado, se ubica a las emociones como promotoras de cambios culturales a favor del cuidado colectivo entre personas mayores, lo que se ilustra en la figura 6.7. Las personas mayores cuidan a mayores, al brindarles apoyos en distintos niveles a sujetos en similares condiciones; en otras palabras, esta organización de la sociedad civil es un espacio que favorece la movilización de los miembros que forman parte. Es un espacio social en donde se generan redes de cui-

FIGURA 6.7 NUBE DE EMOCIONES QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS DESDE LA NARRATIVA DE LAS PERSONAS MAYORES (OSCPAM, OSC2-MX, OSC3-MX)



dado y apoyo mutuo a través de acciones colectivas que trascienden el paradigma familiarista, y muestran la cultura colectivista que procura el bienestar y, sin duda, requiere también la contribución del Estado, las empresas y las familias para lograr un sistema de protección social equitativo, a la altura de las necesidades de la población adulta mayor actual y aquella que se encuentra en proceso de envejecimiento.

Las emociones ya descritas en estas organizaciones de la sociedad civil favorecen la transformación de códigos culturales sobre el cuidado y las llevan a una dimensión más comunitaria. Envejecer junto con otras y otros es, entonces, una forma viable de vivir esta etapa de la vida con plenitud y bienestar colectivo.

F: Porque vivir en comunidad nos convierte, en vez de pensar en mí, es en pensar en nosotros, en que hacemos un cuerpo colectivo (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

CONCLUSIONES

La cultura emocional en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez muestra marcas cualitativas diferenciadoras en los escenarios de investigación analizados. La presencia de vínculos anteriores, por amistad, parentesco, cercanía vecinal, tiene un peso importante en la posibilidad de que se logre una cultura emocional que favorezca el cuidado colectivo. Asimismo, la existencia de una cultura comunitaria ayuda a que los cuidados sociales se presenten en las formas múltiples que adquieren las vejeces en un contexto urbano de las grandes ciudades, o bien en localidades rurales. Para un análisis de la cultura emocional, y cada una de las emociones presentes, se retoman elementos de la propuesta de Hochschild (2007), ya que, sin duda, el contexto social, cultural e histórico intervienen en los factores que abonan o limitan hacia una cultura colectiva en los cuidados.

En los casos estudiados en nuestro país, las emociones que limitan la cultura de cuidado colectivo son la intolerancia, la indiferencia y el orgullo, en particular desde la perspectiva de la población adulta mayor. Por otro lado, el sufrimiento, la prepotencia y la soberbia, desde el punto de vista del personal, no favorece la construcción de una cultura emocional de cuidados colectivos.

El gusto, la satisfacción y la solidaridad son las emociones que, a partir de la experiencia de los mayores, abonan a cuidar o recibir cuidados de los otros; en tanto que el personal de los lugares reconoce la solidaridad, el amor y la preocupación como emocionalidades que favorecen el cuidado mutuo. Este acercamiento a la cultura emocional del cuidado abona a los hallazgos reportados por Enríquez (2019) y amplía la mirada desde la exploración de escenarios con perfiles socioeconómicos y culturales diferenciados.

El acercamiento sociocultural de las emociones relacionadas con la problemática de los cuidados colectivos resalta que en México se siguen sosteniendo formas de cuidado que se cobijan desde un paradigma conservador y familista. Sin embargo, también fue posible dar cuenta de emociones asociadas al cuidado mutuo y solidario entre las personas mayores y el personal en los distintos escenarios sociales investigados.

El cambio cultural hacia un cuidado que trascienda las fronteras familiares se gesta poco a poco, y es vital la generación de espacios comunitarios que promuevan la convivencia entre personas mayores, así como con otras generaciones.

Los afectos no son exclusivos del ámbito familiar, ya que también se materializan en los vínculos que se construyen en organizaciones de la sociedad civil, así como en espacios de larga estadía para personas mayores, sean públicos o privados. El cuidado humanizado que implica la transferencia afectiva es primordial para promover un envejecimiento y una vejez digna desde los distintos escenarios de vida.

Consideramos que la dimensión emocional del cuidado en la vejez es una línea central de análisis que debe dar lugar a múltiples investigaciones para poder prepararnos como sociedad, desde sus distintos agentes del bienestar, para hacer frente a las cargas de cuidado actuales y futuras.

REFERENCIAS

- Angrosino, M. (2014). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Armon-Jones, C. (1986). *The thesis of constructionism*. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 32-56). Oxford: Basil Blackwell.
- Crespo, E. (1986). *A regional variation: Emotion in Spain*. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 213-214). Oxford: Basil Blackwell.
- Döveling, K. (2009). *Mediated parasocial emotions and community: How media may strengthen or weaken social communities*. En D. Hopkins, J. Kleres, H. Flam y H. Kuzmics (Eds.), *Theorizing emotions. Sociological exploration and applications* (pp. 315-335). Estados Unidos: Campus.
- Enríquez, R. (2019). Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas. En M. Maldonado, R. Enríquez y R. Camacho (Eds.), *Vejez y envejecimiento: una aproximación interdisciplinaria*. Tlaquepaque: ITESO.

- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fraga, C. (2018). *Cuidados y desigualdades en México: una lectura conceptual*. México: Oxfam.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gordon, S. (1990). *Social structural effects on emotions*. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 149-154). Nueva York: State University of New York Press.
- Hochschild, A. (1990). *Ideology and emotion management: A perspective and path for future research*. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 117-148). Nueva York: State University of New York Press.
- Hochschild, A. (2007). The sociology of feeling and emotion. *Sociological Inquiry*, 45(2), 280-307.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Madrid: Katz Editores. Recuperado el 9 de febrero de 2021, de <https://es.scribd.com/document/426613983/La-Mercantilizacion-de-la-Vida-Intima-pdf>
- Kleres, J. (2009). Prefacio: Notes on the Sociology of Emotions in Europe. En D. Hopkins, J. Kleres, H. Flam y H. Kuzmics (Eds.), *Theorizing emotions. Sociological exploration and applications* (pp. 7-27). Estados Unidos: Campus.
- Kleres, J. (2010). Emotions and narrative analysis: A methodological approach. *Journal of the Theory of Social Behavior*, 41(2), 182-202.
- Lutz, C. (1986). *The domain of emotion Word on Ifaluk*. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 113-128). Oxford: Basil Blackwell.
- Perinbanayagam, R. (1989). Signifying emotions. En D. Franks y D. McCarthy (Eds.), *The sociology of emotions: original essays and research papers* (pp. 73-90). Greenwich: Jai Press.
- Rico, N. (2011). *El desafío de un Sistema Nacional de Cuidados para el Uruguay*. Santiago de Chile: CEPAL.

- Riessman, C. (1993). *Narrative analysis. Qualitative research methods*. Newbury Park: Sage.
- Steinar, K. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Cuidados colectivos y emocionalidad en la vejez: estudios de caso en Uruguay y España

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

MARÍA MARTHA RAMÍREZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN

Así como en México se enfrenta una crisis cada vez mayor en el sistema de cuidados tradicional, otras regiones de Iberoamérica, más envejecidas, han experimentado estas situaciones y tomado resoluciones para avanzar en los esquemas de protección social, en específico de la población adulta mayor. En el capítulo dos, se ofrece un panoramana sociodemográfico y de salud de las personas mayores de Uruguay y España. Aquí, lo que interesa es profundizar en la cultura emocional ligada a los cuidados entre y de los mayores y, a partir de ello, establecer relaciones con el caso de México.

Este séptimo capítulo, tiene como fin analizar la cultura emocional (Gordon, 1990; Hochschild, 1990, 2007 y 2008) que favorece los procesos de colectivización del cuidado en la vejez. Los escenarios de investigación para Uruguay fueron tres centros de día, dos residenciales privados y dos organizaciones de la sociedad civil (OSC). En España, se abordó el caso de una cooperativa denominada Trabensol. La investigación parte desde el paradigma cualitativo interpretativo y el método etnográfico, en particular. Se utilizaron un total de 48 entrevistas a personas mayores, cuidadores y directivos, las cuales fueron transcritas y se trabajó en el análisis cualitativo de los datos (Flick, 2007).

Los resultados se centran en la descripción y el análisis, desde la socioantropología de las emociones, de la cultura afectiva que favorece narrativas y prácticas de cuidado mutuo, recíproco y colectivo

entre las personas mayores y otros actores sociales. El estudio busca demostrar cómo ciertas emociones pueden estar vinculadas con narrativas y prácticas de cuidado que favorecen la solidaridad en la vejez y promueven un envejecimiento activo y saludable.

Palabras clave: *cuidado, colectivización, personas mayores, emociones y subjetividades.*

A continuación, se presentan los escenarios de investigación abordados en Uruguay y España. La metodología empleada fue similar a la del caso mexicano, es decir, con entrevistas semiestructuradas —audiograbadas y después transcritas para su codificación a partir de la propuesta de Flick (2007)—, grupos focales y diario de campo.

Escenarios de investigación:

- Uruguay: centro diurno público 1, 2 y 3 (CDP1-UY, CDP2-UY, CDP3-UY).
- Uruguay: residenciales privados (RP1-UY Y RP2-UY).
- Uruguay: organizaciones de la sociedad civil (OSC):
 - Organización para la atención de personas mayores (OSC1-UY).
 - Organización de personas mayores de apoyo artístico y gerontológico (OSC2-UY).
 - Organización de apoyo en cuidados (OSC3-UY).
- España: Cooperativa Trabajadores en Solidaridad (Trabensol-ES).

En Uruguay, se contó también con información proveniente de entrevistas a directivos de instituciones públicas y privadas, quienes ofrecieron contenido relevante para comprender los ejes de este estudio. Las instancias fueron:

- Funcionario público para atención de personas mayores en Montevideo (FP-UY).
- Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores) (público) (Inmayores-UY).
- Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn). Universidad de la República (CIEn-UY).

- Organización privada de residenciales para personas mayores (OPRPM-UY).
- Secretaría Nacional de Cuidados (SNC-UY).

En Uruguay, fueron 30 entrevistas y siete grupos focales; en España, 10 entrevistas y un grupo focal. Las entrevistas semiestructuradas se trabajaron a partir de la propuesta de Steinar (2011) y fueron codificadas por unidades de sentido (Flick, 2007).

CUIDADOS COLECTIVOS Y EMOCIONALIDAD: CASOS DE ESTUDIO EN URUGUAY Y ESPAÑA

Uruguay

Centros diurnos

Estos lugares, que funcionan exclusivamente como espacios de día para personas mayores, sobre todo en las mañanas, tienen propósitos diversos, el principal, abonar a la calidad de vida en la etapa de la vejez. En este trabajo, se realiza la inclusión e integración del sujeto social que envejece, usuario de estas instituciones públicas. La socialización, el formar y sentirse parte de un grupo, la recreación, la formación personal y, además, la promoción de la interacción intergeneracional, son elementos que se presentan en los tres centros diurnos: CDP1-UY, CDP2-UY y CDP3-UY.

Para consolidar y dar fuerza a la legislación referente a la atención de las personas mayores en este país, el cuidado es abordado como un derecho, y se cuenta con un Sistema Nacional de Cuidados (SNC), con distintos niveles de intervención, de acuerdo con el perfil y las características de la población adulta mayor, así como de los recursos para el financiamiento de las demandas de cuidado derivadas de situaciones de dependencias, en especial las severas.

En la tabla 7.1 se exponen las emociones que limitan el cuidado colectivo desde la perspectiva de las personas mayores y del personal que participa en los centros diurnos públicos.

TABLA 7.1 EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN LOS CENTROS DIURNOS PÚBLICOS

Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy			
Personas mayores		Sentirse mal	2
Soledad	3	Rechazo	1
Egoísmo	3	Falta respeto	1
Sin hermandad (amistad)	3	Soberbia	1
Falta de amor propio	2	Personal del lugar	
Miedo a la vejez	2	Falta de cultura emocional	1
Tristeza	2		

Las personas mayores mencionaron a la soledad, el egoísmo, la falta de hermandad / amistad y de amor propio, el miedo a la vejez, la tristeza, el sentirse mal, el rechazo, la falta de respeto entre compañeros y la soberbia, como principales obstáculos para que las relaciones grupales fluyan en estos espacios.

Al caracterizar las primeras emociones, en las que la forma de significarlas está influida por la relación con los otros, y donde la soledad estuvo presente en las narrativas de los centros diurnos, ya que fue enunciada tanto por hombres como por mujeres, al sentirse apartados y solos, a pesar de la presencia de la familia.

La soledad se ligó con la tristeza, ya que esta da una sensación de vacío y falta de apoyo. Para Gordon (1990), es a través de esta enunciación de emociones que podemos comprender y conocer el vocabulario emocional con el que las personas mayores describen, en términos afectivos y según su contexto sociocultural, situaciones en específico.

Cada una de las historias de vida que configura a las personas mayores abre la posibilidad de la reproducción social de las formas en que viven las creencias, los valores, las dificultades, las necesidades y los sentidos propios de vida. El egoísmo, el miedo a experimentar este momento de su vida, el rechazo —cargado de exclusión social por la falta de oportunidades formales para los mayores— y la soberbia, son algunas de las emociones centrales encontradas. En su vida cotidiana, y desde el análisis de las narrativas de los entrevistados,

FIGURA 7.1 NUBE DE EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES QUE LIMITAN A LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN LOS CENTROS DIURNOS PÚBLICOS



hay alternativas que favorecen la convivencia y generación de vínculos sociales y el fortalecimiento del tejido social.

AMF7: A mí me pasó, yo tengo 60 años. Yo me retiré de... del trabajo, o sea, porque pensé que era lo mejor que podía elegir, ¿no?... decir. Pero, después me encontré que estaba totalmente sola, mi vida cambió 180 grados. Y lo que hice, como la tortuga, que tenés que ir para adentro, adentro y sentar. Me ha ido bien, y aquí voy a estar rodeada de buenas personas y no sola (Mujer, grupo focal, CDP3-UY).

AMF2: Entonces, eso nos da como un poco de miedo de la vejez. Estamos... estamos las que estamos acá [refiriéndose al centro diurno al que asiste] y en otros lugares que vamos, haciendo durar un envejecimiento saludable lo más posible y no solo, ahora con otros, como grupo (mujer, grupo focal, CDP3-UY).

V: Porque tampoco puedo caer en la soberbia de decir: “yo puedo sola todo”, porque bueno, de hecho, necesito ayuda, ¿no? Tal vez tendría que haber como más hermandad entre las propias mujeres

solas, ¿no? Crear redes para ayudar, a veces se da entre gente, amigas, se da (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

La figura 7.1 muestra las emociones, mapea su centralidad / periferia e ilustra la prevalencia de la soledad como una emoción social importante en estos contextos.

Lo que identificó el personal del lugar que colaboró en las entrevistas, fue la falta de una cultura emocional que propiciara relaciones de cuidado más allá del ámbito de la familia. Los mayores ubican y describen sus emociones a partir de sus vivencias y experiencias con relación a las prácticas recibidas y otorgadas en cuestiones de cuidados, dentro y fuera de su contexto familiar, prácticas que, de manera gradual, van tomando fuerza en estos centros. Sin embargo, prevalece vivir la vejez en aislamiento y en soledad.

En el caso uruguayo, las emociones vividas en los centros diurnos, y su relación con las acciones que abonan a que se dé una cultura de cuidados colectivos, ha sido cómo las instituciones están dando respuesta a la integración y participación social de los adultos autoválidos que asisten a estas instancias. Ello, sin dejar de lado que el papel que juegan las redes de apoyo social en estos lugares son acciones sustantivas para que las estrategias de cuidados colectivos tomen fuerza y favorezcan una cultura emocional que ponga por delante la solidaridad en estas prácticas.

A partir de los significados culturales que tiene envejecer en Uruguay, hoy, las familias son las que se hacen cargo principalmente de las personas mayores; también la feminización de los cuidados está presente en este país. Al respecto, una de las entrevistadas de Inmayores-UY señaló que el Estado, hasta hace pocos años, había estado ausente, por lo que el Sistema Nacional de Cuidados comenzó hasta 2016.

El sistema público ha colocado en su agenda abonar y responder en el tema de cuidados, más allá de esta reproducción social que refuerza una tendencia familiarista y feminizante; las acciones van encaminadas a que los mayores sean sujetos sociales que participan de forma activa en la definición de estrategias, programas y apoyos para su cuidado y bienestar social. A través de las instancias de gobierno, se ofrecen gradualmente más oportunidades de integración social.

FIGURA 7.2 NUBE DE EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN LOS CENTROS DIURNOS PÚBLICOS



Por otra parte, la cultura emocional que favorece el cuidado mutuo está asociada con el amor propio, el gusto por respetar y respetarse entre los compañeros hombres y mujeres de estos centros.

El gusto de apoyar y dar cuando está en sus manos, la solidaridad, la empatía, el bienestar que genera sentirse respetado, la felicidad de vivir esta etapa de la vida a partir de las limitaciones propias de la edad, y el vivir en armonía, son emociones que ya no están desligadas de los otros en su vivencia cotidiana; las prácticas tienen que ver con un proceso que va más allá de lo individual, ya que ahora comienzan a incorporarse los significados de las emociones y, al tiempo que se da la interacción con otros mayores de estos grupos, se comienza a dejar de lado la significación desde lo individualizante.

La manera en que las personas mayores consideran necesario tener amor propio para darse a los demás, fue una de las particularidades de contar con el cuidado hacia uno mismo. En la figura 7.2 se expone un panorama general de las emociones enunciadas como necesarias para reproducir socialmente una cultura emocional en las actividades que llevan más allá de lo individual, es decir, en un contexto en donde se dibuja lo comunitario y lo colectivo.

Otra emoción referida fue el gusto, en donde el significado se cargó hacia la importancia de apoyar experiencias aprendidas e instaladas en su historia familiar y de vida, ya que emergió un gusto por generar redes, al tiempo de convivir con otras personas mayores, sin dejar de lado el gusto por respetar y entender otros puntos de vista de las personas de los CDP1-UY, CDP2-UY y CDP3-UY.

D: Me gusta más ayudar.

MMS: Ah, te gusta, ¿y por qué?

D: Mi madre era una mujer... era una mujer que siempre atendía al otro, entonces, eso como que en mi memoria y en mi sentimiento siempre quedaron: ayuda del otro (Dora, 71 años, CDP2-UY).

La felicidad se experimentó con base en las valoraciones de vivir bien con lo que ahora se tiene, lo cual se ilustra en la siguiente viñeta.

D: En todo... en todo. Estoy viviendo en una sociedad consumista, bueno, me adapto al consumo también, no económicamente, yo lo puedo hacer, pero digo, no me horroriza ni considero que... bueno, que lo que el consumo es la parte, entonces, me cuido de no opinar quien consume mucho, y soy feliz con las pocas cosas que ahora tengo.

MMS: Ok.

D: [risa] Cada uno, yo me adapto y soy feliz con lo que... y a lo que tengo (Dora, 71 años, CDP2-UY).

El cariño fue otra emoción referida como una forma de vincularse con el otro, en donde esta interacción está enmarcada por el respeto hacia los demás miembros del lugar.

D: Me gusta ser oído, escuchar, no me gusta, y respeto al que piensa distinto, como quiero que me respeten a mí, por mi forma de pensar o de ver. Podemos tener, digo, una conversación, y llegar a un acuerdo con la persona, pero yo, eh, fui... me quiero mucho, y quererme me da para darme, darle a los demás cariño (Dora, 71 años, CDP2-UY).

TABLA 7.2 EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN LOS CENTROS DIURNOS PÚBLICOS

Centros diurnos públicos cdp1-uy cdp2-uy cdp3-uy			
Personas mayores		Reciprocidad	2
Amor propio	4	Cariño (armonía)	2
Gusto por respetar	4	Personal del lugar	
Solidaridad	4	Gusto de ayudar	5
Gusto de dar	3	Cariño	3
Empatía	3	Preocupación	3
Bienestar al ser respetado	3	Sentimiento de utilidad	2
Felicidad	2		

Fue importante no demeritarse entre mayores, ya que cada sujeto en esta etapa de vida tiene limitaciones y habilidades que puede poner al servicio y apoyo de otros compañeros.

La tabla 7.2 muestra las emociones asociadas desde la perspectiva de las personas mayores y el personal de los centros diurnos, a una cultura más solidaria entre los propios mayores y sus entornos socioculturales.

Las emociones que se encaminan hacia una cultura emocional / afectiva, relacionadas con los cuidados colectivos, se ligan unas con otras. Le Breton (2013) señala que las emociones, y los significados que se van gestando en estos grupos socioculturales, coinciden en los sentidos que surgen a través de la enunciación, la significación y la socialización de las emociones, al combinarse su mundo individual y social.

Emociones que favorecen una cultura colectiva de cuidados desde el personal de los centros diurnos en Uruguay

Como parte de las emociones en el discurso de las personas que laboran en los centros diurnos se enunció el gusto por ayudar, el cariño, la preocupación y el sentir que su profesión abona a la calidad de vida

FIGURA 7.3 NUBE DE EMOCIONES EN EL PERSONAL DEL LUGAR QUE FAVORECEN A LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN LOS CENTROS DIURNOS PÚBLICOS



de este sector de la población, pero, en especial, en hacer sentir útil al otro, al recordarle la valía que tiene y lo que abona al grupo. El gusto aparece como principal vehículo para las prácticas de cuidado entre las personas; no solo se requiere fungir como un cuidador, sino mostrar un interés en apoyar a los demás, y sobre todo que se dé la colaboración.

R: Es hacer sentir al otro útil, porque muchas veces estamos solos y decimos: “ya no sirvo más, ya no, no”..., eh; entonces, este... pienso yo, este... que... que todos tenemos algo para dar; entonces, este... pienso que en ese aspecto es hacerse que al otro se sienta útil, que sepa que te está dando una mano a vos también, este... Yo tengo un dicho, siempre digo: “no me voy a sentar a esperar la carroza porque igual me va llegar, al igual me va llegar, más tarde, más temprano en algún momento me va llegar” (Rogelia, cuidadora, UR, grupo focal La Paz).

La figura 7.3 presenta la enunciación de emociones que reconocieron los cuidadores, y cómo las mismas abonan a una nueva forma de

practicar relaciones de cuidado y generar apoyo entre los miembros de los centros.

Las emociones que reconocen los cuidadores permiten que se lleve a cabo la participación social entre los sujetos que asisten al centro, y en las instituciones se ha colocado la integración social en estos organismos públicos, como uno de los propósitos.

X: Generar redes. ¿Qué tanto hemos logrado? Si la gente se siente a gusto viniendo acá, al estar con los otros y ayudar en lo que ellos pueden estar, si le gusta los talleres, si le gusta, eh, la modalidad este año para, en función de esto, proyectamos para el año que viene (Sabina y Ximena, grupo focal, CDP3-UY).

En las narrativas, se constata la importancia de vincularse con el otro, relaciones nucleadas por el respeto a vivir esta etapa de la vida.

S: Para mí, una palabra que significa mucho en el cuidado de los otros es el respeto, sobre todo en esta etapa de la vida y... y sobre todo por los prejuicios, los preconceptos que hay en torno a la vejez, ¿no? De que, bueno, “estás viejos, y tal”. Yo creo que, para mí, en esta etapa, significativamente tiene mucho vínculo con lo que significa el respeto, que eso no significa tratar de “usted”, como antes se decía: “el respeto es eso” No, es mucho más que eso, es como el respeto a... en esto, en el cariño, en la forma de expresarse, en la forma de vincularse con el otro (Silvina, grupo focal, CDP1-UY).

Organizaciones de la sociedad civil en Uruguay

Una de las características de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en Uruguay es su diversidad, los distintos grupos que se han ido creando para responder y hacer frente a las necesidades sociales, económicas, de salud, la defensa de los derechos humanos en distintas etapas de la vida.

En la última etapa de vida en este contexto, surge la participación ciudadana de las personas mayores, que da cabida al disfrute y la

instalación, en la política pública, de estrategias que abonen a su calidad de vida en las distintas dimensiones: recreación, cuidado, educación, economía, salud y comunidad.

Es importante destacar que la situación social e histórica ha influido para que los ciudadanos se involucren en movimientos a través de su participación, debido a que, desde que se estableció la democracia, por la situación política que ha venido atravesando este país, comienzan a surgir nuevos grupos que dan fuerza a la participación voluntaria, además de la interacción con el Estado como actores sociales, en donde, por medio de alzar la voz en comunidad, hacen visibles las exigencias en los procesos de toma de decisiones.

A partir de este contexto, se analizaron tres organizaciones de la sociedad civil, en las que se identificaron algunas emociones que dificultan una cultura emocional que abone a prácticas de cuidado colectivas.

Cada una de las experiencias narradas y contextualizadas de estas OSC mostró las emociones a través de vivencias similares y experiencias comunes. Mediante su narrativa, se van a comprender expresiones, evaluaciones y significaciones de las emociones sociales que limitan la ayuda mutua. Las narrativas de hombres y mujeres mayores permiten entender las emociones que emergen y las formas de regularlas. Así, aparece la nula emoción social, la falta de solidaridad y gusto por ayudar al otro, de amor propio y la obsesión por alargar la vida. Enseguida, se expone lo que cada emoción significó para los y las entrevistadas.

Las personas mayores expresaron que sin emoción social, los sujetos no cuentan con una motivación para abonar a la sociedad o a su contexto; sin el interés de pertenecer a algún grupo. Catia deja ver cómo la falta de emoción social se vincula con el desinterés de participar en movimientos o grupos de este tipo, y se destaca la presencia de esas acciones individuales en algunos mayores de este contexto actual.

C: Hay personas que no tienen ninguna emoción por lo social, aun cuando tienen tiempo, ya que no se interesan por nada y no quieren participar en nada; solo se involucran para su beneficio, y eso, yo creo, que no se vale; porque es por la emoción, gusto y preocuparte

por lo que le puede ayudar a otros también (Catia, OSC-UY AUDAAG, grupo focal).

Esta narrativa se centra en el deseo y la necesidad de interés más allá de lo individual. Otra de las emociones en esta esfera, enfocada a los intereses individuales, fue la falta de solidaridad, traducida como el desinterés de apoyar a un contemporáneo. Son solidarios en el ambiente familiar, donde se prioriza el cuidado de hijos y nietos, pero no se va más allá. Se percibe una ausencia en la búsqueda del bien común, ya que, por decisión e historia de vida, hay prácticas que no involucran a los otros (no familiares) y se desmarcan de experimentar y vivir de forma grupal esta etapa de la vida.

Se significó la falta de gusto e interés en interactuar y apoyar a los otros, de la mano de la falta de solidaridad. Estos discursos y emociones fueron considerados desde las experiencias de los que sí participan, pero exponen la necesidad de visibilizar a los que se involucran poco, o de forma nula en las actividades.

Z: No a todos les interesa transmitir nuestras tradiciones, nuestros vestuarios, nuestros cantos. Yo creo que es la falta de gusto por mantener todo esto y compartirlo a los demás (Catia, grupo focal, OSC-UY AUDAAG).

Otra emoción relevante para los mayores fue la falta de amor propio, en donde la limitación física es una característica que incapacita su participación en actividades fuera del ambiente familiar, además del reconocimiento a nivel personal de que la etapa de la vejez va generando falta de aceptación de nuevas limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales. Es aquí donde se configuran los significados que dan forma a la falta de aceptación desde el amor propio, que impide la integración a actividades que involucren participación social.

Por otra parte, se mencionó la obsesión, como emoción, que es también cognición, asociado a la lucha por alargar la vida, ya que, ante el problema y las dimensiones que implican los cuidados en esta etapa de la vida, el sistema sanitario público-privado-mixto son los que se

consideran, responden al intento al intento de prolongar la vida cada vez más, debido a que, ante los avances tecnológicos, es viable este aumento de la esperanza de vida. Es necesario seguir avanzando en las dimensiones sociales y contextuales que favorezcan un cuidado colectivo más allá del ámbito familiar, que poco a poco adquieren mayor presencia y toman fuerza desde los distintos actores y organismos de cuidados en el entorno uruguayo.

E: Venimos trabajando el tema demográfico en conjunto con la academia; siempre metimos ese tema. Tratamos de que el gobierno lo tomara, porque los problemas son brutales para las familias. Hoy, es tanto, es mucho más el problema de cuidado de las personas mayores, que además es como una obsesión del sistema sanitario, hacernos vivir más (Ernestina, grupo focal, OSC3-UY).

E: Y son muy conservadores, el Uruguay, por esto de que somos muy familiares, es una cultura que no es... no es fácil, digamos; aunque, digamos, hay como una resistencia, la cosa mal vista llevar al abuelo, a la abuela a una institución; falta una cultura de esto para que nos haga sentir bien (Ernestina, grupo focal, OSC3-UY).

Esta narrativa enmarca y da fuerza a las enunciaciones de funcionarios públicos, quienes pusieron sobre la mesa las emociones que obstaculizan el que se favorezca una cultura de cuidados en comunidad. La historia de vida juega un papel importante con relación a la vivencia de una cultura de cuidados más allá de los ambientes familiares, sin dejar de lado las resistencias culturales actuales sobre los cuidados en instituciones públicas y residenciales privados.

Otra emoción, desde la perspectiva de los funcionarios públicos, tuvo que ver con la soledad en las personas mayores, que asociaron con la ausencia de redes de apoyo, ya que hay una sensación de estar apartados de la actividad cotidiana.

Las siguientes narrativas expresan con claridad la cultura conservadora del Uruguay, desde el discurso de dos personas mayores, además de la feminización del cuidado.

TABLA 7.3 EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (osc)

Organizaciones de la sociedad civil			
		osc 1-uy	osc 2-uy
		osc 3-uy	
Personas mayores		Personal del lugar	
Sin emoción social	4	Ausencia de una cultura emocional al respecto	2
Falta de solidaridad	3	Soledad	2
Falta de gusto	2		
Falta de amor propio	2		
Obsesión alargar la vida	1		

L: No, ahora ha cambiado... ahora ha cambiado mucho, pero, hasta hace poco, no... no mucho tiempo; igualmente sigue siendo un estigma la institucionalización. La mujer debe hacerlo, porque ellos [refiriéndose a los varones] quieren que así sea (Leonela, grupo focal, OSC3-UY).

E: Sí, sí, en las encuestas que han hecho las académicas, que hay un estudio hecho, sale claramente que la mayoría de la población opina que hay que cuidar en casa, la mayoría de los hombres, por supuesto, el cuidado de la casa va a ser de la mujer (Ernestina, grupo focal, OSC3-UY).

En la tabla 7.3 se visualizan las emociones que dificultan, tanto en las narrativas de las personas mayores como del personal lugar, con las prácticas de cuidados colectivos.

Aun cuando en este apartado se muestran emociones que no abonan a una cultura afectiva del cuidado colectivo entre las personas mayores, los hallazgos señalan elementos relacionados con el trabajo emocional (Hochschild, 1990) individual y en grupalidad, que propicia el bienestar del colectivo.

La figura 7.4 ilustra las emociones que limitan las prácticas colectivas de cuidados.

FIGURA 7.4 NUBE DE EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES DEL LUGAR QUE LIMITAN A LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (osc)



Emociones que facilitan que se brinden los cuidados de forma colectiva

Las emociones tienen varias caras, en las que las diferencias y coincidencias culturales van más allá de las reglas sociales establecidas, de etiquetar la emoción como buena o mala, sino que tienen que ver con su construcción en la vida social y los procesos de cuidados colectivos. Surge el gusto, el amor, la solidaridad, la alegría, la reciprocidad y la empatía, cada una cargada de significado a partir de acciones enmarcadas por el contexto cultural de las personas mayores.

El gusto se asoció con estar inmerso en actividades que abonan e involucran la participación social, con el trabajo voluntario, que dota de sentido y reconfigura las biografías en clave colectiva. Las siguientes viñetas ejemplifican esta expresión emocional:

R: La idea nuestra en el exterior era alcanzar y fomentar las relaciones de solidaridad y cooperación entre los profesionales y animadores y auxiliar de gerontológicos; brindar servicios de animación para el adulto mayor, desde el punto de vista de la estimulación, creatividad, y recreación; asesorar e informar a socios y adultos por

cursos, seminarios, congresos; formar grupos de trabajos con socios y amigos; para el equipo multidisciplinario, fomentar encuentros intergrupales y con otros grupos pares de... de pares y de otras generaciones; participar y aumentar la actividad social (Rosenda, OSC2-UY).

R: Fomentar el gusto y trabajo en conjunto con todos los organismos y grupos que trabajan en temas de las personas mayores, y, a través de la comisión asesora, brindar información de los derechos y obligaciones de las personas mayores; esto es a nivel general (Rosenda, OSC2-UY).

Z: En este momento, tengo 82 años, eh, jubilada, eh, viuda, eh. ¿Cuándo empieza mi inquietud por lo social y mi preocupación por la solidaridad? Creo que desde que nací, por eso soy maestra, si no, no hubiera podido ser maestra; entonces, eso me ha acompañado toda mi vida, hasta el día de hoy (Zoylina, OSC2-UY).

En las OSC, se promueve y busca motivar a una cultura de participación social en esta etapa de vida, en donde es importante el trabajo de voluntariado en la sociedad uruguaya. Colaboran y participan a partir de necesidades sociales, están al día de las cuestiones políticas que los benefician como grupo, y se va más allá de beneficios particulares.

La alegría se significó con las ganas de vivir la tercera edad, señalada como una etapa de compañía y de buena calidad de vida, en donde se da valía a su capacidad de agencia. Ello tiene que ver con la experiencia de amor propio en esta etapa actual, además de que se refirió el sentir la vida y transmitir todo lo que pueden hacer.

C: Es una alegría; no solamente el trabajar las tradiciones de nuestro país, en la historia de nuestro país, tanto sea a través de las canciones, como a través de las danzas, y lo que sí empezamos a... a trabajar, era que nosotros somos el patrimonio vivo; porque aquí se hablaba mucho en ese tiempo del patrimonio de lo que somos, de una cantidad de cosas, y nosotros somos el patrimonio que tenemos

TABLA 7.4 EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (osc) EN URUGUAY

Organizaciones de la sociedad civil			
		osc 1-uy	
		osc 2-uy	
		osc 3-uy	
Personas mayores		Empatía	3
Gusto por la participación social	5	Reciprocidad	3
Amor por su historia social	4	Personal del lugar	
Solidaridad	3	Emociones asociadas al trabajo emocional	1
Alegría	3		

la oportunidad de transmitir nuestra historia a las otras generaciones (Catia, grupo focal, OSC2-UY).

Surgió la empatía, en la cual su historia de vida cobija ese cúmulo de conocimientos de todo lo que han vivido y que logran poner en perspectiva; el comprender la situación de un contemporáneo al tiempo de atender alguna demanda explícita. Los significados tuvieron que ver con la comprensión que brindan y reciben entre iguales y de los demás miembros de la sociedad. Para que se brinde el cuidado, entendido como un derecho, desde el Estado y sus instituciones, y se logren instalar las políticas públicas necesarias, se ha trabajado durante muchos años desde las OSC, así como desde la academia.

E: Requiere estos sentimientos, la empatía una cantidad de cosas y una calidad que no es lo mismo que el trabajo doméstico. Entonces, la definición de cuidados, la definición de dependencia, la estructura como se iba a hacer y la participación de las organizaciones de la sociedad civil, eso lo peleamos mucho para que la ley estuviera ahí (Leonela, grupo focal OSC3-UY).

Otra emoción que aparece es la reciprocidad, que se gesta cuando se necesita algún tipo de apoyo en su vida cotidiana, en donde las redes

FIGURA 7.5 NUBE DE EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES DEL LUGAR QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (osc)



de apoyo social tienen un peso, a la vez que favorecen la integración social en estas OSC. Se sienten acompañados y saben que cuentan con el apoyo en algún momento difícil. Un ejemplo, en el cual se deja entrever la importancia del apoyo brindado y recibido, es el siguiente:

A: Es una población que está creciendo mucho, y muchas de las políticas sociales no... o el gobierno no están preparadas para ese tipo de población, entonces, es una lucha que hay que llevar adelante, que fundamentalmente se hace detrás de las redes, ¿no? Uno busca apoyar y recibir ese apoyo más allá de una ley (Adalberto, OSC1-UY)

Para una cultura socioemocional del cuidado solidario, se destaca la importancia de tomar en cuenta las historias de vida de las personas mayores, ya que ayudan a comprender las interacciones en la vejez.

La figura 7.5 muestra la constelación de emociones que desde las personas mayores de las OSC son necesarias para generar cuidados solidarios entre y hacia los mayores.

Los residenciales son una opción que brinda alternativas de apoyos y cuidados adicionales más allá de un contexto familiar, en donde la pérdida de la autovalidez, y los cambios que van experimentando las familias, llevan a buscar opciones de cuidado permanente. A continuación, se da cuenta de las narrativas asociadas a emociones, y las formas de significar estas últimas.

La tabla 7.5 describe las emociones que no favorecen una cultura emocional para los cuidados colectivos, desde la experiencia de los residentes mayores y el personal del lugar de ambas instituciones analizadas. Estas emociones limitantes fueron: soledad, egoísmo, falta de amor propio, lástima, orgullo, falta de amistad, rechazo, indiferencia y enojo al vivir esta etapa.

Estas emociones tienen que ver con las condiciones ambientales de las residencias, que pueden estar asociadas con insuficiencia de estrategias para optimizar aspectos que fomenten la promoción de actividades, y significados que apunten hacia un envejecimiento satisfactorio, más allá de experimentarse a nivel individual.

La soledad, aquella que se vive como una realidad cotidiana en algunos residentes, se significó por no contar con redes de apoyo social activas y suficientes.

El egoísmo referido tuvo que ver con la indiferencia de ayudar al compañero, sin importar que sea hombre o mujer.

MMS: Oye, ¿y qué sentimientos crees que se generan para no ayudar al otro?, ¿por qué no se ayudan al otro o se cuida?

D: A veces, en la casa, ¿sí?, el egoísmo de arréglate, acomédete a ayudarlo a tu compañero.

MMS: La indiferencia.

D: La indiferencia en la persona adulta por interesarse por el otro (Daniela, 82 años, RP1-UY).

El amor propio tuvo que ver con las valoraciones negativas que hacen de sí mismos, relacionadas con estereotipos poco favorables que se reproducen en la sociedad. El apoyo emocional es difícil de concretar

TABLA 7.5 EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN RESIDENCIALES PRIVADOS EN URUGUAY

Residenciales privados rp1-uy rp2-uy			
Personas mayores		Personal del lugar	
Soledad	3	Sufrimiento	2
Egoísmo	3	Tristeza	2
Falta de amor propio	3	Dolor	2
Lástima	3	Lástima	2
Orgullo	2		
Falta de amistad	2		
Rechazo	2		
Indiferencia	2		
Enojo con la etapa	1		

cuando está, hasta cierto punto, ausente el amor propio. Perry, como residente, expresa:

P: Tú ves cuando no se quiere uno; uno tiene que poner mucho de su parte para después ayudar a los demás, o, más bien, apoyar en lo que uno pueda, y eso puede ser al escucharlos, porque aquí nos dan todo (Perry, 85 años, RP1-UY).

El enojo se significó con esa capacidad de decisión, por ellos mismos, en prácticas y acciones necesarias en su vida cotidiana: tener que bañarse en horarios establecidos para dar oportunidad a otros; los tipos de comidas, que en ocasiones no hay opción de elegir; y adecuarse para prevenir y / o mantener equilibrada la presencia de enfermedades crónico degenerativas, como diabetes, hipertensión y artritis, entre otras. También se asoció el enojo con la imposibilidad de realizar actividades que en ocasiones les resultan placenteras, tanto dentro como fuera de la residencia.

La lástima tuvo que ver con esa dificultad de responder al deterioro de los compañeros. Sin embargo, a pesar de que las limitaciones físicas se dan, ellos buscan apoyar emocionalmente...

FIGURA 7.6 NUBE DE EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES DEL LUGAR QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN RESIDENCIALES PRIVADOS



P: Lo malo que estoy sorda y no las oigo, y hablan despacio y no las oigo, entonces, este... están siempre ahí tiradas. Una vez vi llorar ahí a una, me dio lástima, sí le pregunté que qué pasaba, no me dijo algo, pero la consolé igual (Perry, 85 años RP1-UY).

La falta de amistad fue otra expresión emocional importante, debido a que la convivencia entre los miembros mayores del lugar carece de personas significativas que puedan facilitar algún tipo de apoyo emocional o instrumental.

V: Porque tampoco puedo caer en la soberbia de decir: “yo puedo sola todo”, porque, bueno, de hecho, necesito ayuda, ¿no? Tal vez tendría que haber como más hermandad entre las propias mujeres solas, ¿no? Crear redes para ayudar, a veces se da entre gente, amigas, se da (Veva, RP1-UY).

La nube que se muestra en la figura 7.6 ilustra las emociones enunciadas ante la falta de vínculos sociales y actividades dirigidas a formar

comunidades de residentes más allá de los cuidados de salud, que sean capaces de brindar atenciones e integraciones colectivas entre los propios residentes.

La participación grupal es necesaria para que ese tipo de emociones se descoloquen y fomenten redes entre los mayores residentes, se aumente la participación en las actividades establecidas en las residencias, así como una participación social en este tipo de instituciones.

Como parte de las emociones limitantes, los significados en las narrativas de los residentes coincidieron en la importancia de realizar actividades capaces de descolocarlos de su rutina diaria administrada; contar con mayor número de actividades sociales puede generar concepciones distintas e incluir la vida social y grupal en su vida actual, y no solo enfocarse en las atenciones de los deterioros propios de su edad. Por ello, es relevante establecer actividades y rutinas por parte de las instituciones, que permitan consolidar las relaciones de comunidad entre los residentes.

Emociones desde la percepción del personal del lugar que no favorecen a prácticas de cuidado colectivo en residenciales en Uruguay

El personal del lugar reconoce que, al vivir los adultos mayores este momento de su vida como una etapa final, hay factores que influyen para que no se lleve a cabo un sentido de comunidad. Destacaron que el sufrimiento, la tristeza y el dolor aparecen ante el fin de la vida laboral, así como frente a la pérdida de roles en sus círculos familiares, pero sobre todo ante el deterioro de la salud y la pérdida de autonomía en sus actividades diarias. Respecto al sufrimiento, una de las cuidadoras destacó que la dependencia obstaculiza el interés para relacionarse y apoyar a otros.

C: Que ellos se puedan cuidar, sería lo más maravilloso, de todo lo que todavía tienen un poco de raciocinio; entonces, ellos sufren... ellos sufren, tienen que depender de nosotros, y pues, si ellos no pueden estar bien, no pueden apoyar a nadie más (Caridad, 50 años, RP1-UY).

FIGURA 7.7 NUBE DE EMOCIONES EN EL PERSONAL DEL LUGAR QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN RESIDENCIALES PRIVADOS EN URUGUAY



La lástima se significó en las experiencias escuchadas acerca de los deterioros de los residentes, en cómo dificulta el no saber relacionarse entre ellos. Esta experiencia separa a los mayores del mundo relacional e interaccional, que se da como parte de las dinámicas establecidas en ambas residencias.

MMS: ¿Qué sería? Como un sentimiento de caso, de dolor, ¿de qué?

L: Una reacción como de lástima, o de pena, porque no se interesan por el otro (Lacy, 59 años, RP2-UY).

En la figura 7.7 se da cuenta de las enunciaciones que retrasan las acciones de cuidado desde lo colectivo.

Las emociones que no abonan a una cultura de cuidados colectivos tienen que ver con la falta de vínculos afectivos, el apoyo social y el desinterés por generar estrategias de socialización en su contexto. Significados reconocidos tanto por los residentes como por el personal del lugar de ambos contextos.

Los elementos principales que dan significado a las emociones, desde las narrativas de hombres y mujeres mayores, es la capacidad de agencia que tienen al estar dentro de este tipo de instituciones. De acuerdo con Kleres (2009; 2010), es viable encontrar maneras de que un sujeto pueda posicionarse como agente con uno mismo y con los otros. El análisis narrativo de las emociones permite resolver el campo metodológico en esta línea de generación de conocimiento desde las ciencias sociales.

Para entender el mundo de los cuidados colectivos, como procesos socialmente contruidos, las emociones facilitan las interacciones entre los sujetos y el compartir sentidos y significados que influyen en la reproducción o transformación de un orden social. En este segundo elemento es donde focalizamos nuestro análisis, ya que en los residenciales se reproduce y aprende un vocabulario de las acciones de cuidado hacia los otros, a través de la enunciación de las emociones específicas, como la alegría, la solidaridad, el bienestar, la unión, la preocupación, el sentirse bien, estar a gusto por sentirse útil apoyando al otro, la angustia, la empatía, y el gusto por dar, todo ello referido desde la propia voz de los residentes.

La tabla 7.6 da cuenta de estas emociones destacadas, tanto en personas mayores como en miembros del personal del lugar que participaron en esta investigación.

A continuación, se enuncian las estrategias emocionales que perfilan prácticas de cuidados encaminadas a lo colectivo, en donde comienzan a desdibujarse los apoyos individuales y se establecen estrategias de acciones de cuidado entre iguales.

La alegría se relacionó con dar y acompañar emocionalmente a otro compañero ante las crisis o situaciones relevantes, lo cual implica la escucha.

MRG: ¿Y cómo te sientes ayudando al otro?

P: Bien, bien, me siento bien. Yo me pongo contenta cuando le hablo a alguien, aunque me diga que no. Ya no pretendo que todos me

TABLA 7.6 EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES Y PERSONAL DEL LUGAR QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN RESIDENCIALES PRIVADOS

Residenciales privados rp1-uy rp2-uy			
Personas mayores		Personal del lugar	
Alegría de dar emocionalmente	5	Gusto por contención emocional	3
Solidaridad	5	Satisfacción de utilidad	3
Cultura emocional	3	Amor	6
Preocupación	3	Empatía	3
Sentirse bien	2	Cariño	2
A gusto por sentirse útil	2	Confianza	3
Angustia	2		
Empatía	2		
Gusto por dar	2		

digan que sí. La alegría aparece cuando alguien quiere que lo escuche (Perry, 85 años, RP2-UY).

Surge una cultura emocional asociada con la búsqueda del bienestar y la unión entre los miembros de la casa; buscan sentirse en familia, aceptando la situación que viven, además de indagar formas de hablar y tratar a los compañeros de los residenciales.

La angustia es mencionada por el visible deterioro físico de las personas mayores. No obstante, buscan activarse, más allá de las actividades que ofrece el lugar, y no dejan que la soledad prevalezca en su vida.

La empatía por las limitaciones también aparece, ya que las personas que buscan apoyar a los compañeros con limitaciones físicas, emocionales y materiales, que constriñen lo que pueden abonar a los otros, buscan, a través del personal del lugar, se satisfagan las demandas en estos niveles. Es aquí donde el gusto por dar surge de forma genuina en algunos residentes entrevistados.

MRG: Eso es ayudar al otro: le pusiste cojín para que estuviera cómoda.

FIGURA 7.8 NUBE DE EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN RESIDENCIALES PRIVADOS



P: Sí, y quedó contenta, se rio, y eso me dio mucho gusto (Perry, 85 años, RP2-UY).

Las emociones se construyen, significan, regulan y socializan por medio de las relaciones familiares, comunitarias y de género en las residencias. El análisis de las emociones, a través de las narrativas presentadas en la figura 7.8, ofrece un acercamiento a las enunciaciones en estos ambientes, las cuales facilitan estrategias de cuidados colectivos entre los mayores.

Emociones que favorecen los cuidados colectivos desde el personal del lugar en los residenciales en Uruguay

Los miembros que conforman el personal del residencial destacaron que el cuidado que va más allá de una relación profesional requiere acciones que tienen que ser cultivadas en la práctica diaria entre los residentes de ambos géneros.

Las reflexiones a propósito de las prácticas de cuidados colectivos, desde el contexto de la institucionalización permanente, se asocian

con el gusto por contener emocionalmente a los residentes, y que esta práctica se despliegue entre ellos mismos. Además, la satisfacción de apoyar a alguien más tiene que ver con la paciencia, el amor, la empatía, el cariño y la confianza, emociones que se gestan para atender alguna necesidad entre los residentes, o entre la diada residente-cuidador. En general, el personal de los residenciales aquí estudiados cuida y propicia un cuidado cada vez más colectivo, que implique a los distintos sujetos participantes en este tipo de escenarios sociales.

MMS: ¿Cómo cuidas emocionalmente a los pacientes? ¿Cómo le haces?

M: Emocionalmente, yo lo veo como si fueran familia; es un amor así que uno siente, es decir, día a día que pasa, eh, es como que uno va penetrando más, me imagino que nosotros en ellos y ellos en nosotros, eh. Yo, por lo menos en mi caso, yo los trato con amor, para mí son como si fueran familia, y busco que entre ellos se traten así (Caridad, 50 años, RP1-UY).

MMS: Entonces, tú les ayudas a la contención de emociones. ¿Cómo le haces?

L: Exacto, bueno, les hablo mucho, mucho, mucho; les hablo, les hablo, les explico. La realidad es que no, por más de que te quedes encerrada y estés llorando y estés angustiada, que sientas, que quieras estar sola como ella, yo quiero sentirme, estar sola; no solucionas las cosas, mejor salte a convivir con los compañeros (Lacy, 59 años, RP2-UY).

Desde las narrativas de las personas entrevistadas, su meta es dar atenciones dignas y propiciar la participación en actividades comunitarias, además de brindar una atención de calidad en el cuidado técnico necesario en este tipo de contextos.

Las dinámicas de los residenciales se caracterizan por las estrategias de cuidado dirigidas a los otros, en relación con el apoyo emocional que puede facilitarse entre los residentes, ya que, en general, el cuidado instrumental y técnico lo tienen resuelto. Estas interacciones refieren un intercambio de alegría, gustos, cariños y afecto, que se van

FIGURA 7.9 NUBE DE EMOCIONES EN EL PERSONAL DEL LUGAR QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN RESIDENCIALES PRIVADOS



aprobando entre los residentes. Las interacciones sociales en los residenciales incluyen prácticas como hablar de situaciones de conflicto o crisis, o bien compartir situaciones de sentimientos, y es aquí donde se escucha y facilitan consejos sobre asuntos personales.

En otro contexto, refiriéndonos al caso español, los cooperativistas comparten emociones que se hacen presentes para coincidir como grupo, para estar y apoyar al otro de forma colectiva, a través de significados y estrategias comunitarias que dan contorno a un abanico de emociones que son necesarias para experimentarse como un colectivo. A continuación, se describen las particularidades de esta cooperativa.

Trabensol-España

Etapa de vida que se vive con libertad: planear para disfrutar

Cooperar es una de las características que sobresale en este grupo de personas mayores, ya que, a lo largo de sus historias de vida, fue necesario, y efectivo, enfrentar en grupo y en comunidad las problemáticas sociales que el contexto les iba demandando. Juntos hicieron frente a

cuestiones de educación, vivienda y, sobre todo, generación de redes solidarias y sociales capaces de enfrentar las demandas comunes; y es aquí donde estas personas mayores empezaron a coincidir con esta visión de cooperación para resolver y hacer frente a las dificultades comunes, siempre en colaboración y en grupo.

La coordinación, la motivación y el gusto por disfrutar esta etapa de vida es lo que hace peculiar a este colectivo, ya que buscan que estos elementos se reproduzcan en su quehacer cotidiano, sin dejar de lado los inconvenientes que puedan surgir, además de resolver juntos las dificultades entre los propios residentes.

Las prácticas democráticas son muy importantes en este ambiente, ya que hay comisiones que permiten la participación de los mayores residentes, con el fin de ejecutar el trabajo colectivo a través de distintos grupos que se encargan de que los cooperativistas participen según su propio interés y el de las necesidades de Trabensol, al que denominan un proyecto vivo en el que las áreas comunes les permiten interactuar día a día.

Esta propuesta de vivir en comunidad esta etapa de la vida no es muy común, sino que coincidió con el deseo de planear y elegir el cómo vivirla; decidieron ser partícipes de un proyecto en el que han estado involucrados en cada etapa: desde su planeación, ejecución y ahora en el disfrute del lugar, y en la resolución de las necesidades actuales, para vivir con libertad su momento actual.

La libertad tiene que ver con el disfrute de cada espacio del lugar, en donde el crecimiento personal permea en las distintas aulas y lugares, con actividades culturales, físicas, deportivas, terapéuticas preventivas, de desarrollo y crecimiento personal, además de sociales y lúdicas, de manera solidaria y con impacto social (Trabensol, 2019); sin dejar de lado que hay libertad para realizar cada una de las acciones, ya que se elige la que más beneficie su calidad de vida.

El tema de los cuidados colectivos y la ayuda mutua están presentes en este centro, en el que buscan abonar como grupo al contexto social del que ahora forman parte (el pueblo de Torremocha de Jarama), colocan el sentido de solidaridad y cooperación más allá del vivir en competencia. Este trabajo tiene el propósito de abonar al análisis

de la dimensión emocional en el cuidado colectivo entre personas mayores, principalmente. La emoción es analizada en relación con situaciones sociales específicas y situadas (Lutz, 1986) en el ámbito de los cuidados, y cómo hay emocionalidades que favorecen, o bien pueden entorpecer, las prácticas cotidianas de cuidado recíproco en distintas dimensiones.

Las emociones que han entorpecido la ayuda mutua tienen que ver con la antipatía, en la que la educación y la formación de valores, así como los roles asignados, desempeñan un papel importante. Los significados otorgados a esta emoción se asocian con el nulo interés por involucrarse en las necesidades de otros miembros del lugar, porque existe indiferencia; sobresale la búsqueda de su propio bienestar, además de no ser partícipes de las actividades en la casa. Se hace lo necesario y mínimo para cumplir con lo establecido en el lugar, pero no aparece una actitud de interés más allá por alguien. En la viñeta siguiente, se resalta la característica que da cuerpo a la antipatía, identificándola como una emoción que no favorece la consolidación de la red de cuidados.

L: Estoy pensando en el más antipático, que lo hay. Hay una persona que es especialmente antipática, que se llevó mal con todos; hasta en ese, llegado el momento, yo sé que ese también se te acerca y te va decir: “oye, ¿qué necesitas?, ¿qué te pasa?, ¿qué ocurre?”. Que, seguro, eh, es un... un sentimiento [que] los creyentes decimos que Dios ha puesto en el corazón humano, y otros dicen que es propio de la naturaleza humana, que es lo que nos distingue de otros seres vivos, aunque habría mucho que hablar ahí, pero, en fin, no es el momento (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

L: Esto, a mí, muchas veces me decepciona pensar que... que la gente, gente fantástica, y que puede un poco pensar más en sí mismo que... es decir, no se involucran en lo que necesitan los otros, es totalmente apático el asunto, y eso no funciona aquí (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

La decepción se hace presente ante el solo pensar en uno mismo, ya que el no ser solidarios, y ese desgano ante la participación en los compromisos de la casa, son emociones que se significan como parte del proceso de entorpecer los vínculos entre los residentes. Desde las narrativas de los cooperativistas, se destacó que, si no hay interés personal en ser partícipe de las actividades propias de la casa, mucho menos hay un interés genuino en aportar socialmente en el escenario de Trabensol; sin dejar de lado que la historia de vida facilita, o no, para que se den estas formas de vivir y compartir en esta etapa de vida. Sin embargo, se busca instalar prácticas de colaboración de las que los cooperativistas puedan apropiarse, e identificarse con este colectivo del que forman parte. En lugar de excluir a estas personas mayores con este tipo de emociones, se generan formas de hacerlos parte de la comunidad poco a poco.

L: Y la... lo que nos obstaculiza, pues es eso, el pensar más en ti mismo, el no ser capaz de ponerte en el lugar del otro. Es como la vida misma, yo creo que toda la sociedad, en todos los colectivos de jóvenes, de mayores, de todo, pues pasa eso, y entonces, si miras lo que a ti te viene mejor, sin pensar si al otro le viene bien o no, ¡hombre! [...] Es un poco a poco para que el otro aprenda y vea lo importante de estar y vivir en esta cooperativa (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

Desde la propuesta de análisis de emociones de Gordon (1990), es posible observar que hay acciones de cuidado vinculadas a emociones particulares, que no abonan para una cultura del cuidado recíproco y colectivo en escenarios como Trabensol.

Otra emoción existente fue la de no perdonar, que los cooperativistas no han dado una salida para que desaparezca, debido a que lo significan en que, en ocasiones, limita al disfrute con plenitud en este momento de vida; además de que se consideran incapaces de socializar con el otro por ese sentimiento que traba su actuar. Los cooperativistas señalan que es necesario dar salida a esta emoción negativa, para que el ambiente pueda dar el sentido de pertenencia necesario, sin importar las limitaciones que surjan al relacionarse con el otro.

FIGURA 7.10 NUBE DE EMOCIONES EN COOPERATIVISTAS QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN TRABENSOL



Los conflictos entre los miembros de la cooperativa también se expresaron en las narrativas compartidas. El susto hizo su aparición ante las reacciones del otro por situaciones en las que no se logra coincidir o ponerse de acuerdo; buscan generar estrategias que abonen a ambas partes, sin desplazar sus puntos de vista. Para tal fin, se trata de resolver la situación por una comisión de mediación, en donde se generen alternativas sobre la problemática planteada.

Otras emociones que impiden relaciones solidarias, que propicien de forma genuina ayuda mutua, tiene que ver con la desconfianza al otro, el fastidio por exceso de atención en algún momento de necesidad de apoyo, la insatisfacción al vivir esta etapa de la vida, el sentimiento de aislamiento, la molestia que causa ayudar al otro, cuando la atención se vuelve una obsesión, el desánimo, el rechazo, la falta de amor incondicional, el no sentir amor por la falta de interacción, y las nostalgias. Estos significados y emociones aparecieron en algunos residentes, los cuales pueden llegar a limitar el que la ayuda mutua se dé de una forma colectiva y genuina.

Sin duda, la historia de vida de cada uno va determinando incorporarse a un ambiente colectivo de ayuda, o bien lo contrario, por el

TABLA 7.7 EMOCIONES EN COOPERATIVISTAS Y EN EL PERSONAL DEL LUGAR QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN TRABENSOL

Trabajadores en Solidaridad Trabensol-es			
Personas mayores		Molestia por apoyar	1
Antipatía	7	Obsesión por cuidar al otro = malestar	1
Decepción por individualistas	4	Desánimo	1
No solidarios	3	Rechazo	1
Desgano ante el compromiso de asistir para evitar reclamos	3	Falta de amor incondicional	1
Recelo falta de perdón	4	Falta de expresión emocional	1
Susto ante la expresión del otro	2	Sin amor al no conocerse	1
Desconfianza en el otro	2	Nostalgias	1
Fastidio por tanta visita recibida	2	Personal del lugar	
Insatisfacción al vivir esta etapa	2	Sufrimiento por la falta de amigos	1
Sentimiento de aislamiento con los miembros de la casa	2	Agobio por la falta de pareja	1

desinterés de aportar a alguien del mismo contexto, más allá de la presencia o no de cariño y afecto por el otro. La figura 7.10 resalta las emociones que no abonan a la generación de acciones colectivas en Trabensol.

Asimismo, en la tabla 7.7 se presentan las emociones que limitan que las personas mayores den, de forma genuina, cuidados colectivos, y, desde la percepción del personal del lugar, se destacan las emociones que no aportan a una cultura que facilite y propicie los mismos.

Ante la fragilidad física y cognitiva, producto del paso del tiempo, este grupo de personas mayores considera necesario contar con recursos humanos profesionales capaces de llevar a cabo las valoraciones que se requieran. Como colectivo, los cooperativistas crean estrategias para favorecer su calidad de vida dentro y fuera del centro, por lo que tienen que allegarse de recursos humanos y materiales de salud, desde un esquema colectivo para solventar los pagos.

FIGURA 7.11 NUBE DE EMOCIONES EN EL PERSONAL DE LUGAR QUE LIMITAN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN TRABENSOL



Para el personal de lugar, el sufrimiento por la falta de amigos dentro del lugar, así como la ausencia de su pareja, aunado a las limitaciones físicas que les dificultan trasladarse, hace necesario crear estrategias para hacerlos sentir útiles e importantes por todo aquello que van construyendo en esta etapa de vida.

Es aquí donde se requiere la asesoría de un experto para la creación de estrategias que coloquen desafíos personales y grupales a los miembros de este grupo, cuyo fin son los cuidados colectivos que abonen a su bienestar.

Desde el punto de vista del personal del lugar, las emociones que tienen que ver con el sufrimiento ya descrito, se ilustran en la figura 7.11.

La siguiente viñeta da cuenta de cómo el sufrimiento por los cambios en la pareja está relacionado con esta etapa de vida, elemento reconocido desde el personal del lugar.

O: Se viven sin ningún amigo, entonces, ves el sufrimiento que se traen, y cómo además altera la estructura de la pareja, ¿no? (Olivia, Trabensol-ES).

Recordar con amor las historias que formaron parte de su juventud, y a la vez experimentar cosas nuevas, establece nuevos logros y metas. Y, si bien están conscientes de que es su última etapa de vida, no visualizan la muerte cercana como limitante para experimentar, disfrutar, aprender y continuar creciendo en este momento.

Emociones en Trabensol que favorecen los cuidados colectivos

Se mencionan aquellas emociones que abonan y favorecen las prácticas de cuidados colectivos en esta cooperativa. En la tabla 7.8 se presentan aquellas emociones que los cooperativistas reconocieron como pertinentes para las prácticas de cuidado colectivo.

La producción social de sentidos con respecto a la solidaridad, en el caso de Trabensol, está vinculada con la búsqueda colectiva del bienestar, más allá de las fronteras individuales. El acompañamiento emocional entre las y los cooperativistas es evidente, tanto a partir de las narrativas sobre cuidado recíproco, como a través de las prácticas en la vida cotidiana.

C: Pues, para mí, con solidaridad significa compartir, compartir, compartir; bueno, pues servicios, o compartir, bueno... trabajos dentro de... de nuestro colectivo; o en su momento compartir servicios con los criterios que nos apliquemos, con los criterios que nos demos, ¿no? Porque, fundamentalmente eso, y que nadie se quede, nadie se tenga que marchar de Trabensol por una falta de disponibilidad económica, quiero decir que, eso...

RER: Que hay un fondo solidario...

C: Hay un fondo solidario, de alguna manera hay... Nadie tiene que... que dejar Trabensol porque, eh... bueno, pues porque no llegue su peculio para atender todas las necesidades que pueda tener en un momento determinado. Yo así lo entiendo (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

TABLA 7.8 EMOCIONES EN COOPERATIVISTAS Y DEL PERSONAL DEL LUGAR QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN TRABENSOL

Trabajadores en Solidaridad Trabensol-es			
Personas mayores		Relajado al expresar sus pensamientos	1
Solidaridad	12	Intimidad en el espacio privado	2
Empatía	10	Cariño	2
Atención con generosidad	8	Alegría	2
Amistad	7	Disfrutar desprendiéndote	2
Ilusión de un buen envejecer	5	Tranquilidad	2
Gusto por estar	5	Achuchones que dan paz	1
Acto y presencia de amor	5	Sin soledad	1
Experimentarse felices	4	Ternura	1
Compromiso a acompañar	4	Disfrute al estar	1
Confianza en el otro	3	Personal del lugar	
Perdón constante	3	Amistad	1
Quererse	3	Humildad	1
Esperanza	3	Solidaridad	1
Sin amistad ayudan	3	Confianza	1
Sentimiento humano	3		
Sin agobio ante la enfermedad	2		

Como puede observarse, la solidaridad acompaña cada una de las acciones de ayuda mutua en Trabensol para cuidar de los demás miembros. El proceso que experimenta cada cooperativista determina y orienta la vivencia hacia prácticas colaborativas y en reciprocidad social.

Cabe resaltar que no solo esta emoción hace su aparición en la misión y visión del lugar. Más allá de estar estipulada en los objetivos generales de este proyecto, se materializa en su vida cotidiana entre los miembros de Trabensol.

Ante el nodo de emociones ya mencionadas en la tabla 7.8, la empatía juega un papel importante en este grupo, ya que los miembros, hombres y mujeres entrevistados, destacaron que siempre se parte de la comprensión de la situación de los demás para generar formas de apoyo a partir de las limitaciones que cada uno de los residentes

va presentando; no existen formas generalizadas para facilitar apoyo a los mayores, sino que el grupo se va adecuando a las demandas de quien lo requiera, sin dejar de lado el apoyo emocional que también se brinda, buscando liberar tiempo y espacio para responder a esta dimensión, para que su bienestar logre restablecerse cuando se encuentra en desbalance.

L: ¿Cómo vas a empezar a vivir una vida que no has vivido nunca, de sensibilidad hacia el otro, de ayuda mutua, de pensar? Porque yo creo que esto es de lo más difícil que hay, eh, y no creas tú que esto aquí lo... lo vivimos; pensar, no lo que aquí te viene bien, sino lo que viene bien al colectivo, y lo que necesita el otro (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

R: En donde el afecto está presente, la amistad, el... el ponerse lugar, poderse poner en el lugar del otro, como estar atento al otro, que es algo que nos decía Mateo en la mañana; como poder, eh, no pensar nada más en lo individual, en mi bienestar individual, sino en cómo están los demás (Ramón, 74 años, Trabensol-ES).

Estrategias que se cobijan de generosidad por el pensar en los demás, tratando de fortalecer esa emoción entre los residentes en cada momento. Es importante destacar que no se asumen de manera impositiva las responsabilidades de los cooperativistas, sino que se comprenden, dentro de las posibilidades y limitaciones de quienes brindan el apoyo.

Aunque todos los cooperativistas no son amigos, de entrada, la mayoría sí, sobre todo el grupo fundador. La amistad tiene un peso fundamental en estas relaciones, ya que el apoyo que se dio entre amigos para planear este proyecto de vida fue básico; debido a que compartir un mismo deseo, e irlo puliendo a partir de sus condiciones económicas, físicas, sociales y contextuales, perfiló la consolidación, poco a poco, y dio fuerza al gran momento en que se encuentran. Como parte de las narrativas compartidas, el valor de la amistad, y el amor incondicional por el otro, se hicieron presentes para continuar con el entendimiento y las relaciones en esta etapa de vida. Se busca

que estas relaciones ya consolidadas de amistad se apliquen para los miembros que ahora son parte de esta familia, tanto a nivel individual como colectivo. En definitiva, la interacción y las relaciones de ayuda mutua los mantienen activos en lo físico y emocional, a través de las distintas actividades en el centro, las cuales permiten generar y consolidar nuevas redes de amistad y apoyo en la vida actual, y satisfacer necesidades emocionales, ya que los miembros se sienten apoyados, queridos y, sobre todo, pertenecientes a una grupalidad.

L: Entonces, nosotros hemos querido hacer una cosa, que es reunirnos todos los amigos, y luego no amigos, los que sean, los que tengan esta idea, pero cuando estamos bien (Leonela, 74 años, Tra-bensol-ES).

La amistad ha permitido compartir las experiencias de vida, los intereses comunes, la similitud en los valores, los recuerdos y la acumulación de nuevas experiencias, abriéndose a una convivencia en donde la base es la reciprocidad, el respeto, la tolerancia y la comprensión mutua. Así, se va construyendo un ambiente relacional grato, agradable y libre de tensiones. Estos procesos sociales confirman lo que Döveling (2009) señala sobre el lugar que tienen las emociones para la producción de sentido y la orientación en el mundo.

No por fuerza se tiene que ser amigo para pertenecer a este colectivo, ya que otro sentimiento destacado es el ser humano, el hacer sentir valiosos y útiles a aquellos cooperativistas que no han formado parte de la red de amistad desde los inicios de esta propuesta, ya que el sentimiento de humanidad lo cobijan otras emociones que permiten satisfacer las necesidades de interacción, compañía y apoyo.

L: Bueno, es un sentimiento muy humano, le decimos humanidad, la llamamos humanidad, decimos a [la] persona: “¡es muy humana!”. Aquí, en este colectivo, hay una gran humanidad; queremos decir, que es un movimiento típicamente humano, que lo podemos llamar generosidad, podemos llamar empatía; es un término muy técnico que puede abarcar muchas cosas, en el que podemos llamar gene-

FIGURA 7.12 NUBE DE EMOCIONES EN COOPERATIVISTAS QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN TRABENSOL



rosidad, eh, solidaridad; esto cuando son dos personas que no son amigas personales; cuando es amiga personal, entonces ya es otra cosa, hay un añadido ahí que no entro, se da por supuesto (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

Otras emociones sociales necesarias para que estas prácticas vayan tomando fuerza y sentido respecto de las acciones realizadas, tuvieron que ver con la empatía, la generosidad, la amistad, la ilusión de un buen envejecer, el gusto por estar para el otro, la presencia de amor, la felicidad ante el proceso de acompañar y la confianza en el otro, que se han manifestado al tiempo de experimentarse y experimentar la compañía de un otro, ya que tienen presente que cada miembro va teniendo deterioros físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y, el hacerlo visible en el lugar, tiene un propósito que abona y define el ayudar a los demás, en donde la satisfacción se hace presente.

La figura 7.12 representa de forma visual las emociones que abonan a una cultura emocional que permita que se den los cuidados y apoyos colectivos.

A partir de la relaciones sociales que se van generando en Trabensol, el vivirse en una convivencia solidaria y contar con un espíritu de servicio son dos cuestiones que los residentes destacaron para prolongar su esperanza de vida, debido a que ser mayores va más allá de una edad estipulada políticamente, sino que tiene que ver con las formas y las acciones que se están llevando a cabo en este lugar; acciones colectivas que permiten mantener funcionales los estados físicos, mentales, sociales y relacionales, que los mantienen activos y propician una adecuada calidad de vida, en donde aparece el entusiasmo y las ganas de vivir, haciendo que la vida se prolongue con calidad.

Emociones en el personal del lugar que favorecen los cuidados en Trabensol

El personal del lugar es un recurso muy valioso con el que cuentan los cooperativistas, ya que por su conducto buscan alcanzar bienestar y se facilitan oportunidades en este ambiente, que abonen a su calidad de vida. Desde la percepción de las personas que forman parte del equipo de trabajo del centro, la amistad entre los cooperativistas tiene un gran peso, debido a que estas relaciones, que se han venido construyendo a lo largo de los años, han facilitado su consolidación, en donde hay lazos de solidaridad con aquellos que requieren apoyo y atención, y sobre todo son capaces de reconocer y responder ante los que necesitan ayuda en el lugar. Desde la propuesta de Hochschild (1990), surgen reglas y normas sociales que regulan la expresión de los sentimientos, en donde la solidaridad puede reconocerse y se lleva a cabo con los residentes que lo requieran en el espacio privado (el departamento de cada cooperativista o pareja de cooperativistas), o bien en el complejo habitacional. Las formas y los modos que se van presentando van delimitándose por las formas de expresión que se reproducen en el lugar, en donde las acciones se encaminan siempre a satisfacer y abonar a la demanda del otro(a) y de sí mismo(a).

La humildad los lleva a experimentar sus limitaciones y fortalezas, lo que permite saber escuchar y apoyar, así como sentirse escuchados y apoyados ante cualquier tipo de situación en el momento actual de su vida. Es aquí donde las personas mayores depositan la confianza y

FIGURA 7.13 NUBE DE EMOCIONES EN EL PERSONAL DEL LUGAR QUE FAVORECEN LOS CUIDADOS COLECTIVOS EN TRABENSOL



acceden a que se siga trabajando en equipo, con apoyo entre los cooperativistas y el personal de lugar.

O: Un espacio de confianza: ellos confían en mí y yo confío en ellos; un espacio de... de, vamos, eh, tomando decisiones bajo una estructura segura, eh; otras decisiones no las tomamos, pero, cuando haya que tomarlas, tenemos todo preparado, todo consensuado, ¿no? Eh, bueno, esta forma de trabajar quizá ha sido una... como una lección de humildad, ¿no? Es decir, cuando tú vienes de puestos importantes con capacidad de decisión tú sola, ¿no? (Olivia, Trabensol-ES).

En la figura 7.13 se ilustran las emociones del personal del lugar que van dando cabida a que las acciones colectivas sigan consolidándose con mayor fuerza y convicción en este centro social.

CONCLUSIONES

La cultura emocional en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez presenta marcas cualitativas diferenciadoras entre los escenarios de investigación analizados. La presencia de vínculos anteriores, por amistad, parentesco y cercanía vecinal, tiene un peso importante en la posibilidad de que se logre una cultura emocional que favorezca el cuidado colectivo. Asimismo, la existencia de una cultura comunitaria favorece que los cuidados se den en las diversas formas que adquieren las vejez en un contexto urbano de las grandes ciudades, o bien, en localidades rurales.

Para los casos analizados en Uruguay, en los centros diurnos, la participación ciudadana tiene un papel importante dado que, a través de las actividades que han venido realizando por conducto de los sujetos voluntarios, han sido escuchados e incluidos en la política pública y empiezan a colaborar y entretejer redes que van consolidando formas colectivas de ayuda para resolver y atender necesidades comunes, en donde la alegría de dar, la solidaridad y el bienestar son emociones y estados emocionales que generan un clima adecuado para el quehacer comunitario y colectivo. Las emociones que debilitan la acción comunitaria resultaron ser la soledad, el egoísmo, la falta de amistad y de redes sociales, así como la ausencia de amor propio, por enunciar algunas.

Como parte de la diversidad de actividades realizadas por las OSC, es posible destacar que han sido reconocidas en el ambiente público, ya que se han instalado políticas y programas que abren el camino para una cultura de cuidados colectivos y el reconocimiento del papel de un cuidador (asistente personal). Las emociones señaladas para la promoción de una cultura afectiva han sido transmitir el gusto por la participación social, el amor por comunicar sus biografías, la solidaridad, la alegría y la empatía.

En los residenciales, las emociones que se aceptan como facilitadoras resultaron ser la alegría de dar, la solidaridad y la preocupación por el otro. Asimismo, lo que detiene las prácticas de cuidado del lugar tuvo que ver con la soledad, el egoísmo, la falta de amor propio y el orgullo.

En estos tres tipos de escenarios, sin duda, la dimensión individual de significar y vivir los cuidados se hace presente, y se está buscando romper con este paradigma conservador en el tema de cuidados. Es importante continuar con esta nueva colocación de acciones, que van permitiendo configurar los cuidados desde lo colectivo, para que las personas mayores sean los principales agentes de cambio.

En el caso español, día con día se vive una cultura que transforma los cuidados hacia lo comunitario. Esta emocionalidad es un vehículo para que la convivencia y la colaboración continúen desarrollándose. Las emociones que favorecen una cultura de cuidados colectivos son: la solidaridad, la empatía, la generosidad, la amistad, la ilusión, el gusto, el amor, la felicidad, la confianza, el perdón, la esperanza, el cariño, la alegría, la tranquilidad, la ternura y el disfrute. Esta emocionalidad da soporte y alimento a la red social que se ha construido a través de los años en esta cooperativa de personas mayores.

Las emociones que limitan y no abonan al bienestar, tanto en lo individual como en lo colectivo, tienen que ver con la antipatía, la decepción, el no ser solidarios, el desgano, el rencor, el susto, la desconfianza, el fastidio, la insatisfacción, la molestia, la obsesión, el desánimo, el rechazo, la falta de amor propio y las nostalgias. Se trata de un conjunto de emociones que, a través del trabajo emocional (Hochschild, 2007), puede redirigirse hacia acciones que promuevan la convivencia solidaria y ayuda mutua, y la reproducción de los cuidados colectivos en Trabensol.

El acercamiento sociocultural de las emociones asociadas con la problemática de los cuidados colectivos destaca cómo, en el caso de México y Uruguay, prevalecen formas de cuidado con un alto contenido familista. Esto sucede en México, en particular, aunque es posible observar escenarios como las OSC, en donde se están gestando cambios interesantes hacia esquemas de cuidado que ponen en el centro lo comunitario. Uruguay tiene instituciones más fuertes y un avance mayor en cuanto a políticas y programas de cuidado, que advierten sobre la imprescindible corresponsabilidad en materia de cuidados a las personas mayores.

En el caso español estudiado, hay un cambio cultural con respecto al cuidado, en el que prevalecen las prácticas solidarias, recíprocas y de

ayuda mutua entre las y los cooperativistas, y también hacia los actores con los que conviven en el entorno social. Esta cultura emocional potencia también el envejecimiento activo y saludable en comunidad, genera un sentido de pertenencia e identidad que rebasa lo familiar y se asienta en lo comunitario, lo generacional, y da sentido de vida en esta etapa de la existencia.

REFERENCIAS

- Döveling, K. (2009). Mediated parasocial emotions and community: How media may strengthen or weaken social communities. En D. Hopkins, J. Kleres, H. Flam, y H. Kuzmics (Eds.), *Theorizing emotions. sociological exploration and applications* (pp. 315-335). Estados Unidos: Campus.
- Enríquez, R. (2019). *Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas*. En M. Maldonado, R. Enríquez y R. Camacho (Eds.), *Vejez y envejecimiento: una aproximación interdisciplinaria*. Tlaquepaque: ITESO.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Gordon, S. (1990). *Social structural effects on emotions*. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 149-154). Nueva York: State University of New York Press.
- Hochschild, A. (1990). *Ideology and emotion management: A perspective and path for future research*. En T. Kemper (Ed.), *Research agenda in the sociology of emotions* (pp. 117-148). Nueva York: State University of New York Press.
- Hochschild, A. (2007). The sociology of feeling and emotion. *Sociological Inquiry*, 45(2), 280-307.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Buenos Aires: Katz Editores. Recuperado el 9 de febrero de 2021, de <https://es.scribd.com/document/426613983/La-Mercantilizacion-de-la-Vida-Intima-pdf>
- Kleres, J. (2009). Prefacio: Notes on the sociology of emotions in Europe. En D. Hopkins, J. Kleres, H. Flam y H. Kuzmics (Eds.),

- Theorizing emotions. sociological exploration and applications* (pp. 7-27). Estados Unidos: Campus.
- Kleres, J. (2010). Emotions and narrative analysis: A methodological approach. *Journal of the Theory of Social Behavior*, 41(2), 182-202.
- Le Breton, D. (1999). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Madrid: Siruela.
- Lutz, C. (1986). The domain of emotion Word on Ifaluk. En R. Harré (Ed.), *The social construction of emotions* (pp. 113-128). Oxford: Basil Blackwell.
- Rico, N. (2011). *El desafío de un Sistema Nacional de Cuidados para el Uruguay*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Steinar, K. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Trabensol (2019). Co-housing senior convivencia entre mayores. Entrevista en *Solamente una vez*, de RNE. Madrid, España. Recuperado en diciembre de 2019, de <https://trabensol.org/2414-2/>

Personas mayores y sus espacios de cuidado. Entornos del envejecimiento en casos selectos de España, Uruguay y México

ALEJANDRO MENDO GUTIÉRREZ
ELBA KARINA VÁZQUEZ GARNICA

Desperté en el Piñeyro.

Nací de nuevo.

MARIO CROCHE (2011, p.26)

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de las personas mayores reviste cada vez más importancia, por las múltiples dimensiones que el envejecimiento poblacional alcanza en los países que acusan la llamada transición demográfica. Este sensible tema está demandando el diseño de políticas públicas específicas para el sector gubernamental, sin embargo, también moviliza a agentes de mercado y colectivos sociales, quienes, desde sus campos particulares de acción, han emprendido iniciativas para atender el cuidado de las personas en la tercera edad.

Este trabajo da cuenta de algunos espacios de cuidado geriátrico en tres países de Iberoamérica, y reporta datos relacionados con la calidad habitacional y la satisfacción residencial que disfrutan o toleran los usuarios de instituciones geriátricas públicas, residenciales privados para adultos mayores y proyectos comunitarios de cuidado a los individuos longevos. El texto detalla aspectos referidos a los espacios construidos, las instalaciones de servicio y los accesorios muebles con que se les equipa, además de las percepciones que sobre ellos tiene la población beneficiaria.

Nuestra investigación encontró que las condiciones de habitabilidad de los espacios vitales del envejecimiento son un factor relevante en la determinación de la satisfacción residencial resultante de estos

entornos cotidianos, pero no son la clave decisiva. Lo anterior implica que la alta o baja calidad gerontoarquitectónica presente en casi todos los casos analizados no genera de forma directa una respuesta emocional de bienestar o malestar a sus ocupantes, pues hay factores subjetivos de mayor peso en el mundo interior de las personas mayores, que influyen todavía más.

En el texto, se concluye que el diseño arquitectónico para la tercera edad, o la adaptación espacial geriátrica de instalaciones para adultos mayores, eleva la calidad de vida de sus habitantes, pero estas reformas materiales introducidas a los entornos de vida deben acompañarse de un planteamiento gerontológico integral para el cuidado y bienestar de los mayores, donde la inducción de experiencias significativas en un determinado lugar —es decir, de grata valoración subjetiva— sea parte de la construcción de una cultura de la vejez.

Palabras clave: *percepción de entornos de vida, infraestructura gerontológica, gerontoarquitectura, satisfacción residencial en la vejez.*

En este capítulo se analizan los entornos construidos del envejecimiento. El texto reporta hallazgos que pueden ayudar a la comprensión de qué relaciones objetivas y subjetivas hay entre vejez y hábitat. Para conocer esto, se indagaron lugares en España, Uruguay y México donde se atienden adultos mayores mediante diferentes modalidades de cuidado geriátrico. En algunos casos, se trata de centros estatales que prestan servicios especializados a población institucionalizada, otros consisten en residenciales privados de acceso restringido, y también se localizaron experiencias emergentes de índole alternativa, comunitaria y autónoma.

Este trabajo no es una indagación exhaustiva del tema, sino que es un reporte interdisciplinar arquitectónico-psicológico que apenas da cuenta de algunos aspectos y matices relacionados con la diversidad de edificaciones y condiciones espaciales en que envejecen las personas mayores, y las percepciones que ellas tienen de su entorno vital. No obstante, consideramos que estos resultados investigativos muestran que —salvo contadas excepciones— las tipologías espaciales donde

se cuida de las personas mayores siguen adoleciendo de un planteamiento gerontológico integral, cuestión en que han insistido muchos autores.

En la literatura científica gerontológica, existen abundantes trabajos acerca de la calidad de vida que los entornos construidos generan entre personas adultas mayores. Pioneros como Lawton y Nahemow (1973) formularon un modelo ecológico del envejecimiento, todavía vigente, que explica cómo ciertos factores ambientales —naturales y edificados— determinan los niveles de bienestar que gozan o sobrellevan las personas mayores. Respecto de estos espacios vitales, hay una copiosa cantidad de investigaciones posteriores que han aportado conocimiento más detallado acerca de las condiciones de habitabilidad y la satisfacción residencial en la tercera edad (García et al., 2019; Rojo et al., 2018; Redondo et al., 2015; Plouffe y Kalache, 2010; Carp y Christensen, 1986).

En el mismo sentido, destacados expertos iberoamericanos han estudiado qué grados de satisfacción residencial producen las construcciones domésticas privadas y los espacios barriales públicos, los entornos familiares íntimos y los ámbitos institucionales compartidos, las viviendas y otros tipos de alojamiento, entre franjas poblacionales de edad avanzada. Así, las contribuciones de Fernández Mayoralas y colaboradores (2002), Vázquez Honorato y Salazar Martínez (2010), Sánchez González (2015) y Salas Cárdenas y Sánchez González (2014), han demostrado que hay configuraciones materiales en los espacios edificados que impactan negativa o positivamente a las personas mayores cuando padecen problemas en sus capacidades personales físicas.

En materia de diseño industrial y tecnología ergonómica, también hay aportaciones académicas notables que han ampliado nuestro entendimiento sobre la calidad de vida en la vejez a partir de consideraciones anatomofisiológicas para la fabricación de mobiliario, aparatos, equipos y accesorios asociados a los espacios vitales. Publicaciones como las de De Lavalley (2014), Sevilla y González (2008) y Grande Esteban (1993) subrayan la necesidad de estudiar y modificar las barreras físicas discapacitantes que enfrentan los colectivos envejecidos, a

partir de la aplicación de principios biomecánicos y antropométricos en la concepción de objetos utilitarios para una mejor vida diaria en la senectud.

A partir de las anteriores referencias, desde 2017 nos propusimos emprender esta investigación exploratoria para descubrir cómo y por qué la calidad física de los entornos construidos en que ocurren las prácticas de cuidado a adultos mayores se relaciona con la apropiación simbólica de los escenarios de la atención geriátrica por los usuarios. Esta pesquisa parte del supuesto de que las condiciones de habitabilidad de los espacios vitales del envejecimiento son un factor relevante en la determinación de la satisfacción residencial resultante de un entorno cotidiano, pero no son la clave decisiva.

Según podrá advertir el lector, la evidencia aquí analizada señala que espacios arquitectónicamente bien diseñados —con amplitud geométrica dimensional, funcionalidad espacial en la disposición de dependencias internas, dotación de instalaciones especiales y calidad ambiental— están supeditados a circunstancias inmateriales y hechos aleatorios de orden subjetivo que influyen poderosamente en la valoración afectiva y la vinculación simbólica de las personas con los sitios y lugares; en otras palabras, causas de mayor fuerza que las condiciones de habitabilidad son las que determinan finalmente la satisfacción residencial.

A continuación, se identifican las perspectivas teóricas y los planteamientos conceptuales que definen nuestro objeto de estudio. De igual manera, se explicitan algunas notas metodológicas sobre el tratamiento analítico empleado para interpretar las informaciones generadas. Más adelante, se abordan los casos de estudio, presentándolos de acuerdo con las tres modalidades principales en que estos pueden agruparse: centros institucionales de cuidado a cargo del Estado, residencias privadas que ofrecen servicios integrales por pago, y complejos habitacionales de iniciativa social colaborativa. Finalmente, en las conclusiones, se propone una comparación entre temas equiparables, y se comentan diferentes implicaciones que los resultados investigativos suponen para áreas del conocimiento relacionadas con las ciencias de la salud, ciencias del hábitat y ciencias sociales.

ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO ANALÍTICO DE LOS MATERIALES

El objeto de estudio de esta investigación es el entorno espacial construido en que se brindan cuidados geriátricos a personas mayores, el cual, para su abordaje integral, lo desdoblamos conceptualmente en dos dimensiones: los aspectos materiales arquitectónicos de los lugares y los estados anímico-emocionales de los usuarios de estos sitios. Esta partición metodológica retoma la conocida premisa investigativa psicoambientalista, que recomienda enfocar dos componentes principales —físico y social—, pues el tratamiento conjunto de ambos informa tanto de la calidad material del edificio como de la respuesta emocional del ocupante de un espacio.

En el estudio de la psicología de la arquitectura, los autores fundantes de la psicología ambiental (Kurt Lewin, Egon Brunswick, Calvin Taylor y Robert Bailey, entre muchos más) hicieron importantes contribuciones científicas, al explicar que el espacio afecta a las personas, como estas afectan a él. Los impulsores contemporáneos del llamado diseño orientado al usuario siguen insistiendo en que, para hablar comprensivamente de espacio, debe considerarse un conjunto de aportaciones teóricas necesarias de atender para superar concepciones reduccionistas y unidimensionales del sitio o lugar como mera magnitud física.

Desde los años ochenta, se reconoce en las ciencias sociales que la espacialidad se constituye de componentes materiales susceptibles de abordaje en distintas escalas territoriales —región, cuenca, área, distrito, contexto inmediato—, por disciplinas del hábitat como la geografía, el urbanismo o la arquitectura, pero se subraya la importancia de incorporar las aproximaciones que ofrecen otras áreas del conocimiento, como la psicología ambiental y social, la antropología cultural o la proxémica, para ganar integralidad explicativa sobre una realidad socialmente construida.

Espacio y materialidad, espacio y cultura, espacio y emociones, espacio y salud, son las coordenadas teórico-empíricas que enmarcan nuestro interés investigativo, por lo que aprovechamos las valiosas

aportaciones propuestas por diferentes científicos. Milton Santos, David Harvey y Edward Soja son prestigiados teóricos del espacio, cuyas contribuciones críticas al pensamiento geográfico posmoderno han ampliado las fronteras del saber. Al respecto, Soja (2014) ha apuntado que, si bien el espacio es una realidad física concreta, la interpretación epistémica del mundo socioespacial requiere elaboraciones interdisciplinarias para alcanzar no solo su entendimiento, sino, sobre todo, emprender acciones sociales dirigidas a su cuestionamiento y transformación equitativa.

Una postura similar es la que expresa Aguilar Díaz (2011), cuando sostiene que en la objetivación del habitar (que no del hábitat) conviene atender el proceso por el que el espacio material —características geométricas, estructuras físicas, cualidades ópticas y hápticas— se transforma socialmente en lugar, o sea, en sitio referenciado simbólicamente a través de las experiencias de los sujetos que interactúan en él. Esto resulta relevante porque, en la construcción social de lugares, cobran especial importancia los contextos culturales de las personas como referente de los contenidos con que se dota de sentido a los entornos, cuestión que no debe pasarse por alto.

De ahí que Vidal Moranta y Pol Urrutia (2005) insistan en que la apropiación social del espacio es un indicador de las formas como los individuos establecen nexos con los lugares que habitan. En su obra, ambos explican que la significación sociocultural de los lugares, es decir, la adaptación personal interior al contexto, y el traslado de sentidos al entorno, es un proceso dinámico observable a lo largo del tiempo y que lleva, al final, a lo que Haramoto (1990), Amérigo (1995) y Wiesenfeld (1994; 1995) conceptúan como satisfacción residencial, que se define como la respuesta emocional de las personas al ambiente donde residen, incluyendo la vivienda y su entorno.

Derivado de lo anterior, nos queda claro que, en el acercamiento a las interacciones sociales en el espacio, no es posible formular modelos funcionalistas lineales del tipo *a este espacio, esta conducta*, porque “debe incluirse necesariamente el significado del espacio” (Romaña Blay, 1992, p.130). Por ello, para este trabajo se eligió adoptar la perspectiva de la llamada teoría de los escenarios conductuales, formulada

desde 1968 por el psicólogo ambiental Roger Barker, que establece que un escenario conductual es aquel lugar donde las actividades corresponden con el entorno, al tiempo que el espacio concuerda con las actividades desarrolladas ahí. A este principio, Barker le llamó sinomorfia (Heft, 2001).

Pasando al procedimiento operacional de esta investigación, distinguimos dos grandes ejes categoriales: la habitabilidad espacial y la satisfacción residencial. La primera es una noción propuesta por varios autores (Martínez Ibarra e Ibarra Salazar, 2017; Rapoport, 1990; Gibson, 1979; Barker, 1968; y otros) para definir la calidad material que los ambientes naturales y entornos edificados propios del hábitat ofrecen a sus usuarios. Este concepto incluye cuestiones físicas relacionadas con condiciones ambientales —temperatura, iluminación, acústica, humedad, entre otros—, pero también abarca otros factores igualmente tangibles y concretos asociados a la materialidad del espacio —superficie disponible, configuración geométrica, componentes constructivos, instalaciones de servicio y dotación de equipos, por mencionar los más reconocibles.

Para los efectos heurísticos de este proyecto, la habitabilidad espacial se desagregó en dos conjuntos de subcategorías: las que describen el entorno físico de vida (incluyendo las condiciones ambientales naturales y la calidad constructiva de los espacios edificados) y las que detallan la idoneidad de los recintos en función de las actividades que alojan (tareas cotidianas, desplazamientos dentro o fuera del espacio, barreras o facilitadores de la movilidad).

Por su parte, la satisfacción residencial aludida antes es explicada por Aragonés, Francescato y Gärling (2002) y por Weidemann y Anderson (1985), como la evaluación positiva que tienen los individuos hacia sus ambientes espaciales cotidianos cuando estos les proporcionan una sensación de bienestar por la calidad de vida que les permiten estos entornos habituales, lo que, a su vez, involucra procesos de apropiación espacial y apego afectivo. Para reconocer empíricamente la satisfacción residencial, en esta investigación se registraron variables que reportan la valoración que los sujetos hacen de sus espacios de vida, los niveles de apropiación personal de sus ámbitos cotidianos y

TABLA 8.1 ÁRBOL DE CATEGORÍAS Y OBSERVABLES

Categorías	Sub-categoría primer nivel	Sub-categoría segundo nivel
1 Habitabilidad espacial	1.1 Medio ambiente natural	1.1.1 Condiciones ecológicas
	1.2 Contexto urbano inmediato	1.2.1 Estructura urbana y usos del suelo
		1.2.2 Equipamiento y espacios públicos
		1.2.3 Infraestructura y servicios
		1.2.4 Vialidades, transporte y movilidad
		1.2.5 Mobiliario urbano y accesorios
		1.2.6 Desplazamientos y autonomía
		1.2.7 Barreras y facilitadores
		1.2.8 Seguridad y riesgos
	1.3 Espacio construido geriátrico	1.3.1 Tipo de edificio
		1.3.2 Configuración constructiva
		1.3.3 Instalaciones y equipos
		1.3.4 Mobiliario y accesorios
		1.3.5 Desplazamientos y autonomía
		1.3.6 Barreras y facilitadores
		1.3.7 Seguridad y riesgos
2 Satisfacción residencial	1.4 Vivienda actual o previa	1.4.1 Tipo de edificio
		1.4.2 Tenencia del inmueble
		1.4.3 Configuración constructiva
		1.4.4 Instalaciones y equipos
		1.4.5 Mobiliario y accesorios
		1.4.6 Desplazamientos y autonomía
		1.4.7 Barreras y facilitadores
		1.4.8 Seguridad y riesgos
	2.1 Funcionalidad física	2.1.1 Polivalencia espacial
		2.1.2 Sinomorfia
	2.2 Apropiación del espacio	2.2.1 Adaptabilidad a necesidades individuales
		2.2.2 Interacciones sociales
		2.2.3 Resignificación simbólica
	2.3 Valoración general del espacio de vida	2.3.1 Planes de cambios necesarios de realizarse
		2.3.2 Evaluación de las acciones directas realizadas
		2.3.3 Satisfacción global

las respuestas adaptativas con que las personas mayores resignifican sus escenarios existenciales. La tabla 8.1 muestra las categorías y observables empleados en la investigación.

Dado que el objetivo de este trabajo fue conocer cómo se relaciona la habitabilidad espacial con la satisfacción residencial en diferentes entornos de cuidado geriátrico para personas mayores, debimos seleccionar una estrategia metodológica que nos permitiera trabajar con objetos empíricos estáticos (los entornos construidos) y elaboraciones subjetivas heterogéneas (las verbalizaciones de los informantes). Esto supuso emplear un paradigma híbrido de trabajo científico mixto, que hiciera posible la combinación de los enfoques deductivistas propios del modelo realista-objetivizante y de las inferencias interpretativas-subjetivizantes que permite la perspectiva cualitativa-constructivista. Además, el proyecto ambicionó alcanzar una comprensión sincrónica o simultánea del objeto de estudio en diferentes locaciones geográficas, para tener una panorámica comparativa.

Entre las opciones a la mano, elegimos el método fenomenológico y un acercamiento descriptivo desde la etnografía multisituada, porque ambas alternativas facilitaron el registro observacional directo de contextos distintos, aunque de similar naturaleza —los espacios de la atención geriátrica—, a la vez que posibilitaron el levantamiento de percepciones subjetivas acerca de esas instalaciones —la satisfacción residencial de sus ocupantes—, provenientes de informantes con similitudes grupales. Concretar estas aproximaciones requirió la colaboración del amplio equipo de trabajo que se describe al inicio de este libro.

Santos Fraile y Massó Guijarro (2003) resaltan que la etnografía multisituada es en particular pertinente para emprender trabajos de campo que deben trascender los límites locales y cuando el perfil de los sujetos de investigación comparte aspectos que los equiparan a una comunidad virtual presente en variadas ubicaciones. En este caso, tanto los referentes espaciales (los entornos arquitectónicos del envejecimiento) como los entrevistados (las personas mayores) resultaban susceptibles de reflejar una situación global de orden transnacional, sobre todo si se toma en cuenta que se trata de enclaves geográficos

y comunidades hispanoparlantes en países iberoamericanos con antecedentes culturales compartidos desde siglos.

Los materiales de trabajo analizados consistieron en reportes de observación directa que documentaron en sitio las condiciones de la habitabilidad espacial en los diversos domicilios que se visitaron:

- Tres centros geriátricos públicos de estancia diurna uruguayos, referidos en adelante por sus siglas CDP1-UY, CDP2-UY y CDP3-UY, y uno mexicano, el CDDIFB-MX.
- Un establecimiento comercial mexicano de atención geriátrica de larga estadía para personas mayores, que se aludirá como CPR-MX, y dos hogares privados uruguayos para adultos en retiro, en lo sucesivo RP1-UY y RP2-UY.
- Un conjunto habitacional cooperativo español para jubilados, denominado Trabensol.
- Dos comunidades mexicanas libremente asociadas alrededor de un proyecto residencial alternativo de convivencia familiar, identificados como OSC2-MX y OSC3-MX.

Debido a la imposibilidad económica de trasladar al equipo completo de investigadores a todas las ubicaciones, aprovechamos las posibilidades de la Internet para acceder de forma remota y virtual a las localidades objeto de estudio vía plataformas *online*, que permiten la visualización interactiva de espacios y edificaciones. Casas y colaboradores (2014) han señalado las ventajas investigativas que representa el acceso mediado por equipos computarizados a informaciones disponibles en la Internet.

Así, la netnografía o etnografía digital emerge como un recurso metodológico viable para consultar vastos volúmenes de información pública disponible. Por ello, para este trabajo fueron de mucha utilidad las imágenes satelitales y los planos callejeros dispuestos en sitios web como Google Maps, además del conjunto de fotografías instantáneas tomadas por comunidades virtuales de las llamadas redes sociales, tipo Facebook, Instagram y Twitter.

También se trabajó con las transcripciones de 111 entrevistas y grupos focales sostenidos con personas de la tercera edad, cuidadores,

personal profesional, directivos empresariales, funcionarios públicos, académicos y activistas de España, Uruguay y México. Adicionalmente, se consultaron variadas fuentes de información, que incluyeron documentos gubernamentales, investigaciones universitarias y reportajes periodísticos de los tres países.

El procedimiento analítico se apegó a la sistematización cualitativa del análisis de contenido (Rodríguez et al., 2005) que, a partir del agrupamiento de las unidades temáticas asociadas a las categorías conceptuales acotadas, sugirió la construcción de relaciones semánticas desde las co-ocurrencias y una estructura de sentidos con la que nos permitimos ordenar la presentación de los resultados, priorizando dos aspectos: la situación presente de nuestro objeto de estudio, según cada modalidad de espacio de cuidado, y las implicaciones multidimensionales que se derivan para distintas disciplinas. En las páginas siguientes, se informan los resultados del análisis.

DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este apartado se ha dividido en dos secciones: la presentación del análisis particular por cada distinta tipología de espacio de cuidado y el examen de las implicaciones temáticas más interesantes en lo general. Como se aclaró antes, al mencionar los diferentes tipos de espacios de cuidado, nos referimos a los variados entornos construidos en donde prestan sus servicios los diversos regímenes, sistemas o esquemas de atención geriátrica a personas mayores en los países señalados. Al hablar de las implicaciones temáticas más llamativas, aludimos a cuestiones destacadas que emergen sorpresivamente como *otras cosas* —para usar la expresión de López Noguero (2002, p.175)—, que comportan interés para distintos campos disciplinares del conocimiento.

Los centros estatales de atención a población no institucionalizada

Como en toda América Latina, los mexicanos y los uruguayos cuentan con instituciones públicas consolidadas para atender el bienestar de

su población adulta mayor, sin embargo, la cobertura de los sistemas estatales de protección social varía entre países: Hakkert y Guzmán reportan que en México esta llega al 20%, mientras que para Uruguay más de la mitad de la población está cubierta (2004, citados por Redondo, Garay y Montes de Oca, 2015, p.600). Estos diferenciales ilustran bien que en Latinoamérica existen asimetrías estructurales en la división del cuidado de personas dependientes, responsabilidad que tradicionalmente se reparte entre cuatro distintas esferas reconocibles: el Estado, la familia, el mercado y la comunidad (Aguirre, 2007, p.194).

A continuación, se describirá qué habitabilidad espacial y satisfacción residencial generan los centros estatales de atención a adultos mayores en los casos uruguayos y mexicano seleccionados.

Centros diurnos

Se trata de edificaciones dependientes de los servicios gubernamentales de salud, que alojan por un tiempo a las personas mayores para que en sus instalaciones realicen —durante una parte del día, por lo general en la mañana— actividades integrales que promueven el envejecimiento activo de los usuarios, por lo que se les conoce también como clubes de la tercera edad o clubes gerontológicos. Salgado Alba y González Montalvo (1999) identifican tres diferentes tipos:

- El modelo médico, enfocado a la rehabilitación hospitalaria y la valoración geriátrica.
- El modelo médico-social, orientado al mantenimiento y los cuidados de enfermería.
- El modelo psicosocial, dirigido a desarrollar relaciones sociales para la integración comunitaria.

Los centros de día que aquí se analizan son una mezcla de los dos últimos tipos, aunque hay uno del primer modelo, que también se denomina unidad de media estancia. El género arquitectónico de las cuatro construcciones objeto de esta investigación es muy dispar entre sí, pues hay grandes conjuntos históricos de equipamiento para la sa-

lud, edificios institucionales modernos para la asistencia social, locales contemporáneos de tamaño medio para usos municipales y viejas casas habitacionales adaptadas *a posteriori* para reuniones sociales.

Estos centros diurnos se ubican en distritos urbanos muy heterogéneos también, ya que algunos están en las cercanías del casco urbano histórico, mientras que otros se sitúan en las áreas periféricas conurbadas, de ahí que sus contextos urbanos inmediatos varíen en calidad ambiental. Por ejemplo, importantes vialidades metropolitanas y servicios urbanos diversificados caracterizan las céntricas locaciones intraurbanas, mientras que calles secundarias y menor presencia de equipamientos públicos y mobiliario ciudadano son elementos representativos de las zonas alejadas.

Esta variedad de emplazamientos plantea ciertas ventajas para los usuarios mayores, pues cuando estos transitan en entornos residenciales urbanísticamente consolidados, se mueven sobre aceras seguras, con buena iluminación nocturna, y saben que cuentan con servicios como vigilancia policiaca o atención médica urgente; a diferencia de los barrios carenciados, donde se ve pobreza y hay factores de inseguridad. En opinión de un informante, también es positivo que se pongan en funcionamiento centros diurnos en áreas marginadas de los arrabales, pues así la administración pública descentraliza los beneficios del desarrollo y:

Distribuye recursos enviándolos a la periferia, donde los adultos mayores están más alejados del centro (CDP3-UY).

No obstante las ventajas mencionadas, se señaló de igual manera que el frecuente traslado de la población de la tercera edad a los centros diurnos —donde quiera que estos se localicen— genera dificultades, como tener que cubrir con sus propios medios los trayectos y enfrentar los riesgos de viajar en transporte colectivo sin compañía, o cargando objetos personales que complican sus movimientos. Dos funcionarios públicos enfatizan que:

Uno de los principales problemas para las personas mayores es el transporte público, su movilidad (Euclides, SNC-UY).

El centro diurno se encuentra a quince cuadras [de la casa de un usuario] y ya no puede venir en ómnibus, y no puede pagar una camioneta privada ni tiene un sistema para pagar (Bernardina, CDP2-UY).

Respecto de la calidad arquitectónica de los centros diurnos, hay mucho que decir. Empezaremos apuntando que suelen plantearse como unidades integrales pues:

Combinan en un mismo lugar distintos servicios (Zoyla, SNC-UY).

Igual ocurre en México, donde en el CDDIFB-MX se ofrecen opciones para la “ocupación creativa y productiva del tiempo libre [mediante] actividades recreativas, culturales, deportivas, ocupacionales y talleres formativos y de desarrollo, alfabetización y capacitación gerontológica, servicios de comedor, médico y paramédico y transporte” (Gobierno de Jalisco, 2019). En Uruguay, se ha implementado un reciente modelo geriátrico más cercano al servicio médico, la unidad de media estancia CDP2-UY, que está provisto de equipo técnico y personal especializado: “geriátras, fisiatra, psiquiatra, psicóloga, licenciadas en enfermería, asistente social, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista, auxiliares de enfermería y podóloga” (ASSE, 2019).

Este programa institucional de atención geriátrica temporal diurna implica que estos centros requieren diversos espacios arquitectónicos funcionales adecuados para las diferentes actividades enlistadas, lo cual no siempre es el caso. En los escenarios analizados, se identifican adaptaciones improvisadas para tratar de acomodar usuarios y mobiliario al espacio disponible. En el CDP1-UY, las reuniones especiales, que eventualmente convocan a decenas de personas, deben realizarse en la calle afuera del domicilio, pues dentro no hay espacio suficiente. Algo más, la calidad arquitectónica del contexto urbano en que se ubica el centro no es la idónea para las personas mayores, ya que la superficie de las aceras adyacentes es irregular, discontinua y presenta bordos.

Sin embargo, a pesar de que las áreas internas y las instalaciones de servicio no son las óptimas, los responsables institucionales sacan el máximo provecho del espacio disponible, y el CDP1-UY es el mejor botón de muestra: el salón principal del inmueble hace las veces de aula, gimnasio, galería, auditorio, pista de baile y comedor, con sus escasos 50 m² de superficie. Esta polivalencia espacial se da precisamente por el reducido tamaño de la vieja casona, que se adaptó como centro diurno. Asimismo, el edificio tiene otras carencias arquitectónicas evidentes, cuando de paredes y techos cuelgan de manera descuidada varios ductos de electricidad.

Pero, en México, no es muy diferente la situación. Si bien el CDDI-FB-MX es un edificio en especial diseñado en los años setenta para albergar actividades geriátricas, su estado actual acusa envejecimiento constructivo y limitado mantenimiento de las instalaciones. Las butacas del auditorio son añosas y están desgastadas; los plafones interiores de los techos muestran manchas de humedad y roturas notorias; varias instalaciones de cableado son improvisadas; parte de las áreas ajardinadas lucen secas, o sin el césped que alguna vez tuvieron.

Lo interesante de los casos descritos es que, a pesar de que las condiciones de habitabilidad son objetivamente mediocres, entre los usuarios generan considerable satisfacción residencial. Así lo confirman dos personas mayores cuando dicen que:

Desde la primera vez que vine, me gustó (Eugenia, 74 años, CDDI-FB-MX).

Yo aquí me siento como que es mi segunda casa, yo aquí llego y me siento bien (Enriqueta, 66 años, CDDIFB-MX).

Pensamos que una de las razones por la que los centros diurnos resultan satisfactorios para la población usuaria, se debe a que la vivienda habitual donde residen los informantes tiene todavía menos condiciones de habitabilidad espacial. Inclusive, aventuramos que hasta son algo inseguras, según comenta esta persona mayor:

Tengo más riesgos en mi casa que aquí (Eugenia, 74 años, CDDIFB-MX).

Lo anterior no puede soslayarse, pues de manera explícita se relata que en sus casas suele haber detalles poco cómodos o inclusive peligrosos:

[En casa] hay escaleras que se tiene que tener cuidado en bajar y en subir (Doroteo, 79 años, CDDIFB-MX).

Lo anterior denota que las viviendas particulares no están acondicionadas con las adecuaciones arquitectónico-constructivas que se han introducido en algunas de las instituciones estudiadas. En este tenor, una de las informantes comenta:

Este centro está mejor adaptado [que mi casa] Aquí los baños, este... se me hace que están muy bien adaptados: son altos y, en la casa, pues son bajos y no hay de dónde se agarre uno. Aquí son altos, el baño es alto, está bien, sí... o sea, aquí se me hace bien. Y tienen agarradera, este... se me hacen los baños un lugar bien adaptado, que en la casa no están así (René, 64 años, CDDIFB-MX).

Unidades de media estancia y rehabilitación

Este tipo de centros geriátricos son establecimientos de salud equipados con instalaciones médicas especializadas y personal calificado en la atención de problemas relativos a la adultez tardía. Cuando el cuadro clínico lo requiere, hay internación de pacientes y se prestan servicios de rehabilitación post-operatoria hasta por un mes. Actualmente, el CDP2-UY es una unidad de media estancia y rehabilitación (UME) que forma parte del nuevo modelo uruguayo de atención a personas mayores de 60 años, y les ofrece servicios novedosos dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El CDP2-UY —ubicado en el montevideano barrio de la Unión— ocupa una construcción histórica de estilo ecléctico propia de la segunda década del siglo XX. Los cuatro pabellones que alojan a los residentes

fueron en su origen alas o cuerpos laterales del antiguo Colegio de la Unión (Fontes, 2004, p.17), que se levantó en los terrenos de don Tomás Basáñez, un benefactor que donó grandes superficies donde la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública había concentrado instalaciones hospitalarias, orfanatorios, manicomios y asilos desde finales del siglo XIX (Martí, 2009).

Hoy día, esta UME es considerada el núcleo geriátrico más vanguardista del Uruguay, y está muy bien equipado y adaptado para diferentes funciones. El mobiliario clínico es reciente y de calidad, las instalaciones especiales de bioingeniería son seguras y suficientes, la calidad ambiental de los espacios interiores es confortable y propicia, y se cuenta con utensilios, enseres y aparatos para que los mayores desarrollen diversas ocupaciones y tareas. La admisión a la institución es muy demandada y se sigue un protocolo estricto para evaluar que se justifique el ingreso de cada paciente.

No obstante, Laura Fontes reporta que es intrigante observar que, a pesar de que la UME cuenta con espacios verdes y áreas abiertas disfrutables, muchos de los residentes prefieren pasar el tiempo “durmiendo, encerrados en sus habitaciones o encerrados en su mundo propio” (2004, p.24). En el CDP2-UY hay 300 camas disponibles para internos permanentes, y cerca de treinta y cinco plazas se ofrecen a los usuarios del centro diurno. Un aspecto importante de la atención a mayores autoválidos es que, con su media estancia, disminuyen la carga de cuidados a sus familiares, en un entorno de calidad espacial (ASSE, 2018).

En la distribución espacial de los cuidados, esta UME dispone una sección para sujetos con máxima dependencia, los cuales deben ser ayudados para comer, vestirse y trasladarse; en otra zona, se agrupa a los mayores medianamente autoválidos que requieren auxiliares para su movilidad (andaderas, bastones o sillas de ruedas, por ejemplo); hay un área pensada para atender a individuos con padecimientos psicogeriátricos crónicos, quienes han llegado a la vejez en esas condiciones; y, en otro sector, se concentra a los viejos con demencias agudas (ASSE, 2018). Insistimos en que las condiciones de habitabilidad espacial en todas estas dependencias arquitectónicas

son bastante buenas. Para ejemplificar, las autoridades responsables han invertido importantes montos en la adquisición de sofisticadas máquinas para el lavado y secado de ropería.

Los ambulatorios y pasillos de circulación cuentan todos con accesorios para la movilidad segura (pasamanos, agarraderas y sujetadores en muros y escaleras), las salas de atención disponen equipos para acondicionar la temperatura interior del edificio, en sitios estratégicos hay botones de pánico para pedir auxilio y cámaras de video monitorean los espacios. Las áreas comunes —talleres y salones— lucen decorados con elementos coloridos y detalles ornamentales que acenúan un ambiente hogareño a la UME, y en los espacios exteriores se aprecia mobiliario de jardín y aparatos ejercitadores al aire libre. Algunos mayores consideran que el CDP2-UY es un parque que aprovechan para:

Ir a la huerta, porque yo siempre estoy con las manos en la tierra, siempre ando plantando [...] y en la huerta disfruto mucho porque siempre estamos plantando, haciendo plantines o cosas así, disfruto muchísimo (Adalis, 67 años, CDP2-UY).

Que se complementa con una programación de actividades variadas como:

Canto el lunes, pero el martes me gusta porque hago ejercicio con aparato fijo, que le llaman calidad de vida, me gusta mucho hacer calidad de vida (Enona, 75 años, CDP2-UY).

En la dimensión espacial de estas instituciones, se evidencian algunos aspectos que parecen restringir la intimidad personal en las zonas de dormitorios, por tratarse de áreas compartidas, comenta una interna:

Tenemos una sala en la que la mitad son seis camas para mujeres, y del otro lado son seis camas para hombres (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

No obstante, hay opiniones que revelan que hay satisfacción residencial con las condiciones de habitabilidad espacial:

Estamos muy bien porque en invierno tenemos calefacción, en verano tenemos también aire acondicionado, y tú ves que siempre está todo limpio acá; en fin, yo a mi manera, estoy muy conforme con el ambiente que se está acá (Enona, 75 años, CDP2-UY).

Yo noto un gran esfuerzo de los funcionarios, sobre todo de la dirección, como que hay un esfuerzo de hacer el lugar lo más agradable posible, amigable, ¿no? (Vicenta, 70 años, CDP2-UY).

Con todo lo expuesto, podríamos afirmar que sí hay relación entre las condiciones de habitabilidad espacial y la satisfacción residencial que estas generan en las personas usuarias de edificios y entornos construidos; sin embargo, es necesario precisar que dicha relación no obedece a una lógica lineal causa-efecto, sino que parece derivarse de la combinación de factores aleatorios que ejercen diversa importancia en la percepción subjetiva resultante. En otras palabras, a alta habitabilidad espacial no corresponde alta satisfacción residencial, como tampoco baja satisfacción residencial es producto de baja habitabilidad espacial.

En los casos analizados, fue posible descubrir que los centros estatales de atención a personas mayores exhiben diferentes condiciones de habitabilidad espacial —unos construidos con criterios de arquitectura geriátrica, otros pobremente adaptados a edificios preexistentes; unos muy bien equipados con instalaciones adecuadas, otros apenas dotados del mobiliario convencional básico—, pero esta discrepancia da pie a variados grados de satisfacción residencial, a causa de elementos sutiles de personalísima índole individual poco controlables.

Por ejemplo, instalaciones geriátricas vetustas y descuidadas son evaluadas muy bien por ciertos mayores, como demuestra el caso mexicano, porque en sus propias viviendas no gozan de esos estándares mínimos de accesibilidad física o seguridad que disfrutaban en los centros de día. En trabajos previos, hemos discutido la disparidad entre las condiciones de habitabilidad espacial en el ámbito doméstico

y fuera de la vivienda (Vázquez y Mendo, 2019; Mendo y Vázquez, 2019). Igualmente, hay adultos longevos para quienes los entornos contruidos de alta calidad material no les aportan componentes de satisfacción residencial, pues no pueden disfrutarlos a causa de impedimentos fisioanatómicos, o por situaciones psicoafectivas que pesan más en su equilibrio emocional.

Aquí, llamamos la atención a lo que Aguilar Díaz subraya cuando indica que los contextos de las personas son el referente con que ellos dotan de sentido a los entornos donde se desenvuelven (2011). En el caso de esta investigación, los contextos de referencia —como factor determinante de la satisfacción residencial— parecen ser dos: los ámbitos físicos de vida en sus viviendas habituales (esto es, las condiciones de habitabilidad espacial en sus casas particulares de residencia) y el estado de la dimensión psicosocial que viven las personas en su entorno relacional. En última instancia, coincidimos con Vidal Moranta y Pol Urrutia (2005), cuando señalan que la vinculación de las personas con sus espacios depende de la generación de significados, tema que implica aspectos emocionales, cognitivos y afectivos de orden subjetivo.

Pasemos ahora a revisar otro esquema de cuidado geriátrico: el de las casas hogar comerciales.

Los servicios residenciales privados para retirados solventes

También llamadas estancias de retiro, casas de reposo o villas de descanso para adultos mayores, estas residencias geriátricas son empresas privadas constituidas para ofrecer servicios integrales a personas mayores con solvencia económica suficiente para cubrir sus cuotas comerciales. Como opción terminal de vida, estas instalaciones especializadas registran una tendencia de mercado al alza, sobre todo entre población urbana de alto poder adquisitivo y en ubicaciones de atractivo turístico. En esta sección, abordaremos dos residenciales uruguayos y uno mexicano, con el fin de describir la habitabilidad espacial que ofrecen sus espacios y conocer qué satisfacción residencial generan en sus habitantes.

En el Uruguay, el asunto del retiro y el futuro de los jubilados ha originado una dinámica económica con impactos en el mercado inmobiliario, cuestión muy interesante por su novedosa orientación, pero incierta evolución. Por ejemplo, una parte del sector hotelero está transitando hacia la conversión de su infraestructura de hospedaje para crear nuevos productos de alojamiento dirigidos a una franja poblacional creciente: la de las personas mayores. En esta lógica, se están remodelando anteriores hoteles para abrirlos ahora como conjuntos residenciales amigables para la tercera edad, y los hay de todos niveles, precios y calidades. Según las prestaciones contratadas, los costos pueden alcanzar hasta cinco mil dólares estadounidenses mensuales, pero, en todos los casos, se pide seguro médico que cubra gastos mayores.

Un edificio de 13 pisos de altura ubicado en el centro de Montevideo se anuncia como el primer hotel asistido para mayores autoválidos —o con alta dependencia también—, con tarifas mensuales desde los mil doscientos dólares estadounidenses, que incluyen habitación privada, aire acondicionado, televisión por cable, entretenimientos diversos, servicio de mucama en la habitación y atención médica una vez por semana, además de cuatro comidas diarias (*El País*, 2016).

El residencial RP1-UY se localiza en un tranquilo distrito habitacional de la capital uruguaya, conocido como “el pulmón de la ciudad”, por su cercanía al parque El Prado, en donde se ubican jardines, museos, iglesias, clubes deportivos y la casa presidencial. La sede de este residencial privado es una amplia casona de estilo colonial que ha sido acondicionada para su actual función. Una ventaja destacada es que la construcción es de una sola planta, lo que facilita la movilidad de los residentes: cuenta con más de treinta camas, ocho habitaciones privadas, baños y servicios sanitarios con diseño geriátrico e iluminación natural en interiores.

Al estar localizado en un céntrico distrito urbano, el residencial RP1-UY tiene en los alrededores diversos equipamientos —colegios, parroquias, centros comunitarios—, con los que hace sinergia para beneficio de sus residentes. Según relata una de sus directoras, esta situación:

Da posibilidades de incorporar nuevos elementos [para] hacer mucho intercambio, abrir a la comunidad, es decir [...] no tener una casa cerrada [...] aislada, donde ellos estén en un lugar fuera del espacio tiempo, sino que intercambien con la comunidad (Isia, RP1-UY).

Estas interacciones con el ámbito social externo animan a los residentes porque refuerzan los talleres y las actividades recreativas que toman en las casas de retiro, siendo muy satisfactorias al final, como dice esta residente:

Hace poco, hubo una exposición de pintura, de artesanos, entonces, pidieron mis cuadros y llevaron no sé si seis o siete cuadros, y después la intendencia me mandó un diploma de agradecimiento por haber colaborado (Hanna, 87 años, RP1-UY).

En el mismo sentido, los diferentes atractivos urbanos y comercios de las inmediaciones facilitan que los mismos residentes salgan de casa a hacer sus rutinas propias, o que los familiares los lleven a pasear en las cercanías. Algo similar ocurre en el conjunto residencial privado mexicano, donde los mayores autoválidos continúan realizando varias de las actividades que previamente hacían:

Ya vendí el coche, entonces ya me voy en taxi para todos lados, o vienen por mí [o] camino para todos lados, salgo sola a todos lados [...] a veces también pues voy al [supermercado], voy a la [farmacia], en fin, salgo a la calle, voy a la tiendita, aquí cerca [...] camino aquí por la colonia (Citlalli, 72 años, CRP-MX).

Los residenciales privados se caracterizan por incorporar —en la medida de sus posibilidades de inversión económica— los más completos criterios gerontoarquitectónicos. Cuentan con instalaciones seguras y accesibles para la movilidad asistida, aparatos y equipo de alta gama para monitorizar a los residentes y responder ante emergencias; disponen de espacios privados que pueden adaptarse a las preferencias

del cliente, y las áreas comunes ofrecen atmósferas propicias para la convivencia y el disfrute de la naturaleza. Respecto de los accesorios constructivos para la seguridad, algunas residentes comentan:

Fíjese que hay tubos en el excusado [barras de seguridad] o sea a los lados, hay en la regadera, tubos, por todos lados, timbres, timbre aquí atrás del excusado por si pasa alguna caída, timbre en la regadera y timbre en la recámara (Citlalli, 72 años, CRP-MX).

En el baño hay [barras de seguridad] para agarrar, para levantarte, para poderse uno levantar; nos pusieron, por lo mismo, porque hay muchas [residentes] que se han caído (Yareni, 84 años, CRP-MX).

Un aspecto interesante es que en varios residenciales privados se permite la personalización de los espacios interiores y el mobiliario, tal como relatan estas personas mayores:

Pues tengo mi escritorio, tengo lugar para escribir, tengo un lugar para leer, tengo mi [sillón ortopédico] es una recamara grande (Citlalli, 72 años, CRP-MX).

A mí me tocó una [habitación] en el primer piso, un cuarto muy grande con un closet magnífico, su baño, y estoy muy contenta ahí [porque tengo] mi recamara que me traje desde que me casé (Xiomara, 85 años, CRP-MX).

Aun así, el residencial privado mexicano no es un edificio diseñado *ex profeso* como casa de descanso, y enfrenta dificultades de espacio al tener demasiadas personas en áreas reducidas, como señala una ocupante:

El espacio de cine [debería ser] más grande porque ya no cabemos, mira, ya no cabemos, y el espacio está resultando chiquito [En] el espacio de la pintura, ya tienen que poner más mesas [porque] llega toda la gente, el montón (Clarís, 70 años, CRP-MX).

En el mismo sentido, uno de los entrevistados apunta que, en cuestión de mobiliario, se requieren asientos especiales para actividades específicas, como la pintura de caballete o el dibujo:

Pues el equipo está muy bien, pero para desarrollar sí necesitaría uno... unas banquitas especiales para poder desarrollar uno sus dibujos (Salomón, 92 años, CRP-MX).

Algo a destacar es el apego que los residentes tienen hacia la vivienda propia donde vivían antes de mudarse al residencial privado. La añoranza por la casa anterior es descrita con elocuencia por esta persona, cuando afirma que antes tenía toda una vivienda completa para él solo:

Eran metros para mí nomás solo, cochera, jardín, sala, comedor, recamaras, fotografías, discos, todo tengo ahí [...] herramienta y cuanto hay (Salomón, 92 años, CRP-MX).

Sin embargo, algunos residentes reconocen que en la estancia de retiro hay mejores condiciones de arquitectura geriátrica, aunque menor superficie habitable. Al referirse a su espacio privado en la casa de descanso, una persona afirma que su habitación está más equipada a sus necesidades como adulto mayor:

Mejor adaptado sí, pero muy chiquito. Yo tenía una casa grande, grande, grande, grande, y mi recámara era grande, grande, grande, grande; entonces, mejor adaptado sí, pero muy chiquito (Claris, 70 años, CRP-MX).

Las comodidades y facilidades que ofrecen estos residenciales implican cuantiosas erogaciones a los residentes, que suelen representarles buena parte de sus recursos económicos disponibles:

Aquí nos dan muchas cosas por lo que pagamos, pero de todos modos no es algo accesible a todo mundo [...] Renté mi casa y con

eso estoy pagando acá y tengo... tengo una pensión como doctora, como especialista (Citlalli, 72 años, CRP-MX).

Mi hijo, él me paga lo que yo tengo, pero no le alcanzaría porque hay medicamentos también, porque estoy enferma del corazón, este... y tengo unas presiones de repente (Giorgia, 87 años, RP1-UY).

Pudiéramos concluir que en los residenciales privados se ofrecen mejores equipamientos e instalaciones especializadas que en las viviendas originales donde habitaban las personas mayores antes de mudarse al retiro; inclusive, superan en calidad a los centros de día gubernamentales más equipados. En algunos casos, estas casas de descanso están localizadas en privilegiados distritos urbanos, con abundantes hitos principales y servicios especializados que amplían las oportunidades de vinculación entre el ámbito residencial interno y el entorno citadino exterior. Pero, hay que mencionar que esas óptimas condiciones de habitabilidad espacial —aunque cubren requerimientos principales para elevar la calidad de vida de los ancianos— no producen en consecuencia directa alta satisfacción residencial, debido a factores subjetivos de orden psicoemocional que los sujetos mayores privilegian.

Desde la perspectiva interdisciplinar psicológico-arquitectónica que aplicamos aquí, nuestra investigación muestra que, en los sitios analizados y con los sujetos de estudio, la relación persona-entorno parece supeditar los componentes físico-materiales del hábitat a los constructos afectivos del mundo personal. Es decir, las personas mayores dan menos importancia a la calidad de las condiciones de habitabilidad espacial por las que pagan, y conceden mayor relevancia a la dimensión relacional, que da sentido al presente que viven y comparten. En esa lógica, inferimos que preferirían disfrutar menos ventajas arquitectónicas (habitabilidad espacial) y ganar más certezas convivenciales (satisfacción residencial).

Por último, los informantes afirman que en los residenciales privados se dispone un conjunto de servicios de calidad y prestaciones que difícilmente encontrarían en centros geriátricos gubernamentales o en su propia vivienda previa, pero los costos económicos que se pagan por

los espacios adecuados, por el mantenimiento de las instalaciones y la atención terapéutica profesional, representan erogaciones fuertes que, aun para ellos —retirados con buena capacidad de pago— son cargas de difícil solvencia que solo puede absorber una minoría de la población. Pasemos ahora a conocer qué iniciativas sociales independientes de cuidado de personas mayores están surgiendo en España y México.

Los proyectos sociales de vida en comunidad

Ahora se presenta el caso de las iniciativas emergentes, que vienen impulsando colectivos formales de personas mayores con la suficiente capacidad de movilización para constituir conjuntos de vivienda compartida a manera de alternativa, ante las limitadas opciones que representan los centros estatales de cuidado geriátrico y las residencias privadas de larga estancia. Dentro de esta tipología de espacios de cuidado geriátrico, se comprenden un caso cooperativista español y dos proyectos comunitarios mexicanos.

La cooperativa de vivienda Trabajadores en Solidaridad (Trabensol-ES) comenzó como una idea común entre un grupo de adultos —amigos y conocidos de varios años— que, cercanos a su proceso de jubilación, pensaron una posibilidad diferente de vivir su vejez. El imaginario que lograron consolidar fue una cooperativa de vivienda para coexistir juntos, en una vejez con autonomía y vitalidad, recibiendo cuidados por parte de los pares, pero también con el interés de poner a disposición de los otros las competencias y habilidades adquiridas en el transcurso de sus vidas.

Otro motivante en la conformación del proyecto de vivienda fue la necesidad de liberar a sus descendientes de la responsabilidad de cuidarles en la vejez o en la dependencia, y descargarse ellos mismos del frecuente traslado y mudanza constante entre una casa y otra de sus hijos para poder recibir atenciones y cuidado.

Con estas metas en común, el diseño arquitectónico y la construcción de Trabensol-ES representa la concreción de un sueño compartido que exigió la conjunción de esfuerzos intelectuales, económicos, de gestión y físicos de parte de los propios mayores, para

hacer frente a la poca oferta de residencias públicas para la atención de personas en situación de vejez y a los altos costos de los servicios privados que ofrecen las casas de descanso para retirados.

El proyecto de vivienda cooperativa Trabensol-ES comenzó su construcción en el año 2011, no sin antes acometer una serie de exploraciones e indagaciones de parte de los cooperativistas, al buscar en varias ciudades de España un terreno de precio accesible en el que pudieran edificar su complejo habitacional compartido. Así, tuvieron que elegir entre contar con los servicios que brinda la cercanía a la ciudad —asumiendo los altos costos que implica un predio periurbano— o decidirse por comprar suelo al alcance de los recursos económicos disponibles y edificar el proyecto, y prescindir de los beneficios de estar cerca de una ciudad. Dos adultos mayores cuentan las decisiones que tuvieron que tomar:

Alfredo llevaba los precios de todo, con lo cual, las primeras ideas que teníamos eran muy sencillas: Madrid, área metropolitana, con tren, con hospitales, pero, como no era posible, pues fuimos haciendo círculos cada vez más lejos; tratar de buscar que tuvieran tren y que no tuvieran hospitales muy lejos, pero, como fue poco, pues más lejos todavía, y, al final, cuando ya estábamos un poco desesperados, se nos ocurrió venir por aquí, por este pueblo, que yo conocía (Ulises, 79 años, Trabensol-ES).

Al final, pues, aterrizamos aquí [...] después de recorrer ciento y pico de municipios, y aquí nos quedamos (Ramón, 74 años, Trabensol-ES).

Después de enfrentar esta situación de plusvalía inmobiliaria especulativa, uno de los adultos entró en contacto con la alcaldía del poblado rural de Torremocha de Jarama, en la Comunidad Autónoma de Madrid, tramitando la compra del terreno y obteniendo los permisos necesarios. Así, en 2011 comenzó la construcción material del proyecto, en un diálogo constante entre una comisión de mayores cooperativistas con la firma de arquitectos que ganó la licitación. En 2013, concluyó la edificación de Trabensol-ES, a unos kilómetros fuera del poblado.

Con una extensión de 16,500 metros cuadrados, TrabensoL-ES es un complejo arquitectónico sustentable porque aplica criterios de diseño bioclimático y emplea soluciones ecotécnicas para aprovechar las condiciones ambientales. Sus diferentes dependencias internas se distribuyen en dos niveles, alzándose discretas sobre la amplia llanura. En la planta baja, una plaza abierta sirve de acceso al complejo, ambientada por una veintena de árboles jóvenes que enmarcan la entrada principal. Ya dentro del edificio central, se encuentra la recepción, seguida de un amplio comedor —para alrededor de cien personas— amueblado con filas de mesas para seis integrantes cada una. En esa misma zona pública, se ubica una sala de encuentro, o de café, y la cocina.

Un patio central separa esta área de la posterior del edificio, donde está el gimnasio, el baño terapéutico y la zona de talleres. A ambos costados del cuerpo central de la edificación se despliega un total de cinco alas rodeadas de jardín, que en sus dos niveles —planta baja y planta alta— distribuyen los 54 departamentos que conforman las viviendas de las personas mayores. Sobra mencionar que por todos lados hay accesorios y aparatos para facilitar la movilidad segura de los mayores: en los pasillos hay pasamanos, pisos antiderrapantes y rampas de suave inclinación, y para acceder a la planta alta del inmueble se cuenta con ascensor y escaleras anchas de escalones bajos.

Ya en la planta alta, se encuentran algunas salas de reuniones, además de la biblioteca-mediateca, las oficinas administrativas, la peluquería y algunas aulas. Otras amenidades del complejo son el invernadero y el huerto, terrazas cubiertas y algunas áreas abiertas para ejercicios físicos (TMEX, 2013; Trabensol Sociedad Cooperativa Madrileña, s / f).

Todos los departamentos tienen la misma orientación al sur, para aprovechar la energía solar. Las unidades privativas miden cerca de 50 m², cuentan con cocina, que está integrada —por una barra desayunador— a la sala de estar. De esta se accede a un dormitorio con doble entrada: una es puerta abatible convencional y la otra es corrediza, con la suficiente amplitud para acceder con silla de ruedas. También hay un baño amueblado con equipo geriátrico, dotado con pasamanos

y dispositivos para personas con algún tipo de inmovilidad. Cada departamento tiene amplios ventanales y una soleada terraza de 7 m², lo que permite a los habitantes disfrutar el sol invernal y contemplar la panorámica exterior y los jardines propios (TMEX, 2013).

En el diseño de las viviendas de Trabensol-ES se encontraron cualidades que cumplen con lo que De Lavalley (2014), Sevilla y González (2008) y Grande Esteban (1993) califican como ergonómicas —características propias de la denominada arquitectura geriátrica (Herrera Saray, 2010)—, que mejoran la calidad de vida en la vejez, pues rompen con las barreras espaciales y brindan libertad de desplazamiento a las personas mayores. Para la edificación del complejo habitacional, se utilizaron los más avanzados materiales arquitectónicos. Una de las cooperativistas precisa:

También, otra cosa que fue bastante más cara en este edificio han sido los ventanales, que se trajeron lo mejor que había en el mercado, porque los arquitectos nos dijeron que había que pagar ese dinero si queríamos que la casa estuviera bien acondicionada, y bueno, pues, les hicimos caso (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

Para lograr cubrir los gastos, cada cooperativista hizo una inversión aproximada de 150 mil euros, mismos que pueden recuperarse si se retiran de la cooperativa, o los pueden heredar (TMEX, 2013). Este complejo habitacional sustentable representa, en términos inmobiliarios, el patrimonio que las personas mayores lograron amasar a lo largo de su vida productiva, pues algunos de ellos vendieron sus viviendas propias para cooperar en el financiamiento del proyecto.

Además de los aspectos arquitectónicos antes mencionados, la construcción exhibe criterios de bioclimatismo, pues en el inmueble se cuidaron detalles como la iluminación —de manera que la luz solar estuviera presente en cada época del año— y el confort térmico, pues en el exterior de los muros se colocó un aislante térmico para que ni el frío ni el calor permeara los muros, y en el piso se instaló una tecnología de climatización geotérmica: el sistema consiste en el paso subterráneo de agua fresca en verano, o agua caliente en invierno.

Este ajuste especializado del piso de las viviendas les permite a los habitantes disfrutar una temperatura cálida en tiempos fríos, y fresca en época de calor. Un cooperativista explica:

Este es un edificio que respeta mucho todo este tema. Se buscó un sistema de climatización apoyado en la geotermia y mucha luminosidad; todos los apartamentos están orientados al sur, de forma que se aproveche el calor del sol en las épocas de primavera, otoño e invierno (Cristian, 78 años, Trabensol-ES).

Las personas mayores resaltan estos aspectos espaciales y climáticos de la arquitectura como un beneficio para su bienestar y para poder disfrutar del espacio, como detalla una cooperativista:

Es una calidad de vida la que tenemos dentro de la casa, como no os lo podéis imaginar [...] es un estar, un vivir fantástico, o sea, para mí de las mejores cosas que hay es la luz y la climatización, las cosas más valoradas [...] Lo mismo en verano que en invierno, estás estupendamente: en verano no quieres salir de aquí de lo bien que se está, pero toda la casa, no solo el apartamento, sino todos los lugares de la casa, y en invierno lo mismo, afuera hace muchísimo frío, a lo mejor grados bajo cero, y aquí estás a 25 grados (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

De acuerdo con las evidencias encontradas, el proyecto arquitectónico de Trabensol-ES responde claramente al modelo ecológico del envejecimiento (Lawton y Nahemow, 1973), pues los arquitectos a cargo cuidaron armonizar la edificación con los factores ambientales, para que las características espaciales maximizaran el bienestar de los mayores. En cuanto al diseño de los espacios, las personas mayores reconocen que los diferentes entornos o escenarios convivenciales de la unidad habitacional les permiten establecer interacciones en distintos niveles con sus cohabitantes; por ejemplo, cuentan con espacios para el encuentro social, pero también para su intimidad, pues conservan como área privada su apartamento.

El comedor y el patio central son los lugares por excelencia para favorecer la interacción de grandes grupos de personas, el resto concentra menor capacidad, pero reúne a aquellos que son afines a una actividad en particular, como la lectura, algún taller o un curso. Esto les hace sentir satisfechos, pues tienen oportunidad de llevar a cabo actividades de acuerdo con sus intereses en los distintos espacios. Un adulto dice:

Aquí arriba, en la sala del silencio, hay una reunión de meditación; subimos un grupito de pocas personas: seis, diez, no más; hacemos treinta minutos sentados en una silla o en el suelo, cada uno en postura tipo yoga o tipo zen, o lo que cada uno imagine; nos ponemos de cara a la pared, para no interferirnos uno a otros con la mirada; en treinta minutos, cada uno hace lo que quiere: meditación zen, otros yoga, oración cristiana, lo que cada uno quiera (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

Es preciso mencionar que la cooperativa de vivienda Trabensol-ES incluye, como servicios cotidianos para los cooperativistas, la limpieza, lavandería y comida del mediodía. Otros gastos adicionales que deben cubrirse son el pago del personal de gerencia y mantenimiento. Las erogaciones por estos servicios, más las virtudes arquitectónicas de la vivienda, podrían interpretarse como de alto costo, sin embargo, resulta que el precio es accesible —inclusive inferior— en comparación con lo que cuesta en el país estar en una residencia privada para mayores, donde el monto sería de más del doble. Por ejemplo, en 2013, una cooperativista de Trabensol-ES calculó que vivir ahí representaba un pago mensual aproximado de 850 euros para quien vive solo en un apartamento, y de mil cien euros para dos personas (TMEX, 2013). En cambio, María Ángeles Durán Heras (2018) estima que el costo mensual para una persona en una residencia para adultos mayores de similar calidad podría corresponder a seis mil euros.

Además del costo-beneficio, los participantes en el estudio manifestaron sentirse satisfechos de vivir en este complejo residencial y expresaron un sentido de identidad con el espacio y la comunidad

que han sabido formar, donde existe la libertad de interacción y de participar en las diferentes actividades que ahí se ofrecen, mismas que les permiten mantenerse activos. Dos personas mayores explican la satisfacción habitacional: la primera se centra en la funcionalidad espacial del proyecto para la interacción, y la segunda enfoca la funcionalidad vinculada a los lugares particulares en busca de satisfacer sus intereses personales:

Queremos vivir de forma independiente, pero queremos fomentar en lo posible la relación. Yo me acuerdo que, en una reunión que tuvimos [con los arquitectos] les dije: “yo quiero que cada vez que tengamos que salir, cada vez que tengamos que movernos en la casa, nos encontremos siempre en algún lugar donde haya más gente, donde tengamos que relacionarnos”, y nos han hecho una casa. Realmente mejoraron las ideas que nosotros teníamos [...] y nos han hecho una casa que efectivamente fomenta la relación mutua (Leonela, 74 años, Trabensol-ES).

Aquí estoy feliz, porque hay una biblioteca, que está muy importante, bien surtida, no es la del Congreso de Washington, pero, bueno, nos basta y nos sobra para los que estamos aquí [...] El vivir una vejez con un equilibrio que encuentro que es confortable, sí, estoy bien [...] Cuando vienen a visitar esto [...] alaban lo bonito que es, lo bien hecho que está el edificio, lo iluminado (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

La vida diaria transcurre en un ambiente de interacción continua, solidaridad, corresponsabilidad, cooperación, pero también se han presentado algunas dificultades propias de la convivencia cotidiana. La solución que han encontrado para sortear los problemas emergentes del roce social diario es organizarse por medio de comisiones, que también tienen la función de optimizar la distribución de tareas, mantener el orden y asegurar la participación de los adultos en busca de una sana convivencia. Así, las personas colaboran en la puesta del comedor, la limpieza de los espacios, el cultivo de las verduras

y hortalizas, el cuidado de los enfermos, la administración de la cooperativa, entre otros asuntos. La convivencia colectiva les ayuda a crecer como personas y construir lazos sólidos independientes a la familia. Una adulta comparte lo que le representa haberse integrado a Trabensol-ES, y el aporte personal que esta le ha traído:

Mira, yo me vine aquí con amigos de cuarenta años. Y me he hecho amigos aquí, y, a lo mejor, con estos amigos de cuarenta años es que tenemos unos lazos especiales, pero aquí he creado lazos también muy especiales [...] Yo estoy creciendo, a mí, la gente me está ayudando a crecer por dentro, a madurar, a madurar más mis emociones, a expresar más lo que siento y lo que quiero, a perdonar muchísimo y a recibir el perdón de los demás también, porque el aguantarme a mí no es cualquier cosa (Daniela, 71 años, Trabensol-ES).

Uno de los participantes menciona que entrar en Trabensol-ES es una de las dos decisiones más importantes y asertivas en su vida:

Yo, a quien me pregunta, digo: hasta esta fecha mis dos grandes aciertos en esta vida han sido: uno, encontrar a Roxana, a mi mujer, hace cincuenta y pico años, y segundo, el decidir venirnos a Trabensol, que es un cielo (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

En el caso de Trabensol-ES, se identifica una estrecha relación entre las virtudes del espacio arquitectónico y la satisfacción de los residentes, porque fue una construcción *ad hoc* a sus necesidades, aunado a que, en cada momento, los mayores estuvieron involucrados en el proceso de concreción del proyecto. En las entrevistas, se identifica que, cuando las personas mayores hablan de los aspectos espaciales de la vivienda, también lo hacen de las interacciones sociales que se favorecen con sus cohabitantes a partir de los espacios de vida. Además, tienen una valoración afectiva positiva por habitar estos entornos, conformando un proyecto comunitario.

A manera de conclusión, se aprecia que el caso Trabensol-ES representa una iniciativa de particulares que lograron un diálogo virtuoso entre la materialidad del espacio y su cultura, entre las emociones y los entornos físicos que las cobijan, entre la salud de las personas mayores y sus espacios de cuidado; todas, dimensiones de nuestro objeto de estudio. En resumen:

- El espacio físico edificado se ha constituido en un sitio de referencia simbólica para la interacción social y cooperativa entre iguales, en donde las personas se respetan, al mismo tiempo que confluyen en ámbitos públicos y privados (Aguilar Díaz, 2011).
- Desde su diseño y construcción, Trabensol-ES ha favorecido una apropiación social del espacio, en donde se han concretado los ideales de sus fundadores, tanto a nivel arquitectónico como en las interacciones de sus habitantes (Vidal y Pol, 2005).
- Las personas mayores que conforman la comunidad de habitantes de Trabensol-ES se identificaron e involucraron emocionalmente con el proyecto que representan desde su planteamiento y a lo largo de su vida útil.
- El espacio y las prácticas que ahí se realizan corresponden sinómicamente y son producto de la motivación de sus integrantes, por lo que la satisfacción residencial aparece como una resultante consistente (Haramoto, 1990; Amérigo, 1995; Wiesenfeld, 1994 y 1995).
- El espacio habitado ha sido dotado de significados materiales y simbólicos para una vejez digna y autónoma, al mismo tiempo que colaborativa y fuera de la estructura convencional del cuidado (Romañá, 1992; Helf, 2001).

Un caso análogo, aunque todavía en gestación, es el proyecto de vivienda compartida OSC2-MX, que se ubica cerca de un conocido pueblecito turístico no muy distante de la Ciudad de México. A pesar de su notable avance constructivo, esta experiencia es todavía un plan en marcha, pues sus mismos promotores la conciben aún como un sueño anhelado en vías de concreción. La iniciativa surgió hace unos

quince años, cuando un grupo de docentes universitarios y profesionales —varios de ellos excompañeros egresados de una prestigiosa universidad privada— comenzaron a plantearse alternativas para su retiro. Aunque todavía son personas en pleno ejercicio laboral, cercanas a los sesenta años, ya prevén su inminente jubilación.

Similar a Trabensol-ES, los impulsores del proyecto OSC2-MX comenzaron cuestionando las opciones con que en México el Estado y el mercado atienden a las personas mayores en su vejez. Ante la evidente insatisfacción que estos horizontes convencionales les suponen, se dedicaron a averiguar qué otras posibilidades podrían abrirse para su próxima etapa de adultez avanzada, de donde encontraron viable adquirir tierra para edificar un proyecto de vida en común con casas compartidas. El proceso de elección del sitio arrancó con la definición de las características que debía cumplir el lugar: no muy lejano de la ciudad capital, ni demasiado rústico ni muy urbanizado, con clima templado y al alcance de su capacidad económica. Así, después de tres años de búsquedas exhaustivas, encontraron una pequeña localidad rural con terrenos en venta.

Con las reformas neoliberales de 1992 a la Constitución mexicana, es legal la venta de parcelas ejidales y su enajenación como propiedad privada, situación que los promotores de la asociación civil OSC2-MX aprovecharon para hacerse de tres hectáreas y media de anteriores parcelas de siembra, ya en desuso agrícola y en franca subutilización productiva. Relata uno de los informantes que:

Transformamos unas tierras de labor horribles, abandonadas, lo convertimos en un lugar bonito (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

Incidentalmente, una vieja costumbre campesina se interpuso en la operación: los ejidatarios no venderían tierra si antes no se acercaban los compradores a la comunidad local. Esta exigencia cayó bien al grupo promotor porque estos no pretendían establecerse en el lugar como residentes foráneos, como extraños indiferentes, sino como nuevos actores, deseosos de sumarse al colectivo campestre anfitrión. En adelante, los integrantes del proyecto OSC2-MX fomentarán

acciones de mejoramiento social e introducción de servicios básicos en el caserío, además de movilizaciones en defensa del medio ambiente y asistencia a las asambleas ejidales. Como detalla una de las integrantes:

Desde el principio, había una idea de que no era nada más tener las casas como si fueran de fin de semana, sino [...] hacer actividades para la comunidad [...] se tuvo la iniciativa de hacer una biblioteca ahí (Heleonor, OSC2-MX).

Sí queríamos venirnos a vivir acá con ellos, queremos hacer de veras una comunidad, compartiendo muchas cosas pues, y nosotros aprender de ellos, y ellos aprender de nosotros (Jessia, OSC2-MX).

De este espíritu integrativo es que surgió la idea de conciliar el proyecto arquitectónico en ciernes con las capacidades constructivas y habilidades en albañilería de los ejidatarios. De hecho, los miembros del proyecto OSC2-MX se autoimpusieron el requisito de contratar mano de obra local para la edificación del complejo:

Había, dentro de los ejidatarios, un ejidatario joven [que] sabía hacer adobes, y le dije: “Ok, hacemos adobes, pero nos enseñan a hacer adobes porque queremos nosotros aprender, ¿no?”. Pues eso les gustó a los de la comunidad, de que nos ensuciáramos las manos con ellos, y eso fue también muy bueno (Jessia, OSC2-MX).

A raíz de estas colaboraciones entre ejidatarios albañiles y promotores, fue quedando claro que el proyecto debía plantearse en términos de responsabilidad ambiental. Desde el punto de vista arquitectónico, el complejo es un conjunto de áreas comunes y edificios privados agrupados de forma orgánica a partir de un esquema que saca partido a la inclinada topografía del sitio, y se beneficia de los materiales de edificación naturales disponibles. Hay que decir que, uno de los integrantes de esta iniciativa es un reconocido arquitecto con trayectoria creativa innovadora, que decidió desarrollar este proyecto aplicando los principios de la construcción sustentable. Así, los volúmenes

expresan un carácter rústico subrayado por el empleo de materiales nobles: piedra, madera y arcilla delinean acentos de la mejor tradición edificatoria rústica mexicana.

A grandes rasgos, las dependencias del complejo OSC2-MX son varias viviendas aisladas —unas ya terminadas y otras en construcción—, una gran sala de estancia con su comedor, más un gimnasio, piscina, terraza y algunos espacios accesorios. Destacan los techos que recurren a estructuras ligeras con base en bambú y los muros levantados con paja-arcilla, ambos sistemas de la familia constructiva ecotécnica. Si bien el complejo se resolvió con alta calidad en los acabados materiales, llama la atención que en el conjunto no hay espacios para atención geriátrica, y que las arquitecturas no cumplen criterios de accesibilidad física para personas mayores o incapacitadas, pues hay escalones en vez de rampas, y varias superficies tienen empedrado en lugar de pisos parejos; de igual manera, algunas zonas críticas, como corredores o pasillos, no están dotadas de barandales, pasamanos o agarraderas. Un informante crítico observa:

Hay casas con escaleras que dices: “Estás pensando en tu vejez, ¿y pones esas escaleras? Estás loca” (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

A nivel de la habitabilidad espacial, puede mencionarse que el proyecto sobresale por la buena calidad arquitectónica de las edificaciones, considerando inclusive que presenta obstáculos para la movilidad segura de personas mayores y que no está concluido. En cuanto a la satisfacción residencial que genera, es controversial este conjunto de viviendas compartidas, ya que ha producido significativas respuestas emocionales a sus ocupantes, tanto positivas como insatisfactorias. Entre las primeras, los informantes se hayan muy contentos con el espacio en general, y cada uno tiene sus lugares predilectos:

El jacuzzi es *number one* (Jessia, OSC2-MX).

Definitivamente, el comedor... el comedor, la sala [...] esta terraza me encanta, sentarme aquí a ver el paisaje, me encanta (Honorio, 56 años, OSC2-MX).

A mí, dos cosas que me gustan mucho de los espacios aquí [...] es que tienes la dualidad de la privacidad de tu casa con el espacio común, lo cual te permite bajar, convivir con la comunidad, y el día que quieres estar solito, te vas a tu casa y te quedas ahí (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

Pero una sensación frustrante parece ser que el objetivo central del proyecto no se ha logrado del todo y, en algunos casos, ni siquiera se comparte entre los miembros. Pocos son los integrantes que tienen claridad en el propósito fundamental:

Es la vida en comunidad (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

Entendemos, con toda claridad, que nuestros hijos no van a cuidar de nosotros en la vejez, y que tenemos que tomar medidas adecuadas para no recaer en ellos, ¿no? Sí, eso es muy claro [es un] proyecto de vejez acompañada (Tomasita, OSC2-MX).

La filosofía es, precisamente, acompañarnos en la vejez, ser gente que comparta amistades en un ambiente similar, con educación similar, con intereses similares (Honorita, 56 años, OSC2-MX).

Mientras que otros participantes tienen otras ideas al respecto:

El objetivo ahorita no es una casa de retiro; ahorita es, en realidad, una casa que disfrutamos como de fin de semana, porque todos estamos activos todavía (Heleonor, OSC2-MX).

Para mí, ha sido un lugar de descanso, de convivencia (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

Yo la veo hoy como una casa de campo donde compartes con amigos [...] todavía no siento que esta sea una casa para adultos mayores, siento que lo seguimos viendo como una casa de vacaciones (Honorita, 56 años, OSC2-MX).

Estas discrepancias se han originado y agravado por circunstancias que entorpecieron el proceso y siguen obstaculizando los avances, por ejemplo, que, de los casi veinte integrantes originales, ahora subsisten apenas media docena de miembros realmente activos. Uno de los informantes se queja:

Estamos todavía en la etapa de que se construyan otras casas [pero] haber generado toda esta infraestructura, para que vengamos cuatro parejas de los quince, es un desperdicio (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

Además, tuvieron lugar actuaciones gubernamentales que detuvieron las obras constructivas y no se han resuelto todavía:

Lamentablemente, la incertidumbre legal del terreno, y que nos clausuraron, significó mucho en el sentido de que muchos no quisieron construir, dijeron: “Yo no voy a meter maquinaria hasta que tenga certezas legales y todo” (Fidel, 63 años, OSC2-MX).

Nos vinieron a sellar, nos vinieron a sellar sin habernos dado citatorio, sin habernos llamado a ir a presentar escritos y a presentar... Nos vinieron a clausurar (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

No obstante, estos antecedentes no son los factores de mayor relevancia si se quiere explicar el lento ritmo de avance del proyecto. El análisis revela que la consolidación no ocurre debido a que los miembros de la OSC2-MX mantienen vigentes sus rutinas cotidianas y lazos familiares primarios en sus entornos convivenciales, de forma que no ven llegado el momento para residir de manera permanente en el conjunto de viviendas compartidas. A esto se suma la autopercepción de que todavía no se es demasiado viejo para retirarse de las actividades actuales. Así lo explican varios informantes:

Ahorita todavía, prácticamente, todos somos activos, algunos ya retirados, pero siguen siendo activos, y entonces estamos muy pegados todavía a la ciudad (Jessia, OSC2-MX).

Yo creo que vivir aquí en forma permanente es algo que pocos vamos a hacer, nuestras vidas sociales en México siguen siendo muy importantes [...] probablemente acabemos viniéndonos los viernes en la mañana, regresando el lunes en la mañana, o sea, primero seguiremos viniendo fines de semana, posteriormente quizás se amplíe un poco (Ernestino, 62 años, OSC2-MX).

Nosotros, ya estamos en la etapa en la que ya deberíamos de estar viviendo allá, pero, pues, tampoco queremos vivir allá mientras no haya más parejas (Heleonor, OSC2-MX).

No me veo viviendo en este lugar tiempo completo, por la lejanía con la ciudad, la lejanía con los servicios que la ciudad nos ofrece, médicos, diversiones, etcétera (Honorio, 56 años, OSC2-MX).

En resumen, el proyecto de viviendas compartidas OSC2-MX demuestra que la habitabilidad espacial —en este caso, construcciones de buena calidad arquitectónica— queda a un lado, y no es determinante directa de la satisfacción residencial hacia un sitio, cuando aspectos de orden psicoemocional ejercen mayor influencia en la esfera subjetiva de estos adultos mayores. Como se ha detallado antes, las dinámicas individuales diarias de los informantes, y los contextos emocionales de cada miembro, pesan más como factores retardantes del objetivo comunitario, hasta orillarlo a una situación comprometida. Desde una mirada especulativa, podría incluso cuestionarse el futuro del proyecto tal como se enuncia; es decir, hay más posibilidades de que el conjunto termine siendo un coto residencial convencional para fines de semana, que un complejo de viviendas compartidas para residentes geriátricos.

La aproximación a este caso también permite sopesar la influencia efectiva que alcanzan las redes relacionales intersubjetivas, tejidas en décadas de convivencia sostenida. La atracción centrípeta que pueden generar personalidades activas respecto de un colectivo dado, es suficiente para imaginar ideales susceptibles de movilizar recursos materiales (inversión inmobiliaria, gastos de mantenimiento, costos de traslados...) y aceptar roce social en ocasiones incómodo (asistencia

a asambleas ejidales, participación en actividades de servicio social, convivencia cercana con amigos molestos...). Las entrevistas analizadas incluyen contenido que revela fricciones ligeras y desencuentros superficiales entre el grupo, que por ahora no ocasiona crisis por la contención propia con que los prudentes integrantes condescienden. No obstante, nos preguntamos cómo reaccionarán estos mismos cuando su condición de ancianidad avance más.

Ahora, toca el turno de abordar un referente diferente y singular: la comunidad ecológica OSC3-MX, localizada en un municipio rural del estado de Jalisco, México. Esta asociación civil se remonta a principios de los años ochenta del siglo pasado, cuando más de cien practicantes de disciplinas espirituales alternativas fueron invitados a fundar un *ashram*, o comuna para el desarrollo humano. Bajo la orientación de un carismático maestro guía, cerca de treinta interesados se organizaron para adquirir en grupo una parcela rural de 37 hectáreas, ubicada a varios kilómetros de la ciudad más próxima. En esas fechas, apenas media docena de colonos estaban residiendo ya en la propiedad que, por cierto, no disponía de ningún servicio básico.

En la actualidad, esta comunidad es un caserío habitado por 120 personas radicadas en una veintena de viviendas. La localidad cuenta con una plaza central, alrededor de la cual un par de callecitas distribuyen a los domicilios. Si bien el lugar ya cuenta con electricidad, todavía son incipientes las instalaciones hidrosanitarias, y el colectivo depende de su propio pozo para abastecerse de agua. El principal espacio público es una amplia área abierta, donde también se encuentran edificaciones de alto simbolismo para los habitantes: el salón de la asamblea, la escuela y el comedor, el oratorio indígena y el jardín para las ceremonias rituales y campamentos ecologistas, que se realizan en distintas fechas a lo largo del año.

Por su parte, las escasas viviendas exhiben tipologías constructivas de lo más diverso: algunas son edificaciones experimentales autoconstruidas, intentando vanguardistas formas orgánicas, o ensayando materiales alternativos, y otras son unidades domésticas rústicas que siguen el estilo de la habitación popular mexicana. También hay un par de residencias, más formales en su volumetría, y capta la atención un hogar con cuidado diseño arquitectónico, que denota principios

de *green building*. Las calles son terracería sin aceras ni mobiliario urbano, pero hay algo de alumbrado público y abundante arbolado. El contraste de la comunidad en su situación actual, respecto de los tiempos iniciales, es abismal, como dice esta informante:

Cuando nos vinimos a vivir acá el año 1992, ya había aquí unas cuatro o cinco casitas, pero no teníamos agua ni luz, no había plantas [...] la luz nos la robábamos, ¿verdad? Nos colgábamos, no teníamos árboles, al no haber agua, no habíamos sembrado ni arbolitos (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Para comprender mejor el enorme esfuerzo que esta comunidad ha realizado para fundar una colonia y mantenerla, es necesario saber que la espiritualidad esotérica de la Nueva Era¹ sirve de soporte ideológico-motivacional a esta congregación:

Originalmente, esto era un *ashram*. Era una colonia espiritual, un lugar donde veníamos a vivir disciplinas, el yoga y la meditación, éramos vegetarianos, ¿verdad? Era ese ideal de vida lo que nos trajo, nos sacó de la ciudad [...] Era un anhelo de hacer un cambio radical en la vida [...] soñábamos con el campo [y un día dijimos] “O damos el salto de a de veras o seguimos en el mundo citadino” [...] Fue un cambio radical de vida, de visión de lo que es vivir con lo necesario, nada más, fuimos dejando todo allá (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Por eso me vine huyendo de la ciudad, porque, perros, vecinos que te estorbaban la salida del coche, o sea, tienes que estar constantemente contraponiéndote con las personas (Sabina, 66 años, OSC3-MX).

Fui muy idealista, y como estaban haciendo esta comunidad [dije]: “Yo sí me quiero ir, ahí voy a ir al paraíso” [pero] este lugar es un

1. Cristina Gutiérrez Zúñiga (1996, p.125) precisa que la New Age o Nueva Era sigue siendo la denominación más operativa para las ciencias sociales, cuando pretenden describir esta peculiar construcción histórica de alteridades religiosas autoadsritas a una diversidad cultural más consonante con “todo aquello abordable bajo la palabra ‘natural’”.

lugar para personas que son muy luchadoras, o para personas que tienen buena economía (Marlen, 60 años, OSC3-MX).

La aspiración de una vida independiente y autónoma ha exigido afanes sostenidos a varias generaciones de residentes, quienes todavía deben abastecer sus alimentos en la población más cercana y atender asuntos más especializados, como cuestiones bancarias o acudir a universidades en el área metropolitana de Guadalajara, a donde deben trasladarse en vehículos propios, o en autobuses de línea. Aun así, debe decirse que solventan por sí mismos buena parte de sus padecimientos y enfermedades, al tratarse de personas practicantes del naturismo, vegetarianismo y medicinas alternativas. No son pocos quienes han nacido ahí en manos de matronas y parteras de la comunidad.

Ahora que queda más claro que esta comunidad OSC3-MX no es en sí una modalidad específica de atención geriátrica a adultos mayores, sino una colectividad alternativa de corte contracultural, debe subrayarse que el papel de los ancianos cobra particular importancia, ya que, desde la cosmovisión espiritual indigenista que ahí se vive, a los más viejos se les considera sabios o personas experimentadas y juiciosas, a las que se debe especial respeto. En esta comunidad hay casi doce mujeres y hombres en esta condición, a quienes se les llama *abuelas* o *abuelos*. Esta denotación comporta una especial significación asociada con el respeto, la reverencia, el miramiento y la paciencia que debe tenérseles. Como deferencia, reciben un trato excepcional: presiden los actos públicos, reciben los primeros alimentos y se sientan en butacas prioritarias. Algunos se apoyan en bastones para caminar o levantarse, lo que los distingue aún más.

A pesar de que, tanto en el interior de sus viviendas como afuera en las áreas abiertas, no existen elementos arquitectónicos para facilitar la movilidad de estas *abuelas* y *abuelos*, inferimos que la habitabilidad espacial en la comunidad OSC3-MX es mínima o inexistente. Durante el trabajo de campo, no se registró ninguna adecuación constructiva doméstica ni edificaciones públicas espacialmente adaptadas desde el diseño accesible, tema que tampoco parece indispensable para los adultos mayores:

¿Qué dolencia tenemos? Pues la dificultad en caminar [...] para caminar me duele la rodilla y la cadera [...] así con bastón he viajado por todos lados [...] Ahora tengo que ayudarme con el bastón, pero eso no ha evitado que yo deje de viajar y de moverme (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

En otro sentido, un anciano indígena sudamericano que visitó la comunidad les hizo una sugerencia muy interesante:

Vino este *kogui* colombiano y dijo: “A este lugar, para que sea una verdadera comunidad, le hace falta la maloca de los ancianos, no tiene la casa común, la casa circular donde [los viejos] tengan su lugar especial” (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

En este caso, aunque también se corrobora que la habitabilidad espacial no es un condicionante necesario de la satisfacción residencial, apuntamos que en el pensamiento mágico-religioso nativo sí importan las formas. Desde esa perspectiva, mientras este caserío no cuente con la construcción particular donde los viejos se sienten alrededor del fuego, no podrá llamarse comunidad. Frase contundente que sirve para resaltar que es necesario arreglar un espacio concreto para los adultos mayores. Hoy en día, esta comunidad es:

Un lugar que suena en muchos países por lo que se ha generado aquí [...] Ya es una colonia espiritual donde se ha generado una riqueza cultural, donde hemos condensado mucha sabiduría ancestral de lo que son las tradiciones de la América india (Fernandina, 79 años, OSC3-MX).

Por lo que sería de esperar que las nuevas generaciones de este colectivo consoliden su comunidad con arquitecturas simbólicas, con edificaciones ecotécnicamente adecuadas y con las modificaciones constructivas necesarias para la movilidad segura de sus adultos mayores, dentro y fuera de sus viviendas.

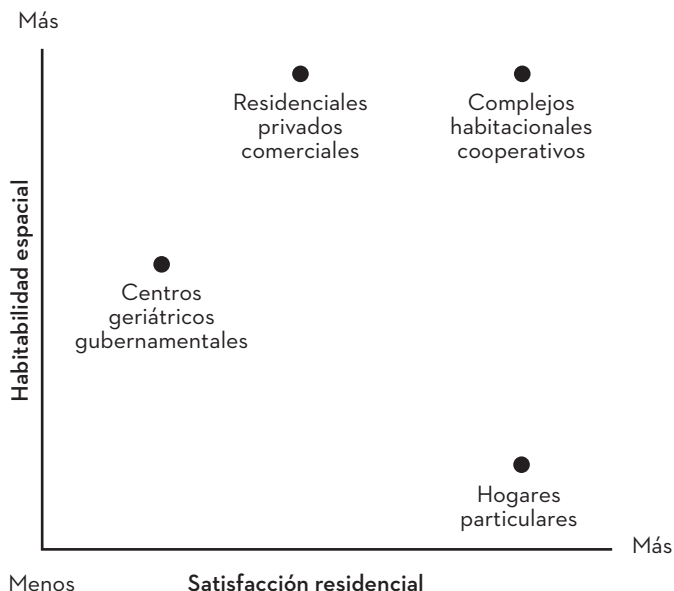
CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación coinciden con el supuesto que nos habíamos planteado inicialmente, de que las condiciones de habitabilidad espacial de los espacios de cuidado en la vejez (calidad arquitectónica del entorno) son un factor relevante para la satisfacción residencial (respuesta emocional al ambiente), pero no parecen ser la clave. Esto concuerda con resultados reportados por estudios anteriores (Lázaro Ruiz y Gil López, 2004), en los que se corrobora que los factores objetivos del espacio material de vida adquieren valoraciones subjetivas generadas por las interacciones psicosociales propias de la trama de relaciones sociales y las representaciones mentales de los individuos, y son precisamente esos procesos los que configuran la apreciación global sobre el ambiente y se verbalizan como indicadores de calidad de vida.

Estos postulados explican las aparentes contradicciones informadas por otros estudios (Sánchez Ortiz, en Aznar, 2001), en que ocupantes de viviendas deficientes en barrios precarios subestiman la baja calidad urbano-ambiental de su marco físico, pero aprecian altamente el bienestar que disfrutan aun en esos entornos. Nuestra investigación apunta a que la buena o baja habitabilidad objetivable de los espacios de cuidado geriátrico contribuye de forma tangencial a la construcción simbólica de la satisfacción con el contexto material en que se vive, pues aspectos diversos y aleatorios —todos de orden psicosocial— influyen de manera más determinante en la evaluación subjetiva del bienestar percibido. Cada uno de los escenarios empíricos aquí analizados difiere entre sí: edificios con la más avanzada arquitectura; construcciones incompletas y deficientes; espacios equipados con accesorios especializados; y los hay carentes de lo básico; pero, la apreciación subjetiva de ellos varía de forma sorprendente.

La figura 8.1 ilustra la correlación de variables que encontramos, y muestra en clave cartesiana la posición que guardan los casos analizados. En el eje de las abscisas están las magnitudes de la habitabilidad espacial, y en el eje de las ordenadas aparecen los valores de la satisfacción residencial.

FIGURA 8.1 LA CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES



Lo que queremos ilustrar con la figura 8.1 es que hay cuatro diferentes correlaciones entre habitabilidad espacial y satisfacción residencial, y que estas combinaciones se explican por los factores que a continuación detallamos.

En las adecuaciones constructivas de habitabilidad espacial para la tercera edad, este trabajo identifica diversidad de condiciones según el tipo de modalidad de atención. Por un lado, aquellos edificios correspondientes a residenciales privados y proyectos autónomos construidos por cooperativas, cuentan con las mejores soluciones gerontoarquitectónicas, que responden al diseño para la accesibilidad universal, disponen de equipos y aparatos que facilitan la seguridad de los mayores y ofrecen instalaciones espaciales que elevan la calidad de vida de sus habitantes. Estas tipologías tienen más cercanía con lo que establece el modelo ecológico del envejecimiento (Lawton y Nahemow, 1973), puesto que en los edificios se cuidan —con mayor detalle— los aspectos estructurales y naturales que conformarán el ecosistema de vivienda de los mayores.

En cambio, en las instituciones relacionadas con la modalidad de atención provista por el Estado existen variaciones notables en el eje de la habitabilidad espacial pues, en algunos casos, como el de México, en el centro de día se cuenta con adecuaciones para la accesibilidad universal, sin embargo, se identifican deficiencias en el mantenimiento del inmueble y el mobiliario, que demeritan su calidad arquitectónica. En el caso uruguayo, la infraestructura de los inmuebles corresponde a casonas de antaño o locales comerciales estandarizados, con algunos ajustes constructivos para ganar la habitabilidad que exige un planteamiento gerontológico integral para el cuidado y bienestar de los mayores. Estas deficiencias en los edificios para personas mayores, a cargo de dependencias gubernamentales, tal vez se deban a la alta demanda de la población usuaria, a la insuficiencia de recursos presupuestales o a su deficiente administración.

A pesar de algunas carencias arquitectónicas en materia de diseño para la movilidad segura o en el equipamiento, las personas mayores parecen percibir poco el impacto negativo de estos déficits, pues ellos se subsanan o disminuyen con las relaciones sociales que establecen con los otros; asimismo, por los lazos afectivos o de apego emocional que establecen con el espacio físico en el que han construido una identidad. Por ejemplo, los sujetos de investigación aprecian positivamente permanecer en su vivienda propia habitual, a pesar de que no cuenten ahí con la infraestructura especializada de los residenciales geriátricos privados; o valoran las interacciones con sus compañeros, a pesar de la falta de equipamiento para realizar algunas actividades.

Entonces, la creatividad funge como alternativa de solución. Tal es el caso del centro de día en México, donde las deficiencias del espacio cobran importancia cuando el grado de dependencia aumenta y las posibilidades de movilidad y autonomía disminuyen. Igual sucede en uno de los centros diurnos uruguayos, en el que el entusiasmo colectivo por las actividades comunes significativas sustituye con creces las carencias o limitaciones del lugar.

Enseguida, se detallan dos elementos empírico-conceptuales: uno relacionado con la habitabilidad espacial, que corresponde a las características arquitectónicas, espaciales y climáticas que facilitan la comodidad física y psicológica de las personas, y otro vinculado

con la satisfacción residencial que se genera. Esta noción puede implicar la habitabilidad espacial, pero va más allá de ella, pues contiene un entramado emocional y simbólico complejo que determina al final la evaluación de los sujetos hacia sus espacios de cuidado.

Cuando las personas mayores se reconocen satisfechas, hablan de cierto apego e identificación personal con el espacio y hacia la situación dada, lo que involucra el deseo de estar, pertenecer, donde ellas puedan ser con sus posibilidades, en aceptación personal, por los iguales y los demás actores (familiares, profesionales). También implica estar en cierta armonía con ellos mismos y con los otros, incluidos los familiares que, desde afuera de estos espacios de cuidado —en los casos de las residencias—, conservan las relaciones afectivas y el contacto cotidiano.

La satisfacción residencial sin conflicto simbólico es más fácil de identificar en los centros de día, porque los adultos suelen acudir solo un momento de su jornada, más en términos de recreación, sin poner en juicio su habitabilidad de por vida en un espacio ajeno al conocido. En cambio, para llegar a establecimientos de larga estadía —sea en residenciales privados o en unidades gubernamentales—, las personas mayores pasan primero por un duelo o ruptura de lo que se pierde, para aventurarse ahora en una nueva travesía, que implica incertidumbre hacia lo que podría ser o representar su nuevo hogar.

En muchos casos, esto conlleva romper con el imaginario de lo que se creía acerca de vivir fuera de casa. Para los adultos mayores que optan por radicar de manera permanente en una residencia (pública, privada o autónoma), esta modalidad de retiro aporta a la dignificación personal, pero exige romper el contacto cotidiano con la familia, para cohabitar con otros y construir una nueva cotidianidad. Asimismo, implica disponerse emocional, simbólica y físicamente y —sobre todo— ser parte de una nueva comunidad habitacional. Lo que puede resultar todavía más complejo es la ruptura con quien se era antes de vivir en la residencia, con lo que se tenía (tanto a nivel inmobiliario, de menaje y de objetos personales), para acostumbrarse a vivir con menos, a hacer drásticos ajustes personales, sociales y de hábitos para pertenecer a un nuevo espacio y con nuevas personas.

En el caso de Trabensol-ES, este reto personal se facilita porque el proyecto se origina entre amigos que lo han venido construyendo paulatinamente, lo que da certeza, confianza y amortiguamiento emocional, pues implicó la ilusión de forjar un nuevo proyecto de vida a su gusto, a su alcance y con quienes deseaban.

El tipo de residencia juega un papel importante en la dignificación de las personas y, por consecuencia, en su satisfacción, más en relación con el tipo de trato que se brinda que con la modalidad de entidad privada o pública. No es el caso de los escenarios que aquí se exploraron, pero sí a referencias que pocos adultos hicieron sobre otros centros; por ejemplo, cuando además del cambio de residencia y de vida se hacía frente a un trato denigrante, de desvaloración de su opinión, de restricción de su libertad, o menoscabo de su autonomía. Entonces, la satisfacción residencial se ve coartada, además de otros aspectos personales.

En cambio —ahora sí en relación con los escenarios aquí explorados—, el trato personal amable, la escucha sensible de sus necesidades y opiniones, la atención humana y cálida de parte de quienes están encargados de la residencia, coadyuva a que se cuide la dignidad, la construcción de experiencias positivas y la satisfacción residencial. Dos ejemplos son el residencial privado mexicano y la cooperativa de vivienda española.

Coincidimos con lo que Aguilar Díaz (2011) menciona sobre la objetivación del habitar, en donde es conveniente atender el proceso por el que las personas convierten el espacio en un sitio de referencia simbólica, toda vez que es necesario cuidar las experiencias que las personas ahí construyen a partir de sus interacciones sociales y el propio espacio. También concordamos con que la apropiación social del espacio es un indicador de las distintas formas en que las personas establecen nexos con los lugares que habitan (Vidal y Pol, 2005). Es decir, la construcción de experiencias significativas —de grata valoración subjetiva— en un determinado lugar contribuye a la apropiación simbólica del espacio y la satisfacción residencial, en consecuencia.

Por último, a partir del presente estudio surgen nuevos intereses de investigación en torno a la construcción de una cultura de la vejez,

en la que el involucramiento de los mayores sea parte clave en la reconfiguración de una vida en la tercera edad, más empoderada e independiente, donde las personas mayores se sientan partícipes y hacedoras del propio proyecto de vida.

Respecto del macrocontexto en que ocurre la reconfiguración de los entornos geriátricos en Iberoamérica, habría de mencionar que, en las modalidades de atención a adultos mayores aquí descritas, se percibe la tensión entre las fuerzas globalizantes de libre mercado y los movimientos sociales emancipatorios altermundistas que presionan a las instituciones del Estado, debilitando los sistemas de protección social con que las naciones enfrentan el envejecimiento poblacional.

Este punto de inflexión no solo ha propiciado el decaimiento de las prestaciones actuales con que se garantiza a la ciudadanía el acceso a una vida con calidad, sino, además, ha abierto la oportunidad a que, desde el sector empresarial, se inicie la privatización de los servicios tradicionalmente ofrecidos por el gobierno. A su vez, grupos sociales ideologizados han reaccionado al deterioro de la cobertura de atención que recibían por ley, y se han organizado para resolver de forma autónoma los servicios sociosanitarios que requieren.

A grandes rasgos, la crisis mundial de la economía capitalista ha impactado con fuerza distintas latitudes, al afectar negativamente, y de múltiples formas, a vastos sectores de la población, entre otros, a las personas mayores, a quienes se considera un grupo “cada vez más vulnerable” (González-Celis, 2009, citado por Vázquez Honorato y Salazar Martínez, 2010, p.69) en todas las sociedades.

Entre los cambios estructurales que suscitan los vaivenes de la dinámica financiera internacional, se registran contracciones en las capacidades gubernamentales para mantener el gasto público destinado a los sistemas de protección social; se percibe una creciente oferta de servicios y bienes inéditos que abren nichos de actividad comercial poco explorados; y se observa una mayor incursión de actores sociales organizados en la solución de demandas colectivas insatisfechas por dependencias estatales y agentes privados.

Como consecuencia de la anterior coyuntura, en Iberoamérica se vienen reconfigurando los espacios de vida en donde transcurre el

cuidado de la vejez, cuestión que implica, entre otras cosas, la introducción de nuevos criterios administrativos en la gestión de instituciones asistenciales, la promoción de negocios empresariales de nuevo cuño en materia gerontológica, y la construcción y equipamiento de edificios con novedosos componentes espaciales, elementos mobiliarios e instalaciones. En pocas palabras, Estado, mercado y sociedad civil despuntan por sus recientes roles como protagonistas del sector sociosanitario.

REFERENCIAS

- Aguilar Díaz, M.A. (2011). Del espacio al lugar: un análisis de la consolidación urbana local desde la perspectiva narrativa. *Alteridades*, 21(41), 145-160.
- Aguirre, R. (2007). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En I. Arriagada (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Amérigo, M. (1995). *Satisfacción residencial. Un análisis psicológico de la vivienda y su entorno*. Madrid: Alianza Universidad.
- Aragónés, J.I., Francescato, G., y Gärling, T. (2002). *Residential environments. choice, satisfaction, and behavior*. Westport, Connecticut: Bergin & Garvey.
- ASSE (2018). Recorrida por el Hospital Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo [asse Comunica. Vídeo YouTube]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=q9eus-SUAxY>
- ASSE (2019). ¿Qué es la Unidad de Media Estancia y rehabilitación del Centro Geriátrico de Piñeyra del Campo? Recuperado el 30 de octubre de 2019, de <http://www.asse.com.uy/contenido/CENTRO-GERIATRICO-PINEYRO-DEL-CAMPO-CUENTA-CON-UNIDAD-DE-MEDIA-ESTANCIA-Y-REHABILITACION-1511>
- Aznar, C. (2001). Informe arquitectura para mayores. *Sesenta y más*, 200, 46-51.
- Barker, R. (1968). *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behaviour*. Stanford: Stanford University Press.

- Carp, F.M., y Christensen, D.L. (1986). Older women living alone. Technical environmental assessment of psychological well-being. *Research on Aging*, 8(3), 407-425.
- Casas Romeo, A., Gázquez Abad, J.C., Forgas Coll, S., y Huertas García, R. (2014). La netnografía como herramienta de investigación en contextos on-line: una aplicación al análisis de la imagen de los servicios públicos de transporte. *Innovar*, 24(25), 89-101.
- Croche, M. (2011). *Silencios rotos del Piñeyro*. Montevideo: Organización Nacional Pro Laboral para Lisiados.
- De Lavalle Herrera, Y. (2014). *Diseño y ergonomía para la tercera edad*. México: UNAM.
- Durán Heras, M.A. (2018). La riqueza invisible del cuidado (conferencia magistral). Seminario internacional *Hacia un sistema de estatal de cuidados*. Guadalajara, Jalisco, México.
- El País* (2016). Hoteles para jubilados, otra opción para el retiro. *El País*. Recuperado el 29 de octubre de 2019, de <https://negocios.elpais.com.uy/finanzas/hoteles-jubilados-opcion-manejar-retiro.html>
- Fernández Mayoralas, G., Rojo Pérez, F., y Pozo Rivera, E. (2002). El entorno residencial de los mayores en Madrid. *Estudios Geográficos*, 63(248 / 249), 619-653.
- Fontes, L. (2004). La vida cotidiana de los residentes autoválidos del centro geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo. Universidad de la República. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18046/1/TTS_FontesLaura.pdf
- García Valdez, M.T., Sánchez González, D., y Román Pérez, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34(1), 101-128.
- Gibson, J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Gobierno de Jalisco (2019). Centros de día adultos mayores. Recuperado el 28 de octubre de 2019, de <https://sistemadif.jalisco.gob.mx/sitio2013/programas/atencion-en-centros-de-dia-para-adultos-mayores>

- Grande Esteban, I. (1993). *Marketing estratégico para la tercera edad*. Madrid: ESIC.
- Gutiérrez Zúñiga, C. (1996). *Nuevos movimientos religiosos: la Nueva Era en Guadalajara*. Zapopan: El Colegio de Jalisco.
- Haramoto, E. (1990). Un enfoque cualitativo del entorno inmediato a la vivienda social. *Revista INVI*, 9(5), 20–29.
- Heft, H. (2001). *Ecological psychology in context: James Gibson, Roger Barker, and the legacy of William James*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Herrera Saray, P. (2010). Ergonomía y el hábitat para la tercera edad. *Páginas*, 87, 35–46.
- Lawton, M.P., y Nahemow, L. (1973). *Ecology and the aging process*. En C. Eisdorfer y M.P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lázaro Ruiz, V., y Gil López, A. (2004). La calidad de las viviendas de los ancianos y sus preferencias ante la institucionalización. *Intervención Psicosocial*, 14, 21–40.
- López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI Revista de Educación*, 4, 167–179.
- Martí, M. (2009). Luis Piñeyro del Campo: filantropía, caridad, beneficencia. Recuperado el 25 de octubre de 2019, de https://www.180.com.uy/articulo/6666_La-vida-de-Luis-Pineyro-del-Campo
- Martínez Ibarra, A., e Ibarra Salazar, J. (2017). Los determinantes de la satisfacción residencial en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 32(2), 283–313.
- Mendo Gutiérrez, A., y Vázquez Garnica, E.K. (2019). Habitabilidad espacial y vejez en usuarios de servicios para adultos mayores en Guadalajara, Jalisco. En *Tercer Congreso Internacional Interdisciplinario sobre Vejez y Envejecimiento*, organizado por la UNAM, 25 al 28 de junio en Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México.
- Mogollón García, I., y Fernández Cubero, A. (2016). *Arquitecturas del cuidado. Viviendas colaborativas para personas mayores. Un acercamiento al contexto vasco y las realidades europeas*. País

- Vasco: Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado el 28 de enero de 2018, de https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/es_def/adjuntos/beca.2015.1.arquitecturas.del.cuidado.pdf
- Plouffe, L., y Kalache, A. (2010). Towards global Age-Friendly Cities: Determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health*, 78(5), 733-739.
- Rapoport, A. (1990). *The meaning of the built environment*. Tucson: University of Arizona Press.
- Redondo, N., Díaz Fernández, M., Llorente Marrón, M.M., Garay, S., Guidotti González, C.A., y Mendoza Villavivencio, L.M. (2015). El espacio residencial del cuidado de los adultos mayores en América Latina y España. *Notas de Población*, 100, 223-258.
- Redondo, N., Garay, S., y Montes de Oca, V. (2015). Modalidades de allegamiento residencial en la población adulta mayor argentina y mexicana: determinantes socioeconómicos y diferencias regionales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 30(3), 597-649.
- Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O., y Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15(2), 133-154.
- Rojo Pérez, F., Fernández Mayoralas, G., y Rodríguez Rodríguez, V. (2018). El entorno residencial en la vejez desde el enfoque de los adultos mayores en España. *Tiempo de Paz*, 8, 32-42.
- Romañá Blay, M.T. (1992). *Entorno físico y educación. Hacia una pedagogía del espacio construido por el hombre* [tesis doctoral. Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Universidad de Barcelona]. Recuperado el 15 de octubre de 2019, de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle>
- Salas Cárdenas, S.M., y Sánchez González, D. (2014). Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina. Retos del urbanismo gerontológico. *Contexto*, 8(9), 31-49.
- Salgado Alba, A., y González Montalvo, J.I. (1999). Centros de día para personas mayores. Un esquema práctico sobre su funcionamiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(5), 298-304.

- Sánchez González, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97-114.
- Sevilla Cadavid, G.A., y González Fernández, J.F. (2008). Ergonomía de concepción. Objetos de apoyo para adultos mayores. *Iconofacto*, 4(5), 66-98.
- Soja, E. (2014). *En busca de la justicia espacial*. Valencia: Tirant Humanidades.
- TMEX. *Tu Televisión Social* (2013). *La aventura de vivir juntos* [archivo de video]. Recuperado el 21 de octubre de 2019, de: <https://www.youtube.com/watch?v=ef7dGtroe-s>
- Trabensol Sociedad Cooperativa Madrileña (s / f). Trabensol. Torre-mocha de Jarama, Madrid. Recuperado el 21 de octubre de 2019, de <https://trabensol.org/>
- Vázquez Garnica, E.K., y Mendo Gutiérrez, A. (2019). Movilidad personal de adultos mayores residentes de barrios precarios. En M. Maldonado Saucedo, R. Enríquez Rosas y E. Camacho Gutiérrez (Coords.), *Vejez y envejecimiento. Una aproximación interdisciplinaria*. Tlaquepaque: ITESO.
- Vázquez Honorato, L.A., y Salazar Martínez, B.L. (2010). Arquitectura, vejez y calidad de vida. Satisfacción residencial y bienestar social. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 57-70.
- Vidal Moranta, T., y Pol Urrutia, E. (2005). La apropiación social del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares. *Anuario de Psicología*, 36(3), 281-297.
- Weidenmann, S., y Anderson, J.R. (1985). A conceptual framework for residential satisfaction. En I. Altman y C.M. Werner (Eds.), *Home environments*. Nueva York: Plenum Press.
- Wiesenfeld, E. (1994). La evaluación residencial en edificios de interés social de diferentes alturas. En E. Wiesenfeld (Coord.), *Contribuciones iberoamericanas a la psicología ambiental*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Wiesenfeld, E. (1995). *La vivienda: su evaluación desde la psicología ambiental*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

El consumo cultural y tecnológico en el cuidado, bienestar subjetivo y emociones de personas mayores

DANIELA MABEL GLOSS NUÑEZ

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como objetivo, a través de un análisis cualitativo, realizar una caracterización general de las prácticas, los espacios (físicos y virtuales) y los rituales de interacción comunicativa y consumo cultural, en particular enfocada en tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y su papel en el cuidado, las emociones y el bienestar subjetivo de las personas mayores que formaron parte de la investigación: “Subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: un estudio comparado México-España-Uruguay”.

Los resultados de este análisis arrojan pistas sobre 1) las potencialidades de la colectivización del consumo cultural; 2) los posibles caminos a seguir para trabajar estrategias integrales de acceso a las TIC; y 3) los retos para la alfabetización digital en favor del cuidado y el bienestar de las personas mayores, su comunicación interpersonal, su derecho a la educación y el acceso a la información.

Las posibilidades de uso de las personas mayores a las TIC va en aumento generalizado frente a su creciente disponibilidad económica, en especial a través de los teléfonos celulares. No obstante, aquello que no está delineado con suficiente claridad es el lugar que las TIC, el consumo cultural, el acceso a la información y las interacciones comunicativas ocupan en el cuidado, las emociones y el bienestar subjetivo de las personas mayores. El análisis en este capítulo pretende responder a dicha interrogante, sustentado en la pregunta de

investigación que articula el eje de investigación “Medios de comunicación y redes sociales” del citado estudio.

De esta forma, la pregunta de investigación que se pretende responder es: ¿cuál es el papel de las TIC y las prácticas de consumo cultural en el cuidado, las emociones y el bienestar subjetivo de las personas mayores? La hipótesis de trabajo consistió en que las TIC y las prácticas de consumo cultural habilitan una diversidad de opciones de comunicación interpersonal y acceso a la información de las personas mayores que, a su vez, son fuente de emociones positivas, autosatisfacción y alternativas de cuidado, además de que facilitan y enriquecen su consumo cultural y sus interacciones cotidianas.

Los principales estudios identificados al respecto de este tema se concentran en el área de educación y tecnologías digitales, así como de estudios socioculturales enfocados en el consumo cultural, formulados desde diversos países de América Latina, como Argentina, Chile, México y Ecuador y, en el caso de Europa, destaca España.

Como referencias principales de los trabajos elaborados hasta el momento, se identificaron cuatro líneas temáticas de análisis que se intersectan. Las primeras tres están enfocadas en la alfabetización mediática y digital de las personas mayores: la primera consiste en la investigación aplicada para generar propuestas educativas para la capacitación de personas mayores en las TIC desde un enfoque sociocultural (Boarni et al., 2006; Frávega y Carnino, 2007); la segunda está integrada por estudios descriptivos y / o comparativos del nivel de adaptación a las TIC y su evolución, de uno o más grupos poblacionales, incluidos jóvenes y adultos mayores (Barroso Osuna y Aguilar Gavira, 2014; Navarro et al., 2012; Román-García et al., 2016); la tercera línea de investigación radica en los estudios sobre la caracterización de la brecha etaria, o generacional, en el desarrollo de las competencias mediáticas en personas mayores (Hernando y Phillippi, 2013); y la cuarta línea incluye los diversos estudios y análisis críticos sobre consumo cultural (García Canclini, 1992, 1995; González Esparza, 2015), así como estudios emergentes de consumos culturales y tecnológicos de personas mayores (Frávega et al., 2017).

En los siguientes apartados, se ahondará acerca de la perspectiva teórica y metodológica, para después proceder a una contextualización

general de las condiciones de acceso y uso de las TIC en los distintos contextos de estudio. Enseguida, se presentan y analizan los resultados centrales de este eje de investigación y, por último, se procede a un cierre conclusivo que subraye interrogantes, cuestionamientos críticos e identifique desafíos derivados de este análisis.

Palabras clave: comunicación, consumo cultural, alfabetización digital, colectivización del cuidado, personas mayores.

PERSPECTIVA TEÓRICA: LAS TIC EN CLAVE DE CONSUMO CULTURAL

El marco conceptual de este análisis se sustenta en los estudios de comunicación y cultura. Retomo las elaboraciones de García Canclini (1992; 1995) sobre consumo cultural, así como las discusiones sobre alfabetización mediática y digital (Castells, 2000, 2005; Martín Barbero, 2004), mismas que, entre otros factores socioculturales, determinan el acceso, las interacciones comunicativas y los consumos culturales, en este caso, de las personas mayores.

Desde la perspectiva de García Canclini, el consumo cultural es: “el conjunto de procesos de apropiación y usos de productos en los que el valor simbólico prevalece sobre los valores de uso y de cambio, o donde al menos estos últimos se configuran subordinados a una dimensión simbólica” (1992, p.6). Para abordarlo como concepto desde una perspectiva integral, es importante considerar distintos modelos y líneas. El primero, tiene que ver con el consumo como lugar de reproducción y expansión del capital y la fuerza de trabajo. El segundo, observa este último como espacio de competencia por la apropiación de un producto social, el cual se genera entre distintas clases y grupos sociales.

García Canclini subraya un tercero, que tiene que ver con el consumo como espacio de “diferenciación social y distinción simbólica entre los grupos” (1992, p.4), confrontado a su vez con el cuarto modelo, relacionado con una faceta contraria del consumo: “como sistema de integración y comunicación” (1992, p.4) entre distintos grupos sociales, a través de la puesta en común de prácticas de consumo y

TABLA 9.1 MATRIZ TEÓRICO-ANALÍTICA

Concepto	Categorías	Observables
Consumo cultural	Prácticas y rituales de consumo cultural	Acceso a la información
		Acceso a las tecnologías de la comunicación e información
		Consumo de entretenimiento
		Consumo de productos informativos
		Actividades artísticas, recreativas y espirituales
Prácticas de comunicación interpersonal	Interacciones comunicativas	Espacios físicos de convivencia y comunicación
		Espacios virtuales de convivencia y comunicación
		Medios de comunicación interpersonal

productos culturales. El quinto modelo se relaciona con el consumo como espacio de objetivación de los deseos, es decir, que no solo funge como satisfactor de las necesidades, sino que cuenta con un sentido emocional, social y simbólico. De este quinto modelo deriva un sexto, que tiene que ver con el consumo como proceso ritual, abordado de manera central en esta investigación, para lo cual recorro a las conceptualizaciones elaboradas por Douglas e Isherwood (1990), desde la antropología del consumo. Así, en este trabajo se entenderá el consumo, en específico el cultural, como espacio de distinción simbólica entre grupos, sistema de integración y comunicación y satisfactor de los deseos, de acuerdo con tres de los modelos identificados por Canclini (1992).

Asimismo, se incluye la alfabetización mediática y digital como conceptos que designan la diversidad posible de procesos de enseñanza y aprendizaje formal e informal, promovidos desde distintos ámbitos sociales y actores, para un uso crítico, informado, así como con destreza técnica sobre distintas TIC que forman parte de la vida cotidiana. Este concepto es utilizado mayormente en los campos relacionados con educación digital y comunicativa. En la tabla 9.1 se ordenan los conceptos descritos, así como las categorías y los observables que les corresponden y que orientaron el análisis de la información.

Vale la pena aclarar las perspectivas desde las que se aborda el bienestar subjetivo y el cuidado, acerca de las prácticas de consumo cultural y comunicación interpersonal de las personas mayores. Se entiende por bienestar subjetivo la valoración que los sujetos hacen de su calidad de vida desde la experiencia individual, así como sus percepciones de la realidad y los niveles de satisfacción que experimentan (Jocik-Hung et al., 2017, p.308). Esta valoración depende de factores internos y externos, en donde las experiencias subjetivas, así como el contexto social, constituyen dos ejes centrales (Jocik-Hung et al., 2017).

En cuanto al cuidado, se percibe desde una perspectiva multidimensional, que no solo refiere cuestiones de atención a la salud, sino a un conjunto de prácticas que atienden necesidades físicas, emocionales y de relación entre seres humanos (Tronto, 2009). Desde este enfoque, el cuidado aborda múltiples dimensiones, ya sean económica, psicológica, cultural, social o política. Es relevante destacar la dimensión emocional del cuidado, así como a los actores involucrados en estos procesos: quien lo recibe y quien lo proporciona (Flores-Castillo, 2012).

El análisis expuesto se sustenta en dos categorías principales: la de consumo cultural, que contempla el acceso a la información y las TIC, el consumo de entretenimiento y el consumo de productos de entretenimiento y productos informativos; y las prácticas de comunicación interpersonal, que considera como subcategorías los espacios físicos y virtuales de convivencia, así como el uso de medios y tecnologías para la comunicación interpersonal. Ambas categorías abarcan tanto el consumo cultural como las prácticas de comunicación interpersonal en diversas dimensiones socioespaciales en que se desarrollan y / o relacionan las personas mayores que participaron en esta investigación: familia, amistades, comunidad, gobierno y asociaciones civiles.

PRECISIONES METODOLÓGICAS: EL CONSUMO CULTURAL Y TECNOLÓGICO DESDE LAS NARRATIVAS DE LOS SUJETOS

Como se mencionó, los resultados en este capítulo corresponden a una investigación más amplia que abarcó diversos escenarios en tres

distintos países: México, España y Uruguay. En el caso de México, participaron personas mayores del conjunto residencial privado “70 y más” (CRP-MX); el Centro de día DIF Bugambilias (CDDIFB-MX); una organización de la sociedad civil con predominio de población adulta mayor (OSCPAM-MX); una comunidad residencial autoorganizada de adultos mayores (OSC-MX); y otra comunidad residencial en las afueras de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, cuyos fundadores ahora son personas mayores (OSC3-MX).

En el caso de España, se trabajó con la organización cooperativa Trabajadores en Solidaridad (Trabensol-ES), un complejo habitacional de vivienda colectiva entre sus miembros. Finalmente, en Uruguay se colaboró con personas mayores de tres centros diurnos (CDP1-UY, CDP2-UY, CDP3-UY); la organización para la atención de adultos mayores (OSC1-UY); la organización de adultos mayores de apoyo artístico y gerontológico (OSC2-UY); y la organización de apoyo en cuidados (OSC3-UY), así como dos residenciales privados (RP1-UY y RP2-UY).

Para la realización de este análisis de carácter cualitativo, se tomaron en cuenta solo las entrevistas realizadas a 88 adultos mayores de los tres contextos. Se llevó a cabo una categorización con ayuda del *software* científico Altas TI, para después sistematizar y ordenar la información, cuya lectura fue de forma temática. El foco del análisis y lectura de los datos consistió en dar mayor importancia a la narrativa de los sujetos con respecto a procesos, rituales y prácticas de consumo cultural y tecnológico que inciden en el cuidado, las emociones y el bienestar subjetivo de las personas mayores. Fue de suma importancia leer los datos relevantes para este análisis en contexto, sin despegarlos de las realidades y condiciones subjetivas, así como las complejas tramas de interacciones en que se encuentran inmersos los sujetos.

REALIDADES EN EL ACCESO A LAS TIC Y ALFABETIZACIÓN DIGITAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Aquello que las ideas y las construcciones de la sociedad de la información y, más adelante, la sociedad del conocimiento (Bindé, 2005; Mattelart, 2002) prometían para diversos autores y representantes de organizaciones mundiales, está ahora interpelado no solo por la

brecha digital que sigue latente por razones económicas, educativas y geográficas, sino ante la brecha digital que responde a razones etarias o generacionales. En este contexto, el desarrollo de los dispositivos, las aplicaciones y las interfaces se encuentra en un frenesí de renovación constante, que forma parte de una carrera de innovación enfocada hacia la mercantilización, para mantener la atención y lealtad de los consumidores, en donde, el estar al último grito de la tecnología promete mayor valor simbólico que el propio uso que se le proporciona a los dispositivos. No obstante, las TIC han habilitado un amplio abanico de posibilidades para las interacciones sociales, que se vuelven vitales en la vida de aquellos que tienen el acceso y las destrezas para manejarlas.

Es importante resaltar la brecha digital y su dimensión generacional o etaria, ya que de esta han derivado procesos de exclusión de las personas mayores, en múltiples dimensiones de la vida social contemporánea: desde el acceso a trámites y servicios, el ejercicio de la profesión, la comunicación y las interacciones interpersonales, hasta la participación ciudadana y el acceso a la información. En este sentido, la brecha digital tiene importantes implicaciones de responsabilidad social, puesto que interesa incluir a todos los grupos sociales, así como garantizar sus derechos¹ y su acceso a diversos servicios públicos y privados.

Es posible observar que una parte importante de las personas mayores alrededor del mundo, según diversos estudios (Hernando y Phillippi, 2013) —en especial en los tres casos analizados en esta investigación— ha sido rezagada en los procesos de acceso y alfabetización mediática y digital. Lo anterior se identifica como un factor que responde a dos aspectos: 1) la falta de políticas públicas que habiliten e instauren procesos de alfabetización mediática y digital de forma continua e integral para las personas mayores; y 2) el escaso interés

1. En el caso de América Latina, la Carta de San José, formulada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), expresa la importancia de que los adultos mayores gocen de su derecho a la educación, que involucra procesos de aprendizaje permanente, como el uso y la accesibilidad a las TIC.

que hasta la actualidad ha mostrado el sector privado frente al desarrollo de tecnologías, dispositivos, interfaces y aplicaciones amigables para estos. En el caso de Uruguay, algunas personas mayores cuentan con dispositivos de cómodo manejo —con respecto a sus padecimientos físicos y degenerativos propios de la edad—, por ejemplo, celulares con botones grandes frente a la pérdida de visión. En México, las personas de nivel socioeconómico más alto hacen referencia a aplicaciones de celular que los ayudan a compensar el deterioro de sus capacidades físicas. La pista que este dato nos arroja es la escasa —pero selectiva— producción y puesta a disposición, física y adquisitiva, de dichos celulares y las aplicaciones a adultos mayores o a sus familiares.

El sector empresarial dedicado al desarrollo de las TIC requiere capital económico y rápida capacidad de adaptación a los nuevos dispositivos de sus consumidores. Vale la pena aclarar que para la rápida adaptación es necesario cierto nivel de naturalización e interiorización de las funciones básicas de los dispositivos: iconografía, *slang*, así como lógicas de operación, que tiene un especial condicionante etario. Las generaciones más jóvenes han experimentado una adaptación gradual a dichas tecnologías, a medida que se hacen más accesibles, por lo que hoy resultan esenciales para sus interacciones en diversos ámbitos de su cotidianidad. Este proceso es denominado como “aprendizaje por inmersión” (Hernando y Phillippi, 2013), frente al cual las generaciones actuales de adultos mayores deben buscar otras alternativas de alfabetización digital, que involucren tres tipos de accesibilidad que se entrelazan: 1) accesibilidad física a los dispositivos; 2) accesibilidad económica; y 3) accesibilidad psicológica, es decir, una familiarización con los dispositivos y tecnologías a través de su integración a la vida cotidiana (Hernando y Phillippi, 2013, p.15).

En todos los casos explorados, se observa que, como un fenómeno mundial generalizado, el acceso a las TIC, en específico a la Internet, va en aumento constante. No obstante, valdría la pena problematizar que no por fuerza implica una adecuada alfabetización digital, es decir, un consumo crítico y consciente de los medios, así como preparado técnicamente para aprovechar la mayoría de las herramientas que las tecnologías ofrecen; de esta forma, la brecha digital, a la vez etaria,

de género, económica y geográfica, implica también una brecha de alfabetización.

Como se señaló, es importante considerar que la dimensión etaria de esta brecha no solo responde a las diferencias generacionales, sino a la orientación del mercado y el público, factores que han tenido efectos sobre las relaciones intergeneracionales en las sociedades actuales a nivel global, pero en específico en países occidentales y occidentalizados (Guerrero, 2004; Martín Barbero, 2004).

Planteadas estas consideraciones, se realizará un breve recuento de datos para contextualizar las condiciones de acceso y uso de la Internet y las tecnologías digitales en los tres países analizados: México, España y Uruguay, la cual se estructura en torno a tres ejes principales, que se detallan a continuación: 1) acceso a la Internet; 2) telefonía móvil, computadoras y tabletas; y 3) actividades principales en el uso de las tecnologías digitales.

Acceso de las personas mayores a internet y las tic

Aquí se discutirán los datos más relevantes del acceso a la Internet, en particular de las personas mayores de cada país. Se identifican diferencias de acceso con respecto a la edad, el género, la ubicación geográfica, el nivel de ingresos y la escolaridad, factores que integran la brecha digital.

En el caso de México, para 2017 se contabilizaron 71.3 millones de usuarios de la Internet, es decir, el 63.9% de la población mayor a seis años. El grupo más grande de usuarios es el de los hombres de 18 a 34 años de edad, que representan un 84.9% más (Inegi, 2017, p.1); mientras que el grupo de menor uso son mujeres de 55 años y más, con un 31.1% del total de la población en este rango de edad (Inegi, 2017, p.6). Aunque el desbalance en el acceso sigue siendo evidente, la brecha digital etaria en México se ha estrechado en forma gradual. Los usuarios de la Internet de 55 años o más han aumentado de un 5.2% de la población en 2015, a un 8.1% en 2018 (Inegi, 2018). Un 14.6% de personas de 55 años o más son usuarios de telefonía móvil, frente al grupo de mayor porcentaje, adultos de 25 a 34 años, con un 19.8%. Respecto a los adultos de 55 años o más usuarios de computadora en México,

el porcentaje es de 6.6%, frente al grupo con mayores usuarios, de 12 a 17 años, con un 20% (Inegi, 2018).

En España, en 2018, el 86.1% de la población de 16 a 74 años había utilizado la Internet en los últimos tres meses (INE, 2018, p.2). El porcentaje más bajo corresponde al grupo de edad de 65 a 74 años. Como en el caso de México, en el país ibérico se presenta una brecha de género en el uso de la Internet en la población de 65 a 74 años, con un 51.2% de los hombres y un 47.1% de las mujeres (INE, 2018, p.2). En cuanto a los usuarios de telefonía móvil, un 89.5% de las personas mayores han utilizado el teléfono móvil en los últimos tres meses, cifra que se encuentra a 10 puntos porcentuales del grupo etario con mayor consumo, con 99.4% (INE, 2018).

En Uruguay, la diferencia porcentual entre usuarios de la Internet de 65 años y más (40%) y el grupo más grande, el de jóvenes entre 14 y 19 años, es de 57.2 puntos porcentuales (97%) (INE-AGESIC, 2016, p.37). En 2013, la relación de uso del celular entre jóvenes de 20 a 34 años, y las personas de 65 años o más (8% de usuarios), era casi de seis a uno, mientras que, en 2016, pasó a ser de dos a uno (45% de usuarios) (INE-AGESIC, 2016, p.30). En cuanto al uso de la computadora en el contexto uruguayo, el grupo etario con menor uso son las personas de 65 años o más, con un 26% de usuarios (INE-AGESIC, 2016, p.33). Por otro lado, la cifra para uso de tabletas digitales en población de 65 años o más no dista de los demás grupos etarios, con un 19% de usuarios, mientras que el porcentaje más alto se encuentra de los 14 a los 19 y de los 20 a los 34, con un 31% (INE-AGESIC, 2016, p.35).

En los tres países, se observa un crecimiento significativo de usuarios adultos mayores de la Internet. Uruguay, en especial, presenta un aumento más acelerado, mientras que en México es gradual. Un aspecto común que llama la atención es la brecha de género en el acceso y uso de la Internet, que se ve únicamente en la población adulta mayor. Otro factor común es la diferencia en el acceso a la Internet entre las zonas conurbadas y las rurales, como sucede en los casos de México y Uruguay. En específico, en Uruguay se observan diferencias de acceso con respecto al nivel educativo.

De acuerdo con estos datos, en los tres casos, las personas mayores muestran mayor apertura al uso del teléfono celular, al contrario de la

computadora y las tabletas. Aprender a utilizar un celular puede resultar más sencillo, por su mayor accesibilidad económica y similitud al teléfono fijo, pues en las estadísticas no se observa gran diferencia en la distribución de usuarios entre sectores socioeconómicos.

Las actividades a través de las TIC, en los tres contextos de estudio, podrían agruparse en cuatro rubros: 1) comunicaciones interpersonales y redes sociales; 2) entretenimiento; 3) búsqueda de productos informativos; y 4) acceso a bienes y servicios (INE, 2019; INE-AGESIC, 2016; Inegi, 2018). En el siguiente apartado, la mirada se enfocará sobre todo en el consumo cultural de las personas mayores de los tres países que participaron en esta investigación.

PRÁCTICAS Y RITUALES DE CONSUMO CULTURAL EN PERSONAS MAYORES

Desde una perspectiva antropológica, este apartado se enfoca en describir y analizar las prácticas y los rituales de consumo cultural y su relación con el cuidado, las emociones y el bienestar subjetivo de las personas mayores que formaron parte del presente estudio.

De acuerdo con García Canclini (1992), las sociedades demandan cierta estabilidad en los procesos de consumo cultural, comunicación y procesos de producción y reproducción de significados; los rituales garantizan esta continuidad y certidumbre sobre las prácticas y los significados del día a día de las personas, que a la vez regulan la vida social. Los rituales que cuentan con mayor eficacia son aquellos que utilizan objetos materiales para reforzar los sentidos y las prácticas que los perpetúan (Douglas e Isherwood, 1990; García Canclini, 1992). En este sentido, los bienes como las TIC y los dispositivos digitales fungen como “accesorios rituales”, y el consumo como “un proceso ritual cuya función primaria consiste en darle sentido al rudimentario flujo de los acontecimientos” (Douglas e Isherwood, 1990, p.80). En los tres contextos, se observó que los rituales en las TIC contribuyen a garantizar orden y seguridad en el día a día de las personas mayores, por lo que son fuente de bienestar, tranquilidad y certeza.

Es necesario diferenciar el consumo cultural de las interacciones comunicativas interpersonales, que pueden ser simultáneas, pero, a

la vez, pertenecen a distintos órdenes de acuerdo con las condiciones de sociabilidad e interlocución bajo las cuales se pueden generar; por lo tanto, en este capítulo, a cada aspecto se le dedicará un apartado. Dentro de las prácticas de consumo cultural, también se consideraron las actividades artísticas y de consumo literario.

Aunque el celular es el dispositivo digital más utilizado por las personas mayores, su uso, en los casos de estudio analizados, está casi dedicado a las comunicaciones interpersonales, mientras que la televisión y la radio son los dos principales medios de acceso al entretenimiento y los productos informativos. En tercer lugar, se posicionan los libros como fuente de entretenimiento, pensamiento creativo e información de interés para las personas mayores. La caracterización de las prácticas y los usos sociales del consumo cultural de las personas mayores mediante estos dispositivos se realizará en el siguiente apartado. Enseguida, se dedicará un espacio al análisis de las actividades artísticas, espirituales y recreativas que desempeñan, consideradas como prácticas de consumo, producción y reproducción cultural.

La televisión, la radio y los libros

Son dispositivos que acompañan a las personas mayores en sus rutinas cotidianas, por lo que cobran un papel de importancia. El consumo de información a través de estos cumple la función de satisfacer las necesidades de información de las personas mayores, que en la mayoría de los casos se considera parte de mantenerse en actividad, además de que brindan un sentido de involucramiento social.

La actividad de mirar la televisión se realiza, entre los adultos mayores de los tres contextos de estudio, en casi todos los casos de forma individual o en pareja. Existen espacios en donde las noches o las tardes de cine forman parte de un calendario grupal, como es el caso de Trabensol-ES y de CDDIFB-MX. En México, algunas personas mayores mencionaron su consumo televisivo a través de la aplicación Netflix, mientras que las personas de España y Uruguay señalaron programas locales y películas de la programación de televisión por cable. Los productos comunicativos que las personas mayores mencionaron consumir con mayor frecuencia fueron noticieros o programas

informativos, programas de debate, crítica política, historia, deporte, telenovelas, series y películas de comedia. En una cantidad considerable de los casos, mirar la televisión complementa los desayunos, los almuerzos, las meriendas o las cenas de las personas mayores, ya sea durante o después del momento en que se está comiendo. La televisión acompaña a las personas mayores en sus recámaras y estudios, en especial a la hora de la siesta, a media tarde y antes de dormir; algunos la miran para conciliar el sueño, como es el caso de Hanna:

MRG: ¿A qué hora se anda durmiendo, que se quede ya bien dormida?

H: Uh, me duermo... depende de lo que encuentre en la televisión, pero, a veces, son las once de la noche.

MRG: ¿Y sigue despierta?

H: Mirando televisión y a veces a las doce, porque ya tengo los programas y la hora en que lo transmiten (Hanna, 87 años, RP1-UY).

Como se observa en el caso de Hanna, los tiempos y los espacios de algunas personas mayores entrevistadas se estructuran alrededor de sus prácticas de consumo televisivo, el cual ayuda a organizar y marcar las pautas de su rutina diaria. Por otro lado, es relevante cómo la presencia de la televisión, en uno u otro espacio, así como la configuración general del mismo, puede influir en la preferencia de las personas mayores entrevistadas hacia los espacios con televisión sobre otros, o en la construcción de una percepción de mayor comodidad en estos sitios, que contribuye a la percepción positiva de su bienestar subjetivo. Asimismo, ver la televisión se asocia con sensaciones de tranquilidad, momentos de despeje, diversión y relajación.

Las personas mayores pertenecientes a los tres contextos de estudio no asociaron la actividad de mirar la televisión como un momento en que se sientan acompañados; más bien, como una actividad individual. En este sentido, el consumo colectivo de productos comunicativos no tiene que implicar un acompañamiento emocional o una interacción entre los participantes, a menos que, como en el caso de los cineclubs, o las noches de cine en las residencias de México y España, haya una dinámica explícita de interacción; por lo que, aun con acceso a los

dispositivos y las tecnologías de comunicación, las personas mayores pueden experimentar soledad:

Lo único principal que me falta es el cariño y la atención, yo tengo todo, mi hija me tiene todo: televisión, radio, todo tengo, pero lo principal es la atención, ¿dime si no es? (Paula, 86 años, CDDIFB-MX).

La radio fue el segundo medio más mencionado por las personas mayores en este estudio, en particular en México y Uruguay. En México, la consumen sobre todo aquellas personas mayores que pertenecen a estratos socioeconómicos medios y medios bajos; en Uruguay, se menciona de forma generalizada en las personas que habitan en residencias. Son las mujeres mayores quienes principalmente escuchan la radio, y su función es acompañar y animar las actividades cotidianas que realizan, como la limpieza, cocinar, trabajar en la computadora y durante el baño diario. Aquello que las entrevistadas consumen más a menudo es la música: en el caso de México, destaca la música ranchera y la banda; en Uruguay se menciona una preferencia por los programas musicales con intervalos informativos. Por otra parte, la presencia continua de la radio es indicativa de la actividad rutinaria de las personas mayores, mediante la cual otras personas, como vecinos, cuidadores o familiares, pueden asumir que la persona se encuentra activa o no; de esta forma, el consumo de la radio en algunos mayores contribuye de manera indirecta a la atención y el cuidado por parte de quienes los rodean:

J: Cuando no me ven y: “ay, no he visto a Juana”, le dicen a mi hija, porque ella vive arriba, yo vivo abajo: “ahí está”, “ah, sí está”; yo encierro, pero con la música [risa]

MZL: Y ya cuando escuchan la música [dicen]: “ahí anda” [risa]

J: En eso me notan, en la música, ey.

MZL: La han de extrañar cuando no está, porque les alegra con la música (Juana, 80 años, CDDIFB-MX).

La lectura fue la tercera de las prácticas de consumo cultural más mencionadas por las personas mayores, a la cual asocian con diversos

aspectos abstractos y relacionados con la emocionalidad y el autocuidado, como la creatividad, la tranquilidad, la relajación, una experiencia estética, el conocimiento o la intelectualidad. Esta práctica permite el acceso a un paréntesis, así como un espacio de relajación y autoconciencia:

O sea, yo hago un paréntesis en tantas emociones: que si el banco, que si el préstamo, que si compro carro, que si me voy, que si me quedo. Ya empecé a empacar, pero busco mis espacios, agarro mi libro, agarro una mochilita de manta, una bolsita, camino media hora, y luego me voy a leer al café: me tomo un café chiquito, porque soy, eso sí, no perdono el café, aunque sea una vez al día, mínimo, y ya de ahí, este... me calmo y ya (Lorenza, 63 años, CDDIFB-MX).

En otros casos, la literatura tiene como función dar sentido y significado a situaciones y etapas de vida, como puede ser la vejez; de esta forma, para quienes la practican, contribuye a acrecentar la sensación de plenitud y bienestar subjetivo:

[...] que ya estoy en ella, en la vejez, no lo voy a negar. Me acuerdo de un poema, me parece que era de Lope de Vega, no lo sé reproducir en verso, pero venía de decir: “vejez, bendita vejez, a la que todos deseamos llegar, pero nunca reconocemos que hemos llegao ya”. ¿Verdad? Eso era una poesía muy bien dicha, que no vas, pero la idea era esa, bueno, pues, ya murieron (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

Aunque la lectura, en la mayoría de los casos, fue descrita como una actividad individual, en el caso de Trabensol-ES se ha hecho colectiva, en la que se aprovechan las destrezas y los conocimientos de una de sus integrantes:

Sí, a veces hacemos... siempre que se hacen actividades me piden... me piden que lea textos y que le... A veces me han pedido que les dé conferencias; por ejemplo, a mí me gusta mucho San Juan de la Cruz, y que les dé conferencias sobre San Juan de la Cruz, que les lea sus texto, y hay gente que me ha dicho cosas muy bonitas; o sea, por

ejemplo, me ha dicho que ellos se ponen a leerlo y no lo comprenden, y no lo entienden y no... y no conectan, pero que, cuando se los digo yo, les llega, y, entonces, pues ponemos eso, a unas personas que son grandes poetas de la lengua castellana y que les llegue a gente del siglo XXI. Hombre, a mí me hace ilusión, porque es la cosa que me gusta, ¿no? (Hilda, 65 años, Trabensol-ES).

En este sentido, la lectura también se posiciona como una actividad de consumo cultural, enseñanza y aprendizaje colectivos en este grupo de personas mayores. Los espacios colectivos de enseñanza y aprendizaje proporcionan a sus participantes sensaciones de satisfacción personal y utilidad, así como la posibilidad de poner en común ideas y sentires entre las personas mayores. Esto demuestra la potencialidad de los espacios de vivienda colectiva gestionados por las propias personas mayores, dado que, a diferencia de Trabensol-ES, las personas mayores que habitan en residenciales privados en Uruguay, así como el caso del residencial privado en México, realizan actividades que forman parte de un programa, y que son por lo general impartidas por especialistas externos.

Por otro lado, existen proyectos, como en el caso de la OSC2-MX, donde la lectura se posiciona como una forma de estrechar lazos con la comunidad en la que este grupo de personas mayores habita, a través del proyecto de una biblioteca comunitaria, en donde se planea, además brindar talleres desde las áreas de conocimiento de las personas mayores, que los habitantes de la comunidad puedan aplicar en su cotidianidad y, a la vez, transmitir a más personas. Es así como la participación comunitaria es fuente de emociones y sentimientos asociados a la autosatisfacción, el establecimiento de vínculos afectivos con miembros de la comunidad, así como de un sentido de colaboración y aporte social.

Por último, la tableta electrónica se identifica como un dispositivo emergente en la consulta de información por la Internet, en especial en el caso de Uruguay, donde, como parte de un programa gubernamental, se obsequiaron a personas mayores:

MMS: Oye, ¿y escuchas el radio?

D: Eh, ahora con la tablet [risa] ya estoy como el chico de dos años; ahora también con la tablet me informo y mandamos contacto (Dora, 71 años CDP2-UY).

En este contexto, la tableta se posiciona como un nuevo dispositivo de aprendizaje y experimentación para las personas mayores que cuentan con ella.

Por medio de este breve recuento, de las prácticas y rituales de consumo cultural de las personas mayores en los tres contextos estudiados, es posible concluir que la televisión es la tecnología que cuenta con más arraigo en sus rutinas y rituales cotidianos. El consumo cultural a través de la televisión y los libros se asocia con espacios y sentimientos de tranquilidad, entretenimiento, diversión y relajación, mientras que la radio se coloca como animadora y acompañante de las actividades cotidianas, sobre todo de las mujeres mayores. La colectivización de los consumos culturales, como en el caso de Trabensol-ES, habilita espacios autónomos y autogestivos de participación, comunicación y aprendizaje de las personas mayores para las personas mayores; cosa que no se observa en la mayoría de las agendas mediáticas.

Actividades artísticas, recreativas y espirituales

Las actividades artísticas, espirituales y recreativas en los contextos analizados fungen como espacios centrales de consumo y producción cultural colectivos. En este sentido, tienen una función de encuentro social, así como generadoras de emociones placenteras, de autosatisfacción y bienestar en las personas mayores que las practican.

Casi la totalidad de los programas y los espacios para personas mayores que abarca esta investigación cuenta con este tipo de actividades, y algunas de las personas mayores entrevistadas las practican de forma independiente. Destacan la danza, el canto, la apreciación musical, los juegos de mesa, como dominó y ajedrez, el cineclub, la caminata, la equitación, las clases de yoga, el taichí, el chi-kung, la meditación, además de una gran diversidad de talleres impartidos por especialistas, algunos de ellos voluntarios.

Se identifican eventos artísticos y culturales gestionados de forma independiente, que funcionan como espacios de reunión de personas mayores, e incluso se han vuelto icónicos o tradicionales para las ciudades donde se llevan a cabo. Un ejemplo de esto es el caso de Guadalajara, Jalisco, en donde grupos de personas mayores se reúnen a bailar danzón los fines de semana en algunas plazas de la ciudad:

J: Pues sí, la sigo aprovechando verdad, ey, sí me voy al danzón ahí en Tolsá, que hay los domingos de cinco y media a diez de la noche. Hay clases ahí, yo aproveché, verdad, ey, y se admiran, dice: “A tu edad y...”; pues mientras Dios me dé licencia (Juana, 80 años, CDDIFB-MX).

En este tipo de espacios, las personas mayores con conocimientos artísticos pueden compartirlos con otras personas mayores de su comunidad, o de otras generaciones:

E: Y ahora me dedico a bailar: soy coordinadora de un grupo de adultos mayores ahí de mí... de mi comunidad, de mi colonia, y pues ahora en eso me la paso nada más (Enriqueta, 66 años, CDDIFB-MX).

Una modalidad de aprendizaje y consumo cultural colectivos es la que se presenta en Trabensol-ES, puesto que, al ser una cooperativa autogestiva de personas mayores, hay mayor apertura para proponer y llevar a cabo sus propios proyectos y aprovechar los diversos conocimientos de los integrantes, ya sea por iniciativa propia o a pedido de los demás:

Pensé que había un nivel de cultura musical bastante bajo, pero que a la vez había un deseo de conocer. Yo me puse a disposición de aquí y organicé lo que llamamos audiciones de música clásica, eh (Lucas, 84 años, Trabensol-ES).

Frente a sus condiciones de mayor autonomía económica y formación profesional, artística y en oficios, los integrantes de Trabensol-ES

tienen más libertad para proponer y llevar a cabo actividades según sus preferencias.

Otra dinámica que resulta de interés es la del CRP-MX, donde varios de los talleres que se ofrecen en la residencia están abiertos para las personas mayores de la comunidad. En este sentido, los residentes conviven con personas mayores fuera del residencial, lo que diversifica la posibilidad de vincularse con personas distintas a aquellas con quien se convive de manera cotidiana.

Algo que destacan tanto las personas mayores de la OSC2-MX, como del CDP2-UY, es la importancia de convivir con otras generaciones, la satisfacción y los vínculos que estas dinámicas generan o fortalecen. Esta convivencia intergeneracional, de acuerdo con las situaciones referidas por personas de ambos casos, se presenta a través de actividades artísticas y / o lúdicas:

RER: Sí y, por ejemplo, la otra vez que venimos, fue muy bonita la experiencia de que ellos contaban cuentos.

E: Así es, narrativa.

RER: Narrativas, y luego ustedes contaban narrativas.

E: Claro, sí, sí.

RER: Y luego ellos cantaban, luego ustedes cantaban, fue muy bonito.

E: Sí, sí, nos integramos todos, tanto los jóvenes como los mayores (Enonaa, 75 años, CDP2-UY).

Como prácticas de consumo cultural, las actividades artísticas, lúdicas y los productos comunicativos pueden fungir como puentes para la integración y comunicación entre grupos poblacionales y generacionales distintos; tienen la potencialidad de producir dinámicas alternativas de cuidado y acompañamiento social.

Por otra parte, la espiritualidad cobra un papel importante en esta etapa de la vida y la colectivización de distintos sentires y emociones. En el caso de México, la iglesia constituye un espacio de encuentro, convivencia y cuidado para, principalmente, las mujeres mayores entrevistadas, en especial aquellas pertenecientes a clases medias-bajas. Por otra parte, en el CRP-MX la espiritualidad y el autocuidado

se mantienen latentes de forma grupal a través de actividades que involucran taichí, yoga y meditación, aunque no todos los residentes las comparten, ya que son de participación voluntaria.

En el caso de Trabensol-ES, la sala de meditación funge como un espacio holístico de ejercicio de la espiritualidad, así como de punto de encuentro, cuidado y acompañamiento entre sus integrantes:

H: Es un grupo muy reducido, la suave meditación, la sala de meditación, donde nos reunimos tres días en semana, los que podemos y nos interesa, a meditar, donde se hacen eucaristías y, entonces, pues son momentos muy bonitos para aquellas personas que les interesa; el momento en que... el momento de la paz de unas personas, que conviven juntas y que están dispuestas a acompañarse hasta la muerte, pues es un momento muy especial (Hilda, 65 años, Trabensol-ES).

Compartir un espacio espiritual y ritual implica, para sus participantes, asumirse como un conjunto que se acompaña incluso en la diferencia. En este sentido, puede considerarse un espacio de cuidado y acompañamiento colectivo a nivel espiritual y emocional.

Otro espacio con un sentido similar, pero que se coloca en un contexto radicalmente distinto, es el de las mujeres que participan en la OSCAM-MX, donde se organizan actividades dirigidas a las personas mayores. La sede principal es un templo católico, por lo que se incluyen prácticas y contenidos propios de esta religión. A partir de dichas actividades, entre las mujeres mayores se han establecido lazos de afecto y solidaridad que trascienden los espacios de encuentro pautados por la organización civil:

RER: Sí, ok, ¿qué más?, ¿qué más nos quieren decir? Por ejemplo, cuando alguien está malito de salud o malita de salud, ¿cómo es que los demás apoyan?

F7: A veces le visitamos, la visitamos, le digo, si estamos cerca, nos damos la mano, vamos a ver qué se le ofrece.

F6: Estamos al pendiente, ¿quién faltó?, ¿por qué faltó?, y ya si nos dicen: “está enfermo”, pues ya vamos (Grupo focal, OSCAM-MX).

Así, es posible observar cómo, a partir del espacio de encuentro que gestiona la OSCPAM-MX, las mujeres mayores de la comunidad se conectan para comenzar a entretener una red de cuidados colectivos entre amigas y compañeras.

Por medio de este recuento de actividades culturales, recreativas y espirituales, consideradas en su conjunto como prácticas de consumo cultural, se identifica su cualidad amalgamadora. A través de la comunicación y la empatía implicadas en compartir estas prácticas de consumo y producción cultural, se generan experiencias significativas y lazos de afecto, cuidado y solidaridad colectivos con personas de la misma generación, que también demuestran una fuerte potencialidad para la convivencia, la empatía y el cuidado intergeneracional.

EL PAPEL DE LAS TIC EN LAS INTERACCIONES COMUNICATIVAS INTERPERSONALES

En los tres casos estudiados, una parte importante de las personas mayores manifestó contar, o haber contado, con un teléfono celular personal. No obstante, en particular en México, las personas mayores que realizan tránsitos por la ciudad mencionan tener miedo de salir con sus dispositivos, ya que han tenido experiencias de asalto con violencia física. El transitar con celular por las calles, en algunos casos, implica estar en estado de alerta y miedo constante; frente a ello, algunas personas mayores optan por mejor no usarlo o no sacarlo de casa:

DRM: ¿Y usa computadora o celular, o eso no hace uso?

P: No, porque dos me los robaron; total, que ya no quiero celular.

DRM: Ya no quiere tener problemas de eso...

P: No, no, ya no, ya no uso.

DRM: Bueno.

P: Ya les dije a mis nietos: guárdenselo, ya no, no (Paula, 84 años, CDDIFB-MX).

En contraste, personas del contexto uruguayo mencionaron sentirse más seguras en sus tránsitos en la calle con el celular, puesto que, ante cualquier imprevisto, pueden comunicarse de forma inmediata

con sus familiares. Así, en algunos casos, en el contexto mexicano el portar un celular se asocia con mayor vulnerabilidad, mientras que, en el caso uruguayo, brinda mayor sensación de seguridad y representa una facilidad de solicitar ayuda o protección de sus cuidadores.

En general, el uso principal que las personas mayores entrevistadas en los tres casos proporcionan al teléfono celular es el de las llamadas y, en segundo lugar, para enviar mensajes a través de diversas aplicaciones. Para las personas residentes del CRP-MX, se observó un uso diverso de WhatsApp, puesto que algunas, además de utilizarlo para comunicarse con sus familiares, lo usan como medio de contacto con su médico y otros proveedores de servicios, lo cual, de acuerdo con la gravedad de la consulta, les ahorra o no la visita:

J: Sí, también le hablé a mi médico, bueno, le mandé un WhatsApp, diciéndole cómo me sentía y eso, y me dijo: “sácate análisis”, y hoy en la mañana me los fui a sacar (Jovita, 76 años, CRP-MX).

En el caso de México, las personas mayores entrevistadas asociaron acceder a las redes sociales por la Internet, con momentos de ocio y entretenimiento. Las aplicaciones de redes sociales se integran a las conversaciones, se relacionan con el humor, y el estar presente en publicaciones en estas plataformas toma un valor positivo y se considera algo digno de presumir:

S: Es lo... es mi lema, siempre ha sido así. Nunca vengán con caras tristes, alegres. Les presumo que yo salí en el Face con mis bailables de aquí del voluntariado (Samantha, 67 años, OSCPAM-MX).

En este caso, durante la interacción comunitaria, las mujeres de la OSCPAM-MX se remiten a Facebook como un espacio de reconocimiento social y satisfacción personal. En la OSC2-MX y el CRP-MX, algunas personas reconocen en Facebook el valor de poder acceder a fotografías de sus familiares; no obstante, en los tres casos, no existe gran aceptación de esta red social en la cotidianeidad de las personas mayores entrevistadas. Por otra parte, a pesar de que reconocen la utilidad de los teléfonos celulares digitales y las aplicaciones de redes

sociales, coinciden en que, cuando se usan con demasiada frecuencia, pueden ser fuente de frustración personal, ante las dificultades de aprendizaje implicadas en su utilización, y que representan un obstáculo para la convivencia física, sobre todo en el entorno familiar.

En Uruguay, las personas mayores que viven en residenciales privados suelen preferir el teléfono fijo al celular, puesto que sus tránsitos urbanos no son tantos, como en el caso de aquellas que habitan en hogares independientes. Es frecuente que los habitantes de residenciales privados en Uruguay cuenten con familiares que vivan fuera de la ciudad o del país; en este sentido, el teléfono o el celular funcionan como herramientas o “accesorios” para el ritual, sumamente importantes en su cotidianidad, pues la llamada de los seres queridos se espera en un día y hora determinados:

H: Tengo una sobrina que es monja y vive en Buenos Aires, en un colegio en Buenos Aires, bueno, y eso me sorprende y me causa alegría, que la adoro.

MRG: Sí, ¿y platica con ella?

H: Sí.

MRG: ¿Por teléfono?

H: Ella me llama por teléfono (Hanna, 87 años, RP1-UY).

En el caso de Uruguay, cuando se trata de personas mayores que no tienen hijos, son los sobrinos quienes se mantienen en contacto a través de visitas o llamadas telefónicas periódicas. Al igual que las llamadas de los hijos, constituyen un evento importante y de gran intensidad emocional.

La tableta se mantiene como un dispositivo emergente en las actividades cotidianas de las personas entrevistadas. En el caso de México, en especial de los adultos mayores del CRP-MX y la OSC2-MX, y el español, con los integrantes de Trabensol-ES, se señala a la computadora como un dispositivo de trabajo, de búsqueda de información, así como de envío y recepción de correos electrónicos.

En general, se observa que las opciones de acceso a dispositivos digitales para las personas mayores son limitadas por la accesibilidad económica a los mismos y frente la inseguridad que genera poseerlos.

Los usos que las personas mayores dan a las TIC a su disposición, en la mayoría de los casos, son limitados y en un nivel básico de operación del dispositivo; así como facilitan el encuentro social, que por lo general se asocia con emociones positivas, también pueden ser fuentes de frustración, enojo y soledad, ante los desafíos de aprendizaje que implican y frente a la conciencia de que no suplen la interacción social directa. Frente a ello, de la presente caracterización asoman áreas de oportunidad para el diseño de programas integrales de alfabetización digital, mediante los cuales las personas mayores puedan descubrir y determinar la utilidad de las funciones y posibilidades de comunicación y el acceso a la información que dichas tecnologías ofrecen.

ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA: LOS DERECHOS HUMANOS INVISIBLES

En este capítulo, se ha planteado que el aumento de acceso a las TIC para las personas mayores puede brindar varias ventajas, en especial en la interacción comunicativa con otras personas de la misma edad, de distintas generaciones, de la comunidad y la familia. No obstante, en el caso de las personas mayores existe una distancia considerable de aquello que prometían las TIC, de acuerdo con los postulados planteados en las propuestas, añejas, pero discursivamente aún latentes, de la sociedad de la información y la sociedad del conocimiento. Lo anterior, en especial con respecto a las expectativas de un acceso relativamente ilimitado a la información, así como de la disolución de barreras en la participación ciudadana; estos prueban ser procesos que, sobre todo en las poblaciones de adultos mayores, han funcionado a la inversa, frente a la digitalización de trámites, el acceso a servicios, y plataformas de participación ciudadana, así como los foros y las redes para la protesta y movilización que ofrecen las redes sociales por la Internet. De esta forma, en lugar de fungir como herramientas de integración social, al no cubrir con las necesidades de acceso y alfabetización digital de la mayor parte de las poblaciones de adultos mayores analizadas, son capaces de fungir como herramientas de exclusión y fragmentación relativa de la participación ciudadana.

Sustento esta afirmación mediante la identificación de dos dimensiones que evidencian ausencias relevantes con respecto a la población adulta mayor, y la necesaria colectivización de su cuidado desde los medios de comunicación y las sociedades. La primera consiste en la ausencia de representaciones diversas de las personas mayores en los medios de comunicación, que se ve reflejada en un trato por parte de la población general carente de sensibilidad y respeto hacia el adulto mayor. La segunda dimensión consiste en la escasa información circulante en los medios de comunicación y espacios públicos sobre los derechos humanos de las personas mayores, la cual se ve reflejada en el desconocimiento de la mayor parte de las entrevistadas y los entrevistados al respecto. En este sentido, el acceso a las TIC pierde relevancia y potencia si la información necesaria para garantizar una adecuada y segura convivencia intergeneracional y de cuidado social hacia las personas mayores no es fácilmente accesible.

En los tres casos, a pesar de consumir a menudo la televisión y la radio, las personas entrevistadas no contaron con información suficiente para describir cómo es que los medios de comunicación describen y caracterizan a las personas mayores. Esto indica una importante ausencia en la representación de ellos y ellas en los diversos productos comunicativos que se difunden.

Algunas de las personas entrevistadas destacaron que no se da la importancia necesaria ni una representación positiva a las personas mayores, frente a la predominancia de noticias amarillistas que exaltan el maltrato y la violencia hacia ellas, mismas que alimentan el miedo y el sentimiento de vulnerabilidad en esta población. Ante ello, tanto en el caso de México como en el de Uruguay, las personas mayores destacaron que, en el trato que reciben de la población, no se refleja una cultura de respeto y cuidado.

Esta ausencia de información sobre las personas mayores en los medios de comunicación, e incluso en los contenidos que circulan en redes sociales, se replica y extiende hacia la falta de conocimiento, no solo de la población mayor sobre sus propios derechos humanos, sino del resto de la población sobre los mismos. Frente a este desconocimiento, es difícil esperar que las personas mayores señalen

argumentos para defender y exigir sus derechos, así como denunciar situaciones que las vulneran y que socialmente se encuentran naturalizadas; mucho menos se podrá esperar que sus familiares y el resto de la población cuide, respete, defienda y haga valer estos derechos.

A partir de esta reflexión, se intenta arrojar pistas respecto de lo que, desde la comunicación, en diversos contextos, es necesario tomar en cuenta para garantizar una vida digna y segura para las personas mayores, ante a la urgencia de avanzar a una cultura de respeto, cuidado e integración, frente al acelerado proceso de inversión de la pirámide poblacional en los próximos años, tanto en México como en Latinoamérica.

CONCLUSIONES

El acceso a las TIC de las personas mayores se encuentra en aumento. Su uso e incorporación a la vida cotidiana se realiza de forma gradual. En los casos analizados, los medios de comunicación tradicionales, como la televisión, la radio y el teléfono fijo, mantienen mayor relevancia en sus actividades cotidianas. El celular es el dispositivo digital que un gran número de las personas mayores utilizan, en particular para realizar llamadas telefónicas y enviar mensajes de texto.

Las personas entrevistadas que habitan cerca de sus familiares destacan que, contar con el acceso a estas tecnologías y dispositivos no suple la interacción física ni las atenciones y el cariño que de ella derivan. En contraste, para aquellos que tienen hijos y nietos fuera de su país, o no cuentan con hijos, las llamadas telefónicas tienen un lugar privilegiado y de alta carga emocional.

Una minoría de personas mayores expresó interactuar mediante redes sociales, utilizar la computadora o la tableta en sus actividades cotidianas. Este dato evidencia áreas de posible desarrollo para las personas mayores, en primer lugar, en torno a sus condiciones de alfabetización, sobre todo en el caso de las personas con menor nivel de escolaridad, así como acerca de sus condiciones de alfabetización digital, considerando que la educación en igualdad de condiciones con otros sectores de la población es un derecho humano de las personas mayores. En este sentido, la educación de las personas mayores,

así como la alfabetización digital, deberían considerarse dimensiones del cuidado social y colectivo.

Finalmente, la colectivización del consumo cultural, y las distintas iniciativas expuestas al respecto, son un eje de trabajo que sería importante incorporar en las agendas públicas y sociales, puesto que habilitan la convivencia entre personas mayores y aquellas de distintas generaciones, estimulan la comprensión y la empatía, así como diversas prácticas de cuidado que pueden derivar en distintos procesos de colectivización del cuidado.

REFERENCIAS

- Barroso Osuna, J., y Aguilar Gavira, S. (2014). La realidad de los adultos mayores ante las tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1(65), 1-16.
- Bindé, J. (2005). Hacia las sociedades del conocimiento. Informe mundial de la UNESCO. Ediciones UNESCO. <http://unesco.org/ark:/48223/pf0000141908>
- Boarni, M., Cerda, E., y Rocha, S. (2006). La educación de los adultos mayores en TICS. Nuevas competencias para la sociedad de hoy. *Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología*, 2-7.
- Castells, M. (2000). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura, t. I: La sociedad red*. Alianza Editorial.
- Castells, M. (2005). Por otra comunicación. Los media, globalización cultural y poder. En D. De Moraes (Ed.), *Internet y la sociedad red* (pp. 203-288). Icaria.
- Douglas, M., e Isherwood, B. (1990). *El mundo de los bienes. Hacia una antropología del consumo*. Grijalbo.
- Flores-Castillo, A. (2012). *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*. ONU.
- Frávega, A., y Carnino, M. (2007). La comunicación y los adultos mayores. *Comunicación e Personas Maiores*, 289-299.
- Frávega, A., Domínguez, N., Carnino, M., Marisco, V., y Felitas, M. (2017). *Consumos culturales y tecnológicos de las personas mayores en la Ciudad de La Plata, Argentina durante 2015-2016* (pp. 1-17).

- La Plata: Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78265>
- García Canclini, N. (1992). Los estudios sobre comunicación y consumo: el trabajo interdisciplinario en tiempos neoconservadores. *Diálogos de la Comunicación*, 32, 1-9.
- García Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. Grijalbo.
- González Esparza, V. (2015). ¿Hacia un nuevo mapa cultural? Prácticas y consumos culturales en México. *Razón y Palabra*, 88, 263-285.
- Guerrero, A. (2004). De las preocupaciones del rating a las preocupaciones de la civilización. En *Periodismo y Comunicación para todas las edades* (pp. 53-60). Cepsinger.
- Hernando, Á., y Phillippi, A. (2013). El desarrollo de la competencia mediática en personas mayores: una brecha pendiente. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, 124, 11-18.
- INE (2018). *Población que usa Internet (en los últimos tres meses). Tipo de actividades realizadas por Internet* (Estadístico 6.4; pp. 1-8). Instituto Nacional de Estadística. http://www.ine.es/jaxi/Datos.html?path=/t25/p450/base_2011/a2019/Io/&file=01002.px
- INE-AGESIC (2016). *Principales resultados Encuesta de usos de las tecnologías de la información y la comunicación* (pp. 1-44) [Estadístico]. INE-AGESIC. <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35933/Principales+Resultados+de+la+Encuesta+de+Usos+de+las+Tecnolog%C3%ADas+de+la+Informaci%C3%B3n+y+la+Comunicaci%C3%B3n+2016/d39637e9-a606-4084-ae3c-1d722df31b76>
- Inegi (2017). *Encuesta nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2017*. Inegi. http://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2017/otrtemecon/endutih2017_02.pdf
- Inegi (2018). *Encuesta nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2018*. Inegi. <http://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2018/default.html#Tabulados>
- Jocik-Hung, G., Taset-Álvarez, Y., y Díaz-Coral, I. (2017). Bienestar subjetivo y apoyo social en el adulto mayor. *OLIMPIA. Revista de la Facultad de Cultura Física de La Universidad de Gramma*, 14(46), 306-321.

- Martín Barbero, J. (2004). Comunicación y construcción social de las edades. En *Periodismo y Comunicación para todas las edades* (pp. 159-180). Cepsinger.
- Mattelart, A. (2002). *Historia de la sociedad de la información*. Paidós.
- Navarro, H., González, Z., Massana, E., García, I., y Contreras, R. (2012). El consumo multipantalla. Estudio sobre el uso de medios tradicionales y nuevos por parte de niños, jóvenes, adultos y personas mayores en Cataluña. *Quaderns Del CAC*, 15(1), 91-100.
- Román-García, S. Almansa-Martínez, A., y Cruz-Díaz, M. (2016). La competencia mediática de los inmigrantes digitales. *Comunicar*, 24(49), 101-109.
- Tronto, J. (2009). The political and social economy of care. *UNRISD. Conference on the Political and Social Economy of Care*.

Investigación de las subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez: estudios de caso en México, España y Uruguay: consideraciones finales

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

INTRODUCCIÓN

La pregunta rectora que orientó esta investigación colectiva, interdisciplinaria e internacional fue la siguiente: ¿cuáles son las configuraciones subjetivas / intersubjetivas y emocionales que están ligadas a las formas de colectivización del cuidado que promueven la equidad y el bienestar social en la vejez, en contextos diferenciados?

Esta ruta de indagación nos llevó a la realización de estudios de caso, con una fuerte carga etnográfica, en México, Uruguay y España. Los ejes centrales de la investigación fueron: a) los significados sobre la vejez, y su relación con la categoría de género, en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas; b) el consumo cultural y tecnológico en las personas mayores; c) la cultura emocional en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez; d) las personas mayores y sus espacios de cuidado; y e) la percepción de salud, emociones y bienestar psicológico de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas.

Los acercamientos a los distintos escenarios de investigación incluyeron entrevistas cualitativas individuales semiestructuradas y con enfoque biográfico, conversaciones etnográficas, grupos focales mixtos, así como grupos focales de hombres y mujeres, entrevistas a informantes expertos, revisión de documentos, registros visuales en fotografía y video y, por último, diarios de campo de cada uno de los investigadores participantes.

El capítulo sobre contextualización, elaborado por Margarita Maldonado, María Martha Ramírez y Rocío Enríquez, acerca de los

distintos casos abordados en los tres países, fue importante para situar a los sujetos de estudio, tanto espacial como temporalmente y en clave sociohistórica. La realización de trabajo de campo en escenarios en los que de manera permanente residen las personas mayores, así como en los centros de día, tanto del sector institucional como privado, y las organizaciones de la sociedad civil (OSC), nos abrió un panorama amplio y detallado de las formas en que operan las instituciones, al igual que de los procesos de significación por parte de mujeres y hombres mayores sobre la vejez, los cuidados, la emocionalidad implicada en ellos, y la relación con los espacios construidos y el entorno urbano o rural. Asimismo, fue posible conocer el consumo tecnológico de la población mayor y los contrastes entre los escenarios de investigación.

Los capítulos tres y cuatro, contruidos por María Martha Ramírez, Rocío Enríquez y Aimeé Espinosa, muestran una articulación para dar cuenta de los significados culturales sobre la vejez, considerando la categoría de género, el contar con recursos económicos limitados o amplios, la condición de institucionalización o no, y la contextualización de cada uno de los escenarios de investigación.

A partir de estas categorías, se trabajaron los materiales empíricos, por medio de codificación abierta, tomando en cuenta las formas de nombrar la etapa de la vida, la delimitación con respecto a la edad cronológica sobre esta etapa, las dimensiones sobre la vejez en lo social, político, cultural, corporal y emocional. Además, se trabajó la producción social de sentido de cada aspecto, y si llevan a la reproducción de estereotipos asociados a la vejez, o bien, informan sobre la transformación en esos códigos hacia formas de significar la vejez que promuevan procesos de envejecimiento saludable y de bienestar.

Como observan las autoras de estos dos capítulos, las formulaciones de códigos que orientan a la reproducción de estereotipos de la vejez, tanto en Uruguay como en México, siguen vigentes; en algunos casos, relacionados con el deterioro de la salud y los niveles diferenciados de dependencia para la gestión de la vida cotidiana. En México, se sigue asociando a la vejez como una etapa que imposibilita al sujeto continuar su desarrollo cognitivo / intelectual, así como físico / deportivo, laboral y recreativo. En España, según la particularidad del caso estudiado —cooperativa de vivienda de personas mayores—, hay

una resistencia explícita a seguir reproduciendo estereotipos, por lo que, más bien, se busca desmontarlos. Este proceso tiene que ver con nombrarse a sí mismos como cooperativistas y establecer desde ahí elementos identitarios centrales y de orden colectivo.

En los casos estudiados en los tres países están presentes nociones asociadas con la recompensa, el disfrute y el gozo en esta etapa de la vida, así como una mirada autorreflexiva y en clave biográfica que marca las posibilidades de decidir sobre la vida en esta fase, a partir de las formas en que se ha vivido en etapas anteriores.

Con matices diferenciadores en los casos estudiados en los tres países, se produce sentido acerca de la entrada a la etapa de la vejez. Por ejemplo, en Uruguay se es una persona mayor cuando hay situaciones de salud que marcan una disminución en la autonomía y la independencia. En México, un detonador central tiene que ver con lo laboral, es decir, con la posibilidad o no de permanecer económicamente activo cuando se requiere, que para un porcentaje mayor de la población es una necesidad ante las jubilaciones precarias, o bien inexistentes. En el caso español, hay una resistencia evidente al paradigma centrado en el déficit, con un esfuerzo colectivo y cotidiano por mantenerse en actividad y de manera saludable en los distintos aspectos de la vida.

A partir de un proceso de análisis inductivo y de codificación fina, se construyeron las *dimensiones de la vejez* y la centralidad de alguna, o algunas, en los casos estudiados. En la población adulta mayor, en México, así como en las personas que forman parte de su entorno, la dimensión relacional adquirió especial centralidad y estuvo relacionada con la importancia de la convivencia, de los cuidados mutuos entre las propias personas mayores. La *dimensión cultural*, y su correspondencia con espacios y escenarios de consumo cultural que promuevan un envejecimiento activo y saludable, fue relevante. La *dimensión emocional* también dotó de sentido esta etapa de la vida, a la cual significaron como fuerza emocional, resiliencia e independencia. En Uruguay, la *dimensión corporal*, tanto en los paisajes como en el análisis de las unidades de sentido, fue central y estuvo relacionada con el proceso de aceptación de los cambios corporales y la asunción cotidiana de las prácticas de autocuidado de la salud física. Con respecto a la *dimensión emocional*, destacó el valor propio

y la experiencia de felicidad. Una tercera dimensión tuvo que ver con lo *relacional*, como la posibilidad de participar en comunidad. Hay también un ejercicio reflexivo individual y en espacios sociales, de manera colectiva y organizada, para participar social y políticamente en la exigencia y el respeto a sus derechos. Por último, en el caso español, la *dimensión relacional* es en especial fuerte y se asocia con la compañía, las prácticas de compartir, y el diseño y puesta en marcha de actividades colectivas de distinta índole. Como sabemos, lo *relacional* es también emocional y, en esta dimensión, se establecen prácticas sociales para gestionar la soledad y favorecer la compañía, así como la afectividad recíproca desde el acontecer cotidiano. Por último, la *dimensión cultural* es notoria en este colectivo, que planea diversas prácticas culturales y artísticas asociadas al intercambio de saberes desde sus propias trayectorias biográficas y profesionales, que también funcionan como dispositivos para crear enlaces y formas de implicarse con la población en donde residen y con los distintos agentes de la región.

Como dejan entrever las autoras del cuarto capítulo, el análisis desde la categoría de género sobre la vejez permite visibilizar formas de subordinación y opresión que han permanecido en diversas sociedades; sin embargo, es también posible, a partir de acercamientos etnográficos, dar cuenta de los procesos de resignificación sobre esta etapa de la vida en clave de género, que muestra discursos y prácticas hacia una mayor equidad.

En México, los códigos que indican transformaciones, en los varones, tienen que ver con la aceptación de las limitaciones del envejecimiento; de igual forma, la asunción del retiro laboral y la existencia de un sentido de vida que incluye, en varias ocasiones, ser co-partícipes en las tareas de cuidado de sí mismos y de los otros. En el contexto uruguayo, los hallazgos marcan que la participación activa en el ámbito privado y público, junto con las mujeres mayores, así como una mayor capacidad para expresar sus afectos, gestionar sus emociones y sentirse valorados, han sido fundamentales. La división racional / emocional se desdibuja en varias de las narrativas masculinas, y aparece un ejercicio reflexivo que les implica en los procesos participativos comunitarios y organizacionales en defensa de sus propios derechos.

En el caso de las mujeres mayores mexicanas entrevistadas, que no viven en una institución ni forman parte de una OSC, aparece de manera clara la reproducción y saturación de cargas de cuidado en sus grupos domésticos. Asimismo, se observan situaciones de abandono familiar y preocupación por el deterioro en la imagen corporal. La angustia de tipo económica está relacionada con no contar con una pensión, situación con un alto porcentaje de la población adulta mayor femenina en México. Sin embargo, también hay narrativas que reflejan el establecimiento de límites de las mujeres mayores hacia su descendencia, para mitigar la sobrecarga de las tareas de cuidado. En el contexto uruguayo, emerge de manera notable el desarrollo de agencia de las mujeres mayores por mantenerse activas en las esfera social y política del país, y visibilizar así las demandas de esta etapa de la vida, con una perspectiva de género que se refleja en los avances en las políticas de cuidado para personas dependientes.

Los recursos económicos, limitados o amplios, fue también una categoría relevante que muestra diferencias en clave cualitativa con respecto a los contextos estudiados. La familia y las relaciones de parentesco prevalecen como el soporte económico y de cuidados principal en la mayoría de las mujeres y los hombres entrevistados. En Uruguay, hay una mayor certidumbre económica, asociada a un sistema de seguridad de corte universalista. La preocupación, en algunos casos, más bien tiene que ver con el cumplimiento de los requisitos por contar con los servicios que proporciona el Estado y sus instituciones. En el segundo capítulo, escrito por Margarita Maldonado, María Martha Ramírez y Rocío Enríquez, es posible constatar distintas políticas, programas y estrategias en Uruguay para las personas mayores, que reflejan un sistema de protección social más sólido que el mexicano. Para el caso estudiado en España, que es un espejo de una dinámica socioeconómica que prevalece en ese país, las personas mayores son, o pueden llegar a ser, el soporte económico principal para asegurar las condiciones de bienestar de su descendencia. Las y los cooperativistas entrevistados consideran que es prioritario poder resolver, por ellos mismos, su vejez con dignidad y desahogar a la descendencia de estas tareas de índole económica y cuidados en general.

El capítulo quinto, elaborado por Margarita Maldonado y Everardo Camacho, enfatiza elementos psicosociales de la percepción de la salud, las emociones y el bienestar psicológico en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de México y Uruguay; asimismo, establece interesantes relaciones con los hallazgos mostrados por Ramírez, Enríquez y Espinosa acerca de la relevancia de la dimensión relacional, en especial familiar, en el caso de las personas mayores en México. Los autores analizan emociones como la alegría, y encuentran que la fuente principal que detona esta emoción, al igual que la tristeza, son los vínculos y las dinámicas familiares, en específico los lazos familiares. No obstante, en el grupo de personas mayores institucionalizadas en Uruguay se observan otras fuentes detonadoras de emociones ligadas a la alegría, que no tienen su origen solo, o principalmente, con los vínculos familiares. Esto se debe a que las visitas familiares son menos frecuentes en las residencias para personas mayores en este país y a que hay mayor movilidad internacional, así como una base cultural con menor predominio familiarista con respecto a la mexicana.

Destaca también el papel de los centros de desarrollo comunitario en México, en especial los centros de día, que promueven la convivencia y el envejecimiento activo. Este tipo de lugares también fueron escenarios de investigación en Uruguay, aunque su presencia y desarrollo fue menor. Por otro lado, como señalan Ramírez, Enríquez y Espinosa, la población adulta mayor organizada, en el caso uruguayo, es mucho mayor, y hay una interlocución constante con las instituciones de gobierno para el cumplimiento de las distintas demandas y el respeto a los derechos en esta etapa de la vida.

La preocupación económica está presente sobre todo en las personas mayores que residen en su domicilio en México. Un hallazgo encontrado, tanto por Maldonado y Camacho, como por Ramírez, Enríquez y Espinosa, tiene que ver con una incertidumbre económica mayor, lo cual tiende a exacerbarse en las últimas etapas de la vida. De la misma manera, quienes tienen asegurada una residencia de estancia prolongada, en el caso uruguayo, muestran una mayor situación de tranquilidad económica y logran financiar este espacio con sus propios

recursos, de la familia y, en algunos casos, con apoyos y prestaciones del Estado.

En México, la respuesta del Estado es aún insuficiente en la atención de personas mayores en situación de vulnerabilidad que necesitan cuidados prolongados por situaciones de dependencia moderada o severa. Las familias, en sus distintos tipos de arreglos y expresiones, no cuentan con los recursos materiales, afectivos, instrumentales y simbólicos para hacerse cargo de manera exclusiva, o principal, de sus personas mayores. La respuesta del Estado y sus instituciones, así como del mercado y las comunidades, debe ser planeada, ejecutada y evaluada desde un esquema de corresponsabilidad que contemple el corto, mediano y largo plazo, bajo una perspectiva de derechos en general, con énfasis en el derecho universal al cuidado.

Los recuerdos y la memoria han sido abordados en clave interdisciplinar en esta obra colectiva, y los hallazgos al respecto muestran cómo la emocionalidad está encarnada en el recuerdo, el cual genera bienestar, tanto en lo individual como en lo colectivo. Los vínculos sociales construidos a través de los años, que han estado permeados por experiencias emocionalmente significativas y emparentadas con el disfrute, son los principales nutrientes para el envejecimiento saludable y el mantenimiento de estos lazos de apoyo social y recíproco.

En lo que toca a las personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en México y Uruguay, Maldonado y Camacho afirman que, a partir de los casos analizados, los mexicanos de los centros de desarrollo comunitario muestran una emocionalidad intensa y asociada a la familia, pero con un menor desarrollo reflexivo. Por otro lado, a partir del análisis de una residencia privada para personas mayores, destacan más reflexividad y, en general, mayor mantenimiento de sus vínculos familiares en la población mayor residente.

En el caso uruguayo, quienes viven en residencias para personas mayores, tanto privadas como públicas, ingresan a edades más avanzadas y cuando los niveles de deterioro físico, en muchas ocasiones, cognitivas, son evidentes. Es por esto, considero, que la expresividad emocional, así como los niveles de interacción social, en algunos casos, son menores con respecto a la población mexicana estudiada. En contraste,

la población adulta mayor uruguaya tiende a crear asociaciones y colectivos que les acuerpan para pronunciarse ante distintos actores de la arena social, en especial con los hacedores de políticas públicas en materia de salud, cultura y seguridad social. Sin duda, estos procesos de asociacionismo estarán cada vez más presentes en la población mexicana, pero es necesario colaborar de manera participativa, con el protagonismo de las personas mayores —sujetos reflexivos y con capacidad de agencia— para colocar en la agenda pública los temas que conciernen a este segmento de la población y requieren de manera urgente una mayor atención de la sociedad.

Enríquez y Ramírez ponen especial atención en la cultura emocional en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez y presentan marcas cualitativas diferenciadoras entre los escenarios de investigación analizados en México, Uruguay y España. Las autoras exponen que la presencia de vínculos anteriores, ya sea por amistad, parentesco o cercanía vecinal, entre otros, tienen un peso importante en la posibilidad de que se logre una cultura emocional que favorezca el cuidado colectivo. De igual manera, la existencia de una cultura comunitaria favorece que los cuidados sociales se den en las diversas formas que adquieren las vejeces en el contexto de las grandes ciudades o localidades rurales. Las autoras analizaron aquellas producciones de sentido que muestran emocionalidades que benefician los cuidados mutuos, recíprocos y colectivos, así como las emociones que desalientan las prácticas colectivas de cuidado en las personas mayores, y entre estas y los colaboradores en los lugares en donde residen, o en otros como los centros de día.

En los casos estudiados en México, las emociones que limitan la cultura de cuidado colectivo, analizadas en tanto unidades de sentido y a partir de su pesaje como especificidad cualitativa, fueron la intolerancia, la indiferencia y el orgullo, desde la perspectiva de la población adulta mayor. Por otro lado, el sufrimiento, la prepotencia y la soberbia, desde el punto de vista del personal, no favorecen la construcción de una cultura emocional de cuidados en colectivo.

El gusto, la satisfacción y la solidaridad son las emociones que desde la experiencia de los mayores abonan a cuidar o a recibir cuidados de los otros; mientras que el personal de los lugares reconoce la solidaridad,

el amor y la preocupación como emocionalidades que benefician el cuidado mutuo.

El cambio cultural hacia un cuidado colectivo que trascienda las fronteras familiares se gesta poco a poco, para lo cual es vital la generación de espacios comunitarios que promuevan la convivencia entre personas mayores, así como con otras generaciones. A partir de las prácticas sociales, en este caso de cuidado entre las personas, emana el deseo de estar al pendiente de sí mismo y de los otros, en clave recíproca. El cuidado, en su multidimensionalidad, sea emocional, simbólico, material, instrumental o espiritual, advierte de las distintas formas de transferencia y los actos recíprocos que pueden estar presentes en el aquí y el ahora, así como en espacios y temporalidades diversas a través de la reciprocidad de largo aliento intergeneracional. En este sentido, el cuidado, en su multidimensionalidad, puede ser ejercido por distintos sujetos a partir de diferentes requerimientos. Por ello, hablar de redes de cuidado y procesos de colectivización del cuidado es muy importante.

Por otra parte, los afectos no son exclusivos del ámbito familiar, ya que se materializan también en los vínculos que se construyen en organizaciones de la sociedad civil, como es el caso de la cooperativa para personas mayores en España, así como en espacios de larga estadía para población adulta mayor desde el ámbito público y privado, detallados en los capítulos elaborados por Enríquez y Ramírez.

De esta forma, estas autoras concluyen en que el cuidado humanizado, que implica la transferencia afectiva, es central para promover un envejecimiento y una vejez digna, desde los distintos escenarios de vida y en clave colectiva.

En el contexto uruguayo, la participación ciudadana en los centros diurnos tiene un papel importante debido a que, por medio de las actividades que han venido realizando con profesionales voluntarios y colaboradores de instituciones públicas, han sido escuchados e incluidos en la formulación de políticas públicas. En estos espacios, en los que el factor vecinal (cercanía residencial) es relevante, se generan redes de apoyo social y de cuidado que aportan a la solución de necesidades compartidas, en las que la emocionalidad es básica. Los hallazgos muestran la notabilidad de la alegría, la solidaridad y el sentirse bien

junto a los otros, para que estas iniciativas logren materializarse. Por otro lado, emociones como la soledad, el egoísmo, y aquellas asociadas con la ausencia de amistad, fueron expresadas en múltiples narrativas como elementos que desalientan el acompañamiento y el cuidado comunitario y colectivo.

Con respecto a las OSC conformadas por personas mayores en Uruguay, su participación social y política ha sido fundamental para colocar la problemática de la vejez en la agenda pública desde una perspectiva de derechos. Las emociones identificadas por las personas mayores que favorecen la promoción de una cultura afectiva en el tema de cuidados, han sido el disfrute y el gozo compartido a través del trabajo conjunto, así como el amor al comunicar sus experiencias biográficas, y la empatía ligada al sentido de pertenencia a una grupalidad.

En los residenciales de larga estadía, las emociones que se reconocen como facilitadoras del cuidado recíproco tuvieron que ver con la alegría de dar, la solidaridad y la preocupación por el otro. Por otro lado, como se señala en los capítulos de Enríquez y Ramírez, la soledad, el egoísmo y el orgullo aparecen como afectos que desalientan el quehacer colectivo y el cuidado entre las personas.

En el caso español estudiado, día a día se vive una cultura que transforma los cuidados hacia lo colectivo y comunitario. Esta emocionalidad es un vehículo para que la convivencia y la colaboración sigan desarrollándose. Las emociones que favorecen una cultura de cuidados colectivos son la solidaridad, la empatía, la generosidad, la amistad, la ilusión, el gusto, el amor, la felicidad, la confianza, el perdón, la esperanza, el cariño, la alegría, la tranquilidad, la ternura y el disfrute. Esta emocionalidad da soporte y alimento a la red de cuidados que han construido a través de los años en esta cooperativa de personas mayores. También fueron expresadas emociones que limitan el cuidado en colectivo, las cuales tienen que ver con la antipatía, la decepción, las emociones ligadas a la falta de solidaridad, el desgano, el rencor, el susto, la desconfianza, el fastidio, la insatisfacción, la molestia, el desánimo, el rechazo y la nostalgia. Este conjunto de emociones, que forman parte de una constelación situada social y espacialmente, muestra la riqueza y complejidad de las dinámicas socioemocionales

en espacios colectivos de cuidado recíproco entre personas mayores. La etnografía, realizada de forma intensiva y sistemática a lo largo de varias semanas, evidencia la viabilidad de proyectos de cuidado colectivo entre personas mayores, con un ingrediente central para su materialización: me refiero a la preexistencia de vínculos de amistad entre la mayoría de los que conforman estos espacios sociales, para así construir su forma de vivir cotidianamente un envejecimiento activo y saludable.

Como afirman Enríquez y Ramírez, el acercamiento sociocultural a las emociones relacionadas con el cuidado colectivo resalta cómo, en el caso de México, prevalecen formas de cuidado con un alto contenido familista. Se pudo también constatar, desde referentes empíricos específicos, la forma en que en algunas OSC se están gestando cambios culturales hacia esquemas de cuidado que enfatizan lo comunitario y colectivo.

Uruguay tiene un Estado con instituciones más fuertes, y un avance mayor en cuanto a políticas y programas de cuidado que advierten de la imprescindible corresponsabilidad en materia de cuidados con las personas mayores (en especial). En el caso español estudiado, hay un cambio cultural con respecto al cuidado, en donde prevalecen las prácticas solidarias, recíprocas y de ayuda mutua entre las y los cooperativistas, y también hacia los actores con los que conviven en el entorno social. Esta cultura emocional potencia también el envejecimiento activo y saludable en comunidad y genera un sentido de pertenencia e identidad que rebasa lo familiar y se asienta en lo comunitario, lo generacional, lo que da sentido de vida en esta etapa de la existencia.

Asimismo, Daniela Gloss señala que el acceso de la población adulta mayor a las TIC se ha incrementado de manera gradual. El material empírico analizado en este estudio le permite afirmar que los medios de comunicación tradicionales, como la televisión, la radio y el teléfono fijo, siguen prevaleciendo debido a elementos culturales y generacionales. El celular aparece como el dispositivo digital que la mayoría de las personas mayores utiliza para hacer llamadas telefónicas y enviar mensajes de texto. Sin embargo, las personas entrevistadas que residen cerca de sus familiares aseguran que contar con el acceso a tecnologías y dispositivos no sustituye la interacción cara a cara ni las atenciones y

el intercambio afectivo que de ella derivan. Por otra parte, para aquellos que tienen parientes en el extranjero, las llamadas telefónicas sí tienen un lugar privilegiado y de alto contenido emocional.

Gloss destaca la relevancia cada vez mayor del uso de las tecnologías por parte de las personas mayores: una minoría expresó interactuar mediante redes sociales o utilizar la computadora o la tableta en sus actividades cotidianas. Este dato evidencia áreas de posible desarrollo para las personas mayores, asociadas con sus condiciones de alfabetización, en particular en el caso de las personas con bajo nivel de escolaridad, así como sobre sus condiciones de alfabetización digital, considerando que la educación en igualdad de condiciones con otros sectores de la población es un derecho humano de las personas mayores. En este sentido, la educación de las personas mayores, así como la alfabetización digital, deberían considerarse dimensiones del cuidado social y colectivo.

Por su parte, Mendo y Vázquez afirman, a partir del análisis cuidadoso del material empírico, que las condiciones de habitabilidad espacial de los espacios de cuidado en la vejez (calidad arquitectónica del entorno) son elementos importantes para la satisfacción residencial, pero no resultan ser un factor central. De esta forma, la interacción entre las personas y la subjetividad compartida, que incluye sin duda el intercambio afectivo, son los procesos socioemocionales que dan lugar a la apreciación positiva. Este hallazgo tiene puntos de coincidencia con las formulaciones elaboradas por Maldonado y Camacho, así como por Enríquez y Ramírez.

Mendo y Vázquez afirman:

Nuestra investigación apunta a que la buena o baja habitabilidad objetivable de los espacios de cuidado geriátrico contribuye de forma tangencial a la construcción simbólica de la satisfacción con el contexto material en que se vive, pues aspectos diversos y aleatorios —todos de orden psicosocial— influyen de manera más determinante en la evaluación subjetiva del bienestar percibido. Cada uno de los escenarios empíricos aquí analizados difiere entre sí: edificios con la más avanzada arquitectura; construcciones incompletas y deficientes; espacios equipados con accesorios especializados;

y los hay carentes de lo básico; pero, la apreciación subjetiva de ellos varía de forma sorprendente.

En este sentido, afirman que la construcción de experiencias significativas, con una grata valoración subjetiva, en un lugar específico, contribuye a la apropiación simbólica del espacio y a la satisfacción residencial, en consecuencia. Además, entre los cambios estructurales que suscitan los vaivenes de la dinámica financiera internacional, se registran contracciones en las capacidades gubernamentales para mantener el gasto público destinado a los sistemas de protección social; se percibe una creciente oferta de servicios y bienes inéditos que abren nichos de actividad comercial poco explorados, y se observa una mayor incursión de actores sociales organizados en la solución de demandas colectivas insatisfechas por dependencias estatales y agentes privados.

En coincidencia con las y los autores de los capítulos anteriores, Mendo y Vázquez apuntan que en Iberoamérica vienen reconfigurándose los espacios de vida en donde transcurre el cuidado de la vejez, cuestión que implica, entre otras cosas, la introducción de nuevos criterios administrativos en la gestión de instituciones asistenciales, la promoción de negocios empresariales de nuevo cuño en materia gerontológica, y la construcción y el equipamiento de edificios con novedosos componentes espaciales, mobiliario e instalaciones. En pocas palabras, Estado, mercado y sociedad civil despuntan por sus novedosos roles como protagonistas del sector sociosanitario.

Por último, suscribo la publicación de la CEPAL (2022), en donde se plantea la impostergabilidad de una sociedad del cuidado que incluya tanto a las personas, sobre todo mayores, como al planeta y, desde una perspectiva de género, generacional y de respeto a los derechos humanos.

la sociedad del cuidado se presenta como un estilo de vida alternativo y propositivo, una forma de organización que ubica la sostenibilidad de la vida como el objetivo prioritario que, a su vez, permita desatar los nudos estructurales de la desigualdad de género (p.17).

Los cuestionamientos frontales a los regímenes de bienestar social que depositan el cuidado y la sostenibilidad de la vida, de manera especial y casi exclusiva en las mujeres y las familias en la región latinoamericana (Bathýány, 2015; Barba, 2018; Fraga, 2018), son fundamentales para repensar e imaginar un nuevo pacto social que ponga al centro a las personas y a su entorno socioambiental y, desde ello, generar una mayor equidad entre los distintos agentes del bienestar.

El cambio cultural es fundamental para promover las relaciones de cuidado en igualdad de género, en solidaridad intergeneracional y desde un marco ético y moral, que permita la sostenibilidad de la vida para esta y futuras generaciones. La dimensión emocional del cuidado, en su clave ética, tiene un lugar central en la construcción de sentidos que enfatizan los procesos colectivos y sociales de cuidado y, especialmente, para las personas mayores.

REFERENCIAS

- Barba, C. (2018). Liberalismo y universalismo en tensión: 25 años de reformas sociales en los regímenes de bienestar latinoamericanos. En C. Midaglia, G. Ordóñez y E. Valencia (Coords.), *Políticas sociales en América Latina en los inicios del siglo XXI* (pp. 75–108). Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte/CLACSO.
- Bathýány, K. (2015). *Las políticas del cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias generales*. Santiago de Chile: CEPAL (serie Asuntos de Género núm. 24).
- CEPAL (2022). *La sociedad del cuidado. Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Fraga, C. (2018). *Cuidados y desigualdades en México: una lectura conceptual*. México: Oxfam.

Acerca de las autoras y los autores

Everardo Camacho Gutiérrez es doctor en Análisis del Comportamiento por el Centro de Estudios e Investigación en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara, profesor investigador emérito y miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I. Sus líneas de investigación son: estrés y salud; adultos mayores y calidad de vida; impacto psicosocial de la pandemia del covid-19; y comportamiento social y relaciones de poder. Entre sus publicaciones recientes están: ¿Facilitar o estimular?, en *Clavigero* (2020); Universidad y sociedad: la psicología aprendida mediante colaboraciones (2021); Psicología basada en la evidencia en tiempos del covid en México, y Efecto de la pandemia en hábitos de vida y salud mental: comparación entre dos universidades en México, en *Psicología Iberoamericana* (2021).

Rocío Enríquez Rosas es doctora en Ciencias Sociales por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Occidente), profesora investigadora numeraria del Departamento de Estudios Socioculturales del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Sus líneas de investigación son: subjetividad, emociones y cuidado; género, familias y bienestar social; y pobreza, desigualdad y política social. Ha participado como coordinadora de los libros *Vejez y envejecimiento. Una aproximación interdisciplinaria* (2019); *Los procesos corpoemocionales en los estudios de género y sexualidades* (2022); *Entramados emocionales: cuidados, vivencias y redes sociales virtuales* (2022). Algunos capítulos de su autoría son *De la féminisation a la collectivisation des prestations de soin. Les programmes sociatx pour personnes âgées á Guadalajara* (2017); *El cuidado mutuo en las parejas adultas y adultas mayores contemporáneas. Hacia una caracterización de los debates* (2019); *Cultura emocional del cuidado en la vejez: análisis de narrativas* (2019); y, en coautoría, *Rasgos y contrastes en las familias de hogares con hijos*

en infancia media en el área metropolitana de Guadalajara (2020); *Redes de cuidado: género, generación y participación parental en familias con hijos en infancia media*. Es coautora del artículo *Conyugalidad, género y cuidado en la pareja en tiempos de covid-19*, en las áreas metropolitanas de Colima y Guadalajara, México, publicado en la revista *Encartes* (2022), y autora del libro *Cuidado recíproco y constelaciones emocionales en la pareja* (2022).

Aimeé Viridiana Espinosa Martínez es maestra en Gerontología por la Universidad de Guadalajara y licenciada en Psicología por el ITESO. Es psicóloga en el Centro Metropolitano del Adulto Mayor, enfocada a la atención a la violencia intrafamiliar hacia personas adultas mayores. Colaboró en el proyecto de investigación “Subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: estudio comparativo México, España, Uruguay”, coordinado por Rocío Enríquez. Su línea de trabajo se orienta a las emociones en el envejecimiento.

Daniela Mabel Gloss Nuñez es doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Guadalajara, con enfoque en estudios sobre cuerpos, territorio y emociones, maestra en Comunicación de la Ciencia y la Cultura por el ITESO, y académica e integrante del programa de investigación del Centro Interdisciplinario para la Formación y Vinculación Social del ITESO. Coordina el proyecto de investigación “Política de los cuidados: las luchas de las mujeres por la defensa de territorio en Jalisco”. Sus temas de interés son: emociones, cuidados y conflictividad socioambiental, y apropiación del espacio y apego al lugar, consumo cultural y comunicación comunitaria. Entre sus publicaciones se encuentran: *A day to day resistance: Knowledge production in defense of place struggles led by women in El Salto, Jalisco, México* (2023); *Defensa del territorio y disrupción del apego al lugar: el caso el Salto y Juanacatlán, Jalisco* (2022); *Reclaiming the right to become Other–Women in Other–places: The politics of place of the Ecologist Women of La Huizachera Cooperative, Mexico* (2017); *Hacia una diversidad de formas de producir y defender el lugar: el caso de la Cooperativa Mujeres Ecologistas de la Huizachera* (2016).

Margarita Maldonado Saucedo es doctora en Ciencias del Desarrollo Humano por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa) y tiene una especialidad en Gerontología por la Universidad del Norte de Texas. Desde 1989 a la fecha, ha sido docente en el ITESO. Su línea de investigación actual es: el bienestar subjetivo en el adulto mayor en situación de pobreza. Ha participado con diferentes investigadores en proyectos nacionales e internacionales sobre temas de envejecimiento. Ha publicado en revistas nacionales e internacionales y participado en congresos nacionales e internacionales sobre envejecimiento. Colaboró en el proyecto de investigación internacional “Subjetividades, emociones y procesos de colectivización del cuidado en la vejez: estudios de caso en México, España y Uruguay”, financiado por el ITESO (FAI-DIP-DGA).

Alejandro Mendo Gutiérrez se desempeñó como profesor investigador de tiempo completo en el Departamento del Hábitat y Desarrollo Urbano del ITESO, desde 1994 hasta su reciente jubilación. Durante su labor universitaria, impartió docencia en niveles de licenciatura, maestría y doctorado; impulsó la vinculación del ITESO con instancias locales, nacionales y extranjeras del sector asentamientos humanos, además de desarrollar proyectos de investigación sobre sustentabilidad urbana, gestión social del hábitat y metropolización, temas sobre los que ha publicado diversos trabajos científicos. Fue miembro fundador del Observatorio Metropolitano de Guadalajara (2003) y presentó resultados de su trabajo en diversos foros urbanos mundiales organizados por Hábitat-ONU. Participó por diez años en el Consejo Estatal de Desarrollo Urbano de Jalisco, y en 2014 fue el primer presidente electo del Consejo Ciudadano Metropolitano de Guadalajara. En 2018, su alma máter lo distinguió como profesor numerario, y en 2022 recibió un doctorado honoris causa de una universidad nacional.

María Martha Ramírez García es doctorante en Ciencias del Desarrollo Humano por la Universidad del Valle de Atemajac (Univa), maestra en Comunicación de la Ciencia y la Cultura, y licenciada en Psicología por el ITESO, así como profesora titular del Departamento de Psicología, Educación y Salud del ITESO. Realizó proyectos de

investigación para el Instituto Jalisciense del Adulto Mayor (IJAM) y colaboró en otros como: “Subjetividades y emociones en los procesos de colectivización del cuidado en la vejez y bienestar social: estudio comparativo México-España-Uruguay”, y “Laboratorio del Hábitat para las Personas Mayores” (2019–2025). Entre sus publicaciones, destaca su línea de interés y de trabajo relacionada con: vejez, envejecimiento, cuidado, emociones, trastornos neurocognitivos y desarrollo humano. Es integrante de la Sociedad de Gerontogeriatría del Estado de Jalisco, AC, miembro del Consejo de Ciudades Amigables con los Adultos Mayores en el municipio de Tlajomulco (2021–2023) y presidenta del Consejo Ciudadano Guadalajara Ciudad Amigable con las Personas Adultas Mayores (2021–2023).

Elba Karina Vázquez Garnica es doctora en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, y profesora de tiempo fijo en el ITESO. Su línea de trabajo se orienta al cuidado de la casa común, de los demás y personal, campo en el que ha colaborado en la realización de estudios interdisciplinarios. Actualmente, se desempeña en la exploración, la documentación y el desarrollo de experiencias de formación en el cuidado social-ambiental en el ámbito de la educación superior. Algunas de sus publicaciones son: Movilidad personal de adultos mayores residentes en barrios precarios (2019); La construction sociale de la dépendance des personnes âgées pauvres dans la région métropolitaine de Guadalajara (Mexique) (2014), y Emociones de ancianos beneficiarios de programas sociales en la metrópoli de Guadalajara (2008).

Cuidado colectivo y personas mayores.
Estudios de caso en México, España y Uruguay

se terminó de imprimir en noviembre de 2023
en Gráfica Premier, 5 de febrero 2309,
San Jerónimo Chicahualco, Metepec,
Estado de México, CP 52170

La edición estuvo al cuidado de la
Oficina de Publicaciones del ITESO.



Everardo Camacho Gutiérrez • Rocío Enríquez Rosas
Aimeé Viridiana Espinosa Martínez • Daniela Mabel Gloss Nuñez
Margarita Maldonado Saucedo • Alejandro Mendo Gutiérrez
María Martha Ramírez García • Elba Karina Vázquez Garnica

Hoy en día, una persona puede llegar a vivir más de ochenta años. Sin embargo, las maneras de envejecer son profundamente heterogéneas y están marcadas por múltiples desigualdades.

El envejecimiento poblacional, que en 2030 alcanzará a 1,400 millones de personas, repercute en la organización de las familias, los vínculos intergeneracionales y las dinámicas laborales.

Implica también ajustes en los organismos gubernamentales y sociales relacionados con pensiones, salud, finanzas, protección social, educación, vivienda y transporte, entre otros.

Los esfuerzos para lograr un envejecimiento saludable en las sociedades actuales deben dirigirse hacia una concepción del cuidado como un derecho universal, responsabilidad del estado, pero también de ambos sexos.

Con el objetivo de promover políticas que favorezcan la viabilidad del cuidado cotidiano y a largo plazo, así como relaciones más equitativas entre géneros y generaciones, en este libro se profundiza en los hallazgos de una investigación que recurrió a estudios de caso desplegados en escenarios nacionales e internacionales, específicamente en Uruguay y España.

En sus diez capítulos, se examina la situación de las personas mayores y sus demandas de cuidado, las diversas exigencias al cuidar de los otros y los códigos culturales que involucran esta función.

Propone, por tanto, un diálogo sobre la inminente necesidad de generar cambios sobre las formas de pensar, sentir y actuar respecto al proceso del envejecimiento y la vejez.

