



# PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER ADULTA MAYOR

MARÍA DE LA LUZ MARTÍNEZ MALDONADO  
VÍCTOR MANUEL MENDOZA  
EDITORES



# PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER ADULTA MAYOR

Ma. de la Luz Martínez Maldonado  
Víctor Manuel Mendoza Núñez  
Editores



**Secretaría de Salud**

**Mercedes Juan López**  
**Secretaria de Salud**

**Instituto Nacional de Geriátría**

**Luis Miguel Gutiérrez Robledo**  
Director General

**Flor María Ávila Fematt**  
Directora de Enseñanza y Divulgación

**Carmen García Peña**  
Directora de Investigación

**Promoción de la salud de la mujer adulta mayor**

Primera edición: Octubre de 2015

D.R. © **Instituto Nacional de Geriátría**  
Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 2767,  
San Jerónimo Lídice, México, D.F. 10200

ISBN versión impresa: 978-607-460-490-0

ISBN versión e-book: 978-607-460-489-4

Editores: Ma. de la Luz Martínez Maldonado y  
Víctor Manuel Mendoza Núñez

**[www.geriatria.salud.gob.mx](http://www.geriatria.salud.gob.mx)**

Cuidado editorial: Ma. de la Luz Martínez Maldonado

Formación: Gustavo Maldonado Pérez

Ilustraciones: Gustavo Maldonado Pérez

Impreso y hecho en México

Datos de catalogación bibliográfica

Martínez Maldonado, Ma. de la Luz y  
Mendoza Núñez, Víctor Manuel. Eds.

**Promoción de la salud de la mujer adulta mayor**

Primera edición

Instituto Nacional de Geriátría, México, 2015

ISBN versión impresa: 978-607-460-490-0  
ISBN versión e-book: 978-607-460-489-4

Lineamientos y estrategias para la implementación de acciones de promoción de la salud desde la perspectiva de género, dirigidas especialmente a las mujeres adultas mayores.

Formato: 21 × 28 cm Páginas: 232

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación e información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

# Índice

<b>Presentación</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1</b> <b>Envejecimiento humano: Un marco conceptual para la intervención comunitaria</b> Víctor Manuel Mendoza Núñez	<b>13</b>
<b>Capítulo 2</b> <b>Cómo cambia nuestro cuerpo cuando envejecemos</b> Víctor Manuel Mendoza Núñez Ma. de la Luz Martínez Maldonado	<b>41</b>
<b>Capítulo 3</b> <b>Envejecimiento y perspectiva de género</b> Otilia Aurora Ramírez Arellano	<b>75</b>
<b>Capítulo 4</b> <b>Envejecimiento, mujeres y discriminación</b> Marissa Vivaldo Martínez	<b>99</b>
<b>Capítulo 5</b> <b>Desarrollo humano y capacidades de la mujer adulta mayor</b> Cuauhtémoc Sánchez Vega Ma. de la Luz Martínez Maldonado	<b>113</b>
<b>Capítulo 6</b> <b>Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores</b> Ma. del Consuelo Chapela Mendoza	<b>139</b>
<b>Capítulo 7</b> <b>Estrategias para la promoción de la salud de la mujer adulta mayor</b> Juan Pablo Vivaldo Martínez Ma. de la Luz Martínez Maldonado	<b>163</b>
<b>Capítulo 8</b> <b>Promoción de la salud de la mujer que cuida</b> Cuauhtémoc Sánchez Vega Marissa Vivaldo Martínez	<b>197</b>
<b>Glosario</b>	<b>225</b>



## Presentación

Uno de los hechos más significativos de este siglo ha sido la progresiva longevidad de la población. Esto representa una serie de retos en niveles tan variados y diversos como la salud, el trabajo, la educación, la cultura, los procesos de producción económica y el desarrollo de políticas públicas e institucionales dirigidas a satisfacer las necesidades y demandas de la población de personas que envejecen.

Por otro lado, el significado que cada persona otorga al hecho de vivir más años también es fundamental. Como señala Freixas (2009), no es lo mismo envejecer siendo mujer que siendo hombre, como tampoco siendo miembro de un país europeo o uno latinoamericano, o habiendo

disfrutado de una buena educación, con acceso a la cultura y a los sistemas de salud, con actividad profesional y relaciones afectivas e interpersonales, que vivirlo en soledad, maltrato, pobreza o con enfermedades.

En 2014 se informó que en México había 11.7 millones de personas mayores de 60 años (9.7% de la población total). Asimismo, se constató que la esperanza de vida promedio a los 60 años fue de 22 años.

Las mujeres viven más en todo el mundo, su esperanza de vida sobrepasa algo más de 5 años a la de los hombres. Sin embargo, ellas no disfrutaban necesariamente de un

envejecimiento más satisfactorio que sus compañeros, sobre todo si tomamos en cuenta los diversos indicadores de bienestar psicosocial, en los que se sitúan en clara desventaja. Al respecto, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2010) reportó las siguientes desventajas de este grupo:

- Rezago educativo, 66.2%
- Sin acceso a los servicios de salud, 26.3%
- Sin acceso a la seguridad social, 28.8%
- Carencia en la calidad y en los espacios en la vivienda, 10.4%
- Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, 16.3%
- Carencia por acceso a la alimentación, 21.4% (INGER, 2014)

A la luz del contexto demográfico, durante las últimas décadas los organismos internacionales se han visto en la necesidad de plantear nuevas estrategias para enfrentar los retos que demanda el cambio en la conformación de la población. Es así que surge el Envejecimiento Activo

(EA) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se plantea como una forma alternativa de mirar el envejecimiento, la vejez, las estrategias de trabajo y las intervenciones en torno al grupo de las personas que envejecen.

La OMS a finales de los años 90 propuso el concepto de envejecimiento activo definiéndolo como: “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de que los viejos tengan mejor calidad de vida”. Este concepto enfatiza la importancia de actividades que tienen que ver con la participación continua de los adultos mayores en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos. Tomó como fundamento los derechos humanos de la gente mayor, considerando como esenciales los principios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorealización. Este enfoque se ha difundido ampliamente en los discursos internacionales y nacionales, y ha sido retomado por la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).



El libro Promoción de la salud de la mujer adulta mayor es precisamente producto del estudio y la experiencia de dicha Unidad en el campo de la Gerontología Comunitaria.

El propósito de este texto es proporcionar a las y los promotores de salud, desde una perspectiva de género, los conocimientos, estrategias y acciones que les permitan transferir la metodología de desarrollo de capacidades para que contribuyan a la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres que envejecen.

El texto está conformado por ocho capítulos que incluyen la información para que, a través de una lectura ágil, las y los lectores dispongan de los lineamientos y estrategias, adaptables a diferentes contextos, para la implementación de acciones de promoción de la salud desde la perspectiva de género, dirigidas a mujeres adultas mayores con el fin de lograr que se empoderen.

El primer capítulo **Envejecimiento humano. Un marco conceptual para la intervención comunitaria**, tiene como propósito presentar un breve análisis del concepto de envejecimiento humano y del marco conceptual que ha adoptado la

Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, para los programas de intervención de gerontología comunitaria durante dos décadas. Se revisan los conceptos de envejecimiento, vejez, salud, envejecimiento saludable, envejecimiento activo y el modelo de núcleos gerontológicos.

El segundo capítulo, **Cómo cambia nuestro cuerpo cuando envejecemos**, tiene como objetivo que la lectora o el lector dimensione la parte biológica del envejecimiento, desmitifique su visión deficitaria y conozca las posibilidades que se tienen durante la vejez, para que aun con los cambios que se presentan la persona que envejece pueda continuar con su desarrollo personal y social.

En el capítulo **Envejecimiento y perspectiva de género**, tercero del documento, la autora proporciona un marco conceptual para comprender la categoría de género en el ámbito del envejecimiento. Argumenta que al tratarse de una construcción social, el género posee la cualidad de la deconstrucción, es decir, que a través de la estrategia de hacer consciente la socialización de género se pueden modificar actitudes y comportamientos que

las personas consideren obstáculos para efectuar integralmente sus proyectos de vida.

El cuarto capítulo, **Envejecimiento, mujeres y discriminación**, analiza el papel que la discriminación tiene en la vida individual y colectiva. La autora plantea que todos somos diferentes, que nuestras características físicas, emocionales, sociales, económicas, étnicas, de preferencias sexuales, ideológicas, entre otras, varían. Sin embargo, nuestra sociedad tiene una necesidad altamente negativa de homogeneizarnos en un todo que ignora la diversidad. Particularmente, destaca la discriminación que las mujeres sufren en razón de ideas distorsionadas que las han considerado como seres inferiores física, mental y moralmente, y esto se acentúa aún más cuando envejece. Finalmente, nos invita a promover información basada en evidencia que nos permita entender que el envejecimiento es un proceso natural y la vejez una etapa en la que existen posibilidades reales de desarrollo.

El quinto capítulo, **Desarrollo humano y capacidades de la mujer adulta mayor**, es una invitación a reflexionar sobre el escenario en el que convergen el proceso natural de

envejecimiento, la experiencia de vivir en un cuerpo de mujer y envejecido, la influencia de las normas de género en la historia de vida de las mujeres que envejecen y las posibilidades de vivir una vida humanamente digna.

**Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores**, es el sexto capítulo de este texto. Lo que se pretende con este capítulo es reflexionar y aprender sobre las acciones que se pueden tomar en cuenta para cambiar la manera en que se promueve la salud de las mujeres en proceso de envejecimiento. Asimismo, se reflexiona sobre la importancia de que el equipo de salud desarrolle sus capacidades humanas individuales y colectivas, en pro del empoderamiento de las mujeres adultas mayores.

El capítulo siete, **Estrategias para la promoción de la salud de la mujer adulta mayor**, se enmarca dentro del Envejecimiento Activo (EA), que busca una forma diferente de mirar el envejecimiento, la vejez, las estrategias de trabajo y las intervenciones en torno al grupo de las personas que envejecen, para de esta manera concebir la vejez como “una etapa menos pasiva,

más dinámica, creativa y saludable”. El autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión constituyen las herramientas para promover la salud de las mujeres que envejecen, a partir de estos tres elementos se pretende que ellas se empoderen, tomen decisiones y desarrollen sus capacidades y potencialidades para vivir saludablemente.

Finalmente, el capítulo **Promoción de la salud de la mujer que cuida**, busca hacer visible la relevancia social del trabajo de cuidado y el papel de la mujer cuidadora en la familia, la comunidad y la sociedad. Los autores pretenden crear conciencia sobre la importancia de desarrollar capacidades en las mujeres cuidadoras para enfrentar los cambios emocionales, físicos, familiares, económicos y sociales derivados de realizar esta labor, así como detectar y prevenir signos de agotamiento mediante estrategias de planeación y autocuidado.

El texto en su conjunto tiene la intención de servir como herramienta para ser utilizada por equipos de promotores de la salud, en colaboración, ya sea con personal de salud o con la propia comunidad, cuidadores y personas adultas mayores, para resignificar el papel que tienen

las mujeres adultas mayores en la sociedad y continúen desarrollando sus capacidades y construyan futuros para una vejez saludable.

Finalmente, es necesario mencionar que si bien el término personas adultas mayores es el que se usa normativamente en México para referirse a las personas de 60 años y más, en este documento se usan indistintamente las palabras viejo/vieja y anciano/anciana porque se refieren al mismo grupo de edad y porque nos interesa restar a esos términos la carga negativa que innecesariamente se les ha atribuido y, en última instancia, fueron las que se utilizaron hasta hace muy poco para referirse precisamente a las personas de esa edad.



## Capítulo 1

# Envejecimiento humano: Un marco conceptual para la intervención comunitaria

**Víctor Manuel Mendoza Núñez**

Profesor de la FES Zaragoza, UNAM

El concepto de envejecimiento humano no es uniforme, por lo que resulta indispensable que en los trabajos de investigación y de intervención comunitaria en el ámbito gerontológico se precise la definición que se está asumiendo, considerando el enfoque y marco de referencia en el que se sustenta.

En este capítulo se presenta un breve análisis del concepto de envejecimiento humano y del marco conceptual que ha adoptado la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, para los programas de intervención de gerontología comunitaria durante dos décadas.

### Envejecimiento humano

El humano es un ser complejo en el que se conjugan y complementan elementos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales son interdependientes. Por lo tanto, el envejecimiento humano es diferente al envejecimiento celular, de un órgano o un sistema. Asimismo, no se debe limitar el concepto al solo hecho del paso del tiempo, ya que tal como lo señala Leonard Hayflick (1999) “no es el simple paso del tiempo; sino la manifestación de acontecimientos biológicos que ocurren durante un lapso de tiempo, lo que caracteriza el envejecimiento”, de ahí que “el envejecimiento ocurre en el tiempo, pero no por el paso del tiempo”. En este sentido, la mayoría

de las células que existen ahora en nuestro cuerpo no existían hace cinco o diez años, incluso dos días atrás, y esto sucede durante todas las etapas de la vida (niños, adultos y viejos). De ahí que las células que se renovaron y reemplazaron por otras nuevas en la última década son más jóvenes en todas las edades, incluyendo la vejez, la pregunta paradójica sería ¿si la mayoría de las células de las personas envejecidas van cambiando por el paso del tiempo y por lo tanto son más jóvenes, entonces los viejos rejuvenecemos por el paso del tiempo?, por supuesto la respuesta es no (Mendoza-Núñez, 2013).

En este contexto definimos envejecimiento humano como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales, propiciadas por la carga genética y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta la persona a lo largo de su historia en un ambiente determinado”. (Sánchez-Rodríguez y Mendoza-Núñez, 2003).

No existe consenso en el ámbito gerontológico respecto a la edad de inicio del envejecimiento (Gutiérrez-Robledo, 1999), aunque algunos autores con un enfoque limitado al tiempo establecen que el envejecimiento inicia desde el nacimiento e incluso desde la concepción, también se ha señalado que es entre los 18 y 22 años cuando deja de producirse la hormona del crecimiento. Asimismo, se ha popularizado la propuesta de que el envejecimiento inicia alrededor de los treinta años, porque a esa edad se empieza a deteriorar nuestro programa genético y comienzan los cambios corporales que configuran las características físicas del envejecimiento.

Con fines de intervención comunitaria nosotros asumimos que el envejecimiento se inicia a partir de la quinta década de la vida, alrededor de los 45 años edad, ya que en esa etapa de la vida se presentan cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales patentes relativos al envejecimiento en la mayoría de la población (Jones, et al., 2002; Mendoza-Núñez, 2013). Esto no quiere decir que desconozcamos que el envejecimiento humano es un proceso complejo, multidimensional y multifactorial, y por lo tanto



A mis 45 años me siento bien y estoy informada sobre los cambios que presentaré con la menopausia y el envejecimiento.



Gracias a los cuidados y oportunidades que he tenido, a mis 60 años estoy disfrutando esta nueva etapa de mi vida



Mi experiencia y conocimiento a los 75 años ha sido gran utilidad para mi familia y la comunidad.



Tengo 85 años y gracias a los cuidados y participación social que he tenido soy funcional e independiente.

individualizado, no obstante se debe asumir un punto de corte de la edad de inicio del envejecimiento para la implementación de programas sociales y comunitarios (Mendoza-Núñez, 2007).

## **Envejecimiento biológico**

Desde el punto de vista biológico se establece que el envejecimiento

es universal, intrínseco, progresivo y deletéreo, afectando la eficiencia de todas las funciones fisiológicas. En términos generales, con el envejecimiento se presenta una disminución en la capacidad para mantener el equilibrio homeostático ante las demandas endógenas y exógenas a las que se ve expuesto el organismo (Viña et al., 2007).

Se han descrito algunas características comunes al envejecimiento

### **Cuadro 1. Características del envejecimiento biológico**

<b>Característica</b>	<b>Descripción</b>
<b>I. Mortalidad</b>	Se ha descrito un crecimiento exponencial de la tasa de mortalidad después de la etapa de madurez.
<b>II. Cambios de la composición bioquímica de los tejidos</b>	Disminución en la masa muscular y ósea con el envejecimiento, incremento del tejido adiposo, desarrollo de depósitos de lipofucsina (pigmento del envejecimiento) y entrecruzamiento con las proteínas estructurales como el colágeno, debido a procesos como la oxidación y la glucosilación.
<b>III. Decremento progresivo en la capacidad fisiológica</b>	Se ha documentado que existe un disminución en la respuesta y reserva fisiológica con el envejecimiento, aun cuando no se presenten enfermedades crónicas. Se ha observado una disminución de la respuesta eficiente y eficaz para mantener la homeostasis ante los estímulos ambientales.
<b>IV. Vulnerabilidad a la enfermedad</b>	Los cambios en la función de muchos tipos celulares limitan la función de tejidos y órganos incrementando el riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles.



biológico (Cuadro 1) (Troen, 2003), no obstante, se ha reconocido que con el envejecimiento se logra una adaptación y resistencia a los factores que generan alteraciones fisiológicas o enfermedad a través de un mecanismo biológico denominado hormesis, el cual se ha relacionado con la vida saludable, independiente y autónoma durante esta etapa, así como mayor longevidad (Rattan, 2001). También durante el envejecimiento se desarrollan una plasticidad neuronal, emocional y corporal que contribuyen a la conformación de la Reserva Humana (cognitiva, corporal y emocional) que determina en gran medida las características individuales y tipo de envejecimiento (Zarebski, 2011).

## **Envejecimiento psicológico**

Los cambios y capacidades cognitivas y psicoafectivas que se presentan durante el proceso de envejecimiento son determinados por la conjunción del envejecimiento cerebral y factores de índole social como la escolaridad, ocupación, jubilación, género, situación económica, exclusión social y duelo, entre otros.

El proceso es gradual y adaptativo, por lo que no se deben aceptar como normales los problemas de memoria que afectan la vida cotidiana, sobre todo en el grupo de viejos-jóvenes. Tampoco se debe asumir que con el envejecimiento disminuye la capacidad de aprendizaje, ya que si se utiliza la metodología y técnicas de enseñanza acordes con los cambios cognitivos, los intereses y características socioculturales de la población, las personas en proceso de envejecimiento mantienen esta capacidad. Asimismo, no se debe considerar la presencia de depresión como una característica inherente al envejecimiento.

## **Envejecimiento social**

Como se señaló anteriormente, el envejecimiento es individualizado, y está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Por tal motivo debemos tener una visión multidimensional que permita integrar de manera holística todos los elementos que están involucrados en el proceso.

El envejecimiento ocurre en una cultura específica, en la que intervienen elementos económicos, polí-

ticos y psicosociales, además de los factores biológicos inherentes al individuo, de ahí que no se deben generalizar ni extrapolar las características del envejecimiento y la vejez, como si ocurrieran de manera similar en todos los individuos y contextos.

Así, el envejecimiento y la vejez serán diferentes en la población europea en comparación con la asiática, la norteamericana y la latinoamericana; por otro lado, los individuos del área rural y urbana mostrarán características distintas, al igual que los grupos étnicos de cada región. Por eso la necesidad de contextualizar el envejecimiento y la vejez, considerando los elementos antes señalados (Golant, 2003).

El envejecimiento humano está inmerso en contextos sociales y temporales, por lo que es determinado en gran medida por la cultura, las políticas sociales y económicas. De ahí que el envejecimiento poblacional se perciba de manera diferente dado el enfoque social, económico y político con que se visualice, considerándolo desde una carga social y económica hasta un capital social para el desarrollo de la propia población envejecida (Gray, 2009) (Figura 1). En este sentido, definimos el

Desarrollo Integral Gerontológico como el proceso mediante el cual las personas desarrollan sus capacidades humanas y potencialidades físicas, psicológicas y sociales durante el envejecimiento, para constituir de manera activa y responsable un capital social para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida acorde con sus expectativas y propias decisiones, considerando su contexto sociocultural.

Las representaciones sociales del envejecimiento y la vejez, con prejuicios y estereotipos, influyen significativamente en la exclusión, discriminación (viejismo), dependencia física, psicológica y social injustificada, generalizada o anticipada de las personas adultas mayores.

Es por esto que una visión positiva del envejecimiento y la vejez podrá contribuir en el reconocimiento del capital social que representa la población de personas adultas mayores independientes para su propio desarrollo.

## **Envejecimiento ambiental**

El ambiente socio-espacial es un factor determinante para los tipos de envejecimiento y vejez. En este sentido, se reconocen tres funciones básicas del ambiente vinculadas con el envejecimiento: (i) mantenimiento de acciones, programas o políticas, en la que se destaca la relevancia de la constancia para garantizar la previsibilidad de resultados; (ii) estimulación, en la que se promueve la generación de nuevos estímulos acordes con los intereses y situaciones socioculturales de la población que repercutan positivamente en el comportamiento; y (iii) apoyo material, instrumental, afectivo y social, que puede potenciar o compensar las capacidades reducidas o pérdidas (Wahl y Weisman, 2003).

Por lo anterior, es indispensable considerar el ambiente socio-espacial en la implementación de programas de intervención comunitaria de envejecimiento activo y saludable. Asimismo, se debe reconocer que las personas adultas mayores pueden participar activamente en el cambio de los entornos con el fin de satisfacer sus propias

necesidades y mantener independencia y autonomía (Golant, 2003).

## **Vejez**

La vejez es una etapa del ciclo vital humano cuyo inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades son determinados por los grupos sociales. La Organización de las Naciones Unidas estableció la denominación de ancianos o viejos a las personas de 65 años y más en los países desarrollados, y a los de 60 y más en los países en desarrollo (ONU, 1979). La diferencia de edades (un quinquenio) para el establecimiento de la vejez se sustentó en las diferentes condiciones y la esperanza de vida de los países desarrollados y en desarrollo. En este sentido, la edad de inicio de la vejez puede ser cambiada por acuerdos internacionales o nacionales.

Esta etapa de la vida se construye en lo individual y en lo colectivo, lo cual determina las formas de percibir, apreciar y actuar en espacios socio-históricos determinados, adoptando los significados y características generales de esos espacios. Por lo tanto, es fundamental entender la vejez como una etapa multidimensional de la vida, compleja, dinámica,

heterogénea e histórica en la que tanto los significados que las y los viejos tienen de la vejez y del envejecimiento, como sus prácticas, se ven mediados por las relaciones de poder que las instituciones (familia, Iglesia, gobierno, Estado) establecen con el anciano y la anciana a través de sus discursos (Ruiz, et al., 2008).

Es fundamental tener presente que el inicio del envejecimiento (alrededor de los 45 años) no coincide con el inicio de la vejez (60 años). En este sentido, el envejecimiento es un proceso que inicia antes de la vejez y se continúa durante esta etapa de la vida.

Por tal motivo, si se quiere implementar programas de intervención comunitaria dirigidos a las personas en proceso de envejecimiento, se debe considerar a la población de personas de 45 años y más. Sin embargo, si el programa se limita a las personas envejecidas, será la población de 60 años y más a quien se atenderá.

En México es a partir de los 60 años que se cataloga a las personas como personas adultas mayores. En 2014 se informó que había 11.7 millones de mayores de 60 años (9.7% de la población total) y que la esperanza de vida promedio a los 60 años es

de 22 años (INEGI, 2014), lo cual tiene implicaciones legales, sociales, económicas y de salud. Es innegable que a partir de los 60 años de edad los cambios psicobiológicos y las repercusiones sociales relativos al envejecimiento son más evidentes que al inicio del proceso (45 años), de ahí que la mayoría de los programas gerontológicos se enmarquen en las personas de 60 años y más. No obstante, es conveniente incluir a la población a partir de los 45 años en los programas de envejecimiento activo y saludable.

Hay que mencionar que, aunque el envejecimiento es individualizado, multidimensional y multifactorial, las condiciones físicas, psicológicas y sociales de las personas cambian, en lo general, de manera similar conforme avanza el proceso. Por tal motivo, es de gran utilidad para la intervención gerontológica a nivel comunitario clasificar a los grupos de población en proceso de envejecimiento tomando como criterio intervalos de edad.

Una clasificación de utilidad práctica en los modelos de intervención comunitaria para programas de envejecimiento activo y saludable es la siguiente (Neugarten, 1999; Mendoza-Núñez, 2013):

- (i) Adultos en proceso de envejecimiento, de 45 a 59 años de edad. Son independientes y autónomos, y en su mayoría sanos, este grupo de edad representa un capital social fundamental para su desarrollo y para las personas envejecidas.
- (ii) Viejos-jóvenes, de 60 a 74 años de edad. La mayoría son independientes y autónomos, y en su mayoría sanos (desde el punto de vista gerontológico); este grupo de edad representa un capital social fundamental para su desarrollo y para las demás personas envejecidas.
- (iii) Viejos-viejos, de 75-89 años de edad. Tienen mayor riesgo para presentar limitaciones en la funcionalidad física, psicológica y social, así que requieren de programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.
- (iv) Viejos-longevos, de 90 y más años de edad. Grupo poblacional vulnerable desde el punto

de vista biológico, psicológico y social, de ahí que sea necesario implementar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario, en el marco del envejecimiento activo.

## **Envejecimiento activo**

El concepto de envejecimiento activo fue propuesto por la OMS en 1999, definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El término activo se refiere a la participación continua de las personas adultas mayores, en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra.

En el plano operativo, este concepto se refiere al empoderamiento de los y las viejas en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos (WHO, 2002).

## Niveles de abordaje del envejecimiento activo

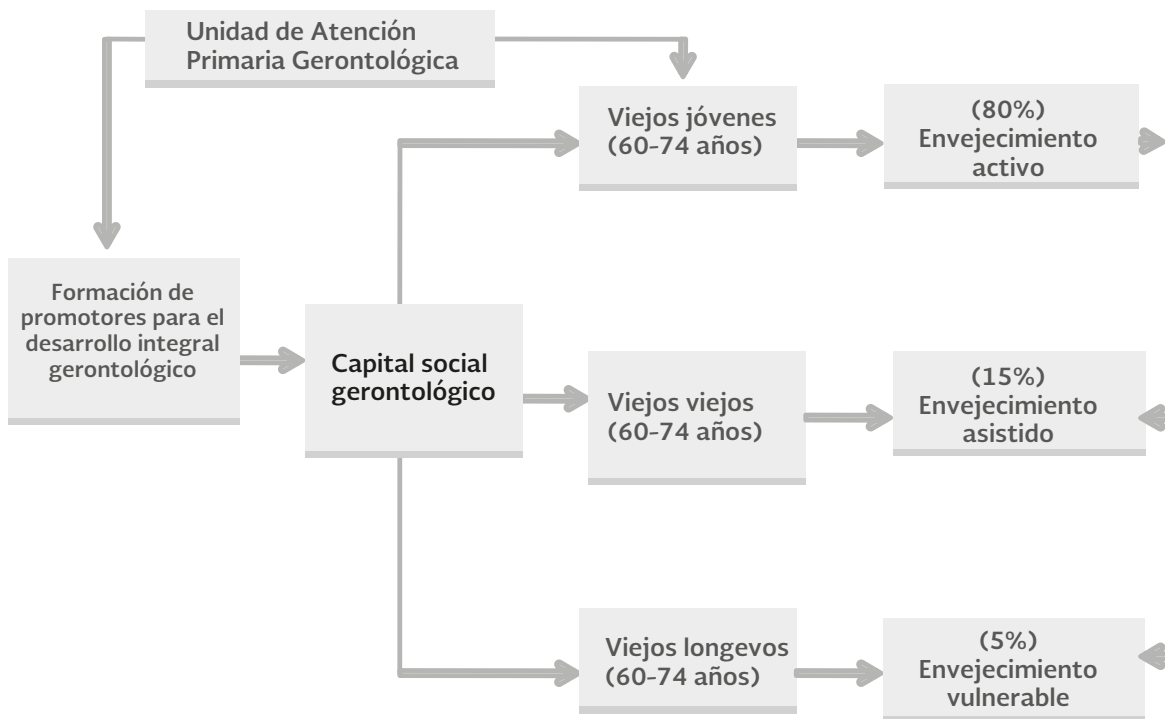
Frecuentemente, el envejecimiento activo se relaciona de manera simplista con el hecho de realizar ejercicio físico o propiciar que los ancianos trabajen el mayor número de años posible de su vida. Este enfoque es muy limitado y no abarca el concepto moderno del envejecimiento activo.

El envejecimiento activo tiene tres niveles de abordaje: como paradigma, como **marco político** y como acción instrumental a nivel comunitario (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2012).

Como paradigma, el envejecimiento activo nos permite tener una visión incluyente de los viejos para el desarrollo socioeconómico, considerándolos como un capital social, sobre todo para los programas gerontológicos, en contraposición al modelo pasivo-asistencial que considera a los ancianos potencialmente incapacitados física, psicológica y socialmente y, en consecuencia, un problema o carga social.

Asimismo, el envejecimiento activo como marco político constituye una alternativa factible para sustituir el modelo actual que visualiza a la persona adulta mayor como un ser decadente y enfermizo, sin posibilidades de desarrollo social ni económico, razón por la que con frecuencia se considera a los viejos como una carga social y económica. Por tal motivo, el establecimiento de políticas públicas que propicien el desarrollo de un Plan Nacional Gerontológico que sirva de marco general para la implementación de Planes y Programas Gerontológicos Estatales diferenciados, permitirá alcanzar las siguientes metas señaladas por la OMS para los países que adopten esta estrategia:

- Menos muertes prematuras.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remu-



**Figura 1. Capital social gerontológico.** El modelo de núcleos gerontológicos se sustenta en el envejecimiento activo el cual establece que las personas adultas mayores potencialmente constituyen un capital social para su propio desarrollo y de las demás personas envejecidas. Los viejos-jóvenes representan alrededor del 80% de los mayores de 60 años, quienes podrán participar en programas de envejecimiento activo y colaborar en los programas de envejecimiento asistido y vulnerable, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social.

nerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.

- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

Por otro lado, como acción instrumental a nivel comunitario, el enfoque del envejecimiento activo representa un reto para la gerontología social, ya que se deben desarrollar modelos de atención comunitaria que consideren el

autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, conceptos que se desarrollarán en los siguientes capítulos, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social, formales e informales, para lo cual es indispensable el empoderamiento de los ancianos (Figura 1). En este sentido, la Gerontología Comunitaria entendida como el campo de estudio que permite identificar y desarrollar las estrategias para la implementación de acciones de promoción de la salud de índole colectivo, con el propósito de lograr el máximo de

salud, bienestar y calidad de vida de los ancianos en su entorno, considerando su contexto sociocultural y redes de apoyo social en el marco del envejecimiento activo, constituye uno de los medios factibles y viables para el desarrollo integral gerontológico en todos los contextos.

## Principios del envejecimiento activo

Walter propone los siguientes principios que permiten delinear los componentes del envejecimiento activo (Walter, 2006):

- (i) En el marco del envejecimiento activo, la actividad debe contribuir al bienestar individual, familiar, comunitario y social, y no limitar su enfoque al trabajo remunerado.
- (ii) El envejecimiento activo debe tener un enfoque preventivo, incluyendo en lo posible a todos los grupos de edad. Al respecto, uno de los objetivos primordiales deberá ser la prevención de la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la pérdida de habilidades.
- (iii) El envejecimiento activo debe

abarcar a toda la población de viejos, incluyendo a los frágiles y dependientes. En este sentido, el grado de participación será acorde con las condiciones físicas, psicológicas y sociales del individuo.

- (iv) Una característica fundamental del envejecimiento activo deberá ser el mantenimiento y fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional.
- (v) El envejecimiento activo debe considerar derechos y obligaciones. Por tal motivo, el derecho a la protección social, educación y capacitación a lo largo de la vida deberá ir acompañado por la obligación de tomar ventaja de la educación y capacitación para ampliar o ejercer de manera más eficiente el envejecimiento activo en sus diferentes vertientes.
- (vi) El envejecimiento activo debe ser participativo con empoderamiento. Por tal motivo, la adquisición de conocimientos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento es indispensable para poder asumir la responsabilidad del rol social de “viejo activo”.



(vii) En la aplicación del concepto de envejecimiento activo debemos considerar los elementos nacionales, locales y la diversidad cultural. De ahí que se debe evitar extrapolar programas de intervención gerontológica desarrollados en contextos distintos al de nuestra población.

## **Concepto de salud desde el punto de vista gerontológico**

La percepción del estado de salud tiene componentes objetivos y subjetivos. Estos últimos adquieren gran relevancia durante la vejez, ya que es común que muchos viejos digan “me siento mal” sin precisar signos ni síntomas específicos que se puedan enmarcar en algún cuadro clínico descrito por la literatura médica. También con frecuencia, los profesionales médicos sin formación gerontológica hacen señalamientos como los siguientes: “la mayoría de los viejos son achacosos”, “los viejos se quejan de todo, pero sus molestias son debidas a su edad”, “como nadie les hace caso, los viejos se dedican a inventar enfermedades”, “como los viejos están solos la mayor parte del tiempo, acuden al

médico sólo para platicar”, “ya no se puede hacer nada por los viejos, todos están enfermos”, “la vejez, en gran medida, es un tipo de enfermedad”, “la mayoría de los viejos no tienen nada, sólo están deprimidos”.

En este sentido, la dificultad para entender la percepción de salud durante la vejez está ligada a la biomedicalización del envejecimiento, en la que se considera a los viejos como un cúmulo de enfermedades inherentes a la edad. Incluso es común escuchar entre el personal del área de la salud que se refieren a las enfermedades crónicas como “enfermedades propias de la vejez”, sugiriendo con esta aseveración que el envejecimiento es, en sí mismo, causa de enfermedad, ignorando que un alto porcentaje de los viejos son sanos.

El enfoque actual de salud para personas adultas mayores le da una gran relevancia a la funcionalidad física, mental y social, y no se limita al diagnóstico clínico convencional (Chatterji, et al., 2014).

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se encontró que más del 70% de los mayores de 60 años son totalmente independientes, y sólo el 26.9% presentaban



dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD) (caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse). Asimismo, el 24.6% tenía dificultad para realizar al menos una de las cuatro actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero). En ambas limitaciones se observó que la prevalencia se incrementa

conforme aumenta la edad, y la frecuencia es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (29.6 frente a 23.8%, respectivamente para ABVD, y 28.4 frente a 20.3% para las AIVD) (Gutiérrez et al., 2012).

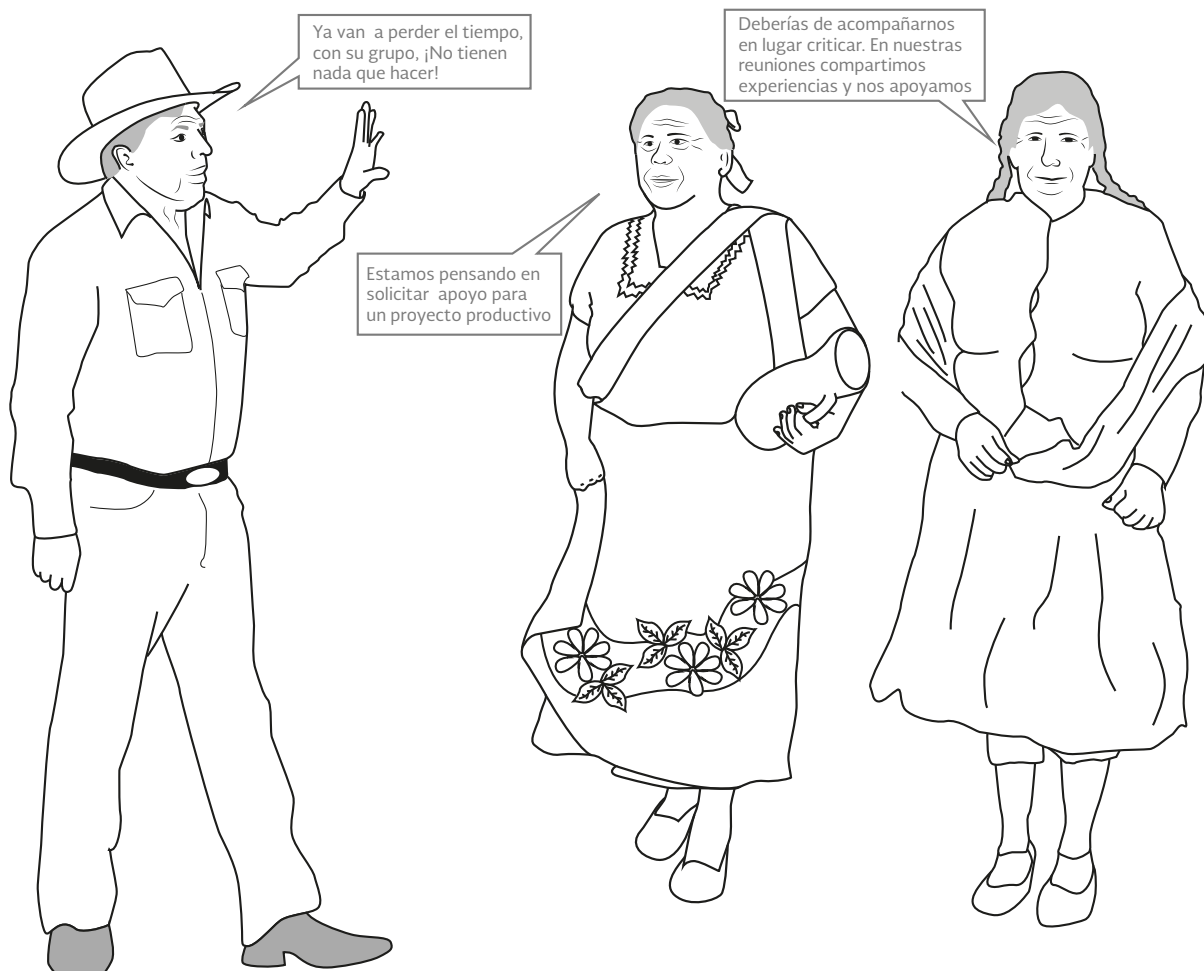
Se ha señalado también la necesidad de desarrollar un nuevo modelo de atención para hacer frente a la prevalencia, cada vez más creciente, de enfermedades crónicas no transmi-

sibles, con énfasis en la prevención de la pérdida de la función y la discapacidad durante el envejecimiento con programas de intervención comunitaria (Martínez-Maldonado, 2007).

En este contexto una vida saludable en la vejez se caracteriza por mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, acorde con la edad y contexto sociocultural, además de prevenir y controlar las enfermedades crónicas

no transmisibles, permitiendo una vida independiente y autónoma.

Por lo tanto, se consideran como sanas a las personas adultas mayores, sin o con enfermedades crónicas controladas no terminales, que mantengan su funcionalidad física, mental y social, acorde con su edad y contexto sociocultural. Asumiendo este concepto, más del 60% de la gente entre los 60 y 84 años son sanos, y si se establecen programas de geron-



tología comunitaria en el marco del envejecimiento activo dicho porcentaje se podrá incrementar significativamente.

## **Envejecimiento saludable**

El envejecimiento saludable es un proceso mediante el cual los ancianos adoptan o fortalecen estilos de vida que mantienen o mejoran su salud a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, con el fin de lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida en el marco del envejecimiento activo (Barondess, 2008; Mendoza-Núñez, 2013) (Figura 2).

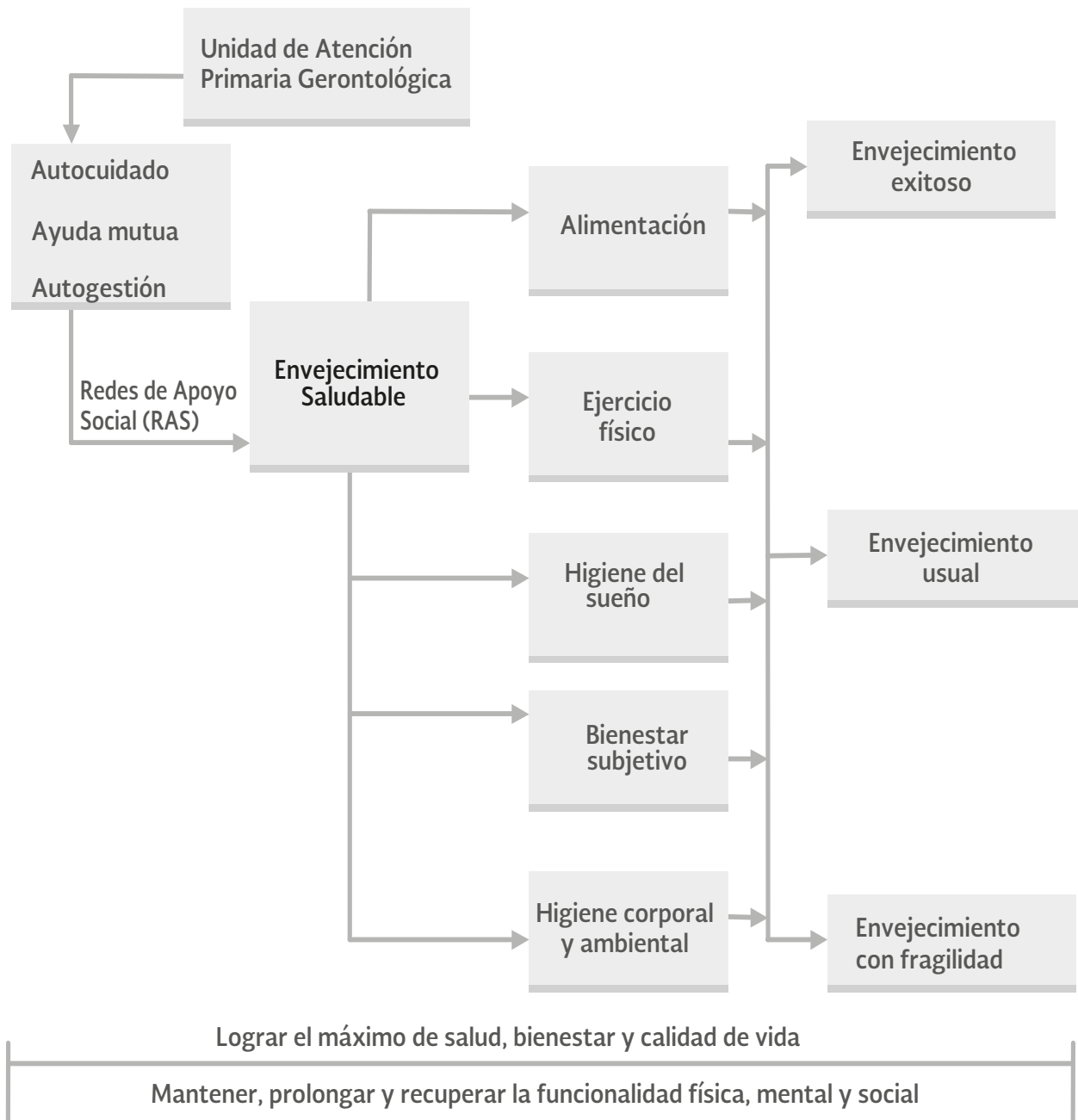
Por tal motivo, la implementación de programas de envejecimiento saludable no se debe limitar a los ancianos sanos, ya que los estilos de vida saludables tienen un efecto benéfico tanto para las personas adultas mayores que cursan con un envejecimiento exitoso (sin enfermedades crónicas ni limitaciones físicas), como para los que presentan alguna enfermedad crónica (envejecimiento usual) y para los ancianos frágiles (enfermizos dependientes).

De ahí que se deben establecer las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión que favorezcan una alimentación adecuada, ejercicio físico moderado, higiene personal y ambiental, higiene del sueño, mejora de la autoestima, ambiente familiar y comunitario que propicie percepción de bienestar y calidad de vida, eliminación del tabaquismo y alcoholismo y otras adicciones para todos los ancianos.

## **Modelo de atención comunitaria para personas adultas mayores**

La Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza), UNAM, en el año 2000, organizó un “Seminario de Análisis Crítico sobre la Gerontología Comunitaria en México”, para obtener un diagnóstico situacional de los programas gerontológicos vigentes en nuestro país, y en él se llegó a las siguientes conclusiones (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2012):

- **Trabajo comunitario asistémico.** Las acciones comunita-



**Figura 2. Envejecimiento saludable.** La Unidad de Atención Primaria Gerontológica es la responsable de organizar el Programa de Envejecimiento Saludable con la participación activa de Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico, quienes a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión coordinarán los núcleos gerontológicos, con el propósito de que los adultos mayores adquieran el conocimiento (práctico y pertinente) y compartan experiencias para adoptar, mejorar o fortalecer los estilos de vida que permitan una alimentación adecuada, ejercicio físico moderado, higiene del sueño, bienestar subjetivo e higiene corporal y ambiental, para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida, de manera independiente y autónoma, considerando su contexto sociocultural y estado de salud (envejecimiento exitoso, usual y con fragilidad).

rias gerontológicas en nuestro país no responden a un plan nacional gerontológico y sólo son congruentes parcialmente con las necesidades establecidas a nivel internacional para las personas adultas mayores. Asimismo, los programas establecidos por las instituciones públicas de salud, seguridad social y desarrollo social no tienen una coordinación integral y, consecuentemente, las acciones que llevan a cabo no se complementan ni garantizan la continuidad del trabajo, por lo que difícilmente se puede evaluar el impacto de los programas que desarrollan y, en cierta medida, generan confusión tanto en los profesionales responsables de los programas como en las personas adultas mayores adscritos simultáneamente a más de un programa gerontológico.

- **Enfoque asistencial benefactor.** Un alto porcentaje de profesionales de la salud y la comunidad consideran el trabajo comunitario sólo como un instrumento de justicia benefactora, dejando de lado el autocuidado, la ayuda mutua y autogestión (envejecimiento activo). En este enfoque, el profesional está pensando en todo momento qué le puede

conseguir a las personas ancianas y ellas siempre están esperando la ayuda material y económica que se les debe otorgar por el solo hecho de ser personas mayores, sin promover su participación activa en programas de desarrollo social y promoción de la salud. Por otro lado, no se considera la posibilidad de acciones gerontológicas diferenciadas, ya que en cierta medida se piensa que todos los viejos y las viejas tienen las mismas necesidades (apoyo económico y material).

- **Promoción de dependencia institucional.** Algunas instituciones compiten por el control y establecimiento de programas gerontológicos comunitarios favoreciendo la dependencia institucional estructurada. Es común escuchar en estas instituciones expresiones de pertenencia como: “mi grupo”, “mis grupos” y “mi comunidad”. Esta situación incomoda a las personas adultas mayores, ya que se sienten comprometidos con los coordinadores de los grupos, sin tomar en consideración que uno de los objetivos fundamentales del trabajo comunitario es lograr que las personas adultas mayores utilicen de manera óptima las redes de apoyo social.

- **Utilitarismo político.** El grupo de personas adultas mayores y el trabajo comunitario que se propone para ellos con frecuencia se utilizan con fines políticos, planteando acciones populistas efímeras, costosas e intrascendentes a mediano y largo plazo. Esta situación representa un gran riesgo, ya que muchos políticos se aventuran a establecer programas o acciones sin fundamento gerontológico que pueden incluso afectar física y socialmente a las personas adultas mayores, como sería el caso de las iniciativas que proponen construir villas habitacionales exclusivas para este grupo de edad u hospitales geriátricos como necesidades prioritarias, sin considerar la importancia de que los ancianos convivan con toda la familia y amigos, así como impulsar programas de envejecimiento activo y saludable a nivel comunitario como una prioridad.
- **Centros de día sin programa gerontológico.** Algunas instituciones ofrecen servicios para adultos y adultas mayores con el fin de “entretenerlos” y “cuidarlos” durante los horarios laborales, sin considerar las necesidades individualizadas enmarcadas en un programa gerontológico.
- **Centros de recreación sin contexto antropológico.** Los programas de recreación que plantean algunas instituciones no consideran los aspectos sociohistóricos de la población, por lo que proponen actividades de recreación que responden a la potencialidad institucional o a las ideas unilaterales de los responsables de los programas, sin tomar en cuenta la escolaridad, el género, la cultura e intereses de las personas adultas mayores.
- **Prioridad de la atención de la enfermedad sobre la salud.** La mayoría de programas de atención a la salud para adultos y adultas mayores a nivel comunitario se orientan principalmente a la detección oportuna y control de enfermedades crónicas, dejando en segundo término el control de las personas ancianas sanas y la promoción de la salud para alcanzar o mantener un envejecimiento saludable, prolongando y recuperando la funcionalidad física, mental y social en el marco del envejecimiento activo.
- **Desvinculación de las redes de apoyo social formal e informal.** Algunas instituciones y grupos de ayuda mutua proponen acciones

que se contraponen o se repiten, por falta de coordinación o desconocimiento de las redes de apoyo social. Esto propicia desconcierto y confusión en los adultos y adultas mayores.

- **Autocuidado ayuda mutua y autogestión.** Con frecuencia algunas instituciones, profesionales y la misma comunidad limitan la interpretación del autocuidado al “cuidado personal físico”, sin considerar la responsabilidad de la persona anciana para procurarse apoyo familiar y social. Asimismo, la ayuda mutua la enfocan sólo a la interacción de los grupos durante las reuniones de recreación, olvidando la corresponsabilidad fuera de dicho entorno; y la autogestión la limitan a tramitar credenciales de descuentos económicos o solicitar apoyos aislados y circunstanciales que son propuestos por alguno de los integrantes del grupo, sin enmarcarse en los objetivos o metas de un programa para su desarrollo integral como ciudadanos.

Considerando lo anterior, la FES Zaragoza, UNAM, ha desarrollado un modelo de núcleos gerontológicos

para el envejecimiento saludable a nivel comunitario enmarcado en el envejecimiento activo, a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, estableciendo como acciones nucleares el ejercicio físico, alimentación adecuada, higiene del sueño y autoestima, con el fin de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social a nivel comunitario, cuyos resultados hasta el momento han sido satisfactorios (Martínez-Maldonado, et al., 2007).

## Descripción del modelo

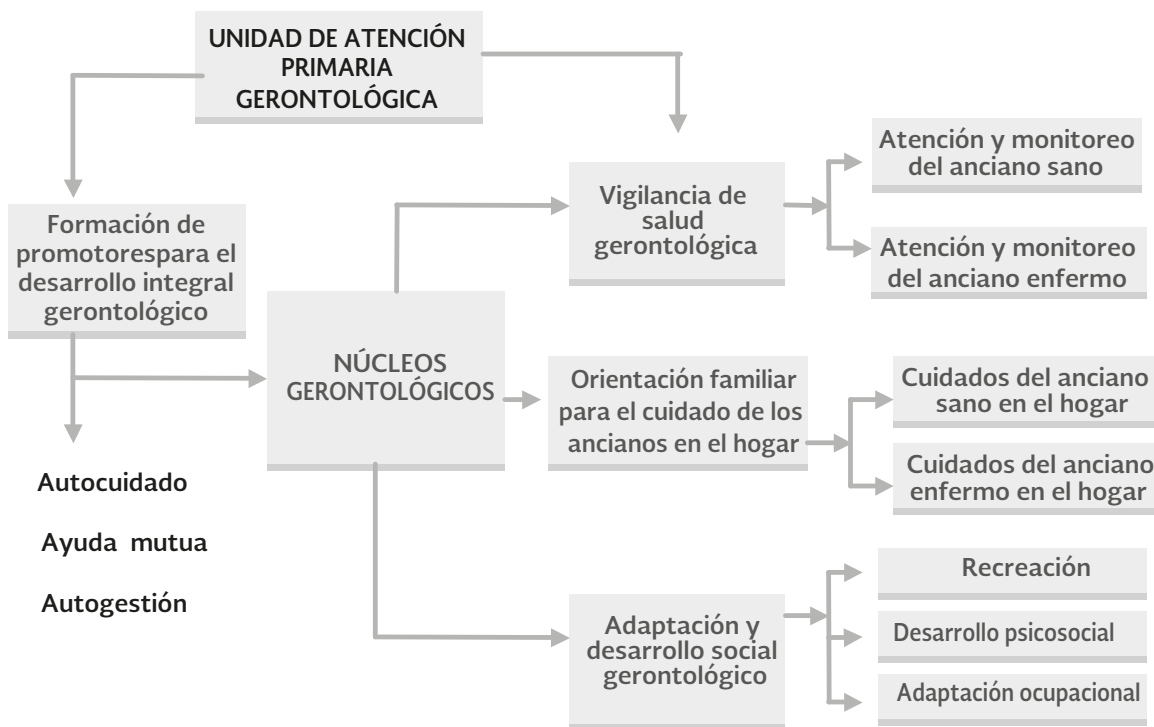
El modelo establece como elemento clave la formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico (PDIG) de entre los mismos adultos y adultas mayores, quienes fungen como coordinadores de grupos de ayuda mutua (núcleos gerontológicos), implementando acciones de autocuidado y autogestión para su bienestar y desarrollo social (Figura 3). Los PDIG son coordinados por una Unidad de Atención Primaria Gerontológica (UAPG), la cual puede conformarse en el marco de los programas de atención a personas adultas mayores de las instituciones de salud (de primer nivel de atención), de desa-



rollo o asistencia social, institutos de atención a las personas adultas mayores, universidades que ofrecen atención gerontológica u organizaciones civiles.

El autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión constituyen los elementos estratégicos fundamentales para los programas comunitarios gerontológicos, los cuales

están estrechamente vinculados, de ahí que no podemos proponerlos aisladamente, por lo que cualquier programa comunitario gerontológico encaminado a mejorar el estado de salud y la calidad de vida debe establecer los mecanismos que permitan su ejecución armónica y complementaria. En este sentido, los conocimientos, actitudes y comportamientos requeridos para



**Figura 3. Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos.** El modelo incluye a la Unidad de Atención Primaria Gerontológica (UAPG) como uno de los elementos clave de la red de apoyo social. La UAPG es la responsable de formar a los Promotores para el Desarrollo Integral Gerontológico (PDIG) y coordinar la “red de redes” de núcleos gerontológicos”. Los PDIG tienen como función coordinar los grupos de ayuda mutua denominados núcleos gerontológicos (NG) integrados por 10 a 15 adultos mayores agrupados por afinidad y cercanía geográfica entre sus domicilios. Los NG funcionan bajo las directrices de autocuidado, autoayuda y autogestión. El modelo tiene como pilares: i) vigilancia de salud gerontológica (atención del anciano sano y enfermo en la comunidad), ii) orientación familiar para el cuidado de los ancianos en el hogar (cuidados del anciano sano y enfermo en el hogar), iii) adaptación y desarrollo social gerontológico (recreación, desarrollo psicosocial y adaptación ocupacional).

ejercer de manera adecuada el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, exigen una capacitación formal de las personas adultas mayores que funjan como líderes y promuevan la participación activa de otros viejos y viejas organizados en grupos de ayuda mutua.

El autocuidado en el ámbito gerontológico se refiere al comportamiento razonado del individuo, con fundamento teórico, que le permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como en el mantenimiento de la salud y disfrute del máximo de calidad de vida, acorde con su contexto sociocultural, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal e informal. Asimismo, la ayuda mutua incluye el comportamiento solidario razonado que adopta un grupo de individuos que comparte problemas similares y está consciente de las ventajas y compromisos adquiridos, al aceptar voluntariamente ser parte del mismo. Respecto a la autogestión, involucra las acciones que lleva a cabo un individuo o grupo de ayuda mutua, de manera autónoma, anticipada y en forma óptima, considerando los elementos y mecanismos de las redes de apoyo social formal e informal.

## Los pilares del modelo

El modelo se sustenta en los siguientes pilares, los cuales constituyen las directrices para la implementación de los programas específicos:

- Vigilancia de la salud gerontológica: tiene como objetivo fundamental mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, así como mejorar la autopercepción del bienestar psicosocial, considerando su condición física y su entorno sociocultural. Para tal efecto, se deben implementar programas de cuidado y monitoreo de indicadores de salud con énfasis en la funcionalidad de la persona anciana sana y enferma, con guías de evaluación, cuidado y monitoreo enmarcadas en el envejecimiento activo.
- Formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico: la UAPG avalada por una institución educativa es la responsable de formar a los PDIG, siguiendo un programa académico formal, considerando la educación continua y la certificación de la actualidad y pertinencia de los conocimientos impartidos.

- Orientación familiar para el cuidado de las personas adultas mayores: Los PDIG deberán tener los conocimientos útiles y suficientes para orientar y capacitar a los familiares, para que brinden los cuidados básicos de atención y desarrollo integral para el anciano sano y enfermo en el hogar.
- Adaptación y desarrollo social gerontológico: El modelo considera entre sus metas que las personas adultas mayores disfruten al máximo su situación de ser ancianos y ancianas, de ahí que se recomienda la implementación de programas de recreación, adaptación y superación psicosocial y ocupacional bajo un enfoque antropológico, acorde con sus intereses, edad, escolaridad, género, estado de salud y situación socioeconómica.

El modelo considera el establecimiento de lineamientos generales flexibles enmarcados en el envejecimiento activo que podrán ser adaptados para la población rural y urbana, así como para grupos de personas adultas mayores de condiciones socioculturales y económicas diferentes.

## En síntesis:

- El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la reserva y respuesta biológica ante las exigencias para mantener o recuperar la homeostasis, propiciada por la carga genética y el desgaste acumulado ante los retos que enfrenta la persona a lo largo de su historia en un ambiente determinado.
- Con fines de intervención comunitaria, asumimos que el envejecimiento se inicia en la quinta década de la vida, alrededor de los 45 años edad.
- La vejez es una etapa del ciclo vital humano, cuyo inicio, desarrollo, limitaciones y oportunidades son determinados por los grupos sociales. Se cataloga como personas adultas mayores a aquellas de 65 años y más, en los países desarrollados, y a los de 60 y más en los países en desarrollo, como México.
- En 2014 se informó que en México había 11.7 millones de personas mayores de 60 años (9.7% de la población total). Asimismo, la esperanza de vida promedio a los 60 años es de 22 años.
- Es de gran utilidad para la intervención gerontológica a nivel comunitario clasificar a los grupos de población en proceso de envejecimiento tomando como criterio intervalos de edad: (i) personas adultas en proceso de envejecimiento, de 45 a 59 años de edad, (ii) viejos-jóvenes, de 60 a 74 años de edad, (iii) viejos-viejos, de 75-89 años de edad, y (iv) viejos-longevos, de 90 y más años de edad.
- Con el envejecimiento se presenta una disminución de la respuesta biológica eficiente y eficaz para mantener la homeostasis.
- No se debe aceptar como normales los problemas de memoria que afectan la vida cotidiana, sobre todo en el grupo de viejos-jóvenes. Tampoco se debe asumir que con el envejecimiento disminuye la capacidad de aprendizaje.
- El envejecimiento poblacional se percibe acorde con el enfoque social, económico y político que se visualice, considerándolo desde una carga social y económica hasta un capital social para el desarrollo de la propia población envejecida.
- El ambiente socio-espacial es un factor determinante para los tipos de envejecimiento y vejez.
- Se define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.
- El Desarrollo Integral Gerontológico es el proceso mediante el cual las personas desarrollan sus capacidades humanas y potencialidades físicas, psicológicas y sociales durante el envejecimiento, para constituir de manera activa y responsable un capital social para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida acorde con sus expectativas y propias decisiones,

considerando su contexto sociocultural.

- La Gerontología Comunitaria es el campo de estudio que permite identificar y desarrollar las estrategias para la implementación de acciones de promoción de la salud de índole colectiva, con el propósito de lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de los ancianos en su entorno, considerando su contexto sociocultural y redes de apoyo social en el marco del envejecimiento activo, constituye uno de los medios factibles y viables para el desarrollo integral gerontológico en todos los contextos.
- Las metas del envejecimiento activo son: menos muertes prematuras, menos discapacidades, más calidad de vida a medida que se envejezca, más personas envejecidas participando activamente en programas comunitarios y menos gastos debidos a los tratamientos médicos.
- El enfoque actual de salud para personas adultas mayores le da una gran relevancia a la funcionalidad física, mental y social, y no se limita al diagnóstico clínico convencional.
- Más del 70% de las personas mayores de 60 años son totalmente independientes y sólo el 26.9% presenta dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria, mientras que el 24.6% tiene dificultad para realizar al menos una actividad instrumental de la vida diaria. En ambas la prevalencia se incrementa conforme aumenta la edad y es más frecuente

en mujeres.

- Una vida saludable en la vejez se caracteriza por mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, acorde con la edad y contexto sociocultural, además de prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, permitiendo una vida independiente y autónoma. Más del 60% de las personas adultas mayores de 60 a 84 años son sanas.
- El envejecimiento saludable es un proceso mediante el cual la población anciana adopta o fortalece estilos de vida saludables a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, con el fin de lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida en el marco del envejecimiento activo.
- La FES Zaragoza, UNAM, desarrolló un modelo de núcleos gerontológicos para el envejecimiento saludable a nivel comunitario enmarcado en el envejecimiento activo, a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, estableciendo como acciones nucleares el ejercicio físico, alimentación adecuada, higiene del sueño y autoestima, con el fin de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social a nivel comunitario.

## Referencias

- Barondess, J.A. (2008). Toward healthy aging: the preservation of health. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56:145-148.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., Verdes, E. (2014). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*, S0140-6736(14)61462-8. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61462-8.
- Golant, S.M. (2003). Conceptualizing time and behavior in environmental gerontology: a pair of old issues deserving new thought. *Gerontologist*, 43(5):638-48.
- Gray A. (2009). The social capital of older people. *Ageing Society*, 29:5-31.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).p.117-126.
- Gutiérrez Robledo, L.M. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población*, 5 (19): 125-147.
- Hayflick, L. (1999). Definición de envejecimiento. En *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder. p. 49-57.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre). México 25 septiembre de 2014. INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf?s=inegi&c=2923&ep=170>
- Jones, D.P., Mody, V.C. Jr., Carlson, J.L., Lynn, M.J., Sternberg, P. Jr. (2002). Redox analysis of human plasma allows separation of pro-oxidant events of aging from decline in antioxidant defenses. *Free Radical Biology & Medicine*, 33:1290-1300.

- Martínez Maldonado, M.L., Correa Muñoz, E., Mendoza Núñez, V.M. (2007). Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 7(1): 276.
- Mendoza Núñez, V.M. (2007). Diversidad al envejecer. En Rodríguez GR, Lazcano BG. *Práctica de la geriatría*. 2° Ed. México: McGrawHill. p. 471-478.
- Mendoza Núñez, V.M., Martínez Maldonado, M.L. (20012). Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En: Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz.D. *Envejecimiento y salud: una propuesta para la acción*. México: Academia Nacional de Medicina/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriatria/ Universidad Nacional Autónoma de México. p.261-278.
- Mendoza Núñez, V.M. (2013). Envejecimiento saludable. En: *PAC Medicina General 5 Tomo I*. México. Intersistemas Editores. p. 162-229.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder; 1999.
- Organización de Naciones Unidas (1979). *Reunión sobre envejecimiento*. Kiev, URSS: ONU.
- Rattan, S. (2001). Applying hormesis in aging research and therapy. *Human & Experimental. Toxicology*, 20:281-285.
- Ruiz, M.V., Scipioni, A.M., Lentini, D.F. (2008). Aprendizaje en la vejez e imaginario social. *Fundamentos en Humanidades*, 17(1):221-233.
- Sánchez Rodríguez, M.A., Mendoza Núñez, V.M. (2003). *Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes*. México: FES Zaragoza, UNAM. p. 5-10.
- Troen, B.R. (2003). The biology of aging. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70:3-22.
- Viña, J., Borrás, C., Miquel, J. (2007). Theories of Ageing. *IUBMB Life*, 59: 249–254.

Wahl, H.W., Weisman, G.D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *Gerontologist*, 43(5):616-27.

Walter, A. (2006). Active ageing in employment: its meaning and potential. *Asia-Pacific Review*, 13:78-93.

World Health Organization (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: WHO. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)

Zarebski, G. (2011). *El futuro se construye hoy. La reserva humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento*. Buenos Aires: Paidós. p. 25-33.



## Capítulo 2

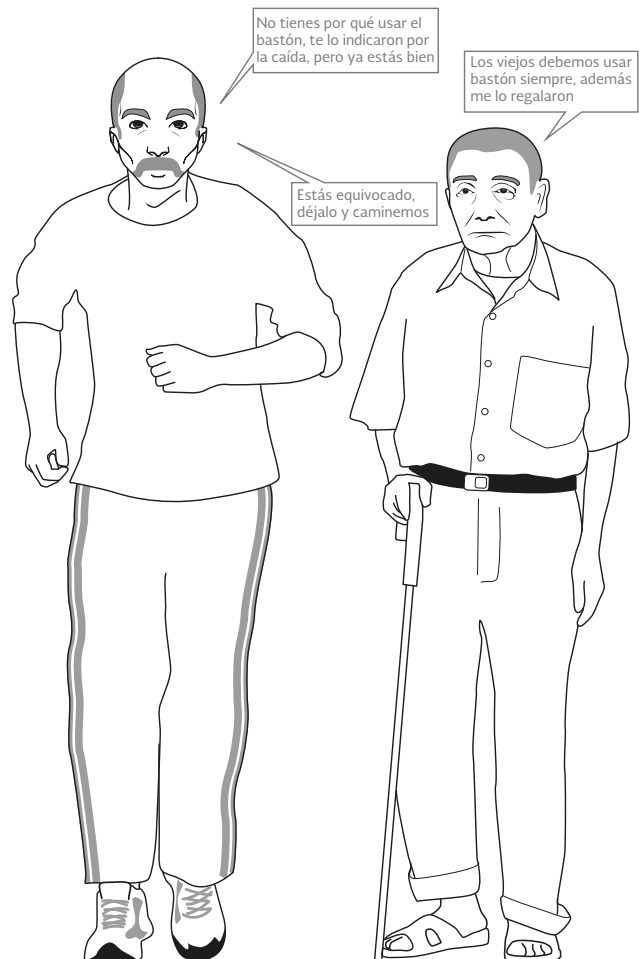
# Cómo cambia nuestro cuerpo cuando envejecemos

Víctor Manuel Mendoza Núñez  
María de la Luz Martínez Maldonado  
Profesores de la FES Zaragoza, UNAM

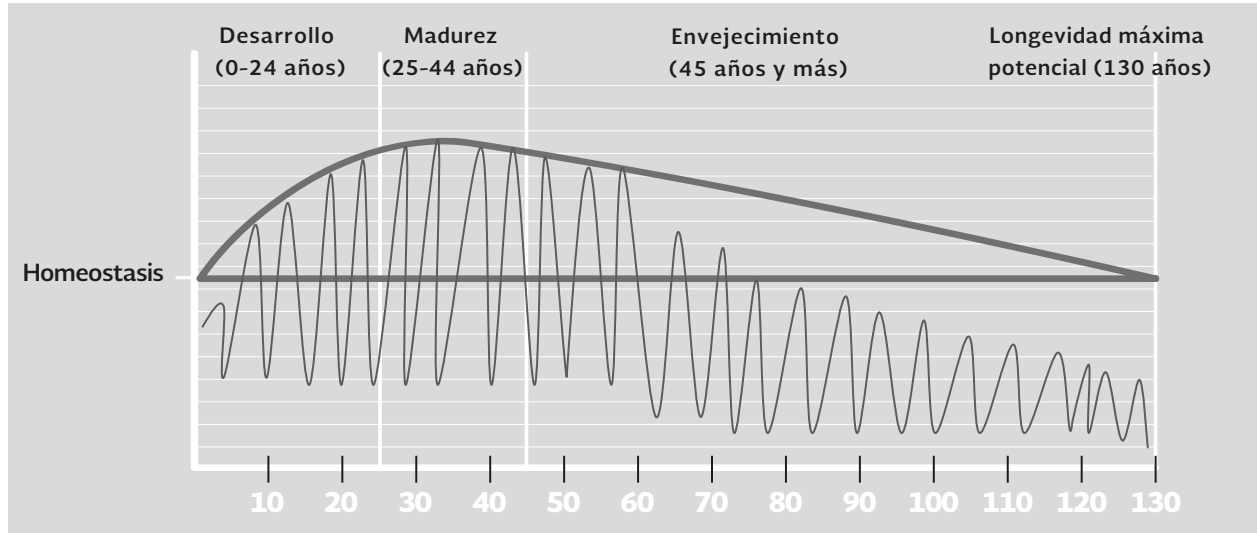
### Introducción

El envejecimiento humano es un proceso biológico, psicológico y social que implica una serie de cambios graduales y adaptativos que afectan a todos los órganos y sistemas. Estas modificaciones se presentan de manera individualizada, por lo que no todos los órganos, sistemas ni personas envejecen igual ni al mismo ritmo, por eso es común observar individuos de la misma edad que tienen una apariencia física muy diferente.

La población en general, y las personas ancianas en particular,



## Etapas del ciclo vital humano



**Figura 1.** El esquema muestra las etapas del ciclo vital: (i) Desarrollo (0-24 años), crecen los órganos y se armoniza gradualmente el funcionamiento de los sistemas, (ii) Madurez (25-44 años), se consolida la estructura y función del cuerpo humano, (iii) Envejecimiento (45 años y más), en general se inician cambios graduales en la mayoría de órganos y sistemas, caracterizados por una disminución relativa de la función y respuesta homeostática, (iv) la longevidad máxima potencial del humano es de 130 años.

deben conocer los cambios normales que se presentan en los órganos y sistemas durante el envejecimiento, con el fin de adoptar estilos de vida que permitan mantener o compensar la función, para evitar tratamientos innecesarios y disminuir sus repercusiones en la funcionalidad física, psicológica y social (Figura 1).

En este capítulo se describen brevemente los cambios biológicos que ocurren durante el envejecimiento y sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales resaltando las medidas que se pueden adoptar para compensarlos.

## Composición corporal

Los cambios que ocurren en los órganos y sistemas son consecuencia, en gran medida, de las modificaciones en la composición corporal que caracterizan al envejecimiento biológico, que vinculados con la forma de vida a lo largo de la historia en un ambiente determinado determina la forma como envejecemos.

El cuerpo humano está constituido básicamente por células que forman tejidos. Éstos, a su vez, conforman los órganos y, finalmente, los conjuntos

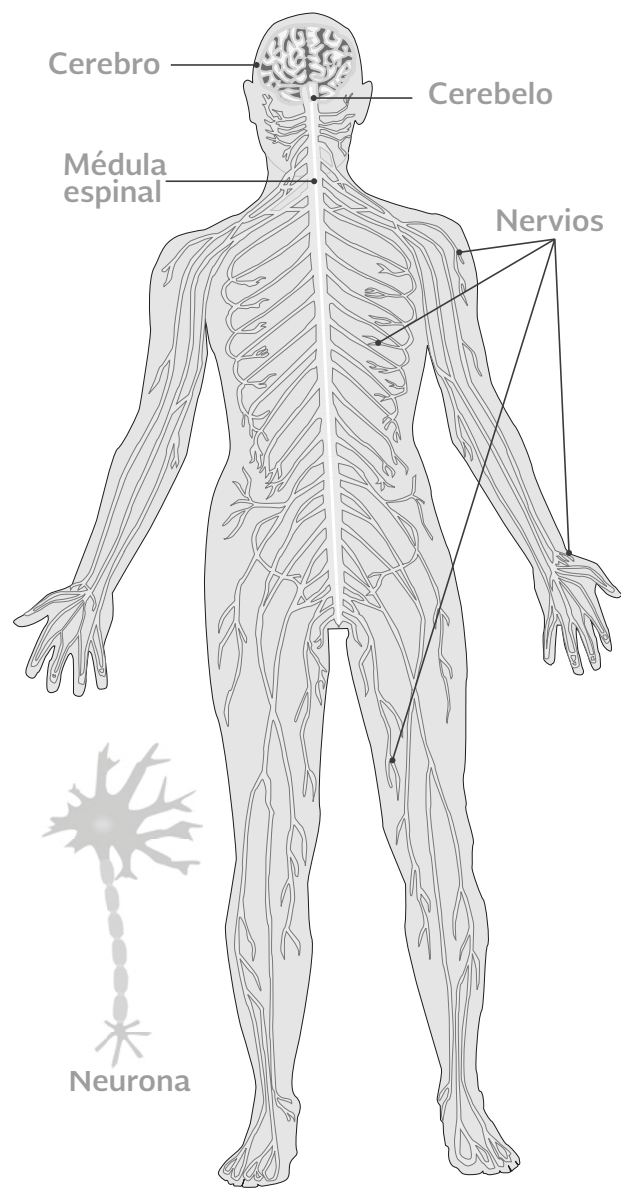
de órganos integran aparatos y sistemas. Durante el envejecimiento se presenta una disminución de la masa muscular y ósea, vinculada con la pérdida de hasta un 30% del número de células y de hasta un 50% del agua. Asimismo, se presenta un aumento de la grasa corporal de hasta el 30%.

El agua es un componente fundamental del organismo, y cuando su volumen o calidad sufren modificaciones, el funcionamiento del cuerpo se ve afectado. Además, cada sistema experimenta cambios específicos durante el proceso de envejecimiento, de ahí el valor de poseer conocimientos básicos sobre el tema, para practicar un autocuidado congruente con el envejecimiento biológico, para lograr un envejecimiento saludable.

## Sistema nervioso

El sistema nervioso está conformado por el cerebro, la médula espinal y los nervios. El cerebro tiene alrededor 100 000 (cien mil) millones de células denominadas neuronas, y cada una está conectada con cientos o miles de ellas, con lo cual mantiene de manera armónica el funcionamiento vital del

organismo y permite llevar a cabo las funciones cerebrales superiores que distinguen a los humanos de otros animales, tales como lenguaje, memoria, atención, percepción, razonamiento, conciencia, reco-



**Figura 2.** Principales estructuras del sistema nervioso.

nocimiento de objetos, sujetos y espacios (gnosias), y el realizar movimientos voluntarios con intenciones específicas (praxias). Es en la corteza cerebral es donde se integran las funciones cerebrales superiores.

Las neuronas establecen una especie de red que permite la intercomunicación con el organismo mediante sus prolongaciones celulares (dendritas y axones) que se extienden por todo el cuerpo.

En las personas ancianas el tamaño del cerebro se reduce un 10% debido a la pérdida de neuronas y a la disminución en las prolongaciones celulares. También se produce un descenso en la velocidad de la conducción nerviosa y un aumento en el tiempo de la respuesta del organismo debido a una disminución en la producción de las sustancias (neurotransmisores) que permiten la comunicación entre las células del sistema nervioso y los sitios de contacto en los que se genera la respuesta. Estas modificaciones provocan lentitud en la coordinación de las sensaciones y los movimientos, por lo que se originan variaciones en los mecanismos que controlan la postura y

el equilibrio. Del mismo modo, se produce un déficit en la sensibilidad de los centros nerviosos que ajustan la presión sanguínea, generando una predisposición a que la presión baje abruptamente al ponerse de pie.

Por otro lado, la regulación de la temperatura corporal y la apreciación del dolor de vísceras (estómago, hígado, intestino, apéndice) se alteran. También se presentan cambios en la memoria que, aunque no afectan la vida cotidiana, modifican las estrategias para el aprendizaje.

Estas transformaciones pueden afectar la autoestima de la persona adulta mayor, provocarle ansiedad y sentimientos de inseguridad al darse cuenta, por ejemplo, que las cosas se le olvidan, por lo que normalmente tiende a pensar que no puede aprender algo más. Por otro lado, la familia, al percibir estos cambios, tiende a sobreproteger a la gente anciana, lo que puede conducir a una dependencia anticipada.

Para prevenir y controlar las manifestaciones físicas debidas al envejecimiento del sistema nervioso, se deben evitar cambios bruscos de posición, adoptar estrategias de

memoria que permitan recordar los hechos recientes relevantes (como anotarlos en una libreta) y relacionarlos con situaciones o cosas significativas. También es recomendable leer libros y revistas y comentar con familiares y amigos los aspectos que más llamen la atención; evitar exponerse a cambios bruscos de temperatura sin estar abrigados; acudir al médico ante la presencia de dolores o molestias intestinales continuas (aunque el dolor no sea muy intenso y no esté bien delimitado); asistir a actividades recreativas y sociales, talleres de estimulación de la

memoria, ver televisión y comentar los programas, y procurar aprender cosas nuevas, etc.

## Ojos

Los ojos son los órganos que hacen posible el sentido de la vista, que le permiten al humano percibir las formas, colores y características del mundo que le rodea, incluyendo la posibilidad de placeres como la lectura.

Cada ojo se conforma por párpados,

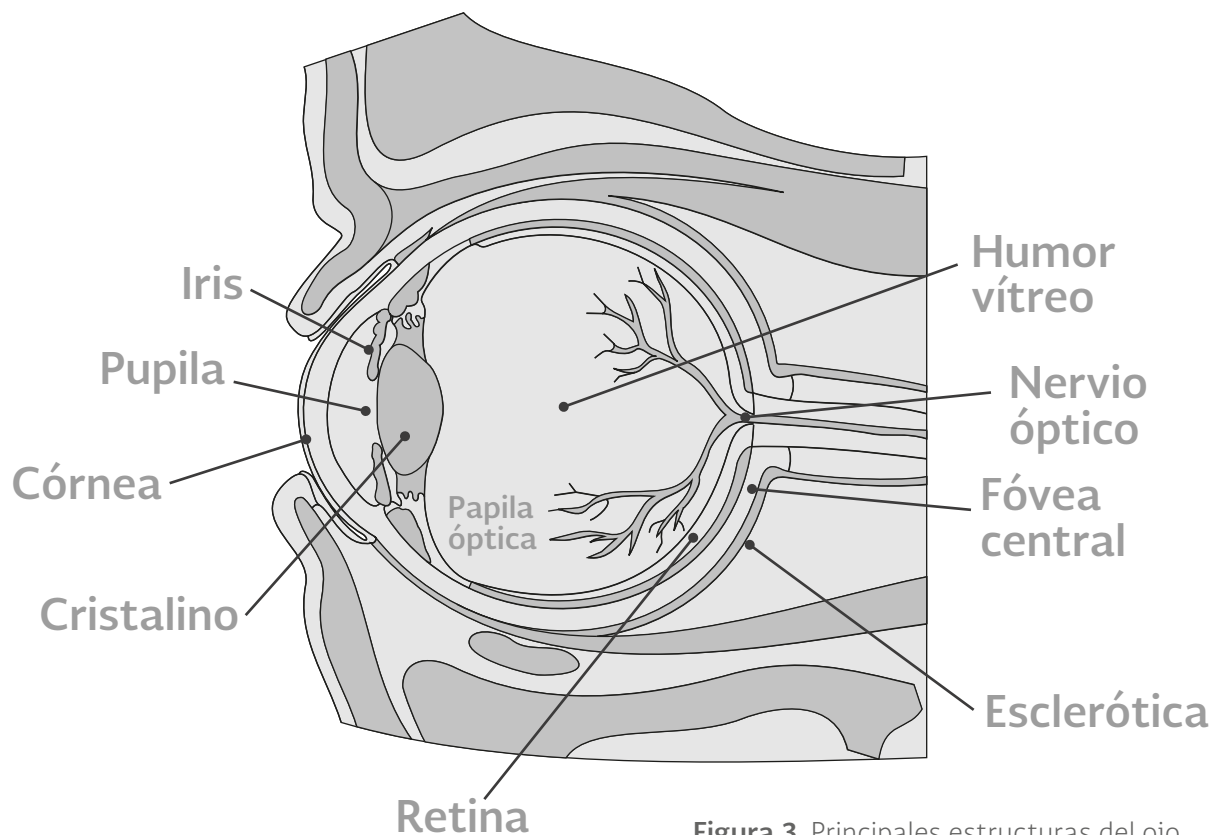



Figura 3. Principales estructuras del ojo.

pestañas, glándulas y conductos lagrimales y el globo ocular. Este último está cubierto en su parte central por una membrana transparente denominada córnea, además tiene una estructura blanca llamada esclerótica, un iris (formación circular que le da el color particular a los ojos) y la pupila (el orificio central cubierto por una especie de lente denominado cristalino) por donde llegan las señales luminosas a la retina y de ahí a través del nervio óptico al cerebro para su interpretación. El interior del globo

ocular se forma por una sustancia gelatinosa llamada humor vítreo, la cual le permite mantener su forma (Figura 3).

Con el envejecimiento la grasa que rodea al globo ocular así como el tamaño y funcionamiento de las glándulas lagrimales disminuyen, además el conducto lagrimal se estrecha y encontramos resequead en el tejido que rodea al ojo. Por otra parte, la elasticidad del cristalino se acorta y hay alteraciones en los músculos de la acomodación, en el



Los olvidos frecuentes en la vejez, no deben asumirse como normales, hay que comentarlos con el médico, para que evalúe nuestra memoria

iris y en las células de la retina.

Todos estos cambios hacen que los ojos tengan una apariencia de hundimiento, que los párpados luzcan flojos, distendidos y que se reduzca la cantidad de lágrimas (aunque puede presentarse lagrimeo por el estrechamiento del conducto lagrimal o por separación entre el párpado y el ojo). Las pupilas se observan contraídas, el cristalino pierde flexibilidad y la capacidad para adaptarse a la luz, a la oscuridad, a la distancia y a la profundidad se hace lenta, por lo que existe dificultad para leer de cerca y/o realizar procedimientos de precisión (como ensartar una aguja). También cuesta más trabajo apreciar los colores y se incrementa la presión intraocular.

La disminución de la vista afecta de manera determinante la calidad de vida, ya que limita la funcionalidad, generando dificultad o incapacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, lo que altera el estado de ánimo de las personas y repercute en las relaciones familiares y laborales, y afecta de manera definitiva la independencia.

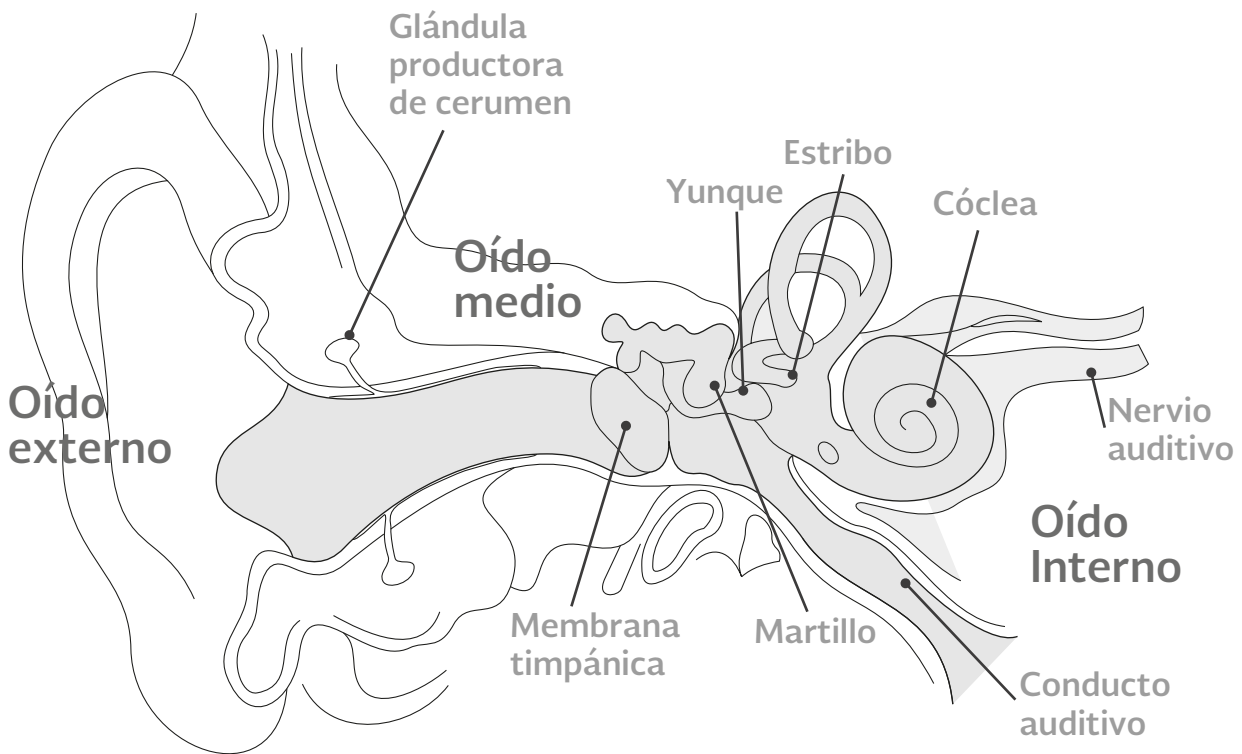
Ante estos cambios existen medidas preventivas como usar lentes para vista cansada y lectura,

evitar moverse en espacios oscuros, no conducir automóviles si se tienen problemas para percibir la profundidad y distancia, etc. Si la reseca de los ojos es intensa es recomendable utilizar gotas de agua estéril y consultar al médico. También es importante hacer uso de redes de apoyo social que brinden información y atención para el cuidado de la vista.

## **Audición y equilibrio**

Los oídos son los órganos que le permiten a la persona percibir la intensidad y características de los sonidos, así como mantener el equilibrio. Las estructuras que conforman los oídos son: pabellones auriculares (orejas), conducto auditivo externo, membrana timpánica, el oído medio con sus huesecillos (martillo, yunque y estribo) y el oído interno, en donde se encuentra el nervio auditivo y el aparato vestibular (una estructura de canales y nervios que interviene en el equilibrio) (Figura 4).

Cuando envejecemos, en las orejas se presenta un adelgazamiento y la piel se reseca. En el conducto auditivo aumenta el número y largo de los pelos, y se incrementan las grietas de la piel, haciendo más difícil la



**Figura 4.** Principales estructuras del oído.

eliminación del cerumen, incrementando la frecuencia de la formación de tapones. La membrana timpánica pierde elasticidad y los huesecillos se descalcifican y pueden presentar osteoporosis.

En al menos 10% de los adultos mayores el oído interno muestra alteraciones que generan una creciente dificultad para oír los tonos agudos (esto se acompaña normalmente de zumbidos), los ruidos fuertes tampoco se perciben apropiadamente y resulta complicado diferenciar sonidos en un ambiente ruidoso. A esto se le llama presbia-

cusia y normalmente inicia a partir de los 50 años.

Las modificaciones que surgen con la edad en el aparato vestibular propician un deterioro en el control postural reflejo, que es el mecanismo que nos permite mantener el equilibrio en todo momento y en cualquier posición, lo que predispone a las caídas.

La disminución progresiva de la audición provoca molestias, irritabilidad y, desde luego, dificultad para las interacciones sociales, por lo que dejar de escuchar implica una



Ya no escucho bien con este oído, iré con el médico para que me revise, quizás sea un tapón de cerumen, y si no que me mande con el especialista



pérdida de funcionalidad y puede llevar a la dependencia.

Las medidas de precaución ante estos cambios incluyen el aseo cuidadoso del conducto auditivo después del baño (aunque se recomienda evitar el uso de artefactos como cotonetes, pasadores de pelo o ganchos que pueden lastimar las estructuras internas), evadir los ambientes ruidosos y moverse con precaución para evitar caídas. Si las alteraciones de audición son muy intensas se debe acudir con un

médico especialista en el oído.

## Olfato, gusto y fonación

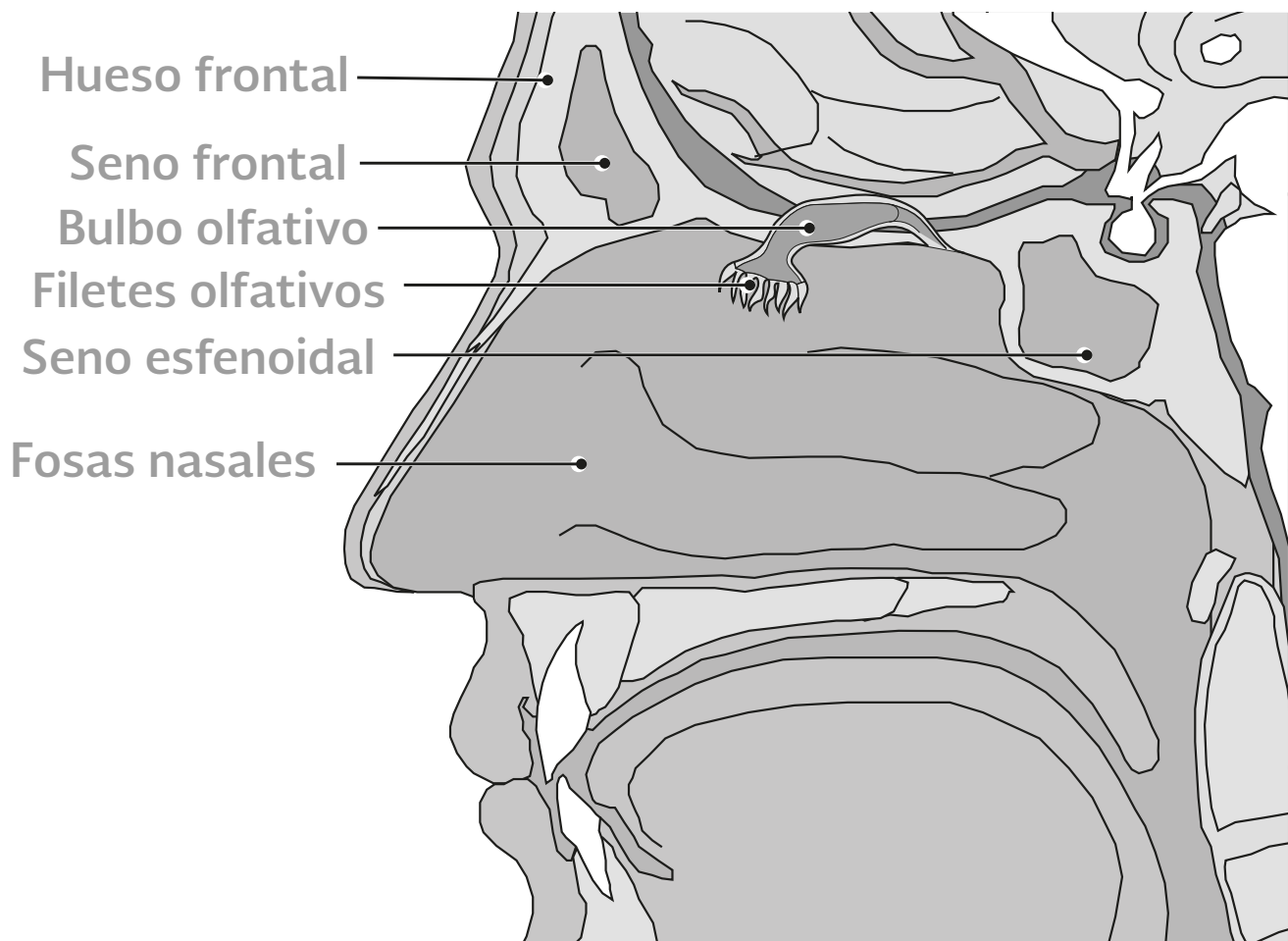
El olfato y el gusto son dos funciones sensoriales estrechamente relacionadas que nos permiten percibir las características e intensidad de los olores y sabores respectivamente. Las estructuras que intervienen en el trabajo de estos sentidos son el bulbo olfatorio, las papilas gustativas y el cerebro (Figura 5).

La fonación es la función que nos permite articular palabras y emitir sonidos y los elementos que intervienen en estas acciones son la lengua, los dientes, el paladar, la faringe, la laringe y las cuerdas vocales.

Al envejecer, el número y tamaño de las papilas gustativas y las células olfatorias disminuye, y también se reduce la elasticidad de los músculos

y cartílagos de la laringe. Por estas razones, los sentidos del gusto y del olfato se debilitan, provocando dificultades para tragar, complicando el acto reflejo de toser y generando un cambio en el tono de la voz.

Puesto que el olfato, el gusto y la fonación son funciones que hacen posible la interacción con el mundo que nos rodea, la alteración de alguno de ellos tiene repercusiones



**Figura 5.** Principales estructuras que intervienen en el olfato, gusto y fonación.

en diferentes niveles. En el caso del olfato, por ejemplo, los olores despiertan recuerdos y alertan sobre situaciones de peligro, así que la insuficiencia de esta función provoca, por una parte, pérdida de memorias y sensibilidad y, por otra, puede convertirse en un factor de riesgo. A través del gusto es que tenemos la capacidad de disfrutar de los alimentos, y su ausencia llega a propiciar el consumo excesivo de azúcares o sales, generando malestar y confrontaciones familiares en caso de que se padezcan ciertas enfermedades como diabetes mellitus o hipertensión arterial. Tratándose de la fonación, cualquier afección que reduzca la capacidad de comunicarse limitará las interacciones sociales y causará aislamiento.

Para compensar alteraciones de este tipo se pueden tomar las siguientes medidas: cepillado de la lengua durante el aseo buco-dental diario, mantener limpias y humedecidas las fosas nasales, evitar el consumo de medicamentos no indicados por el médico (porque pueden afectar la percepción del gusto), además de tomar agua en cantidad suficiente, ya que la resequedad de la boca dificulta la articulación de las palabras.

## **Sistema endocrino**

El sistema endocrino está constituido por un conjunto de órganos denominados glándulas, éstas producen unas sustancias llamadas hormonas que actúan sobre otros órganos.

Las glándulas más importantes del sistema endocrino durante el envejecimiento son: la tiroides, que produce hormonas que son fundamentales para mantener equilibrado el metabolismo del organismo (consumo, gasto y eliminación de energía); las glándulas paratiroides, que producen hormonas que intervienen en la regulación de los niveles de calcio en la sangre; el timo, cuya función es muy importante para el sistema inmunitario que defiende al organismo de sustancias extrañas e infecciones; el páncreas que produce la insulina, cuya labor es la de facilitar el paso de la glucosa (azúcar) al interior de la célula; los ovarios en la mujer, en donde se producen las hormonas sexuales femeninas llamadas estrógenos, así como la progesterona (sustancia asociada con la menstruación y de vital importancia durante el embarazo); y los testículos en el hombre,

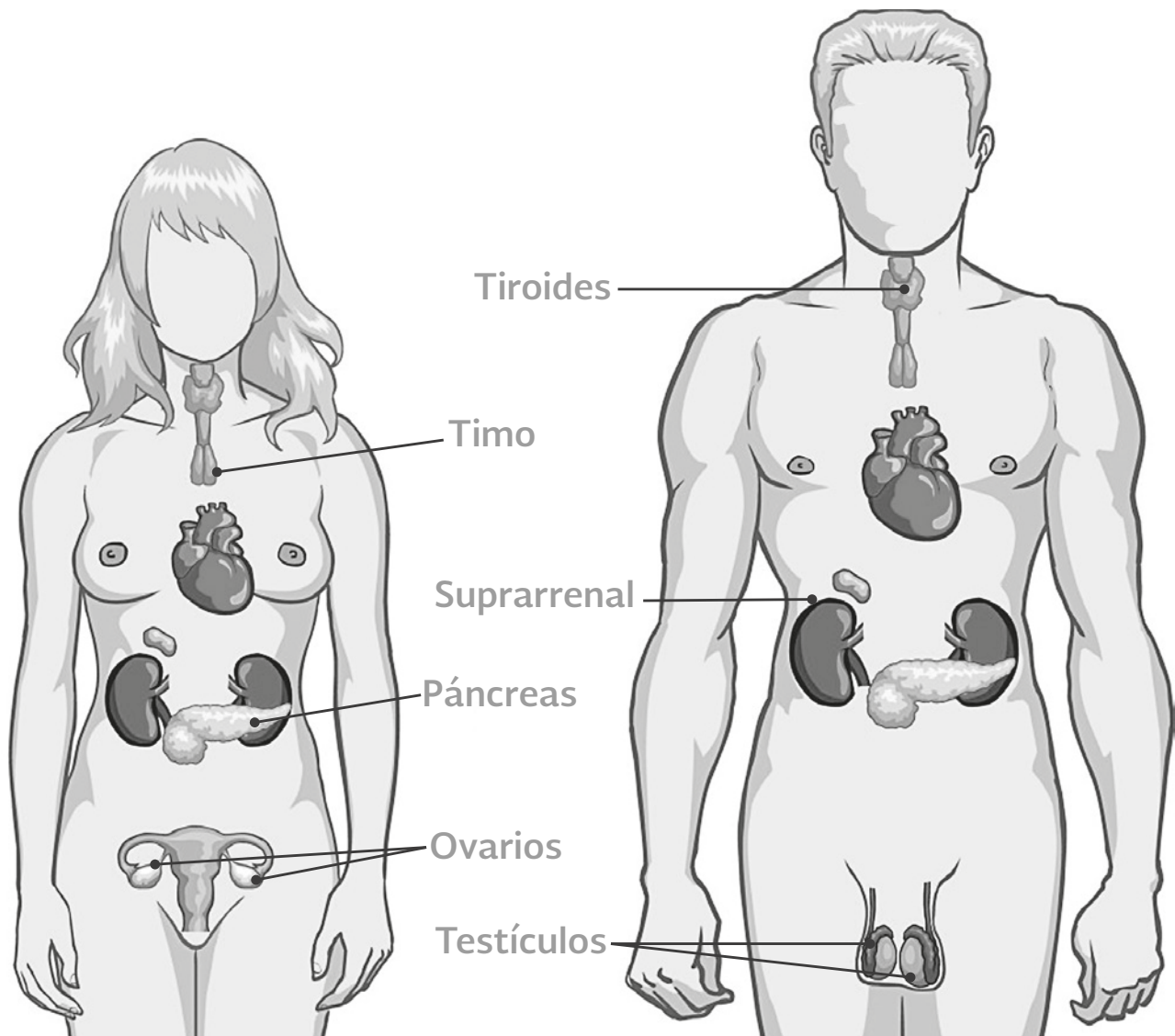


Figura 6. Glándulas que integran el sistema endocrino.

que producen la mayor cantidad de hormonas sexuales masculinas denominadas andrógenos (Figura 6).

Durante el envejecimiento la producción y actividad de las hormonas tiroideas disminuye relativamente, sin afectar de forma significativa el metabolismo del organismo. El

desempeño del timo, por otro lado, se reduce en forma importante, debilitando el sistema inmunológico. Los niveles de las hormonas paratiroides pueden aumentar debido a una absorción defectuosa de calcio. También se observan niveles más altos de azúcar (glucosa en sangre de 10 a 20 mg / dL), causados

por una deficiencia o acción deficiente de la insulina. La producción de hormonas sexuales disminuye, repercutiendo en las funciones sexuales, en el metabolismo óseo y en los niveles de colesterol.

Debido a la disminución en la función del timo existe cierta propensión a las infecciones y a la presencia de padecimientos autoinmunes (enfermedades que genera el propio sistema inmunológico al identificar las sustancias tanto propias como ajenas), tales como artritis reumatoide y cáncer. Por otra parte, los cambios en la producción de insulina generan una predisposición a contraer diabetes mellitus.

Al disminuir la producción de hormonas sexuales, la mujer presenta la menopausia (última menstruación que sucede generalmente entre los 45 y 50 años), que se puede acompañar de un periodo de varios meses antes y después de la última menstruación, de un conjunto de trastornos denominado climaterio, caracterizado por alteraciones menstruales (sangrados irregulares, escasos), bochornos, mareos, insomnio y cambios de carácter (tendencia al llanto, ansiedad e irritabilidad) y disminución del deseo sexual. En el caso del hombre, la disminución de

la producción de hormonas sexuales provoca un conjunto de alteraciones denominadas andropausia, caracterizada por una disminución del deseo sexual, disminución de masa y fuerza muscular, tendencia al incremento de peso, alteraciones del sueño, irritabilidad y baja de autoestima.

Aunado a la disminución de las hormonas sexuales, el incremento de las hormonas paratiroides predispone a la aparición de osteoporosis.

Las hormonas son fundamentales para el funcionamiento del cuerpo en general, cada una de ellas tiene una función específica a nivel de los diferentes sistemas, incluyendo el psicológico y, por lo tanto, contribuyen en la interacción con el mundo. La disminución de la producción de hormonas tiende a afectar el estado de ánimo y provoca irritabilidad, ansiedad, depresión, aislamiento, afecta la imagen de sí mismo, la relación de pareja, las relaciones familiares y comunitarias, trayendo como consecuencia pérdidas en la funcionalidad social.

Para prevenir y controlar estas alteraciones se recomiendan las siguientes acciones: realizar ejercicio físico, seguir una dieta baja en

grasas y azúcar refinada y rica en antioxidantes y fibra, practicarse una medición de glucosa y un perfil de lípidos en sangre al menos cada año. Las molestias que acompañan a la menopausia generalmente cederán, de forma gradual, sin tratamiento, no obstante, si son muy intensas, se debe acudir al médico. En relación con la actividad sexual, el envejecimiento no debe ser un impedimento para que se ejercite de manera satisfactoria. Ante cualquier duda es muy importante acudir con su médico.

## **Sistema inmunológico**

El sistema inmunológico está constituido por los glóbulos blancos de la sangre (leucocitos) y los anticuerpos. La función de los glóbulos blancos consiste en comer y destruir (fagocitar) microorganismos, desechos celulares y células malignas; y la de los anticuerpos es reconocer y facilitar la destrucción y eliminación de sustancias tóxicas o extrañas (antígenos), bacterias, virus y células malignas. En este sistema intervienen además el timo, el bazo y la médula ósea.

Al envejecer, la inmunidad celular (que consiste en la capacidad de las

células para defenderse de agentes nocivos, microorganismos y células malignas) disminuye y se altera. También la respuesta de los anticuerpos se ve disminuida o alterada, dando lugar a la aparición de los autoanticuerpos, que han perdido la capacidad de autorreconocimiento y atacan al propio organismo.

Estas transformaciones se manifiestan con una propensión a las infecciones en general y a la reactivación de tuberculosis, varicela y herpes zóster (para las personas ancianas que las padecieron), además de una susceptibilidad a los tumores benignos y malignos.

Presentar infecciones recurrentes provoca incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria y esto puede conducir a la dependencia y a la alteración de las relaciones familiares. Por otro lado, cuando existe la posibilidad de la presencia de un tumor, hay trastornos a nivel personal, familiar y económico que repercuten en la funcionalidad física, mental, familiar y social.

En este caso, las medidas preventivas están orientadas a detectar a tiempo los problemas infecciosos y acudir con el médico de inmediato, además de evitar exponerse



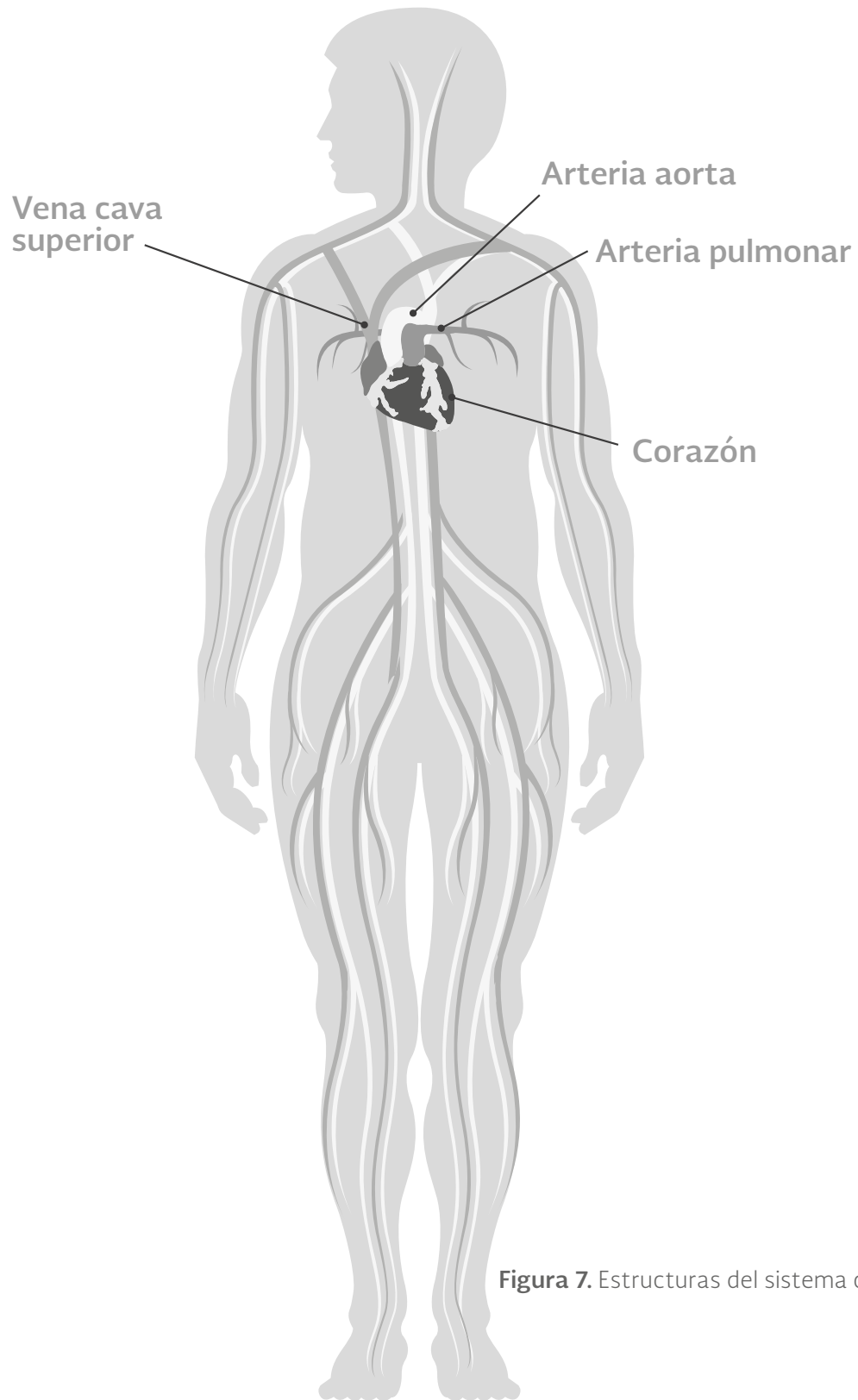
a las fuentes generadoras de infecciones y tumores. Como protección específica se recomienda la aplicación de las vacunas contra la influenza, neumonía y la antitetánica. También es importante acudir a redes de apoyo social que brinden información oportuna y que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

## **Sistema cardiovascular**

El sistema cardiovascular está constituido por el corazón, las arterias y las venas. Su función primordial es distribuir el oxígeno y los nutrientes

a todos los órganos, aparatos y sistemas.

El corazón se compone de cuatro cavidades, dos aurículas y dos ventrículos. Las del lado izquierdo bombean sangre oxigenada a todo el cuerpo a través de las arterias, que se ramifican por el organismo y se hacen cada vez más pequeñas a medida que penetran en los tejidos hasta alcanzar las células. Luego de que el oxígeno es intercambiado por bióxido de carbono en las células, la sangre regresa por las venas a la aurícula y ventrículo derechos para ser oxigenada de nuevo en los pulmones (Figura 7).



**Figura 7.** Estructuras del sistema cardiovascular.



Conforme se envejece, los vasos sanguíneos pierden elasticidad, se deposita grasa en las arterias y se endurecen los músculos del corazón, por lo que la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción decrecen, además, los mecanismos del sistema nervioso se encuentran disminuidos para mantener la presión arterial.

Debido a estos cambios es frecuente detectar soplos cardíacos en las personas adultas mayores. La hipertensión arterial (presión alta) se presenta en más del 50% de los mayores de 60 años, y la baja de presión al ponerse de pie en más de un 20%. También se puede observar con regularidad una disminución de la frecuencia cardíaca.

Experimentar alguno de los síntomas mencionados puede generar miedos, inseguridad para movilizarse y para socializar, y llevar a la dependencia física y emocional, alterando la vida familiar.

Algunas medidas que se pueden adoptar para prevenir y controlar estos cambios son: realizar ejercicio físico cuando menos cuatro veces a la semana por un periodo no menor a 30 minutos continuos; consumir una dieta baja en sal y grasas saturadas, sustituir el consumo de carnes rojas

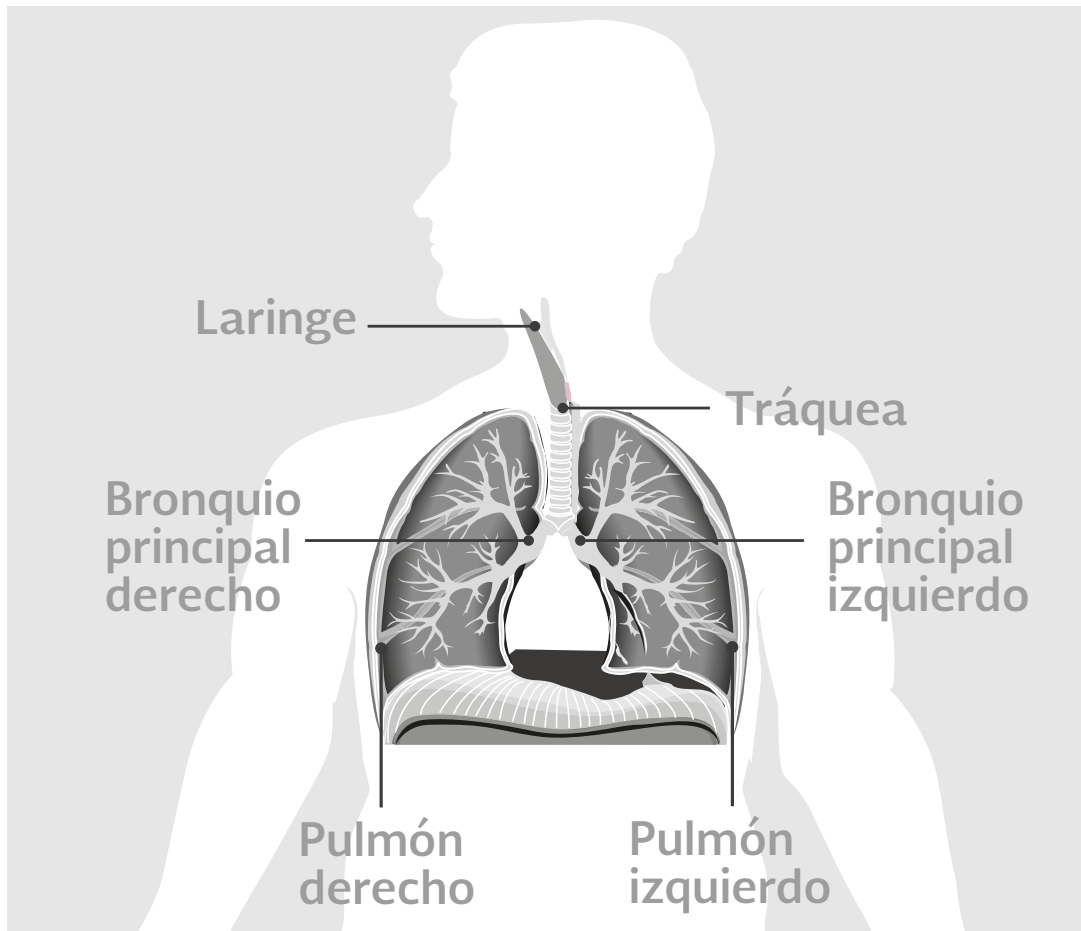
(cerdo y res) por pescado y pollo. También es muy importante vigilar la presión arterial por lo menos una vez al mes, aunque no se padezca de presión alta o baja y, ante cualquier duda o situación fuera de lo normal, acudir al médico o las redes de apoyo social.

## **Sistema respiratorio**

El sistema respiratorio está constituido por tráquea, bronquios y pulmones.

Su función primordial es la de abastecer de oxígeno al organismo y eliminar el bióxido de carbono. Este proceso se realiza mediante la inspiración (ingreso de aire oxigenado a los pulmones) y la espiración (expulsión del aire con bióxido de carbono de los pulmones). Para que la función respiratoria sea adecuada también es necesario que la expansión del tórax, músculos y cartílagos (tejido elástico) que rodean las costillas, sea adecuada (Figura 8).

Con el envejecimiento disminuye la elasticidad de los cartílagos del tórax y se debilitan los músculos respiratorios, limitando los movimientos de inspiración y espiración. También se angostan las vías respiratorias, por la



**Figura 8.** Estructuras del sistema respiratorio.

falta de elasticidad de los bronquios, y se reduce la cantidad y eficiencia de los cilios (que son las vellosidades que ayudan a eliminar las secreciones y bacterias). Además, el tejido que cubre y protege los bronquios se encuentra desgastado y, por lo tanto, no trabaja adecuadamente. Estas transformaciones ocasionan que la función respiratoria se encuentre restringida y provocan predisposición a infecciones.

Las enfermedades infecciosas frecuentes producen debilidad, aislamiento e incapacidad para realizar una vida normal, afectando las relaciones familiares y limitando la participación de la persona en las actividades sociales.

Para evitar problemas crónicos respiratorios e infecciones frecuentes se recomienda realizar ejercicios de inspiraciones y espiraciones

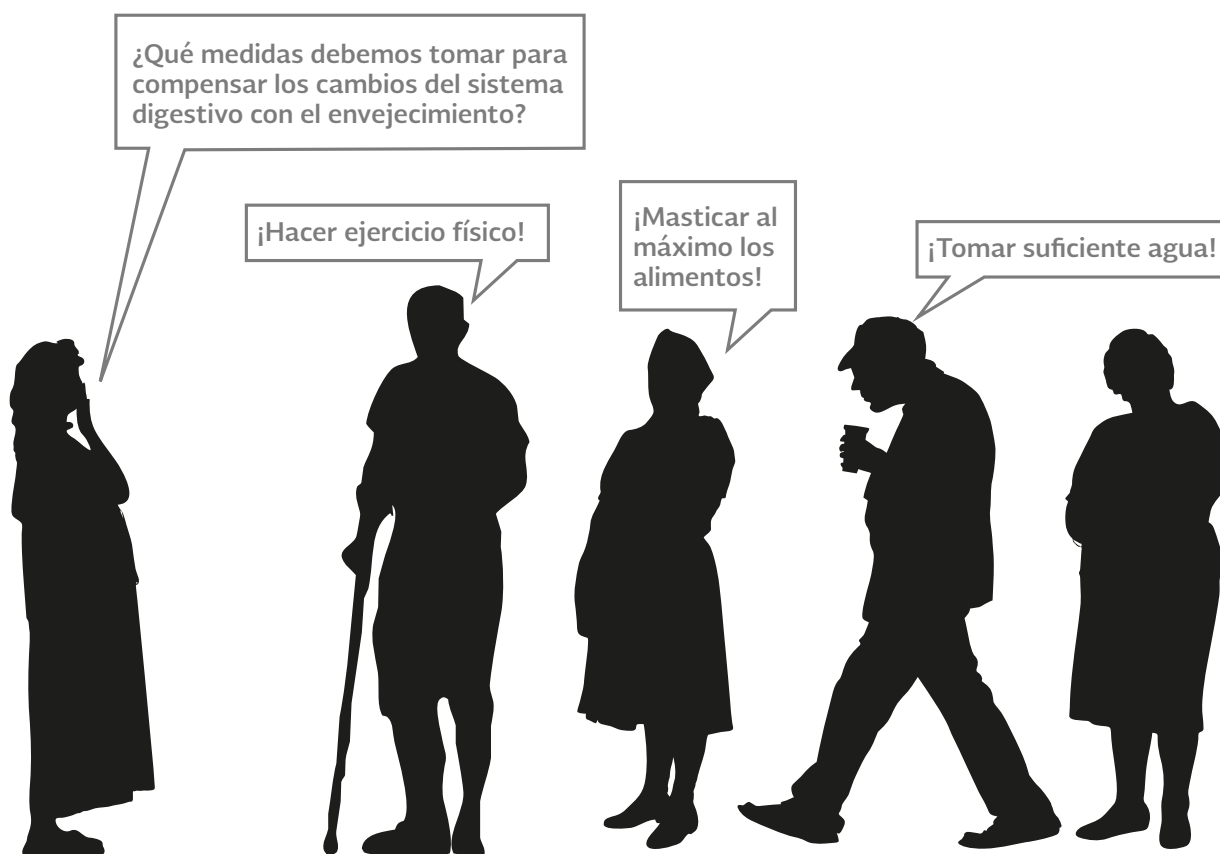
profundas 2 veces al día durante un periodo de 5 a 10 minutos; inflar globos diariamente por un lapso de 5 a 10 minutos; ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C (naranjas, guayabas, zanahorias, verduras de hojas verdes, etc.) para regenerar el tejido de los bronquios; realizar ejercicio físico diariamente y mantenerse informados a través de las redes de apoyo social.

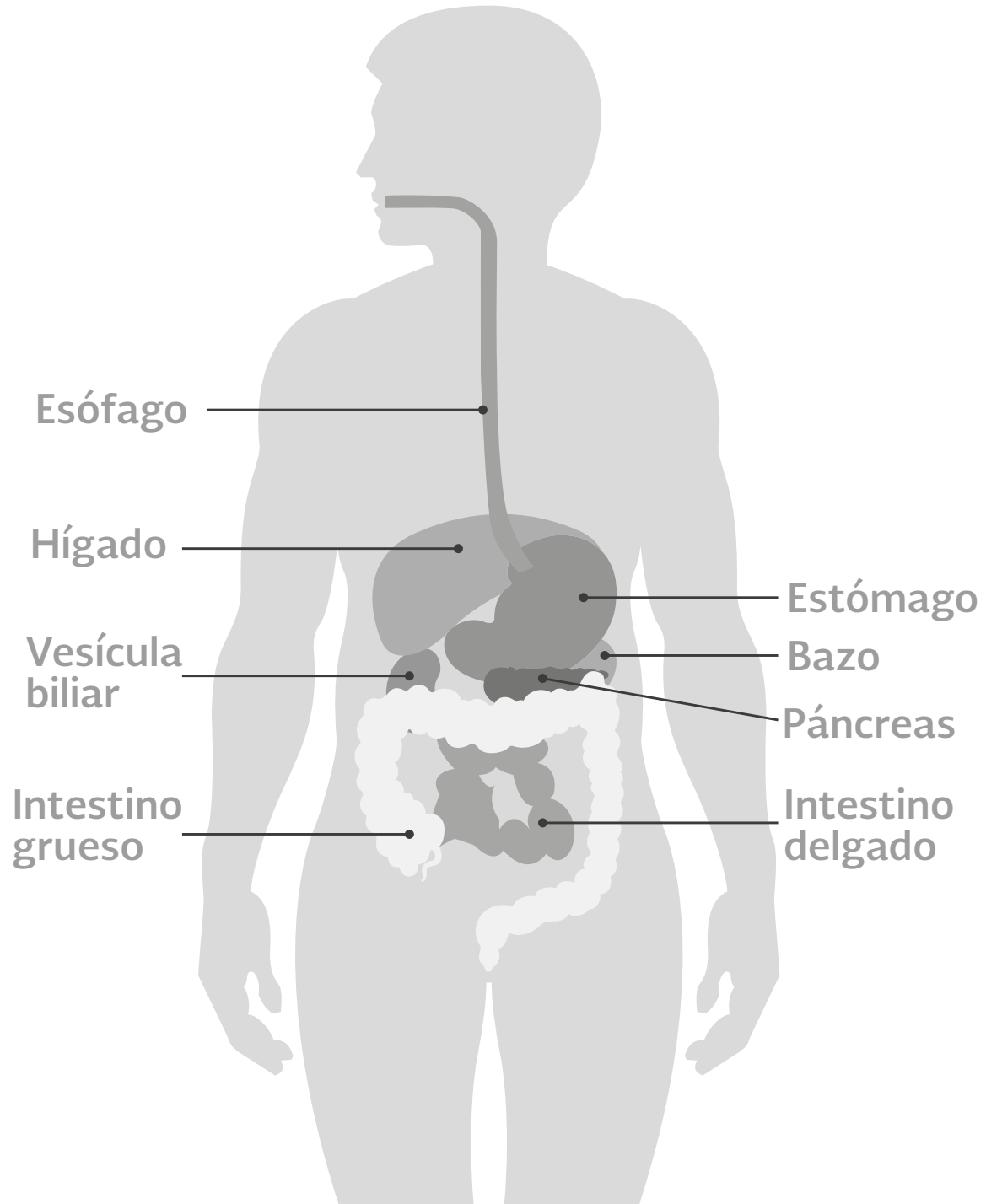
## Sistema digestivo

Al sistema digestivo lo conforman: boca, esófago, estómago, intestino

delgado, intestino grueso (colon), recto y ano, y también participan en el proceso de digestión el hígado y el páncreas. La digestión se inicia en la boca con la masticación de los alimentos y termina con la evacuación (eliminación de excremento) (Figura 9).

La función principal de este sistema es la de procesar los alimentos para que el organismo utilice de manera adecuada y óptima los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos, minerales y vitaminas).





**Figura 9.** Estructuras del sistema digestivo.

Las personas ancianas presentan una reducción en la capacidad de movilidad del esófago e intestinos y en la secreción de ácidos del estómago. Asimismo, el grosor del tejido del estómago está disminuido y la absorción alimenticia y el funcionamiento hepático son menos eficientes.

Estos cambios en el organismo de la gente envejecida producen tendencia al estreñimiento, intolerancia al consumo abundante de alimentos (por la disminución en la movilidad) y menor absorción y metabolización de algunos medicamentos. Lo que puede provocar malestar físico y repercutir en las relaciones interpersonales, ya sea por irritabilidad o por dificultar la participación en eventos sociales, generando aislamiento y/o deterioro de la calidad de vida.

Las alteraciones de las que hablamos se pueden prevenir o mitigar con ejercicio físico, ingiriendo agua suficiente (2 litros al día, la mitad sola y la otra mitad durante las comidas), masticando al máximo los alimentos y, si no se tienen dientes, acudiendo al dentista para obtener una prótesis dental. Si a pesar de todo se dificulta la masticación, se puede

ingerir la comida picada o molida. El consumo de alimentos debe ser fraccionado: 3 veces al día en poca cantidad y 2 raciones de frutas o verduras intermedias.

Por otro lado, sólo se deben tomar medicamentos indicados por el médico, ya que la absorción puede ser deficiente. Es muy importante también acudir a las redes de apoyo social que proporcionan servicios informativos sobre temas de salud.

## **Boca**

En la boca se perciben los sabores mediante las papilas gustativas que, con la ayuda del olfato, permiten seleccionar y discriminar lo que comemos. La boca está conformada por la lengua, glándulas salivales, papilas gustativas, encías, dientes y paladar. Estos órganos constituyen en conjunto el aparato bucodental, cuya función primordial es iniciar el proceso de digestión de los alimentos a través de la masticación y la acción de las sustancias que contiene la saliva. La boca, además de la función digestiva, tiene gran relevancia para la comunicación hablada y, por lo tanto, para la funcionalidad social.



Con el envejecimiento, el tejido que forma la encía y el tejido que cubre la lengua adelgazan, disminuyen la cantidad de papilas gustativas y la producción de saliva y los dientes presentan movilidad.

Estas transformaciones propician la presencia de lengua lisa, boca seca (que por la disminución de saliva favorece el mal aliento), sensación de ardor, trastornos del gusto, difi-

cultad para masticar los alimentos, problemas para articular palabras, predisposición a caries que destruyen la raíz del diente e infecciones causadas por hongos y el virus del herpes simple.

El tener dificultades para comer y hablar puede repercutir negativamente en la calidad de vida, ya que se generan sentimientos de inseguridad al convivir con otros, lo

que puede conducir al aislamiento y, como consecuencia, a la pérdida de la funcionalidad social. También el mal aliento (halitosis) puede disminuir la autoestima y provocar rechazo y aislamiento social.

Las alteraciones que presenta el aparato bucodental se pueden prevenir o mitigar acudiendo con el dentista por lo menos una vez al año, para obtener orientación sobre medidas higiénicas de la boca y cuidados de prótesis dentales. También es recomendable visitar al médico para que, de ser posible, sustituya los medicamentos que incrementan la resequedad de boca y/o modifican la percepción de los sabores (por ejemplo, medicamentos para presión arterial, problemas del corazón, depresión, etc.). Además, es muy importante mantener la boca húmeda, bebiendo la cantidad de agua necesaria de 1.5 a 2 litros al día (8 vasos), y en casos necesarios ingerir pequeñas cantidades de agua con frecuencia. No olvidar que con el envejecimiento disminuye el reflejo de la sed y algunas personas mayores restringen deliberadamente la ingestión de agua por miedo a la incontinencia o para evitar la urgencia de tener que ir al baño, sobre todo cuando están fuera de casa.

## Sistema renal

El sistema renal está conformado por los riñones y los ureteros, una especie de tubos que llevan la orina hacia la vejiga donde se almacena hasta que orinamos por la uretra (Figura 10). El trabajo de este sistema consiste en filtrar los desechos nocivos y las sustancias que se encuentran en concentraciones muy altas en la sangre, para ser eliminados mediante la orina.

Durante el envejecimiento, la capacidad de filtración renal se deteriora, ya que disminuye el número y tamaño de las células renales (llamadas nefronas). La función renal se reduce gradualmente a partir de los 40 años (8 a 10% por década), perdiendo hasta un 25% o 30% de su capacidad a los 70 años de edad, por lo que las facultades del organismo para limpiar la sangre y deshacerse de las sustancias de desecho disminuyen. Situación que debe ser considerada por los médicos para determinar la dosis de los medicamentos.

Para prevenir estos trastornos es muy importante ingerir agua en cantidades suficientes (1.5 a 2 litros diarios) y evitar el consumo de medicinas no indicadas, así como contar

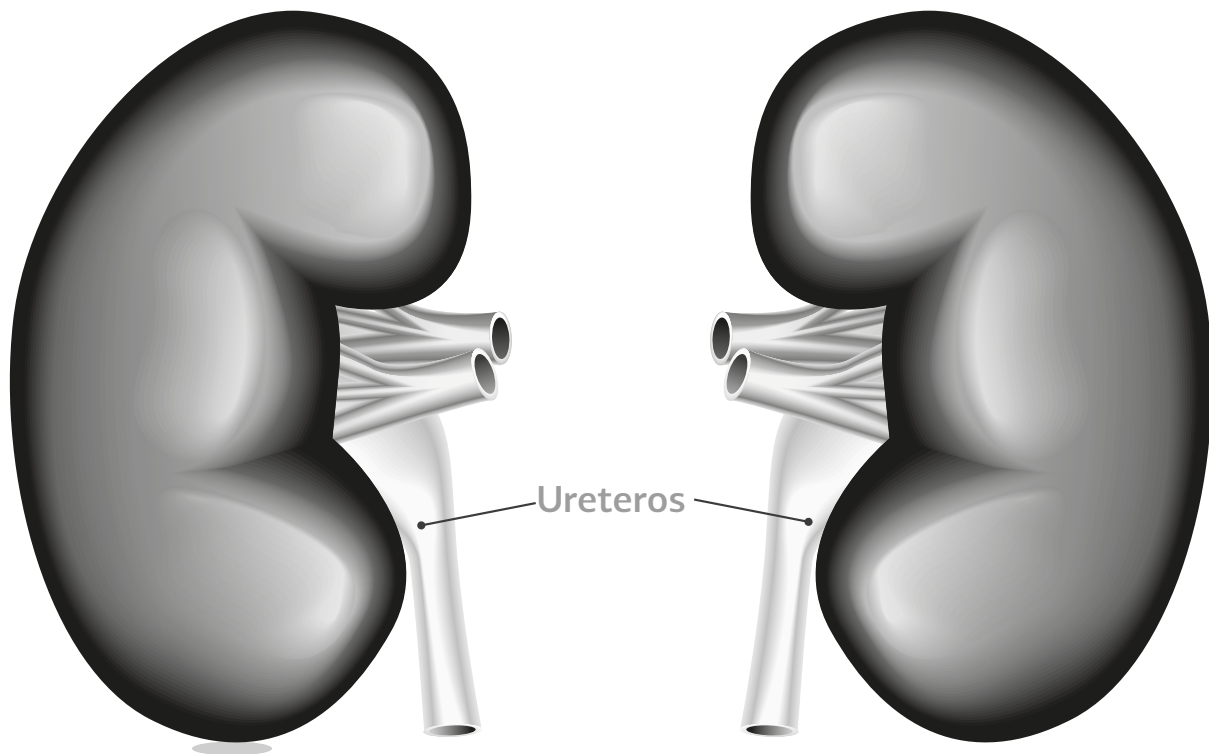


Figura 10. Riñones y ureteros.

con un respaldo informativo de las redes de apoyo social.

## Sistema genitourinario

El sistema genitourinario en la mujer está constituido por ureteros, uretra (tubo que permite a la orina salir del cuerpo), vejiga, ovarios, útero, vagina y vulva (labios mayores, labios menores y clítoris); en el hombre está conformado por ureteros, uretra, vejiga, próstata, testículos y pene (Figura 11).

La función de este sistema, en lo referente a las vías urinarias, es la de conducir, almacenar y eliminar la orina, y en lo que toca a los genitales, permitir las relaciones sexuales y la reproducción.

En las mujeres adultas mayores se puede presentar reducción de la capacidad de la vejiga para almacenar orina y debilidad de los músculos que mantienen en su posición la vejiga y el útero; además, después de la menopausia, disminuyen el grosor y la resistencia del

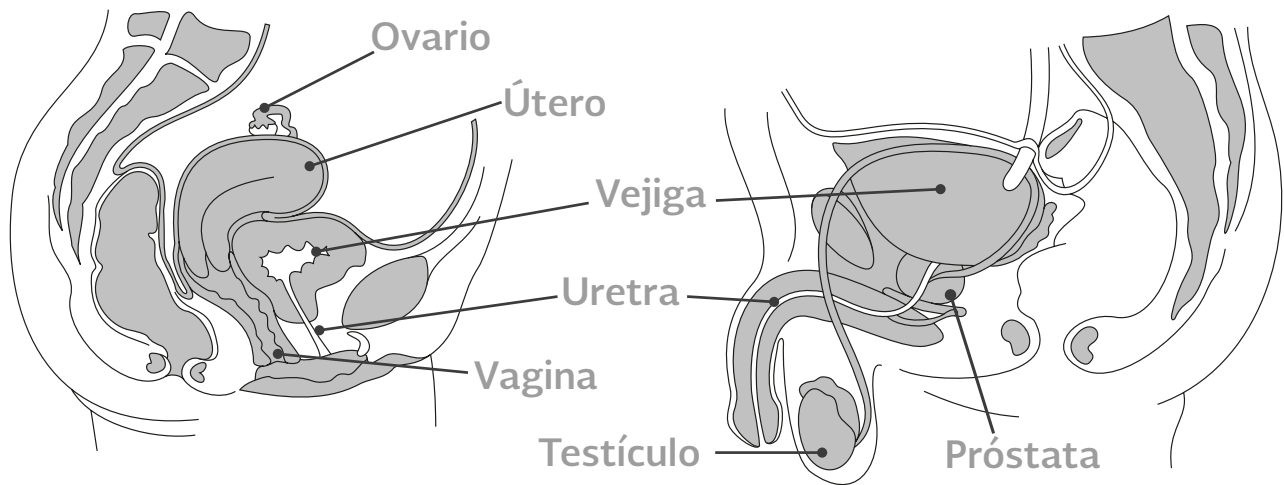




tejido (mucosa) que cubre la vagina, generando resequedad y propensión al roce. En los varones se observa aumento en el tamaño de la próstata a partir de los 40 años.

Estos cambios provocan dificultad para retrasar la micción (el acto de orinar). En el caso de las mujeres se llega a presentar incontinencia urinaria (salida involuntaria de orina) cuando se realiza un esfuerzo, debido al cambio de posición de la vejiga por el debilitamiento de los músculos que la sostienen (situación que se intensifica en aquellas que han tenido varios partos). Otra molestia común es el dolor causado por la resequedad de la mucosa vaginal que se experimenta durante las relaciones sexuales, esta falta de lubricación es generada por la disminución de la producción de hormonas sexuales femeninas (estrógenos). El hombre puede presentar reducción en la potencia del chorro de la orina y problemas para orinar por el crecimiento de la próstata.

Las modificaciones que se presentan en este sistema tienen una repercusión importante en la gente, sobre todo en los ámbitos de la autoestima y la percepción de sí mismo. Pueden dar lugar a sentimientos de minusvalía y hacer surgir problemas

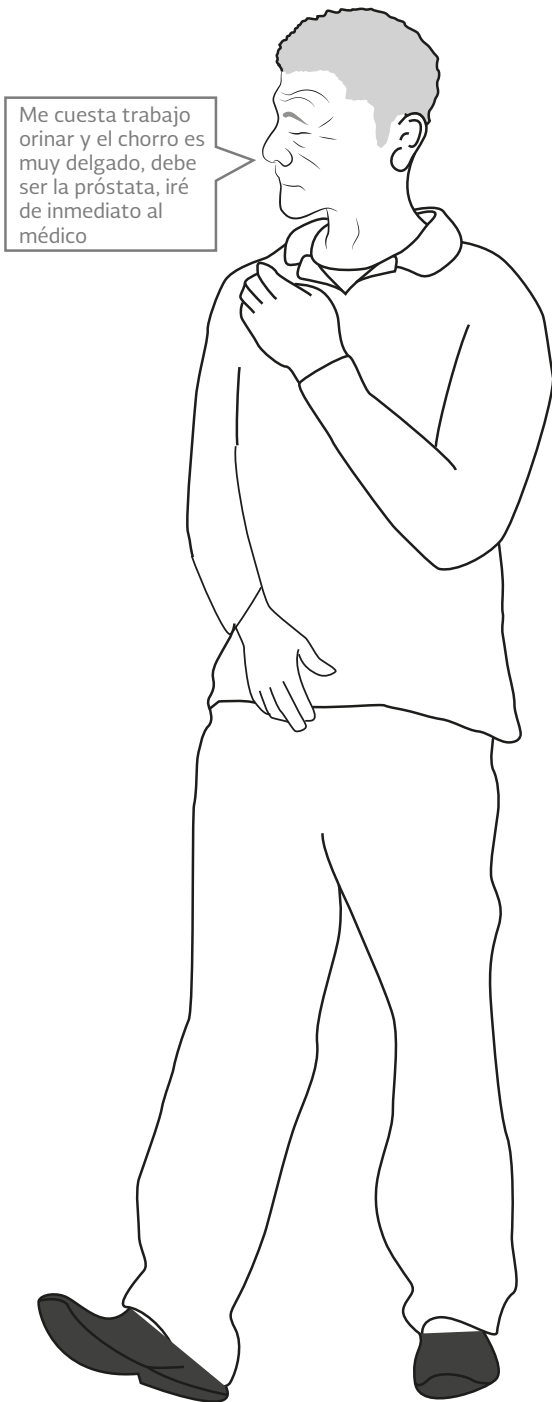


**Figura 11.** Estructuras del sistema genitourinario.

de pareja que repercutan a nivel de toda la familia. Además, si se padece incontinencia urinaria el aislamiento y la segregación son muy frecuentes.

A continuación se mencionan algunas medidas que deben adoptar las mujeres adultas mayores para prevenir y controlar estos cambios. Si presentan salida de orina con el esfuerzo, pueden hacer ejercicios que fortalezcan la musculatura que sostiene la vejiga. Estos ejercicios consisten en contraer los músculos igual que cuando interrumpe la micción o aguanta la orina voluntariamente y se deben realizar por 10 minutos, 3 veces al día. Respecto al dolor durante las relaciones sexuales, existe siempre

la posibilidad de adquirir y utilizar un lubricante fabricado precisamente para estas situaciones (de preferencia indicado por su médico). En el caso de los hombres, se recomienda acudir con el médico cada año para la medición de los niveles de antígeno prostático y revisión de la próstata. También es muy importante que todos los adultos mayores acudan a las redes de apoyo social para obtener información y asesoría en la detección oportuna de cualquier tipo de cáncer.



## Sistema músculo esquelético

El sistema músculo esquelético está constituido por el esqueleto óseo (los huesos) y los músculos (Figura 12). Su función primordial es la de sostener la estructura del cuerpo, con lo cual la persona puede mantener diferentes posiciones y realizar movimientos.

Con el envejecimiento los músculos se reducen en tamaño y en capacidad de tensión y contracción, además de perder entre un 20% y 30% de fuerza de los 60 a los 90 años. La estatura disminuye hasta 1 cm cada década a partir de los 50 años (es importante que este cambio sea valorado por el médico para descartar osteoporosis). También, a partir de los 45 años, se observa una pérdida del tejido que forma los huesos (normalmente es más intensa en las mujeres) y se presentan cambios degenerativos en los ligamentos, tendones y articulaciones.

Estas transformaciones se manifiestan con disminución de masa y debilidad muscular, predisposición a calambres, disminución de la estatura, surgimiento de joroba, propen-

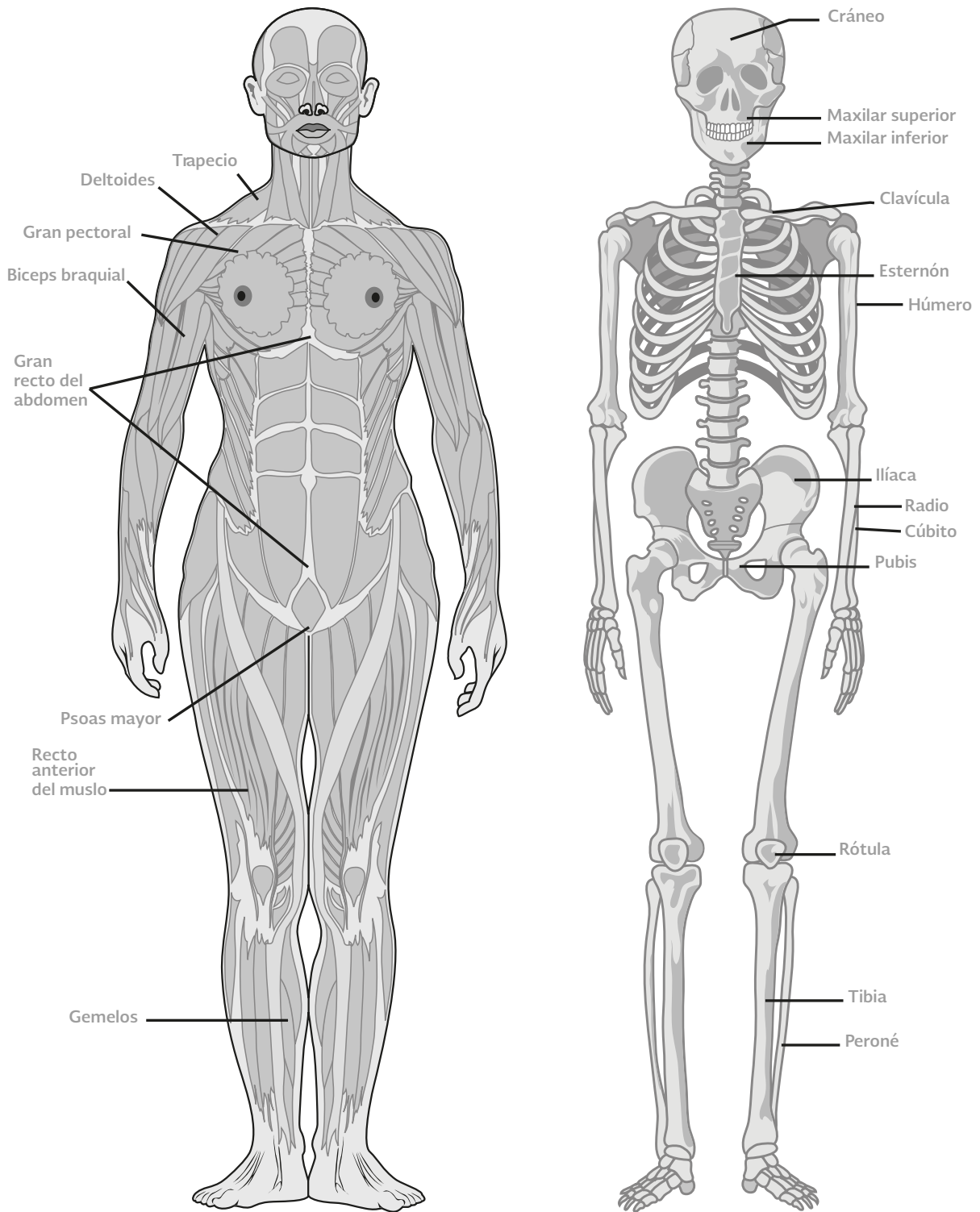
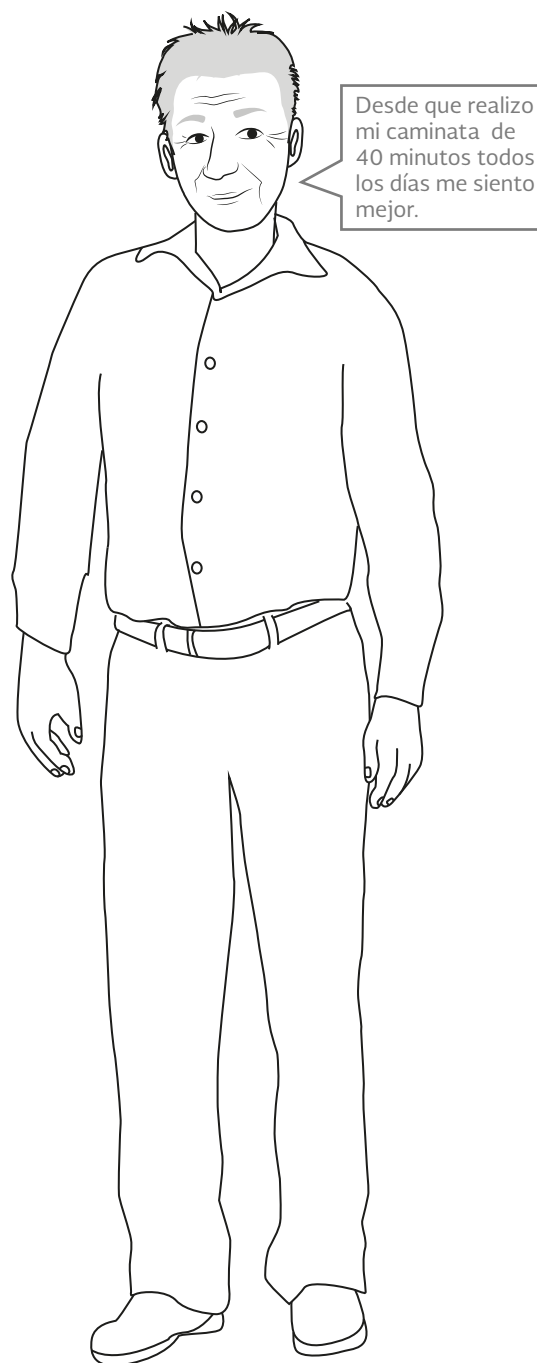


Figura 11. Estructuras del sistema músculo esquelético.

sión a la osteoporosis, disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones.

Si no se tiene un plan de cuidados y prevención ante la pérdida de masa muscular y la propensión a la osteoporosis, puede haber repercusiones en la funcionalidad física que acarreen una disminución de las interacciones sociales y provoquen aislamiento. Por otro lado, el dolor continuo, como en el caso de los problemas articulares, altera el estado de ánimo de las personas, que pueden volverse irritables o retraídas, generando alteraciones en las relaciones familiares y en la funcionalidad social.

Las medidas preventivas más útiles para conservar la estructura y función de músculos, huesos y articulaciones son la alimentación adecuada y el ejercicio físico. Además, las mujeres deben practicarse una densitometría ósea (prueba que sirve para determinar la cantidad de calcio en los huesos y diagnosticar la osteoporosis) anualmente y los hombres deben hacerlo cada 2 años. También es importante recurrir a las redes de apoyo social que brinden información y atención médica al respecto.



## Piel y tegumentos

La piel es un órgano extenso que cubre y protege nuestro cuerpo. Interviene en el control de la temperatura, en la eliminación de sustancias tóxicas, en la síntesis de vitaminas, en la absorción de medicamentos y en la apariencia estética. Como elementos complementarios de la piel se incluyen las uñas y el pelo, que también sirven de protección al cuerpo.

La piel tiene glándulas que producen el sudor (sudoríparas), la grasa (sebáceas) y el olor propio de cada persona (odoríparas). El grosor y características de la piel son distintos de acuerdo al sitio en donde se encuentra y a la función específica que desempeña.

Durante el proceso de envejecimiento el organismo almacena una mayor cantidad de la proteína que protege a la piel (queratina), provocando que la capa externa (epidermis) adelgace y se torne áspera, además de que sus vasos sanguíneos (capilares) se vuelven frágiles. Disminuyen en tamaño y reducen su función las glándulas que producen el sudor (sudoríparas) y las células que originan el pelo (folículos pilosos) y las uñas. También

disminuyen la proporción de fibras elásticas y la cantidad de grasa bajo la piel.

Los cambios que se han señalado traen como consecuencias: arrugas; piel dura y reseca con sensación frecuente de comezón; disminución en la propiedad aislante de la piel que provoca susceptibilidad a las lesiones por golpes leves (moretones) y úlceras por presión; las uñas se vuelven gruesas pero frágiles; el pelo adelgaza, pierde su color y se cae (principalmente en el caso de los hombres).

Ya que la imagen y la presencia física constituyen elementos fundamentales para el mantenimiento de la autoestima, los cambios que se manifiestan en este sistema pueden repercutir en la percepción que se tiene de sí mismo y afectar otras esferas, como la relación de pareja y las relaciones familiares y sociales.

Para prevenir y controlar estas transformaciones es recomendable tomar un baño diario (si la persona no se puede mover, baño de cama), lubricar la piel con lanolina y aceite de almendras dulces ó aceite mineral (aceite para bebé) después del baño y una o dos veces durante el día, y cortar las uñas cada mes. Si la rese-



quedad y la comezón son intensas, hay que proteger las piernas con calcetines y medias especiales para diabéticos. También es importante acudir a las redes de apoyo social que proporcionan información sobre cómo modificar las imágenes preconcebidas que se tienen de la vejez.

Recapitulando, se han presentado los cambios biológicos normales que

se presentan durante el envejecimiento, con el fin de que las mujeres que se encuentran en proceso de envejecimiento conozcan las medidas que se pueden adoptar para compensar los cambios estructurales y la disminución en la función biológica, así como las repercusiones que se tienen en el ámbito personal, social y comunitario.

## En síntesis:

- El envejecimiento es individualizado, no todos los órganos y sistemas ni personas envejecen igual, ni al mismo tiempo.
- Mantenerse informado sobre los cambios, manifestaciones y cuidados que se presentan durante el envejecimiento es esencial para evitar tratamientos innecesarios y limitar las repercusiones en la funcionalidad física, mental y social.
- El ejercicio físico, la ingesta adecuada de agua, el manejo del estrés, la higiene de sueño y la buena alimentación ayudan a contrarrestar los cambios inherentes al envejecimiento.
- Evitar la automedicación contribuye a mantener la funcionalidad de los aparatos y sistemas humanos.
- Acudir regularmente al equipo de salud para recibir información y orientación contribuye en la preservación de la salud.
- Vigilar el funcionamiento de los aparatos y sistemas acorde con los cambios normales del envejecimiento contribuye a prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Fomentar las relaciones interpersonales y las redes de apoyo social contribuye a mantener la funcionalidad física y mental.



## Referencias

Gutiérrez, L.M. y Kershenobich, S.D. (2012). *Envejecimiento y Salud: una propuesta para un plan de acción*. México: Academia Nacional de Medicina/UNAM.

Mendoza Núñez, V.M. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez, en el contexto de pobreza. En: Salgado de Snyder VN, Wong R. *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; p.57-80.

Mendoza- Núñez, V.M., Martínez-Maldonado M.L., Vargas-Guadarrama, L.A. (2013). *Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria*. México: FES Zaragoza, UNAM.

Mendoza Núñez, V.M., Martínez Maldonado M.L., Vargas Guadarrama, LA. (2004). *Gerontología comunitaria*. México: FES Zaragoza, UNAM.



## Capítulo 3

# Envejecimiento y perspectiva de género

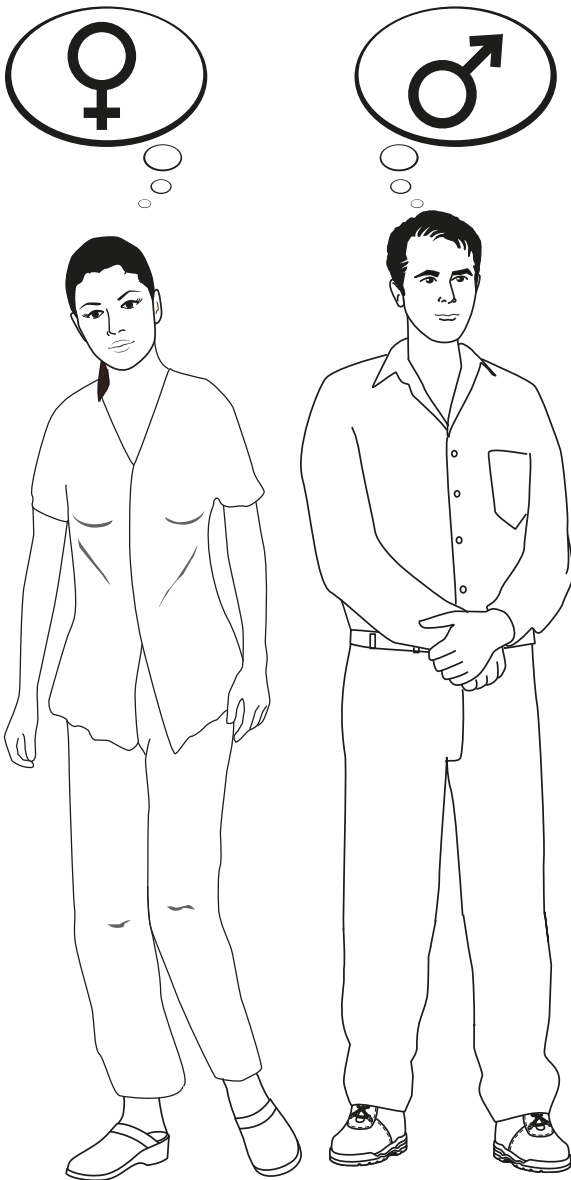
**Otilia Aurora Ramírez Arellano**  
Profesora de la FES Zaragoza, UNAM

Durante la infancia, la cultura enseña las normas, valores y conductas apropiadas en un contexto social a través de los agentes socializadores.

La socialización es un proceso mediante el cual las personas se adaptan a un modelo social determinado a lo largo de la vida. Comienza en el momento en que el individuo nace, e incluso antes de nacer ya existen expectativas sobre ese ser humano y acerca de su socialización. Durante la infancia, la cultura enseña las normas, valores y conductas apropiadas en un contexto social a través de los agentes socializadores: familia, escuela, amigos, vecinos,

religión, medios masivos de comunicación, entre otros.

Las personas se relacionan todo el tiempo en distintas situaciones cotidianas, de manera que hay distintas estrategias de socialización dependiendo del grupo con el que se tenga interacción. Una constante que se va inculcando para lograr el mejor dominio del rol social es el género, basado en una socialización diferencial que enseña y evalúa distinto



El comportamiento aceptado que marca la diferencia de género es cultural y lo determina la sociedad.

a hombres y mujeres, presenta dos formas de socialización como complementarias y por ende diferentes, lo que exige la especialización de cada persona bajo la etiqueta de su categoría sexual, hombre igual a masculino y mujer correspondiente a femenino.

Una de las teorías que expone la socialización humana como un proceso que permite la configuración de funciones y valores entre las personas es la representada por T. Parsons (1972 cit. en Araque, 2013), quien refiere aspectos diferenciales básicos para los géneros masculino y femenino, con lo que se otorga a la madre una función expresiva y al padre una función instrumental en el contexto de la estructura familiar nuclear burguesa.

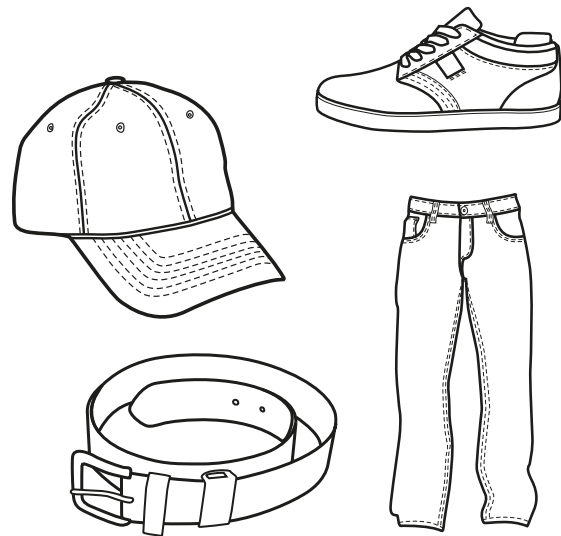
## Sexo versus género

Es necesario precisar las diferencias entre sexo y género antes de entrar en materia de perspectiva de género. Sexo se refiere a las diferencias anatómicas y funcionales, incluso hormonales, que en el caso de los cuerpos humanos se presentan como hombre y mujer, lo que en otras especies se denomina macho y hembra.

Cazés (1998) subraya que el sexo está fuera del contexto social de las personas, es decir, no se encuentra en el marco de lo cultural e histórico, sólo se define por la existencia de un ser, no de una persona, la identidad de ésta ni su relación con otras personas. El sexo puede ser explicado como una categoría de clasificación biológica.

Ahora bien, a las categorías hombre y mujer se les ha asociado culturalmente con formas dicotómicas de desempeño de un rol social. Ya desde 1977, Oakley consideró la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, comportamientos y actividades que hacen diferentes a las personas en función de su sexo, y a ello lo denominó género, entendido como un proceso de construcción cultural que, hoy día, es el pilar de una perspectiva de análisis social multidisciplinario que permite reconocer los significados con que cada cultura dota a las diferencias sexuales y, sobre todo, el valor que da a uno por encima del otro, de lo que resulta la necesidad de una idea de orden social justo e incluyente con equidad de género.

Marta Lamas (1996) destaca la utilización de la categoría género,



A las categorías hombre y mujer se les ha asociado culturalmente con formas dicotómicas de desempeño de un rol social. La vestimenta es uno de los distintivos.



argumentando la imperativa necesidad de hacer frente al determinismo biológico con bases teóricas que permitan reconocer la variedad de formas de interpretación, simbolización y organización de las diferencias sexuales en las relaciones sociales.

## **Androcentrismo, raíz de la inequidad**

Hoy día la Organización Mundial de la Salud considera el concepto género como la serie de atributos que cada sociedad distingue apropiados para hombres y mujeres, también precisa que otorgar mayor peso a un género puede propiciar desigualdades, es decir, favorecer sistemáticamente a uno de los dos grupos vulnera la condiciones del otro. Esto traducido al estado de salud de las personas puede fomentar inequidades de atención para un sector de la población que está desatendido en relación a otro.

Es importante resaltar que, dado el androcentrismo, en la actualidad la inequidad basada en el género de las personas coloque por debajo a lo femenino y lo relacionado con las mujeres. Ya en el siglo pasado Simone de Beauvoir criticaba la

discriminación de lo femenino visto como lo atípico, apartado de una norma superior, etiquetado como “lo otro”, eso que involucra la lógica del cuidado y que dista mucho de la racionalidad emanada idealmente por los hombres.

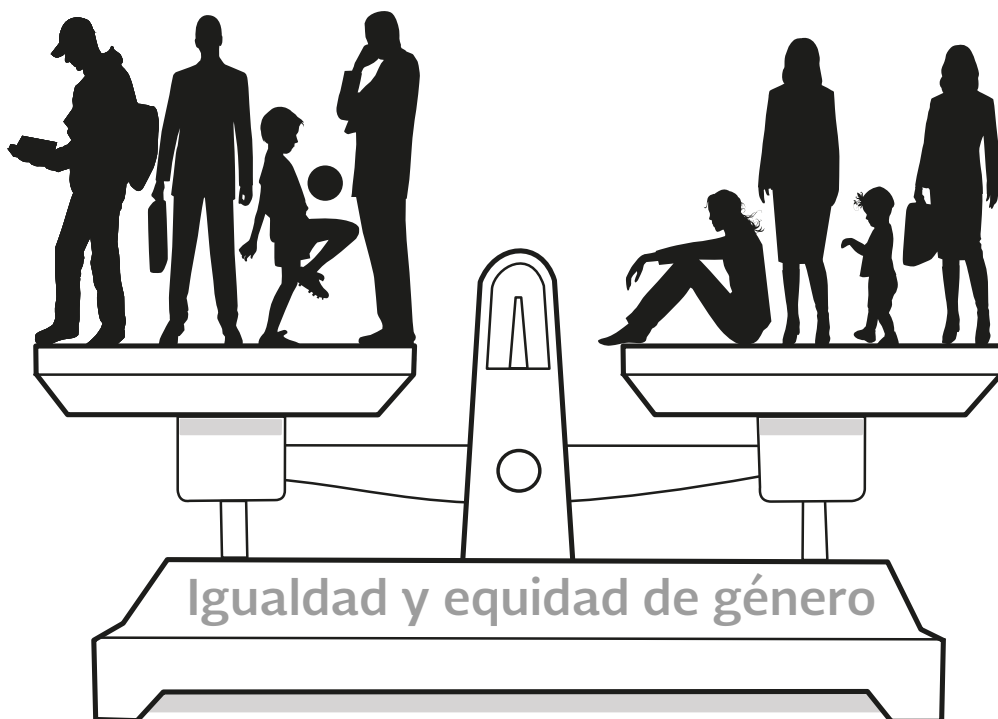
El androcentrismo, práctica social en la que todo gira alrededor de lo masculino coloca la vida pública, y lo que ahí ocurre, como el punto de análisis de las cualidades de los seres humanos, ámbito en el que las actividades instrumentales son cruciales. Se da entonces una super-representación de lo masculino y una sub-representación de lo femenino que, en palabras de Rita Radl (2001), dificulta el cumplimiento de normas y disposiciones sociales, incluso legales, provocando prejuicio y discriminación en torno a lo femenino.

Esto no quiere decir que todas las personas estén de acuerdo con el género que les tocó desarrollar socialmente, es más, tampoco significa que los varones (a quienes se les exige desempeñar papeles de pericia pública, instrumentalidad universal, control emocional positivo o simplemente ejercer el poder la mayor parte del tiempo) transiten de manera excepcional

por dicho trecho. Ejemplo de ello es la supuesta competitividad que los varones deben demostrar a lo largo de su vida sin que necesariamente lo decidan y admitan.

Como resultado de una serie de esfuerzos académicos y políticos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, a través de su revisión sobre el estado de la población mundial en el año 2005, consideró hacer énfasis en que los objetivos de desarrollo del milenio busquen la igualdad entre las personas, surgiendo como estrategia la equidad de género para lograr una sociedad más justa y equitativa.

De acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2006), hay que distinguir el concepto de equidad del de igualdad, pues este último considera a hombres y mujeres como idénticos, descartando la particularidad histórica y social en la que la humanidad se ha desarrollado y en la que los contextos culturales han designado estatus y aprendizajes diferenciados que hoy día deben ser desenmascarados. Por otro lado, la equidad alude a justicia e implica tener las mismas oportunidades de acceder, usar y controlar derechos, recursos y beneficios.



## **Perspectiva de género**

La perspectiva de género es un enfoque teórico que permite, a diferentes disciplinas y profesiones, caracterizar lo que hombres y mujeres son, hacen, piensan y sienten para analizarlo a la luz de las demandas de la cultura en la que se vive. Lo hace a diferentes niveles: individual, grupal, comunitario e institucional, por lo que su análisis es interrelacional, promoviendo continuamente oportunidades de comprensión social en el terreno de la sexualidad humana socializada.

Desde la noción de género se entiende al ser humano como un ente complejo y múltiple, que se construye socialmente a partir de un proceso gradual en el que, por supuesto, intervienen la edad (pertenecer a una generación viene a ser tan distintivo como la raíz étnica), la clase social y muchas otras etiquetas que no es posible enunciar por su cantidad.

Edad y género, como apunta Osorio (2007), son mucho más que dos variables aditivas o independientes en el estudio de lo social, al interactuar forman una nueva categoría con elementos de ambas, por lo que se puede hablar de que cultural-

mente se espera un envejecimiento diferente si se es hombre o mujer en una cultura como la occidental moderna.

## **Envejecimiento instrumental y afectivo**

En general la vejez está prejuzgada, ligada al deterioro o pérdida de funciones, se conceptualiza en términos opuestos a la juventud, “todo queda atrás”, y aparentemente se desvincula de la vida productiva.

Género y vejez consideran dos ámbitos de interacción: la vida pública y la vida privada. Lo público se asocia a la estimulación económica en la que el éxito estereotipado va de la mano del reconocimiento laboral, académico e institucional, a diferencia del ámbito privado, que coloca en el centro la reproducción física y el cuidado de los demás, cuya realización es naturalizada en la satisfacción de demandas al interior de las familias, en el ámbito de lo doméstico.

Para ambos géneros, las esferas pública y privada de la vida social humana son fundamentales, pues existe un indicador respecto a ser mujer y tener mayor edad que la



reviste de cierta vulnerabilidad frente a los varones de su misma edad. Esto guarda relación con la dependencia económica de la generación de las personas que hoy día son viejas, en la cual se enaltece una lógica maternal de las mujeres dada por rasgos sexuales atribuidos a la reproducción, y pone en evidencia un envejecimiento afectivo que se convierte en un deber para las mujeres de edad.

Independientemente de que existan mujeres envejecidas que hayan participado asalariadamente o estén colaborando en la vida económica y social, existe un estereotipo de género de los varones como proveedores del hogar. Es a partir de que trabajen o reciban una pensión por haber sido asalariados, que se les configura un envejecimiento material e instrumental, debido también a que en esta etapa de vida los varones llegan a efectuar tareas



**La cultura determina el género**

de reparación, facilitan procesos de abasto en el hogar, de descanso o quizá de ocio. Esto se vive diferente en las mujeres, pues su rol de cuidadoras y amas de casa no logra una jubilación, ya que no es reconocido formalmente a través de un salario.

Las mujeres permanecen en un continuo del trabajo doméstico y la preservación de las condiciones que apoyan la calidad de vida de los integrantes de una familia. Así aunque las mujeres sean proveedoras del hogar, dada la exigencia macroestructural del sistema económico vigente o por elección propia, se enfrentan a la doble jornada de trabajo, pues no hay posibilidad de renunciar a ese rol privado, a menos que se deposite en otra persona, que muy probablemente sea otra mujer.

En general, a pesar de su creciente participación en la vida pública, en la economía, la cultura, la política y en otros medios, las mujeres son más propensas a ocupar una posición de subordinación frente a los hombres. En el ámbito del hogar y familia se han dado algunos cambios respecto a la responsabilidad social y los derechos, pero como indica el Instituto Nacional de las Mujeres, los valores que se expresan en los conteos aún no pueden ser generalizados.

## Feminización del envejecimiento

En muchos países las mujeres conforman la mayoría de población adulta mayor. Este fenómeno, conocido como “feminización del envejecimiento”, se observa universalmente, ya que las mujeres por lo regular viven más que los hombres.



La viudez es más frecuente en las mujeres y por lo tanto el número de mujeres viejas es mayor que el de hombres.

Sin embargo, vivir más no significa vivir mejor física ni socialmente, pues pareciera que las mujeres a determinada edad dejan de existir, de ser visibles y, por ende, de ser valoradas. Su fuerte liga con la maternidad, el cuidado y mantenimiento del hogar, tareas todas que se desarrollan en la lógica de realizar actividades para los demás, de ceder tiempo y esfuerzo hacia los otros, trae como consecuencia dejar en segundo término la propia satisfacción de necesidades.

Hay autores que precisan la inexistencia de roles alternativos, dando como resultado el que muchas mujeres se consideren realizadas por el hecho de servir y cuidar a otros, convirtiendo esto en un objetivo de carácter personal, en una meta que se vuelve cíclica porque siempre habrá alguien a quien cuidar en una sociedad que económicamente se deslinda de esa labor.

También es cierto que, desde una visión de género, las mujeres son convertidas en objetos sexuales de admiración y/o uso de los hombres, motivo por el que la belleza y los atractivos físicos forman parte de las cualidades de las niñas, adolescentes, mujeres y ancianas, quienes deben mantener sus cuerpos para deleite de los demás. Las mujeres

mayores tienen ese lastre comúnmente, ya que deben alargar los tiempos de apariencia de una etapa como la juventud para mostrarse disponibles a la sexualidad y erotismo del resto del mundo androcéntrico.

Es real que en una sociedad como la nuestra, la socialización de la sexualidad ha subordinado por mucho tiempo a las mujeres frente a los hombres, sobre todo en la época de juventud, por la que transitaron quienes ahora son viejos y están o estuvieron casados. La seriedad del matrimonio llevó a muchas parejas a involucrarse en relaciones formales donde un común denominador fue: mujeres jóvenes con hombres mayores, quizá no muchos años de diferencia, pero hace cincuenta años era mal visto que las mujeres sobrepasaran la edad de sus parejas, lo que probablemente guarda relación con que las mujeres enviudan con más alta frecuencia que los hombres hoy día dada la diferencia de edad.

Un dato que sirve para apuntalar esto, es que las mujeres mayores de 60 años tienden a vivir más sin su pareja, a diferencia de los hombres, entre otras razones, como resultado de que, en promedio, las primeras vivan más años que los segundos (INEGI, 2005). Además, algunas

mujeres relatan que solas están mejor, pues contar con una pareja significa servir a alguien y ya están cansadas de haberlo hecho toda su vida, a cambio, en muchos casos, de recibir órdenes y dar cuenta de su comportamiento.

De manera sistemática ha existido una falta de reconocimiento de las relaciones de género, que no solamente distingue modos dicotómicos de pensar, ser y sentir, sino que además los jerarquiza, generando una barrera para aproximarse al origen de los problemas de equidad que enfrentan, particularmente en la vejez, hombres y mujeres.

## Mujeres, pobreza y vejez

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en 2005 el 55% de los adultos mayores pobres en México eran mujeres, lo cual hace pensar que por cuestión de sexo hombres y mujeres no envejecen igual, si a esto se vincula el género quizá se encuentre que los papeles de masculinidad y feminidad que representan hombres y mujeres los orillan a esta desigualdad financiera y social.



La pobreza es una característica común en las mujeres mayores.

Al terreno de las inequidades se agrega la pobreza conformando una relación tridimensional: mujer, pobreza y vejez. En este sentido, Montes de Oca (2003) lo enmarca en un proceso, es decir, una secuencia de “acciones y experiencias sociales” a lo largo de toda la vida, precisando que las mujeres de más de 60 años tienden a vivir en pobreza más que los hombres.

La pobreza es un tema complejo desde su conceptualización, sin embargo, en concordancia con algunos autores se puede afirmar que está vinculada a los temas de desnutrición, analfabetismo, falta de autoestima e imposibilidad de gozar de una salud aceptable. Es decir, se enmarca en carencia de bienes y satisfacción de necesidades pero, sobre todo, en dos puntos: la falta de apoyos económicos y, lo más importante, la falta de apoyos sociales, que son trascendentes para evitar la soledad y, por ende, el valor personal de sí mismo, sin el cual la persona resulta incapaz de relacionarse, aunque posea ingresos monetarios.

Cabe precisar que, aunque se viva en una condición que salvaguarde la integridad física, el tema del acompañamiento social y moral siempre

será necesario para sentirse perteneciente a un lugar en el mundo humano.

En este panorama de condiciones sociales y económicas que afectan el envejecimiento, cobra relevancia conocer lo que las y los adultos mayores opinan. Treviño-Siller y cols. (2006) analizan experiencias de envejecimiento en el ámbito rural de México, donde distinguen circunstancias de mayor angustia cuando las personas no gozan de una jubilación o un ingreso propio dado por algún negocio o trabajo remunerado, lo que con mayor frecuencia se relaciona con el antecedente de haber laborado asalariadamente, que es el caso de los varones. Como se sabe, la pensión conlleva un servicio de salud institucional que les permite, en caso de tener pareja, contar con una cobertura básica de atención, lo que nuevamente coloca a los hombres como proveedores y a las mujeres como dependientes económicas de los varones.

En el caso de las mujeres que no cuentan con una pensión o están viudas, divorciadas o separadas, su situación es de independencia forzada, sin la posibilidad de contar con precedentes de ejercicio en la vida pública formal, por lo que algunas

de ellas reproducen lo que siempre han hecho, cuidar a los demás, y con ello continuar un círculo de dependencia hacia los hijos e hijas, mientras atienden la crianza de los nietos y las labores domésticas de esos hogares para que los demás trabajen y provean el hogar.

Se distinguen vivencias que las mujeres adultas mayores experimentan en común alrededor de la interpretación “natural” sobre la facilidad con la que cuidan de los integrantes de las familias, noción que las hace vulnerables al abuso de dicha habilidad por parte de los demás. En el marco de los derechos humanos, el Instituto Nacional de las Mujeres (2002) precisa que se debe fortalecer el papel de las mujeres adultas mayores en un sentido de utilidad, no utilitario, además de brindar especial atención a la inequidad sistemática que éstas han vivido históricamente. Entre otros aspectos, destaca que un derecho trascendental sea que las mujeres participen en el ámbito público, por ejemplo, en el contexto económico, en los planes de pensión.

La Organización de las Naciones Unidas, en colaboración con diversas instituciones en México, precisan que el trabajo sin remuneración no brinda protección social y carece de

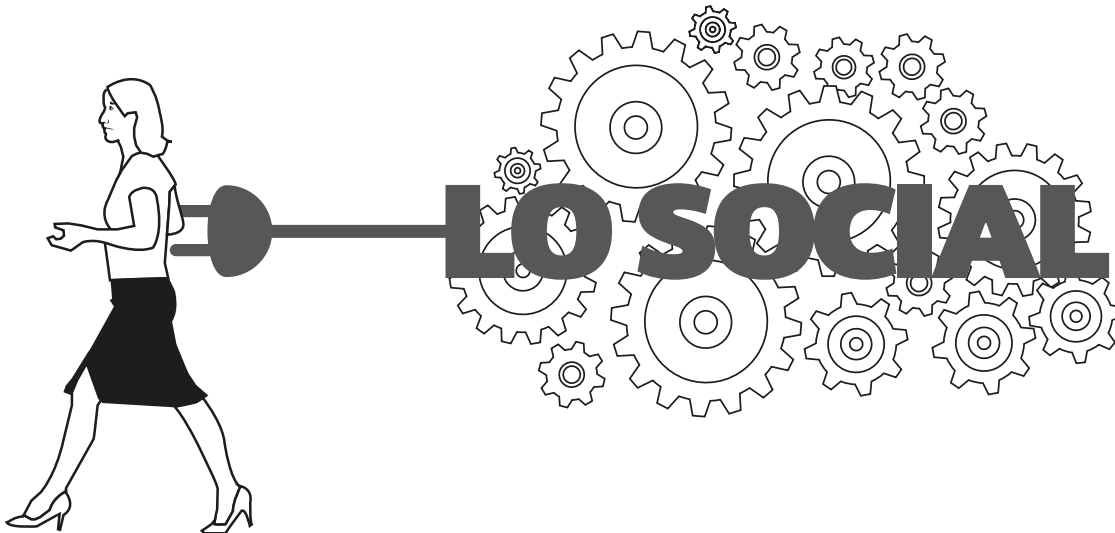
oportunidades de ascenso, lo que significa que al ser realizado mayormente por las mujeres las coloca en situación de desventaja económica y de invisibilidad social.

## **Masculinidad y feminidad tradicionales**

Hombres proveedores, mujeres cuidadoras resultan binomios que pueden acarrear una serie de sentimientos en las personas adultas mayores, y una visión de género debe permitir el análisis de ambos modos culturales de socialización.

Feminidad y masculinidad tradicionales son camisas de fuerza para las personas, por lo que no se trata de victimizar a un grupo en particular, sino de reflexionar que mujeres y hombres “pagan la factura” de los mandatos sociales que en la mayoría de las ocasiones dejan poca o nula elección a las personas para decidir cómo quieren llevar a cabo sus vidas, máxime en este momento de su desarrollo humano, la vejez.

La frustración es uno de esos sentimientos, que en el caso de los hombres puede ocurrir porque están acostumbrados a cumplir con el papel social de llevar a las fami-



lias un ingreso para el sustento cotidiano, recordando que la pensión, en el caso de contar con ella, es un monto diferente, menor, al de una condición de salario común, que ya en sí es insuficiente dadas las condiciones financieras hoy día y, aunque algunos varones cuenten con la energía necesaria para emplearse, ya no son contratados debido a las barreras que el mercado laboral global impone, en tanto que la vida productiva, por la explotación de tiempo, es pensada para la reserva generacional que viene.

Para las mujeres la situación es diferente porque, como ya se ha mencionado, aunque ellas se empleen en algún momento de su vida y reciban o no una pensión por ello, jamás han abandonado la esfera doméstica, lo que puede resultar más “llevadero”

si se piensa en la experiencia y el dominio que eso representa, pero es a todas luces mayor el desgaste físico y psicológico que se vive bajo esta condición de explotación.

Generalmente la noción de familia es inculcada en las mujeres como un ideal de proyección de su papel, convirtiéndose en procuradoras de las relaciones humanas. Se trata de una labor invisible, constante y reforzada culturalmente, pues la compañía que las mujeres ofrecen se presenta como algo “natural” aunque en realidad significa una habilidad de comunicación amplia que les permite ser receptoras, traductoras y productoras de sentido de lo que a los integrantes de las familias les ocurre física y psicológicamente.

Las relaciones intersubjetivas al interior de los hogares se pueden llegar a vivir como una experiencia positiva si la combinación con la salud y la pobreza lo permiten, sin embargo, no hay que omitir el ambivalente sentimiento de las mujeres proveedoras, jefas de familia, que dejan de desempeñar ese rol y tienen “los ojos de la sociedad” evaluando su comportamiento al interior de las familias, donde no se les permite distraerse de sus labores de cuidado de los demás.

Se pueden distinguir específicamente los roles de abuelo y abuela en los adultos y adultas mayores como papeles diferenciados: masculinos, instrumentales, y femeninos, afectivos. En este contexto, las mujeres enfatizan la vinculación emocional con los nietos y tienden a una mayor frecuencia de contacto con los más pequeños, a diferencia de los abuelos, que efectúan más los juegos de motricidad, sobre todo con los nietos varones más desarrollados. No obstante, las abuelas diversifican la cantidad de actividades que realizan junto con sus nietos conforme pasa el tiempo, distinguiendo de manera coloquial el nivel de desarrollo dada la edad de éstos, quizá como parte de la experiencia de haber criado a sus

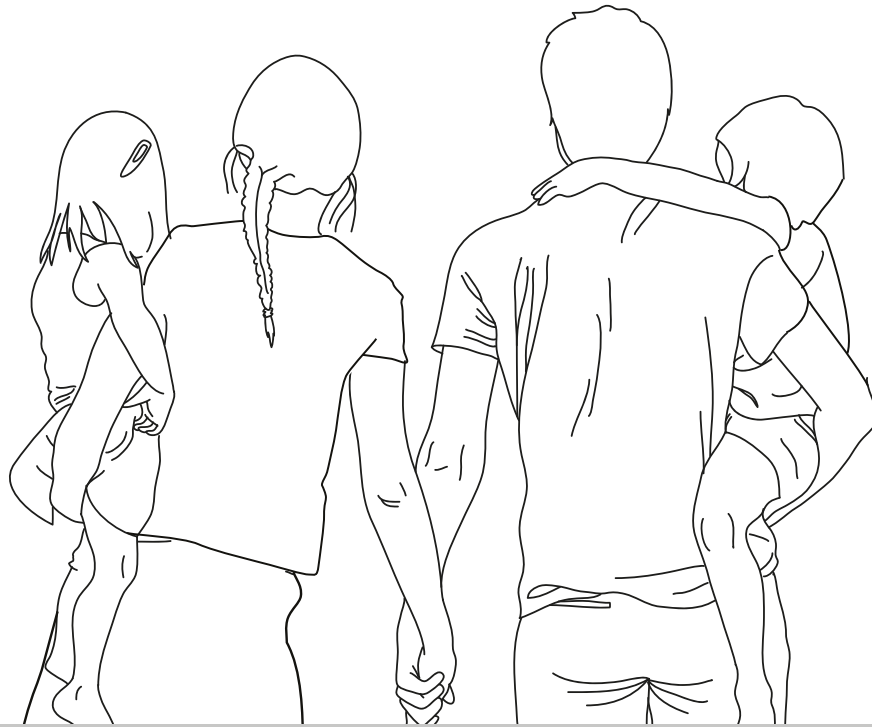
hijos, esto lo valida Osuna (2006), quien observó que la actividad que más comparten los abuelos con los nietos es la de conversar.

Los adultos mayores han aprendido que lo masculino es negar lo que se parece a las mujeres, por lo que deben alejarse de las emociones, de la capacidad de cuidarse y de cuidar a los demás. Ser masculino significa tomar la iniciativa, tener actitud varonil, no dejarse llevar y tener la última palabra siempre porque es la que más peso tiene, la del “señor de la casa”.

## **Lo doméstico como espacio identitario femenino**

La vejez, habitualmente, está vinculada a la enfermedad y ello a la postración, por lo que el común denominador es el hogar como un espacio de seguridad. Afortunadamente esta etapa de vida no se ciñe a la enfermedad, y aunque como proceso de envejecimiento hombres y mujeres comparten más tiempo la casa, hay diferencias en la manera en que cada quien vive la experiencia, pues para muchas adultas mayores el hogar es un espacio identitario,





Los padres influyen significativamente en el género de sus hijos.

sede de la responsabilidad doméstica donde ellas tienen una tarea permanente, real y también simbólica al convertirse en el centro de conocimiento y dominio de lo que acontece en dicho recinto.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (IMSERSO, 2011), hace alusión al hogar como un centro de operaciones y de relaciones con los otros. Afirma que, tan inserto está lo doméstico en la identidad de las mujeres que algunos conflictos relacionales guardan estrecha relación con síndromes espaciales, esto se ejemplifica con

el síndrome del nido vacío en el que la depresión de muchas mujeres tiene su causa en la separación o abandono de sus hijos e hijas del hogar, pues las actividades que se realizaban en ese marco espacial ya no se harán más y el espacio ahora solitario, que por mucho tiempo fue ruidoso, complejo y desbordante de emociones, calla de manera crucial.

## **Expresividad en la vejez**

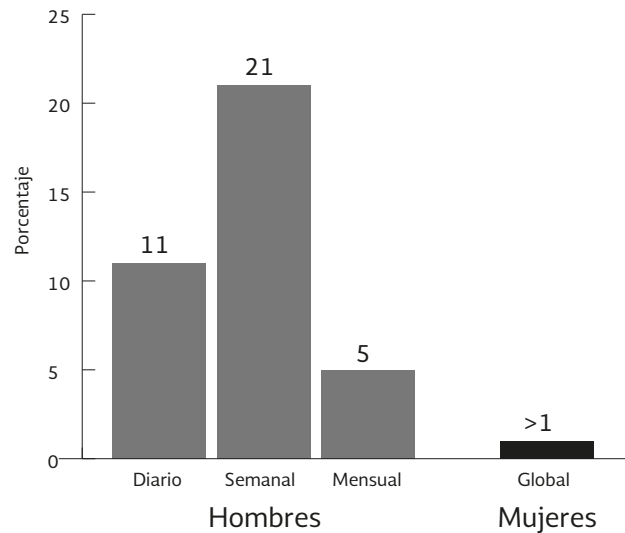
En palabras de Cebrián y Quero (2012), que los padres se acerquen emocionalmente a sus hijos dista del modelo tradicional de lo mascu-

lino, los abrazos, besos y caricias son con mayor frecuencia hechos por las madres y abuelas, ya que socialmente ser un buen padre o abuelo significa ser un buen proveedor de recursos materiales y no de vínculos afectivos.

Lo anterior supone una problemática que debe ser resuelta por los abuelos cuando éstos ya no son la fuente principal de provisión de los hogares ni comparten sus recursos económicos, con lo que su papel de proveedores se va debilitando, al grado incluso en que pueden depender de sus familias económicamente. Los viejos comienzan a transgredir su rol desarrollando un vínculo emocional con sus hijos, hijas y, sobre todo, con sus nietos. Se trata de nuevos recursos en juego, porque muy probablemente los ancianos no los han experimentado antes con tal fuerza, lo que significa una reivindicación de su papel que requiere de un gran esfuerzo, pero sobre todo de un cambio de actitud y expectativa de su rol.

Lamentablemente, las ligas emocionales que unen a los varones mayores con sus familiares en muchos casos se expresan de manera negativa y a través de mediadores nocivos, como el alcohol. En este sentido, Shamah-

**Frecuencia con la que beben los adultos mayores de 60 años**



Levy y cols. (2008), encontraron que el 11% de los hombres de 60 años y más bebe diario, el 21% semanalmente y el 5% mensualmente en contraste con menos del 1% de mujeres de esa misma edad que lo hacen.

Algunos estudios han sugerido que la diferencia en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres se debe a la diferente construcción social de género, en la que existe una mayor restricción para que las mujeres consuman alcohol, pues en ellas el alcoholismo se considera un estigma. Valdez y Juárez (2013) destacan que probablemente esa es una razón para que algunas mujeres lo nieguen y lo oculten, por lo que las cifras del consumo real en ellas

están subestimadas. Lo que sí se sabe es la relación entre la violencia de género y el consumo de alcohol de los varones, donde las mujeres toleran las relaciones agresivas por el temor y el control a que están sometidas, por sentirse atrapadas o por la falta de redes sociales constituidas por las familias y las instituciones de salud y de apoyo social. De acuerdo con estas autoras, la causa del maltrato generalizado de los hombres hacia las mujeres se debe a que consideran que las mujeres deben satisfacer todos sus caprichos. Esto a razón de que los privilegios de los hombres son reforzados socialmente por las mismas familias en tanto que se exige una obediencia pasiva hacia el “señor de la casa” y proveedor del hogar.

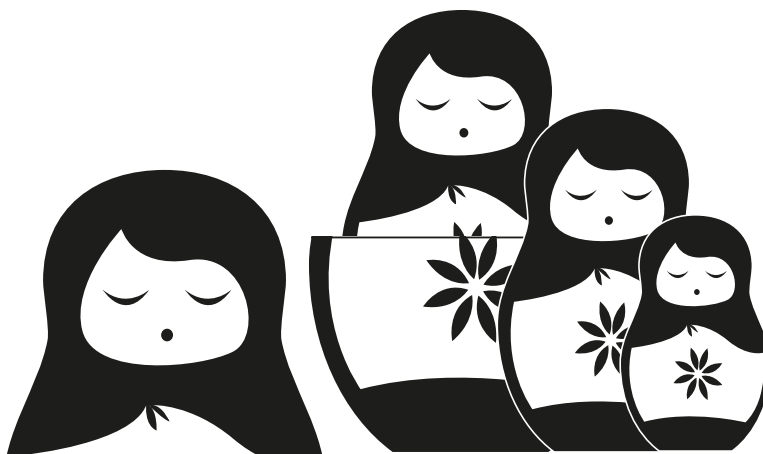
## **Corporeidad, cuidado y autocuidado de hombres y mujeres**

Otro elemento que se asocia con la subjetividad, experiencias de lo que se siente y se representa de sí mismo y de las demás personas, es la simbolización que se hace del cuerpo, lo que se conoce como la corporeidad, ésta es vivida de manera distinta de acuerdo al género.

Conforme pasa el tiempo se advierte cierto deterioro en el cuerpo humano, ante el cual es frecuente que los adultos mayores, hombres y mujeres, necesiten cuidados de la gente cercana, particularmente de la familia. El cuidado es otorgado, en concreto, por las figuras que ofrecen apego, en el caso de los varones se espera que la esposa y las hijas sean sus incondicionales superando el autocuidado que ellos mismos tendrían que realizar. Y para las mujeres se asume que incluso las amigas, cuñadas o nueras tengan que apoyarlas en ese trance del que requieren sacar sus mejores recursos personales de autocuidado o, en su defecto, contenerse de manifestar sus sensaciones negativas como la molestia e incluso el dolor.

La perspectiva de género busca desnaturalizar los ideales de mujer y hombre, argumentando el hecho de que cuerpos diferenciados por la biología no obligan a las personas a un destino condicionado. Un ejemplo de ello es el embarazo como cualidad biológica del cuerpo de las mujeres y la maternidad como un rol social, ya que generalmente las mujeres tienen la condición biológica de gestar vida, lo que no significa necesariamente que deseen hacerlo. Como mandato de género aparece

La cultura replica el comportamiento de las mujeres en las diferentes edades.



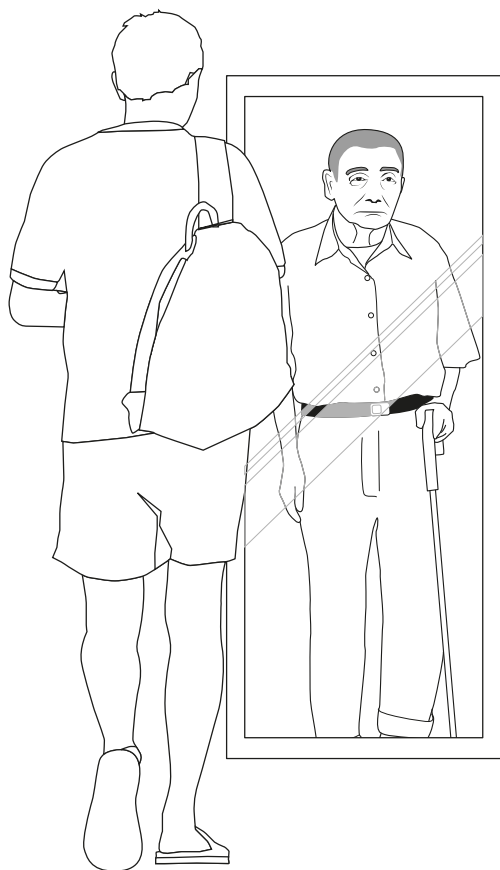
la maternidad en tanto la concreción del papel de las mujeres cuidadoras que encuentran en ello su realización, de lo cual no hay duda sea así para algunas, pero no para todas, debido a que puede llegar a causar sufrimiento en algunos casos.

La cultura enseña sistemáticamente a las mujeres lo positivo de la compleja labor de la maternidad, crianza y cuidado de otros y lo hace ver socialmente como algo normal atribuido a ellas por la capacidad natural de la reproducción, dejando de lado sus intereses y cediendo a sus parejas el dominio de sus cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos.

El desempeño de la maternidad es básicamente un asunto ligado al ámbito privado de la vida humana en el que la autoridad que se puede ejercer está circunscrita a las decisiones de quien provee ese espacio

familiar que, generalmente, es el padre, figura de autoridad, fuerza y poder. Pero la figura del jefe de familia es una escultura hueca si se habla de sus emociones positivas expresivas, porque la conducta de proveer es material y de lo que se trata aquí es del involucramiento subjetivo, del cuidado de los demás y del propio, que en toda etapa de desarrollo humano es indispensable.

La vivencia de los cuerpos trata la reproducción en las mujeres como algo irrenunciable y sumamente ligado al discurso religioso de “los hijos que Dios nos dé”, no sin antes referirse a la menstruación como un castigo, viendo así la menopausia como descanso de los malestares mensuales y del peligro que representa volverse a embarazar y, como ellas dicen, volver a empezar la crianza como una carga “a esas alturas de la vida”.



Con frecuencia la visión de la vejez en la juventud se enfoca a las limitaciones físicas.

Menstruación y reproducción están ligadas biológicamente, es interesante que algunas mujeres vinculen esto al ejercicio de la sexualidad a través del acto sexual, pues refieren que sin la menstruación “se deja de ser mujer... dejas de servirle al hombre... mi marido ya no me busca” y destacan un temor a dejar de funcionar sexualmente dados los cambios hormonales porque “ya no

dan ganas o la resequedad vaginal afecta la relación” (Villarreal, 1999).

Es claro que no todas las mujeres viven satisfactoriamente la menopausia pero es interesante que la vean como algo transitorio para permanecer en un nuevo estado biológico.

En los varones es muy diferente asumir los cambios que el cuerpo experimenta. La andropausia es cuestión menor ante la pérdida de energía física que se requiere para conseguir un estatus en un ámbito de constante competencia dentro del marco de la masculinidad, entonces se puede vivir una frustración desde el cuerpo comparativamente frente a los cuerpos de los más jóvenes. La disminución de las capacidades física y sexual se llega a enfrentar como una traición y en cierto momento se manifiesta generando abatimiento.

En ambos casos, feminidad y masculinidad, se afecta la autoestima y la identidad de quienes desarrollan dichos roles, ejemplo de ello es el efecto de la debilidad física, “los achaques” y la necesidad de apoyo del otro u otros para realizar actividades que antes eran de lo más común y no requerían siquiera hacerse cons-

cientemente. Quizá para los varones sea más difícil pedir y recibir ayuda dado el historial social colectivo de autosuficiencia con que se cuenta. En contraposición con la supuesta vulnerabilidad de las mujeres por la menstruación y el embarazo, que culturalmente siguen siendo vistos como enfermedades que causan alivio cuando concluyen su proceso.

En el terreno de lo individual se encuentra la personalidad como un conjunto de rasgos únicos que hacen la función de filtro de la experiencia de cada individuo desarrollando una noción de sí mismo frente al mundo, aunado a ello la socialización permite a la persona efectuar un análisis de su situación en la realidad, y el género, culturalmente hablando, suele tener una gran influencia, aunque siempre existirán casos de personas que, pese a la exigencia social, desempeñen roles distintos.

Los cuerpos socializados de mujeres y hombres dan como resultado una gama infinita de maneras subjetivas de vivirlos; llegar a la vejez significa traer consigo una enorme experiencia de dominio de un rol de género que se ha ido especializando con el tiempo, por lo que modificar pautas de comportamiento es difícil de conseguir. Sin embargo, siempre

es posible lograrlo, para quien así lo decide, en la búsqueda de la satisfacción personal.

Al tratarse de una construcción social, el género posee la cualidad de la deconstrucción, es decir, que a través de la estrategia de hacer consciente la socialización de género se pueden modificar actitudes y comportamientos que las personas consideren obstáculos para efectuar integralmente sus proyectos de vida.

Lo importante es la posibilidad de que la persona reflexione su condición, conozca y ponga en práctica habilidades para encontrarse a sí misma y desarrolle lo que individualmente considere una noción propia de persona, más allá de lo que un grupo social dominante le exija.

Movilizar el recurso personal requiere abandonar la pasividad en el marco de que “todo está dicho”, la autonomía de las y los adultos mayores debe surgir a partir de su participación en la vida social para dejar atrás la invisibilidad que al día de hoy los configura.

## En síntesis:

- El sexo es biológico y obedece a las diferencias de hombre y mujer, en tanto que el género es una construcción social que distingue lo masculino de lo femenino
- El androcentrismo considera que lo masculino es punto de referencia de todo lo que ocurre en la vida social, por lo que se presenta una inequidad al infravalorar lo femenino y todo lo que rodea a las mujeres
- La perspectiva de género es un enfoque de análisis social que permite a muchas disciplinas diferenciar lo natural de lo social respecto a la socialización de hombres y mujeres
- Existen formas diferentes de vivir el envejecimiento, masculinidad-instrumentalidad y feminidad-afectividad son vistos como antagónicos
- Se conoce como feminización del envejecimiento la proporción mayor de mujeres que llegan a vivir esa etapa de desarrollo
- Hay una fuerte relación entre mujeres, pobreza y vejez que las evidencia como vulnerables.
- La masculinidad y feminidad tradicionales son estrictas, la primera alude al papel de proveedor y la segunda al de cuidadora de los demás, ambas no permiten que las personas transgredan el rol que socialmente se les ha asignado.
- La corporeidad es la experiencia subjetiva del cuerpo, los adultos mayores lo experimentan distinto en razón de ser hombres o mujeres y de ello depende el cuidado de sí mismo/a o por parte de otros(as).
- Es común que las mujeres vivan el hogar como un espacio de identidad y dominio a diferencia de los varones, que durante su vida han pasado menos tiempo en ese sitio privado.

## Referencias

- Araque, B. (2013). Una aproximación teórica-conceptual para el estudio de las organizaciones familiares. *TELOS: Revista Interdisciplinaria en Ciencias Sociales*. Vol. 15-1. 103-116.
- Cazés, D. (1998). *La perspectiva de género*. Consejo Nacional de Población. México: Porrúa.
- Cebrián, S. y Quero, I. (2012). *Mayores y género: hombres mayores una oportunidad para el cambio*. España: Instituto Vasco de la Mujer.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (s/f). *Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad: equidad de género, salud reproductiva y objetivos del desarrollo del milenio*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2011). *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid. Ministerio de sanidad política social e igualdad.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). *Anuario de estadísticas por entidad federativa*. México.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2002). *Memoria del Foro Envejecimiento y Derechos de las y los adultos en plenitud*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2003). *El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre familia, hogares y vivienda en México*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2006). *Elaboración de Proyectos de Desarrollo Social con Perspectiva de Género*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Lamas, M. (1996). *La antropología feminista y la categoría de género*. En: *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. M. Lamas (Comp.). México: Universidad Nacional Autónoma de México-Porrúa.
- Montes de Oca, V. (2003). El envejecimiento demográfico en el debate mundial: reflexión académica y política. Documento publicado en: *Papeles de Población, Centro de*



*Investigación y Estudios Avanzados de la Población*, UAEM, Nueva época Año 9, No. 35, enero-marzo, 2003, 77-100.

Oakley, A. (1977). *La mujer discriminada: biología y sociedad*. Madrid: Debate.

Organización de las Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Instituto Nacional de las Mujeres-Gobierno de la República. (s/f). *Medir el trabajo no remunerado (TnR) y el uso del tiempo (UdT): Visibilizar la contribución de las mujeres a la economía y a la sociedad*.

Osorio, P. (2007). *Construcción social de la vejez y expectativas ante la jubilación en mujeres chilenas*. Santiago: Universum.

Osuna, M. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 16, 16-25.

Prieto, D., Etxeberria, I. y Galdona, N. (2009). *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V. (2008). Estado de Salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Revista de Salud Pública*. 50, 383-389.

Treviño Siller, S., Pelcastre Villafuerte, B., Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Revista de Salud Pública de México*. 48, 30-38.

Váldez, R. (2013). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Instituto Nacional de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. *Revista de Salud Mental*. V. 21. No. 6. Diciembre.

Villarreal Montoya, C. (1999). Envejecimiento y menopausia. *Revista anales de gerontología*. 1(99): 12-23. Universidad de Costa Rica.



## Capítulo 4

# Envejecimiento, mujeres y discriminación

**Marissa Vivaldo Martínez**

Profesora de la FES Zaragoza, UNAM

La discriminación es un proceso por el cual los seres humanos damos un trato diferenciado y negativo a una persona o a un grupo de personas en razón de alguna característica específica, por ejemplo, el hecho de ser mujer, de tener un color de piel distinto, alguna discapacidad o tener cierta edad. Todos, en algún momento de nuestra vida, hemos sido discriminados y también hemos discriminado a alguien. Esto se debe a las imágenes distorsionadas que nos formamos de los grupos o personas y que vamos compartiendo como familia, como comunidad y como sociedad.

Sabemos que todos somos diferentes, que nuestras características físicas, emocionales, sociales,

económicas, étnicas, de preferencias sexuales, ideológicas, entre otras, varían. Sin embargo, nuestra sociedad tiene una necesidad altamente negativa de homogeneizarnos en un todo que ignora la diversidad. Esto propicia que al estar frente al otro diferente, de manera consciente o inconsciente manifestemos sentimientos que pueden ir desde el desprecio hasta la invisibilización, mostremos actitudes de rechazo que pueden llegar hasta la falta de reconocimiento del otro como persona y llevemos a cabo prácticas que transitan de la exclusión hacia el maltrato y la violencia en todas sus expresiones.

Algunas personas son víctimas de discriminación, generalmente por

uno o más rasgos que detonan prejuicios y estereotipos. Los prejuicios son ideas que nos formamos y que manifestamos, son ideas carentes de fundamento, es decir, que no se basan en la experiencia ni

en información real. Son juicios que hacemos antes de saber, conocer y entender. Los prejuicios pueden ser positivos o negativos y ocasionan que sintamos, tratemos o pensemos de manera distorsionada a un grupo o a una persona.



No existe una sola imagen que caracterice a la mujer vieja.

Al conocer a alguien que tiene una forma de vestir diferente a la de nosotros o a la de la mayoría de la sociedad, que adorna su cuerpo con tatuajes o con aretes, la mayoría de las personas elabora un juicio anticipado. Por ejemplo, su apariencia se asocia generalmente con ideas negativas relacionadas con la delincuencia, la violencia, los problemas emocionales o las adicciones. La realidad es que no conocemos a esa persona, tal vez ni siquiera hemos hablado con ella, pero de manera intencional o no intencional ya le hemos atribuido una serie de características que aunque carecen de fundamento, nos hacen sentir miedo, comportarnos con recelo para finalmente manifestar actitudes de rechazo.

Por otro lado, los estereotipos son imágenes irreales, muchas veces caricaturizadas, que nos formamos en la mente sobre un grupo. Así, cuando pensamos por ejemplo en una abuela, nos viene a la mente una

mujer anciana, tejiendo, sentada en una mecedora o preparando una taza de chocolate. Ese es un claro estereotipo, pues sabemos que no todas las abuelas son ancianas ni todas las ancianas son abuelas y también que no todas las mujeres saben o disfrutan tejer. Sin embargo, estas imágenes reemplazan muchas veces a las reales y propician que se generalicen características de algunos miembros del grupo y se piense que todos las comparten o deberían compartirlas.

El gran problema de los prejuicios y de los estereotipos es que afectan directamente el autoconcepto de las personas y de los grupos, pues al generalizar ciertas características o ideas sin fundamento, llega el momento en el cual las sociedades ya no somos capaces de ver la realidad.

Los prejuicios y los estereotipos, como pilares de la discriminación, han afectado a una gran cantidad de personas y grupos a lo largo de la historia y, de hecho, han propiciado el sufrimiento de muchos. Entre los grupos más discriminados encontramos a los negros, los indígenas, las personas con discapacidad, en situación de pobreza, quienes pertenecen a ciertos grupos religiosos, a

la diversidad sexual, los niños y, por supuesto, las mujeres y las personas envejecidas. La discriminación daña la dignidad y coloca a hombres y mujeres en una situación mucho más vulnerable, pues ésta acentúa la violación de sus derechos y la exclusión.

Generalmente, los distintos tipos de discriminación y sus consecuencias se analizaban y penalizaban de manera separada, sin embargo, en la actualidad se reconoce que una sola persona puede ser discriminada por varias razones al mismo tiempo. Es por ello que el Derecho Internacional ya reconoce el concepto de *discriminación múltiple* desde la Declaración de Durban sobre el Racismo, la Xenofobia y la Intolerancia de 2001.

Sabemos que las mujeres han sido discriminadas a lo largo de la historia en razón de ideas distorsionadas que las han considerado como seres inferiores física, mental y moralmente. En nuestra cultura prevalece una sociedad patriarcal en donde la supremacía masculina ha sido institucionalizada y en la que las mujeres siguen siendo sujetos de violencia y exclusión.

En el siglo XVII surgió el primer movimiento feminista y por primera

vez en la historia se puso sobre la mesa la necesidad de reivindicar el derecho de las mujeres a la igualdad de oportunidades, comenzando así una larga historia de lucha por la emancipación. Desde entonces se han librado diversas batallas en los ámbitos internacional y nacional a través de organizaciones que lograron que muchas sociedades reconocieran a las mujeres como personas con derechos y obligaciones.

Sin embargo, las batallas más difíciles siguen teniendo lugar en el espacio privado, en el que la violencia en sus diversas expresiones y el maltrato siguen impidiendo el desarrollo de las mujeres. Como sociedad se ha avanzado mucho, aunque hay todavía situaciones de inequidad y desigualdad que excluyen a las mujeres del acceso a trabajo y remuneración digna, del acceso a los servicios de salud, educación, de la toma de decisiones sobre su cuerpo, sobre su placer sexual, la libre expresión, espacios de participación y a una vida libre de violencia. Aún en nuestros días, las mujeres carecen de condiciones adecuadas para su desarrollo integral.

Además, son víctimas de prejuicios y estereotipos que siguen reprodu-

ciéndose y considerándose como válidos y aceptados. Por ejemplo, las mujeres deben desempeñar cierto tipo de actividades, cumplir el rol de madres en cierto momento, mantener una conducta adecuada a los estándares de nuestra sociedad patriarcal y deben cumplir, como una obligación, con el papel de cuidadoras, ya sea de niños, parejas, enfermos, ancianos, etc. y, además, la sociedad exige que deben adecuarse a una idea de belleza establecida que, por supuesto, se relaciona directamente con la juventud. Es aquí donde encontraremos el primer eslabón que une dos tipos de discriminación: la discriminación por género y la discriminación por razones de edad.

La edad, como decíamos, al igual que el género, ha sido un criterio de diferenciación y exclusión a lo largo de la historia y se ha acentuado en la época moderna debido a que se ha establecido culturalmente una “mejor edad” que comprende la etapa en la que se puede tener poder, trabajo, belleza y capacidades. Esta etapa es la que conocemos como juventud y debido a una excesiva sobrevaloración de la misma, las personas que pertenecen a grupos no jóvenes son discriminadas. A este fenómeno se le conoce como

edadismo y las principales víctimas son los niños, los adolescentes y los viejos.

En el caso de las personas envejecidas, existe un concepto que define aún más específicamente a esta forma de discriminación, y se le denomina viejismo. Según un estudio del envejecimiento llamado Robert Butler, el viejismo se define como toda forma de discriminación, exclusión, tendencia a la marginación, desagrado, negación y rechazo hacia las personas envejecidas, el envejecimiento y la vejez.

No es un fenómeno nuevo, pero sí reciente, producto de una cultura en la que, como decíamos, se sobrevalora la juventud, se le teme a la muerte, se entiende la productividad sólo como el hecho de trabajar y en la que encontramos en medios de comunicación, estudios científicos y discursos políticos una visión del envejecimiento negativa, siempre relacionada con la enfermedad, la pobreza y la desgracia en general.

El viejismo es un tipo de discriminación que todas las personas potencialmente vamos a experimentar. Daña la imagen social de quienes envejecen y propicia actitudes, sentimientos y prácticas que afectan la

autoestima, la autonomía, la independencia y la dignidad de quienes los sufren y, al mismo tiempo, hace que se deterioren las relaciones entre las generaciones, fracturando el tejido social.

El viejismo, como cualquier forma de discriminación, tiene su origen en prejuicios y estereotipos que se transforman en mitos que hacen que como sociedad tengamos una imagen muy negativa y distorsionada de las personas que envejecen. Se ha construido una imagen generalizada de la vejez como sinónimo de enfermedad, deterioro y dependencia.

Al cerrar los ojos y pensar en alguien que ha envejecido, las imágenes que nos vienen a la mente usualmente se asocian con dichas ideas. Por ejemplo, pensamos en el bastón, los lentes, las canas, las arrugas y los problemas de postura o enfermedades. Si lo pensamos con detenimiento, nos daremos cuenta de que esas características no sólo se presentan en la vejez. Una persona de cualquier edad puede requerir un bastón o unos anteojos, muchas personas desde muy temprana edad tienen canas, arrugas o enfermedades crónicas.

El hecho es que como sociedad compartimos estos imaginarios que nos dañan, pues evitan que visibilicemos las múltiples características de las personas que envejecen. Las imágenes, entonces, pueden funcionar como un vínculo entre el individuo y el otro, pero, cuando éstas se encuentran distorsionadas, funcionan como elementos de fragilización y ruptura entre individuos y grupos.

El viejismo es un problema social muy grave, ya que se manifiesta en distintas direcciones y tiene muchas formas de expresión. A continuación presentamos algunos ejemplos:

### 1) De los otros hacia los viejos

**Burlas:** Cuando son utilizadas frases comunes y muy aceptadas que traen consigo una carga altamente denigrante. “Ya déjalo, está chocheando”, “No le hagas caso, debe ser el alemán” (refiriéndose a la enfermedad de Alzheimer), “Para qué le explicas, ya ni entiende”, “Está pasado de moda”, “Es un anticuado”.

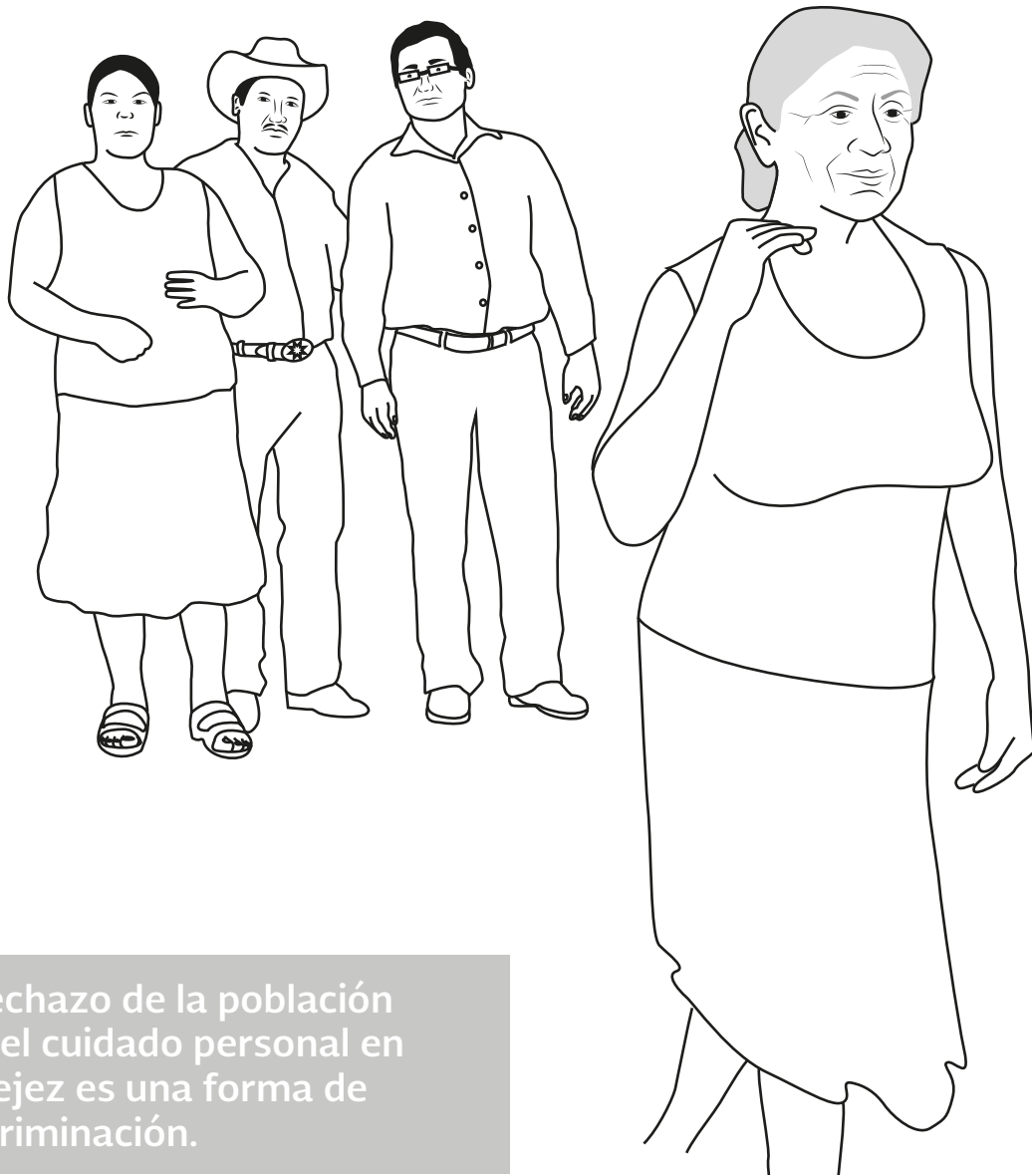
**Rechazo:** Cuando se dice: “Yo no quiero llegar a viejo”, “Lo único que pido es morirme antes de los sesenta”, “Primero muerto que

llegar a viejo”.

**Inferiorización:** Cuando se usan expresiones o se les habla como seres inferiores, como cuando decimos “los viejitos vuelven a ser como niños”, les hablamos de manera pausada como si no fuesen capaces de comprender o les hablamos usando un tono y lenguaje infantil. Estas formas de trato denotan una actitud de superioridad de quien habla y al mismo tiempo la inferioridad de quien envejece. El uso de diminutivos es también una forma de inferiorizar: “Ya vienen los abuelitos a su clase”, o llamar al señor Juan, Juanito, porque ya cumplió sesenta años.

**Cosificación:** Cuando tratamos a las personas como objetos que se pueden mover de un lado a otro, quitar, eliminar o guardar. Es común escuchar esta forma de viejismo en frases como: “Quita a mi mamá de ahí que ya voy a barrer”, “Me traje a mi papá a vivir a mi casa” (sin considerar su opinión), “Si te sigues portando así conmigo cuando seas vieja te voy a meter al asilo”, “Estas vacaciones de verano ahora sí internamos a tu ‘abue’ en el hospital





El rechazo de la población por el cuidado personal en la vejez es una forma de discriminación.

para poder irnos a la playa siquiera unos quince días”.

**Maltrato:** Cuando se realizan acciones en contra del bienestar de la persona que envejece o se omiten acciones en su beneficio. Ejemplos de ello es no atender las necesidades básicas de

alimentación, vestido, respeto, atención, etc. “Voy a bañar a mi papá la semana que viene, total casi nadie lo visita”. “Para qué le compramos ropa nueva, ya ni la va a usar, ya le falta poco para morirse”.

**Violencia:** Cuando se les

agrede física, psicológica o sexualmente, se les quita o limita el dinero, cuando se pone en riesgo su integridad. “Si quiere vivir aquí que trabaje y si no lo hace, ni un vaso de agua le va a tocar”.

**Invisibilización:** Cuando no les preocupan los viejos, no tienen en la mente la idea de llegar a viejos y simplemente los tienen fuera de sus pensamientos y sentimientos. Cuando los viejos no existen.

## 2) De los viejos hacia otros viejos

**Crítica:** Cuando se critica de manera destructiva el comportamiento, preferencia, deseo o actitud de otros viejos. “Mira qué ridícula, a nuestra edad ya no se debe usar ropa con colores tan escandalosos”. “Cómo es posible que a su edad...”.

## 3) De los viejos hacia sí mismos

**Negación:** Cuando se niega, se rechaza o se intenta ocultar el propio envejecimiento mediante expresiones como: “No me preguntes mi edad”, “Tengo 80 pero me siento como de 20”,

“Yo no soy viejo, soy joven con mucha experiencia”, o cuando se llega a los extremos de someterse a tratamientos, cirugías o diversos métodos para tratar de “verse más joven” rechazando así la realidad.

**Autocompasión:** Cuando la persona envejecida se asume como incapacitada para hacer, desear, poder, decidir, etc. “Yo no puedo”, “Ya para qué”.

## 4) Viejismo institucional

**Homogenización o normalización:** Cuando las instituciones asumen que todos las personas envejecidas son iguales y tienen las mismas necesidades. Ejemplo de ello es pensar que todos requieren bastones, lentes, pañales o dar por hecho que todos tienen alguna discapacidad o son pobres.

**Trato diferenciado:** Cuando se asume que por el hecho de tener más de sesenta años, todas las personas envejecidas requieren filas especiales y lugares especiales en los servicios, sin considerar que la mayoría es funcional y que el criterio de crear estos

espacios especiales debería ser una auténtica necesidad que, por cierto, puede tener cualquier persona a cualquier edad.

**Programas inequitativos:** Cuando se excluye a las personas envejecidas de programas y acciones por el hecho de considerar que no las necesitan. Por ejemplo cuando se les impide participar en programas de capacitación.

**Planeación lingüística:** Cuando se les invisibiliza mediante el uso de un lenguaje excluyente y lleno de eufemismos que no permite ver la realidad. Tal es el caso de la sustitución de los términos viejo y anciano, por adultos en plenitud o tercera edad.

Encontramos diferentes espacios donde se excluye a la población que envejece manifestando los rasgos viejistas de nuestra sociedad. Tal es el caso del empleo de calidad, los servicios de salud, la seguridad social, los espacios de participación social y, en muchos casos, se le excluye de la toma de decisiones en el ambiente familiar e incluso de la toma de decisiones sobre sí misma.

Los anteriores son tan sólo algunos ejemplos de los niveles y formas de

expresión del viejismo. El asunto es que si ponemos atención en lo que escuchamos y en lo que decimos, en el trato que damos y recibimos de manera cotidiana, encontraremos seguramente muchos más ejemplos de viejismo.

Es importante mencionar que el problema del viejismo no ha sido igual para hombres y para mujeres, pues la imagen de la mujer envejecida ha estado históricamente más agraviada por los prejuicios y los estereotipos. Desde la Edad Media hasta la época barroca la mujer vieja se asocia con la fealdad, la pérdida de erotismo y la proximidad a la muerte. Se convierte en el símbolo de la decadencia tanto física como moral, en un objeto de burla y, al mismo tiempo, en la representación de lo opuesto a la belleza. En esa época encontramos obras literarias, pinturas y esculturas que muestran a la mujer vieja como bruja, como ser enfermo, perverso, maloliente y sobre todo feo.

Más adelante, durante el Renacimiento, la idea de la mujer envejecida se va transformando, ya no se ve la agresividad y la ironía tan marcada en la Edad Media y se da paso a una idea de las mujeres viejas más bien “como lo que ya no son”, como

mujeres no bellas, como mujeres en declive, que se consumen y que son merecedoras de compasión.

La Revolución Industrial trajo un cambio sustantivo en la distribución del trabajo, la composición familiar y el pensamiento. Para las mujeres significó una posición de desventaja, subordinación y exclusión, pues se acentuaron los prejuicios y estereotipos acerca del sexo débil. En el caso de las mujeres ancianas la experiencia es aún más compleja, pues se convierten en las débiles de entre

los débiles en el imaginario social. Es en este periodo cuando por primera vez en la historia las personas envejecidas, hombres y mujeres, son consideradas una carga económica para las familias.

Desde la Revolución Francesa se hablaba ya de una idea de igualdad jurídica entre los sexos, pero es hasta la publicación de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre en 1948 que se menciona explícitamente la igualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo,



La crítica y el rechazo por las expresiones afectivas entre viejos es un tipo de discriminación.

en los diferentes países la idea de igualdad no evolucionó de la misma forma. En Europa los movimientos de reivindicación de las mujeres iniciaron en el siglo XIX para resolver el tema de la maternidad y el trabajo. A inicios del siglo XX, la Organización Internacional del Trabajo recomienda por primera vez el permiso de maternidad, aunque en Francia ya existían para ese entonces leyes sobre prestaciones y subsidios para las familias.

Es hasta 1950 cuando el Estado de Bienestar, las luchas laborales y sociales comienzan a rendir frutos beneficiando a las mujeres trabajadoras y en la década de los sesenta finalmente se observa una modificación clara y creciente que rompe con las ideas tradicionales de familia, sexualidad, vida reproductiva y al mismo tiempo, mejoran las condiciones en el acceso a los servicios de salud.

La incorporación al mercado de trabajo no se dio en una situación de igualdad, pues los puestos para las mujeres se asociaban en su mayoría a actividades “femeninas”, evitando hacer efectiva la idea de igualdad profesional. El acceso a la seguridad social fue muy limitado para las mujeres especialmente para aque-

llas que no estaban casadas. Los derechos y libertades políticas en países como México se alcanzaron hasta 1952 y como dato curioso la igualdad entre hombres y mujeres en Estados Unidos de América se establece en su constitución hasta 1990.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento poblacional presenta una característica muy importante y es que las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres, lo que trae consigo un fenómeno denominado feminización del envejecimiento. Entonces, las mujeres envejecidas experimentan una discriminación múltiple, si consideramos que son discriminadas por ser mujeres, por ser ancianas, por su apariencia física y, en muchos casos, por ser, además, pobres e indígenas.

El viejismo en contra de la mujer anciana no ha sido visibilizado como un problema prioritario y la combinación del viejismo y el sexismo aún menos. Si bien es cierto que se señala que durante el envejecimiento las mujeres presentan ciertas ventajas respecto de los hombres, como es el caso de un repunte en sus ingresos debido a un aparente mejor apoyo económico familiar, también es cierto que muestran una disminu-

ción en la esperanza de vida saludable y que su historia de vida tiene un peso muy importante en la calidad del proceso de envejecimiento.

Es un hecho que las mujeres envejecidas continúan siendo mujeres y por ello continúan cumpliendo roles “femeninos” socialmente establecidos que se van modificando y que exigen de ellas un comportamiento, una cierta apariencia y un tipo de respuesta ya determinado.

Así como en la juventud el papel central de la mujer se basa en la idea de la maternidad, en la vejez se centra en gran medida en el hecho de ser abuela, lo que mantiene vivo el papel de cuidadora y le demanda disposición o incluso sometimiento a las necesidades de sus hijos en tanto nuevos padres y de los nietos como los nuevos hijos. Cuando las mujeres por alguna razón no forman parte del grupo de las “abuelas”, en muchos espacios se les impone ese papel, tal es el caso del ambiente institucional en donde se usa de manera indistinta el término “abuelita” para referirse a la mujer envejecida. Lo anterior, que es aparentemente una práctica cotidiana sin mala intención, es en realidad una manifestación de la incapacidad social para entender a los seres humanos que no se apegan

a lo que se espera como “normal” y también pone sobre la mesa el problema de la necesidad de ver a las mujeres envejecidas como iguales entre sí.

Existen diferentes manifestaciones de una discriminación no sólo múltiple, sino acumulada, que las mujeres que envejecen tienen que enfrentar en nuestra sociedad. El principal reto es proponer acciones concretas para eliminar estas prácticas que afectan a las personas y a las comunidades y que por supuesto deterioran las condiciones de salud física, mental y social de las mujeres que envejecen.

## En síntesis:

- Entender que todas las personas que envejecen son diferentes, tienen necesidades, ideales, sueños, metas e intereses diversos.
- Crear conciencia sobre el impacto negativo del viejismo y todas sus formas de expresión en la calidad de vida de las personas que envejecen.
- Promover información basada en evidencia que nos permita entender que el envejecimiento es un proceso natural y la vejez una etapa en la que existen posibilidades reales de desarrollo.
- Analizar aquello que decimos, aquello que sentimos y pensamos respecto a la vejez y el envejecimiento, y buscar información que nos permita desprendernos gradualmente de nuestros mitos y estereotipos.
- Promover un lenguaje incluyente evitando el uso de palabras cuyo concepto haga referencia a roles obligatorios y preestablecidos en detrimento de los hombres y las mujeres.
- Promover ambientes propicios para la reflexión de las personas que envejecen sobre su papel social, su condición ciudadana y la situación que enfrentan.
- Entender que las personas que envejecen siguen siendo ciudadanas, siguen formando parte de la sociedad y, por tanto, deben tomar parte en las decisiones que afectan a la misma.
- Generar espacios de participación intergeneracional para el diseño e implementación de acciones comunitarias que nazcan de la comunidad y se centren en el desarrollo de la misma.
- Cuestionar aquellas acciones comunitarias o institucionales que, basadas en una idea de trato diferenciado fundamentado en derechos, fragilicen las relaciones entre los grupos de personas y destruya el tejido social.

## Referencias

- Casique, L. C., Furegato, A. R. F. (2006). Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 950-956.
- Eco, U., Irazazábal, M. P. (2007). *Historia de la fealdad*. Barcelona: Lumen.
- González, C. (2012). Identidad, alteridad y comunicación, definiciones y relaciones. *Signo y pensamiento*, 16(30), 77-84.
- Chande, R. H., González, C. A. G. (2008). Discriminación en las edades avanzadas en México. *Papeles de población*, 14(55), 35-58.
- Martínez, F. R. (2008). La discriminación múltiple, una realidad antigua, un concepto nuevo. *Revista española de derecho constitucional*, 28(84), 251-283.
- Naciones Unidas (2002). *Informe de la conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia (A/CONF.189/12)*. Durban, 31 de agosto al 8 de septiembre.
- Vivaldo Martínez, M. (2008). Desarrollo de la gerontología en el mundo y en México. En Mendoza Núñez, V. M., Martínez Maldonado, M. L., & Vargas-Guadarrama, L. *Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez* (págs. 101-125). México: DGAPA-UNAM.
- Zepeda, J. R. (2005). Definición y concepto de la no discriminación. *El Cotidiano*, 134, 23.



## Capítulo 5

# Desarrollo humano y capacidades de la mujer adulta mayor

**Cuauhtémoc Sánchez Vega**  
**Ma. de la Luz Martínez Maldonado**  
Profesores de la FES Zaragoza, UNAM

El desarrollo humano como proceso implica que las personas desplieguen desde sí y para sí mismas una serie de capacidades que les permitan vivenciar una vida más digna y más humana. Sin embargo, el proceso de desarrollo humano no es siempre igual para todas las personas, ya que puede verse favorecido, influido, seccionado, limitado e incluso coartado según el contexto y las posibilidades individuales de las personas.

Sin lugar a dudas uno de los factores determinantes del proceso de desarrollo humano, y en consecuencia de las capacidades que pueden llegar a realizar las personas, es el género, pues de éste deriva una división fundamental: hombres y mujeres, con prácticas atribuidas y distribuidas bajo la lógica de la diferencia

sexual mujer-femenina y hombre-masculino.

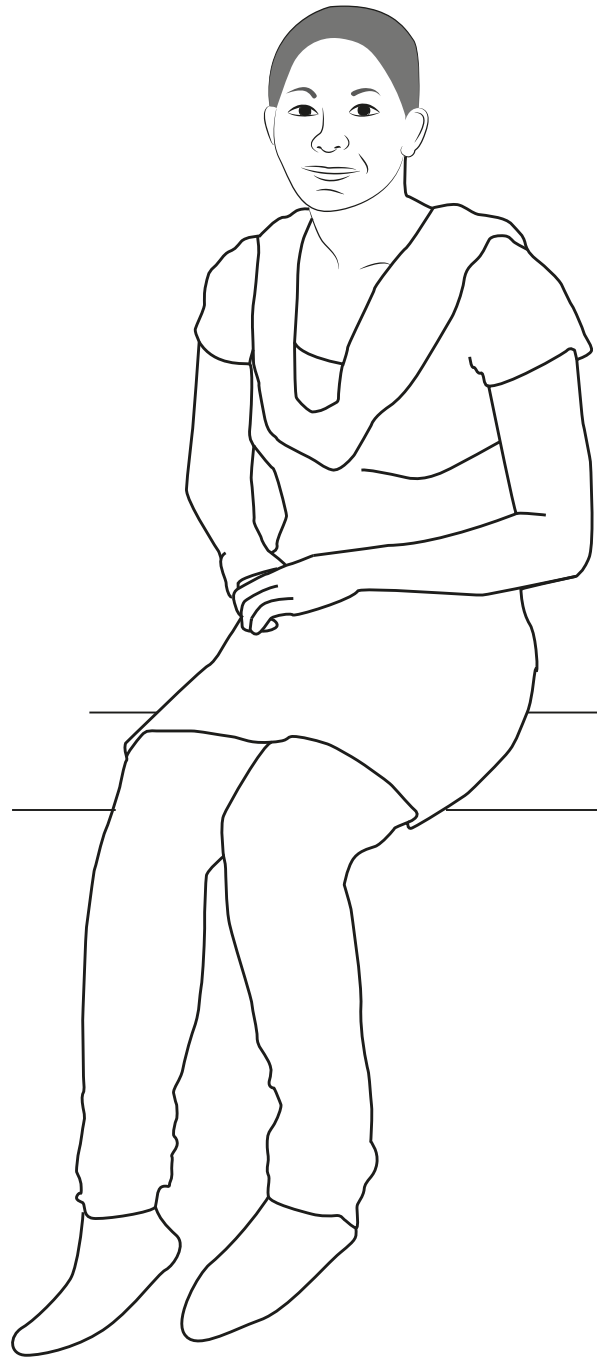
En consecuencia podría preguntarse ¿qué tratamiento reciben los cuerpos de las mujeres según el género que se les ha asignado?, ¿cómo impacta el género en el trascurso de vida de las mujeres, particularmente durante la vejez?, ¿cuáles son las capacidades humanas que es válido favorecer en las mujeres viejas que están libres de la norma del género?, ¿cuáles son las implicaciones del género en el proceso de desarrollo humano y en el favorecimiento de las capacidades de las mujeres adultas mayores?

Este capítulo es una invitación a reflexionar sobre estas preguntas en un escenario en el que convergen el proceso natural de envejeci-

miento, la experiencia de vivir en un cuerpo de mujer y envejecido, la influencia de las normas de género en la historia de vida de las mujeres viejas y las posibilidades de vivir una vida humanamente digna.

## **El cuerpo y los significados socioculturales desde el género**

La forma en que regularmente las personas conocen su cuerpo es a partir de las actividades más cotidianas, como mirar, respirar, oler, sentir, caminar, correr, etc. El cuerpo de los seres humanos está capacitado para realizar las actividades que garantizan su sobrevivencia (siempre y cuando no exista algún daño biológico), además, ese cuerpo les posibilita para relacionarse con todo aquello que les rodea. Por lo tanto, surgen algunos cuestionamientos fundamentales: ¿cuál es el tratamiento que se le da al cuerpo en las sociedades y culturas occidentales?, ¿qué relevancia adquiere el cuerpo en determinados contextos sociales? y, más importante aún: ¿social y culturalmente es diferente el tratamiento que se le da al cuerpo en función de su sexo o género?



¿Cómo será mi futuro? ¿Qué es lo que se espera de mí?

Desde que una persona nace se le distingue como niña o niño y es introducida a un mundo en el que aprende a entender y valorar su cuerpo. Este aprendizaje surge de lo que las demandas sociales le imponen a su cuerpo.

En el caso de la mujer, y refiriéndonos a las capacidades que su cuerpo biológico le confiere, es innegable el valor que adquiere la facultad reproductiva en algunos contextos socioculturales, particularmente en el contexto latinoamericano y mexicano, donde podríamos decir que es incluso venerada. De dicha capacidad se establece el principio de diferencia sexual más importante y se derivan una serie de atributos sociales asignados arbitrariamente para la mujer, como belleza, delicadeza, ternura y comprensión, que delimitan el comportamiento y las actividades que su cuerpo desempeñará en determinados contextos.

Así, la biología (la diferencia sexual) adquiere un significado a nivel social y cultural, con lo que comienza el proceso de generización de los cuerpos de mujeres y hombres, es decir, la manera en que cada uno asume, interioriza y hace suyas las reglas de género que se dan a través

de la socialización en todos los espacios de existencia (familia, escuela, comunidad, trabajo, etc.) siempre mediados por el lenguaje. En todos estos espacios-medios socializadores de género hay estereotipos y roles que funcionan como catalizadores, reforzadores y herramientas de coacción para dirigir y establecer la forma “ideal de ser y hacer” de mujeres y hombres.

Los estereotipos pueden entenderse como ideas preconcebidas que establecen una serie de características atribuidas a cada género (hombres y mujeres). De manera general, los estereotipos de género son el reflejo de una serie de creencias populares muy extendidas entre la población sobre las actividades, roles, rasgos y atributos que caracterizan y al mismo tiempo diferencian a las mujeres de los hombres. En concordancia con los estereotipos, los roles de género son el conjunto de comportamientos, funciones, tareas y responsabilidades aprendidas en grupos, comunidades o sociedades, que generan expectativas y exigencias, sociales y subjetivas, para mujeres y hombres.

Los estereotipos de género predominantes en algunos contextos

socioculturales establecen que las mujeres deben ser dulces, calladas, ordenadas y maternales; en cambio, los hombres deben ser atrevidos, fuertes, valientes y proveedores. Estas, entre otras muchas cualidades, según estén o no establecidas en la división de tareas, tanto en el espacio público como en el privado, en el que nacen, crecen y se desarrollan, definen y determinan los roles de género. Los roles de género contienen en sí mismos características que especifican los rasgos de la masculinidad y/o de la feminidad, por tanto, estos roles también tienden a delimitar los espacios sociales en los que hombres y mujeres habrán de desempeñarse. Enseguida comentaremos algunos ejemplos.

Para ellas, los roles de género tradicionales establecen la reproducción y la maternidad como actividades que las definen como mujeres. Ligadas a estos atributos, se encuentran otras características como el altruismo, la intuición y la abnegación, todas indispensables para el cuidado de la familia, y que en general las mantienen confinadas al espacio privado, es decir al hogar y al trabajo doméstico. Por lo tanto, en la medida en que la mujer permanece única y exclusivamente en el

hogar y al cuidado de su progenie (quizás por la sobrecarga de trabajo que representan las labores domésticas, por las prohibiciones sociales para que acceda a la educación o al trabajo remunerado fuera del hogar, o bien por el conjunto de éstas y otras más), se favorece en ella un tipo de especialización del cuerpo y de sus capacidades, no sólo biológicas sino también relacionales, que a la larga tendrá un impacto importante en su propia vida.

Para el hombre los roles de género tradicionales establecen como primordiales las tareas de proveedor económico y protector del hogar. Las características ligadas a este rol son la fuerza, el coraje, el valor y la responsabilidad, todas indispensables si se pretende cumplir cabalmente con esa labor, y conllevan moverse en el espacio público, es decir, fuera del hogar. Esto implica una serie de elementos diferenciados, no sólo para acceder a los recursos de los que dispone en el contexto en el que se encuentra, sino para entender, asimilar y manejar su cuerpo de manera completamente opuesta a como lo hacen las mujeres.

Ahora bien, lo anterior no quiere decir que los estereotipos y roles

<b>Roles de género tradicionales</b>	
<b>Mujeres:</b> Reproducción y maternidad.	<b>Hombres:</b> Proveedor y protector del hogar.
<b>Espacio privado:</b> Hogar, familia y pareja.	<b>Espacio público:</b> Escuela, trabajo, iglesias, oficinas o dependencias de gobierno.
Buenas, tiernas, sensibles, cuidadosas, ordenadas, cariñosas, bonitas, delicadas, amorosas, sentimentales, maternas, intuitivas, calladas, abnegadas, obedientes, sumisas, exageradas, frívolas, vanidosas, quejumbrosas, indecisas, inseguras, temerosas, débiles, víctimas, fáciles, cálidas, inocentes en el área sexual, etcétera.	Fuertes, formales, trabajadores, valientes, comprometidos, racionales, arriesgados, exitosos, toscos, atrevidos, impacientes, controladores independientes, autosuficientes, ambiciosos, decididos, inteligentes, exitosos, generosos, conquistadores, con mayor apetito sexual, dominantes, poco emotivos, insensibles, groseros, agresivos, violentos, rebeldes, irritables, descuidados, desordenados, etcétera.

de género no hayan cambiado, lo que se pretende ilustrar es cómo en los contextos en donde aún se les exige a mujeres y hombres funcionar a través de modelos de género opuestos, se concibe una forma particular de describir, entender, asimilar y, sobre todo, una manera de disponer de sus cuerpos biológicos que los determina a una vivencia específica.

## **Corporeidad y diferencias de género**

En la última década han surgido fuertes críticas a las teorías feministas y a la gerontología social, pues se considera que ambas corrientes, tanto a nivel teórico como metodológico, han pasado por alto la forma en que las mujeres viven sus cuerpos envejecidos, ya no sólo como sistemas de significación sociocultural, sino como cuerpos materiales, susceptibles de ser vivenciados y asimilados con todo aquello que acarrea el proceso

de envejecer, en conjunto con las múltiples demandas y normativas sociales y culturales que establece el contexto.

No es tarea fácil entretejer las normas sociales y culturales, que determinan, coaccionan e imponen una forma específica de existir a los cuerpos, con la forma en que las mujeres adultas mayores conciben y entienden sus propios cuerpos envejecidos. Sin embargo, en lo que se pretende hacer énfasis es en la complicación que representa para ellas reconceptualizar su existencia con las demandas que les imponen una sociedad y una cultura que apenas las reconoce.

Es innegable la materialidad de los cuerpos envejecidos que evidencian cambios, tanto en la apariencia como en la disminución de una serie de capacidades (particularmente físicas, fisiológicas, biológicas y sociales), considerando también que muy seguramente el envejecimiento trae consigo la aparición de otras habilidades. Además, la serie de cambios que se producen al envejecer no son iguales para la mujer que para el hombre, y partiendo de este hecho es incuestionable que los caminos para hombres y mujeres, en relación con las normas

de género, también son distintos y puede decirse que más severos para ellas.

La situación de las mujeres viejas se vivencia dentro de una conjunción de demandas sociales hacia ella en relación con su género (roles y estereotipos), los cambios en su cuerpo (producto del proceso natural del envejecimiento), que a veces se acompañan de algunas enfermedades (diabetes, hipertensión, artritis, etcétera) y la forma en que ella misma vive, entiende y asimila su cuerpo.

La forma de vivenciar al cuerpo hace referencia al concepto corporeidad, el cual puede entenderse como las experiencias conscientemente vividas, entendidas, asimiladas y aceptadas por la persona que habita ese cuerpo. La problemática que esto representa para la mujer adulta mayor, es que su corporeidad no encuentra ningún referente social ni cultural que valide la vivencia actual del cuerpo envejecido, debido a las demandas socioculturales que les son impuestas, tanto a partir de los estereotipos como de los roles de género, ya que la norma social de la femineidad centra su atención en la apariencia.

## El cuerpo de la mujer envejecida en relación con otros cuerpos

La simple observación de un cuerpo puede provocar una serie de significaciones, inferencias, conclusiones y comparaciones. Dado que la comparación es un proceso primario para el reconocimiento del cuerpo (aunque sea en un principio por contraste), es importante entender las concepciones sociales que se construyen en relación con los cuerpos tan sólo por cotejo con sus semejantes. Las características y atributos depositados en los cuerpos tienden a establecer gradaciones de lo que se considera hermoso o feo, bueno o malo, deseable o indeseable, armonioso o desorganizado.

La atención al cuerpo es un tema importante para comprender la forma en que la mujer adulta mayor entiende, crea y recrea su proceso de envejecimiento, pues hay que considerar que el cuerpo además de ser un marcador biológico es también un elemento para reconocer e identificar la raza, etnia, habilidades, estado de salud, juventud, vejez y, particularmente, cuestiones relacionadas al género, que revisten, adornan o envuelven al cuerpo.



Por lo anterior, en muchas ocasiones la mujer adulta mayor se siente obligada, al igual que cualquier otra mujer de menor edad, a controlar y regular su cuerpo para mantener ciertos estándares de aceptación social que correspondan con la norma establecida de feminidad asociada a la juventud. Esto coloca a las adultas mayores en dos posiciones: en la primera la mujer intenta contrarrestar los signos de la edad biológica y se obliga a entablar una guerra con su cuerpo, es decir, a estar en contra de sí misma; y en la segunda, comienza a reparar, reconstruir y reorganizar su cuerpo como una ganancia dada por el propio proceso de envejecimiento.

## **La belleza de la mujer en la vejez**

Sin lugar a dudas la mujer adulta mayor enfrenta un dilema ideológico y material con respecto a su cuerpo, particularmente en cuanto a la forma en que concibe la belleza al llegar a la tercera edad. Quizás durante esta etapa puede ser una preocupación para ella la forma en que es percibida en relación con la belleza de los cuerpos jóvenes y del recuerdo que tiene de ella misma durante su adultez.

Sin embargo, en la historia de vida de las mujeres existen tiempos “hito”, que representan para ella la oportunidad de vivir fuera de los mandatos sociales y comenzar a vivir a partir de sus propias reglas, que no son arbitrarias en ningún sentido, son reglas que le permiten dar congruencia a la forma en que desea y quiere vivenciar su cuerpo en relación con los otros.

La vivencia del tiempo hito para la mujer también significa un cambio en la forma en que se mira a sí misma; esto quiere decir que la mujer reorganiza, repara, reconstruye, entiende y vivencia su cuerpo utilizando una mezcla de discursos, creencias y formas tan variadas de justificar su existencia, e incluso de la existencia de un cuerpo envejecido, que deja de resultarle extraño aunque no cumpla con las reglas sociales de belleza femenina.

Pero, ¿cómo se articulan y se asientan los tiempos hito en la vida de la mujer?, ¿cuál es la forma en que la adulta mayor asumen su proceso de envejecimiento y cómo interpreta y reconoce la belleza que reside en su cuerpo envejecido? No toda mujer envejecida logra asimilar y transformar las normas de género establecidas y demandadas por la



sociedad en relación con el atractivo y la belleza física. Sin embargo, si se considera la presencia de los tiempos hito en la vida de cada una de ellas, entonces se está en posibilidad de construir nuevas brechas y caminos menos rípidos mediante los cuales construir, desde sí mismas, elementos que les permitan habitar sus cuerpos más cómodamente y dentro de una plena dignidad humana. Quizá sólo se requiera estar un tanto más alerta para identificar y aprovechar acertadamente estos hitos, los cuales ciertamente serán sincréticos, inesperados y siempre basados en la incertidumbre, pero necesarios para la mujer durante su envejecimiento más que en ninguna otra etapa de su proceso de desarrollo.

## **Autoconcepto y vejez**

Durante la tercera edad es indispensable que la mujer desarrolle un sentido de sí misma a partir de aspectos que le permitan construir una imagen positiva y enriquecedora de lo que es como persona, más allá de lo que la sociedad le demanda, pues como se hizo evidente en los apartados anteriores, las expectativas que la sociedad impone a la mujer de más edad, en relación con el

género, son prácticamente inalcanzables. Por lo anterior, la construcción del autoconcepto en la vejez representa también la posibilidad de reconocer y recuperar las experiencias de toda una vida y transformar todas esas vivencias en cualidades, herramientas y recursos personales.

Rescatar las experiencias de vida, tanto las satisfactorias como las no satisfactorias, permite a la mujer envejecida formarse una idea más nítida de sí misma y saberse poseedora no sólo de un cuerpo y el estado en que se encuentra, sino también de sus emociones, sus capacidades físicas e intelectuales y todas las tareas que realiza cotidianamente.

Asimismo, el autoconcepto permite establecer un proceso de reactualización del ser y abre la posibilidad de abandonar anhelos y añoranzas de épocas pasadas. El autoconcepto hace referencia a lo que se es hoy, con qué se cuenta en realidad para construir y dar continuidad al proceso de vida.

Sin embargo, el autoconcepto como proceso implica aprender a reconocer aquellas características que hacen ser a la persona lo que es. Quizás algunas de esas características no sean fáciles de aceptar

(como la disminución de algunas facultades físicas o la presencia de alguna enfermedad), pero aun así la mujer envejecida tendrá que integrar esos aspectos de sí misma para poder construir un autoconcepto que sea viable para el presente y le permitirá establecer una relación más constructiva, factible y digna consigo misma.

## **Imagen corporal**

Uno de los aspectos que juega un papel importante para la construcción del autoconcepto es la imagen corporal, la cual puede ser definida como la valoración propia y sentimental que las personas tienen acerca de su cuerpo y de sus funciones.

Otros consideran que es la representación individual e íntima de la apariencia física y de la experiencia corporal. De cualquier manera, la imagen corporal es parte importante del autoconcepto, pues es la base para construir una identidad personal y al mismo tiempo funciona como un filtro para identificar y darse cuenta no sólo de lo que la mujer piensa de sí misma, sino también de sus habilidades y capacidades personales.

La imagen corporal se desarrolla a lo largo de la vida, a través de la acumulación de experiencias emocionales, cognitivas y relacionales. A partir de la imagen corporal la persona incursiona en una serie de actividades y tareas vinculadas con la valoración que hace de su propio cuerpo, y que representan su principal referente para establecer el grado de éxito o fracaso que pudiera alcanzar en las metas u objetivos que se propone.

Sin embargo, el proceso natural de envejecimiento en la adulta mayor trae consigo una serie de cambios que resultan ser poco favorables para la construcción de una imagen corporal positiva. Estos cambios, asociados a las demandas sociales sobre el aspecto de los cuerpos en función del género, colocan a la mujer de la tercera edad en un dilema.

Así, se debate entre los cambios propios de la edad (la aparición de canas, arrugas, manchas y pérdida de elasticidad en la piel, entre muchas otras cosas), los eventos que son susceptibles de aparecer (y no necesariamente por la edad como enfermedades o accidentes que generen alguna incapacidad) y las exigencias sociales establecidas para el cuerpo de la mujer.



La aceptación de la imagen corporal es fundamental para el desarrollo humano de la mujer adulta mayor.

Sin embargo, los cambios se presentan durante todo el proceso de desarrollo de la mujer y no sólo durante el envejecimiento, por ejemplo, con la menarca (primera menstruación), los embarazos y el amamantamiento, las mujeres ganan peso, mientras que con la menopausia se favorece una acumulación más pronunciada de grasa en el torso (debido a la redistribución de la grasa corporal en la cuarta o quinta década de vida).

Estos procesos generan cambios en la imagen corporal de la mujer, no sólo físicamente sino también por el uso que se le da al cuerpo en cada uno de ellos. La menopausia como marcador biológico representa un evento que determina la forma en que concibe su cuerpo. Para algunas mujeres, los síntomas de la menopausia pueden vivirse como la pérdida de control que ejercen sobre su propio cuerpo.

La imagen corporal posee la particularidad de no ser fija; por el contrario, es dinámica, se transforma en la medida en que la persona transita su proceso de desarrollo, pero puede llegar a ser problemática cuando no corresponde con las exigencias y estándares socioculturales ligados a los estereotipos de género, y es justamente bajo estas condiciones que adquiere su fijeza y estatismo, en la medida en que la persona no encuentra un grado de correspondencia aceptable entre su realidad corpórea y las demandas que le impone su entorno y en consecuencia la mujer se mira a sí misma como no apta, ya sea para pertenecer o participar de una actividad en un contexto dado o incluso para vivenciar de manera positiva y afirmativa su cuerpo durante la vejez.

## **Vivencia afirmativa del cuerpo en la vejez**

La importancia de la vivencia afirmativa del cuerpo durante la vejez es muy grande, pues de ella dependerá la posibilidad de dar continuidad al proyecto de vida durante esta etapa. Para poder establecer un punto de referencia en cuanto a qué es y cómo sería la vivencia afirmativa, es importante describir otras

formas de vivir el cuerpo durante la vejez. En esta sección se describen tres perspectivas: 1) resentimiento, 2) resignación y 3) compensación. Éstas no son privativas de la mujer, los hombres también son susceptibles de vivenciar el cuerpo a partir de ellas, por lo tanto se describen como posibilidades para todas las personas.

## **Resentimiento**

Este tipo de vivencia del cuerpo es sumamente negativa. La persona suele establecer de manera constante una comparación de las capacidades, habilidades y posibilidades de su cuerpo entre el presente y el pasado, entre la vejez y la juventud; esto le genera sentimientos de tristeza, añoranza y anhelo con un dejo de desesperación, angustia y sobre todo disgusto o ira hacia la condición actual de su cuerpo.

La persona que experimenta su cuerpo con resentimiento lo considera un traidor o un impostor, que no le responde como desea. Esta inadecuación o no correspondencia del cuerpo con lo que se desea o anhela conduce a percepciones de insuficiencia, de dependencia e incluso inutilidad y rechazo. La



**Ser feliz por  
lo que tengo**



**Perdonar para  
sentirme mejor**



**Tomar decisiones**

Se debe ser activa y autónoma para lograr un desarrollo en la vejez.

persona en este tipo de vivencia del cuerpo parece asumir los mandatos sociales que de forma extremadamente negativa caracterizan tanto al proceso de envejecimiento como a la vejez.

## Resignación

Este tipo de vivencia genera conformismo. La persona acepta la inactividad de su cuerpo como algo normal. Entiende el proceso de vida como nacer, crecer, reproducirse y morir. Piensa el envejecimiento de su cuerpo como el declive, la nada, lo inerte y no imagina ninguna opción más allá de las que se relacionan con el deterioro o pérdida de las capacidades del cuerpo. La persona percibe las limitaciones físicas que la vejez le impone a su cuerpo como algo esperado, por lo que vive como si se encontrara en un terreno árido donde no tiene posibilidades de construir o aprender.

La vivencia del cuerpo con resignación confina a la persona que lo habita a un sórdido deterioro en todo sentido, es como si le dijeran a su propio cuerpo que no hay nada más para él. A nivel emocional, la persona está como anestesiada, incluso si existe dolor físico no mani-

fiesta su malestar porque considera que no hay nada qué hacer.

## Compensación

La persona que vivencia su cuerpo a partir de procesos compensatorios entiende su cuerpo envejecido como algo natural que se acompaña de una situación que le permite desarrollar y acrecentar otras habilidades. Lo anterior le lleva a un reconocimiento tanto de cambios positivos como negativos, particularmente en relación con las posibilidades que confiere la propia vejez. Esta perspectiva del cuerpo condiciona pero también direcciona la vida de la persona en cuanto a la toma de decisiones y la forma en que entiende su ser en el mundo. Ya no es sólo cuerpo, es una persona que posee un cuerpo con ciertas limitaciones pero también habilidades y condiciones que le permiten realizar otras actividades que pueden ubicarse en una gama entre el placer y el displacer.

A nivel emocional, particularmente, la persona es más consciente de su estado y de las reacciones de su cuerpo ante emociones intensas, sobre todo de la ira. La persona es consciente del trabajo y esfuerzo

emocional que le representa no aprender a perdonar, a dejar y a continuar con su vida. Se siente orgullosa de la autonomía que posee en cualquier grado. Por otra parte, a nivel social se reconoce que los beneficios son restringidos cuando el cuerpo está limitado en movilidad o simplemente cansado, pero no se vive ni con angustia ni con resignación sino con un consentimiento interno de lo que se es, sin menospreciar o empobrecer su existir en el mundo.

Otra de las ventajas de la compensación se relaciona con el ejercicio de una libertad personal que es amplia, quizá como nunca antes había sido; sobre todo el reconocimiento de todo aquello que antes se había dado por sentado, como una caminata, una pareja a quien abrazar o una familia con quien compartir.

Como es evidente, la posición compensatoria es la más viable para poder vivenciar el cuerpo de manera positiva, afirmativa, real y con cierto grado de certeza durante la vejez, pues desde esta posición se puede ser y existir de manera digna y satisfactoria. El que una persona pueda asumir una posición compensatoria que posibilite vivenciar su cuerpo de manera afirmativa significa también aprender a negociar con las posibili-

dades reales del cuerpo envejecido y aprender a reparar la identidad a partir de su historia personal para poder dar continuidad a su proyecto de vida.

## **Dignidad y capacidades humanas de las mujeres adultas mayores**

Las capacidades humanas son aquellas que las personas pueden ejercer libremente sólo por el hecho de ser seres humanos. Estas capacidades forman parte de la condición humana y, sin embargo, tienen que ser impulsadas, favorecidas y promovidas por los contextos socio-culturales en los cuales las personas nacen, crecen y se desarrollan, para así exponer cada uno de sus potenciales humanos. El enfoque que se dé a las capacidades humanas de una persona establece lo que es capaz de ser y hacer en la vida y en su propia existencia. Es importante resaltar que para que las personas puedan gozar de la vivencia y práctica de las capacidades humanas es necesario preparar el ambiente material y, en consecuencia, el institucional para que sean capaces de funcionar: capacidad-funcionamiento y libertades ejercidas, todas

unidas forman una sola cosa, una vida digna, particularmente durante la vejez. Sólo la conjunción de capacidades humanas y condiciones materiales adecuadas favorecerá la vivencia de la dignidad humana.

## **Reafirmar la dignidad humana**

Como se ha venido mencionando, el proceso de envejecimiento representa una serie de retos para las personas en general, particularmente para la mujer, por tanto es imperativo favorecer procesos que le permitan reafirmar su dignidad humana durante esa etapa. Pero ¿qué significa la dignidad humana? mejor aún ¿cómo favorecer procesos de afirmación y reafirmación de la dignidad que reside en las mujeres adultas mayores?

La propuesta que se plantea en este apartado se basa en aquellos aspectos que se relacionan con los poderes vitales de la mujer (estos poderes vitales son inherentes a todas las personas, pero se presume que su manifestación más clara se da durante la vejez, por simple efecto acumulativo), necesarios todos ellos para que pueda existir de manera adecuada, trascendente, enrique-

cedora y con significado durante la vejez. Esos poderes vitales, que en la mujer pueden y son susceptibles de cristalizar en la vejez a través de la acumulación de aprendizaje, le permiten ampliar la visión de la vida, aumentar sus capacidades, habilidades, conocimientos prácticos del mundo, su seguridad y su fortaleza interna. Sin embargo, todo lo anterior se encuentra más allá de los indicadores materiales que evalúan la cantidad de dignidad en la vida de las personas a partir de los lineamientos internacionales.

Los poderes vitales hacen referencia a la forma, modo o manera en que las mujeres adultas mayores pueden obtener un beneficio, un bono en la vida a partir de la experiencia acumulada. Esto puede manifestarse de múltiples formas: conocimiento, lazos afectivos y sociales, autovaloración y autoestima, reconocimiento, negociaciones y pactos, cumplimiento de metas, pero, sobre todo, libertad para ser y hacer con un fuerte sentido de autonomía personal y sin presiones o condicionamientos externos.

Ahora bien, la autonomía como elemento básico de la dignidad humana demanda a la mujer envejecida desarrollar la capacidad para



construir una nueva realidad, en la cual las reglas no estén preestablecidas sino recién construidas, creadas a partir de las necesidades personales para poder adaptarse a la situación de vida y a los retos que le representa.

Esta creación de normas propias responde, en un primer momento, a las necesidades percibidas por la adulta mayor pero también reflejan un grado de autonomía para actuar, vivir, relacionarse y modificar todo un sistema de valores, creencias y actitudes, es decir, construir un todo nuevo que le permita administrar, ejecutar y aplicar de manera activa sus poderes vitales y acrecentarlos.

En consecuencia, reafirmar la dignidad humana significa también capacidad para recolectar y aumentar estos poderes vitales y traducirlos en hechos concretos que reflejen voluntad, afectividad y discernimiento para vivir desde sí y para sí misma. Con esto se obtendrá también la prolongación y permanencia de los cambios generados, lo que implica que no serán pasajeros e intermitentes sino inquebrantables.

De esta manera, la vivencia de la dignidad humana que se traduce en

manifestaciones de libertad, autonomía, independencia y emancipación en la vejez, permite que la mujer adulta mayor construya y vivencie sensaciones positivas y constructivas en oposición a sensaciones de vacío, insatisfacción, carencia o inadecuación.

Además, la dignidad humana que reside en la mujer de la tercera edad puede ser favorecida, apoyada y acompañada pero nadie puede sustituir el trabajo que ella misma tiene que realizar para favorecerla, pues se trata de una tarea que sólo a cada una le compete. Por supuesto que para algunas el proceso será más complejo que para otras, esto dependerá de sus experiencias e historias de vida. Sin embargo, ninguna mujer está limitada, en lo interno, para desarrollar en algún grado sus poderes vitales.

## **Capacidades funcionales humanas centrales**

Las capacidades humanas centrales son aquellas que posibilitan a toda persona para vivir una existencia realmente digna y humana. La postura de la perspectiva de las capacidades humanas le devuelve a

la mujer adulta mayor la posibilidad de mirarse y ser vista, nuevamente, en el campo de lo humano (no porque no sea parte de lo humano, sino porque las condiciones sociales así lo hacen parecer).

A continuación se presenta un listado de capacidades humanas centrales que tendrían que ser favorecidas no sólo porque las personas están en posibilidad de desarrollarlas, sino porque a causa de estas capacidades las personas se diferencian de otras especies animales y al hacerlo se establece su sentido de humanidad y la exigencia de los derechos inherentes a todo ser humano.

**Vida:** ser capaz de vivir hasta el final de una vida humana de duración normal; no morir prematuramente o antes de que la existencia se haya reducido tanto que no valga la pena continuar.

**Salud física:** ser capaz de tener una buena salud, incluida la salud sexual y reproductiva, tener una alimentación adecuada y una vivienda apropiada.

**Integridad física:** ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro; tener protección ante ataques violentos, incluyendo ataques

sexuales y violencia doméstica; tener oportunidad para la satisfacción sexual y para la elección en materia de reproducción.

**Sentimiento, imaginación y pensamiento:** ser capaz de utilizar los sentidos, imaginar, pensar y razonar y hacerlo de una manera formada y cultivada por una educación de calidad que incluya la capacidad de leer y escribir de manera crítica y creativa y una formación matemática y científica básica. Ser capaz de usar la imaginación y el pensamiento en relación con la experimentación de obras y eventos religiosos, artísticos, culturales y literarios elegidos libremente. Ser capaz de usar la mente y que sus ideas sean protegidas por las garantías de la libertad de expresión en lo que respecta a lo político, lo artístico, lo social y lo religioso. Ser capaz de tener experiencias placenteras y de evitar el dolor no necesario.

**Emociones:** ser capaz de sentir apego a las cosas y a las personas, recibir el amor y los cuidados de otros, afligirse ante la ausencia o el sufrimiento de otros; en general, amar, desconsolarse, anhelar, sentir gratitud e ira justificada. No tener una vida emocional arruinada por el miedo y la ansiedad (apoyar

¿Cómo quiero  
vivir mi vejez?

¿Qué puedo hacer  
para poder vivir  
de mejor manera?

¿Qué necesito  
aprender o des-  
aprender para  
vivir mejor?

¿Qué quiero para  
mí en los próximos  
años de mi vida?



esta capacidad significa apoyar las formas de asociación humana que pueden ser cruciales para el desarrollo).

**Razón práctica:** ser capaz de formarse una concepción de lo correcto y poder reflexionar de manera crítica sobre la planificación de la propia vida (esta capacidad implica la proyección y el ejercicio de la libertad de conciencia).

**Asociación:**

- A) Ser capaz de vivir con los demás y de cara a ellos, de conocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, colaborar en actividades de beneficio social o altruista. Mostrar empatía ante la situación de otros y tener compasión; tener sentido tanto de justicia como de amistad.

B) Poseer las bases sociales del respeto a uno mismo y la no-humillación; ser capaz de ser tratado como un ser digno cuyo valor es igual al de los demás. Esto implica la protección a la no discriminación por género, edad, creencia religiosa, etnia, ideología, etc.

**Otras especies:** ser capaz de vivir con preocupación por y en relación con los animales, plantas y la naturaleza en su conjunto.

**Recreación:** ser capaz de reír, jugar y disfrutar de actividades de esparcimiento.

**Control sobre el ambiente propio:**

A) Político: ser capaz de participar activamente en las opciones políticas que rigen la propia vida, involucrarse políticamente en sociedad, exigir la protección a la libertad de expresión y asociación.

B) Material: ser capaz de poseer propiedades y de heredar la tierra, de tener y buscar un empleo en igualdad de condiciones que las demás personas, ser capaz de trabajar desarrollando la razón práctica y formando relaciones significativas.

Este listado de capacidades no puede entenderse como elementos separados ya que uno no tiene sentido sin el otro, por lo tanto, la exclusión de uno limita las posibilidades del ser de las personas, además, el desarrollo y favorecimiento de todas y cada una de las capacidades es el vehículo en el que se retroalimentan la vivencia de la dignidad humana y se entrelaza con las condiciones materiales del contexto.

Siendo así, las acciones que se articulen desde el exterior para asistir y colaborar en el proceso de desarrollo de los poderes vitales de la mujer (y en general de todas las personas) y de sus capacidades humanas centrales, tendrán que estar pensadas, construidas y encaminadas desde el ámbito material y en los diversos aspectos que envuelven la vida de las personas con el fin de garantizar el ejercicio de las libertades humanas.

## **Libertades humanas y condiciones materiales**

En el apartado anterior se describieron los elementos que integran la dignidad humana y se hizo énfasis en la libertad y autonomía como expresiones máximas de ella. Sin

embargo, también es necesario mencionar que para favorecer el ejercicio de la libertad personal se requiere de una serie de elementos materiales como prerequisites para apoyar una gama más amplia de capacidades humanas de elección, apropiadas tanto para el desarrollo como para el ejercicio de la libertad de la mujer adulta mayor.

Considerar el ámbito material como condicionante para la libertad de la mujer significa considerar la distribución de los recursos materiales y las oportunidades reales que tiene; también requiere considerar las necesidades que se van generando. Para el caso que nos compete, tendría que ponerse particular atención en las necesidades particulares de la adulta mayor con el objetivo de favorecer su sentido de dignidad humana.

Específicamente, las condiciones materiales se refieren a los siguientes elementos:

- Esperanza de vida de la población: el 63 por ciento de los adultos mayores de 70 años son mujeres, sin embargo este sector enfrenta una clara discriminación histórica por cuestiones de género, la mayoría no tiene derecho a una

pensión y cuando la reciben es mucho menor a la que se otorga a los varones.

- Oportunidades de educación: el perfil del envejecimiento en Latinoamérica y el Caribe muestra que el 60 por ciento de los adultos mayores de la región son mujeres, la mayoría vive en áreas urbanas y más de la mitad sólo estudió la educación primaria.
- Oportunidades de empleo: para 8 de cada 10 personas de 60 años que buscan una ocupación la actividad informal es su única alternativa, casi 8 de cada diez hombres (79.2%) que laboran tiene un empleo informal, en el caso de las mujeres esta proporción es de 85 por ciento.
- Necesidades especiales de atención a la salud: en este ámbito, el acceso de las mujeres puede ser obstaculizado en mayor medida que para los hombres debido a los recursos limitados de tiempo y de poder de decisión sobre la economía familiar.
- Derechos que se tienen sobre la tierra: tradicionalmente las mujeres se han visto privadas de recursos y bienes materiales, lo

que les impide, en ocasiones por usos y costumbres, heredar la tierra u otro bien material; esto las coloca en estado de dependencia económica y vulnerabilidad social.

- Libertades políticas: En muchos contextos socioculturales y durante mucho tiempo se les ha hecho creer a las mujeres que es innecesario e incluso irrelevante que tengan intereses o aspiraciones políticas con el pretexto de que no están capacitadas para asumir las responsabilidades que dicha actividad demanda.

Para poder constituir un verdadero proceso de desarrollo humano es indispensable establecer un mínimo de condiciones materiales que funcionen como reforzadores de las capacidades humanas. Tanto éstas como las condiciones materiales son indispensables para garantizar un proceso de desarrollo humano en cualquier etapa de la vida.

## En síntesis:

- Los estereotipos y roles de género predominantes en los contextos socio-culturales establecen expectativas y exigencias, tanto sociales como subjetivas, que en muchos de los casos determinan las capacidades de las mujeres y un tipo de especialización de sus cuerpos, lo cual tendrá un impacto en su calidad de vida.
- La experiencia personal de vivir dentro de un cuerpo envejecido debe considerar los cambios asociados al proceso natural de envejecimiento y las demandas socioculturales impuestas a las mujeres viejas a través de los estereotipos y roles de género.
- En todas las edades, la mujer es movida a comparar su cuerpo con estereotipos que integran elementos como la lozanía, la delgadez y la juventud; la brecha para alcanzar este ideal es proporcionalmente más amplia en la medida en que se envejece, lo cual favorece un sentimiento poco próspero y optimista en las mujeres en relación con el proceso de envejecer y los cambios que le acompañan.
- La presencia de los tiempos hito en la vida de las mujeres viejas significa reelaborar la concepción de su cuerpo a la par de su ser, su historia y la forma en que se relaciona con su contexto, especialmente con aquellos elementos que competen a la belleza y el atractivo.
- La importancia de construir durante la vejez un concepto de sí misma alejado de presiones, demandas o imágenes externas, radica en la posibilidad de construir un puente con el futuro desde el presente, lo cual significa el reconocimiento de todo lo que se es, en el aquí y ahora, y de lo que nunca será, para mirar un porvenir más digno y humano.
- La imagen corporal representa la idea general que una persona tiene de sí misma, de sus habilidades y capacidades. Su principal característica es ser dinámica, cambiante en el tiempo; en ella se concentra y acumula toda la historia de vida de las personas.
- Vivir afirmativamente un cuerpo envejecido abre las puertas de la existencia a la comprensión del sí mismo y a la libertad de tomar decisiones a partir de las condiciones personales, en resumen, a la autonomía como ser humano.
- La dignidad humana siempre estará ligada al desarrollo y favorecimiento de una serie de capacidades humanas. Durante la vejez el desarrollo de las mismas resulta indispensable, si es que se desea lograr en esta etapa de la vida cierto grado de libertad, autonomía y bienestar personal. Sin embargo, no debe olvidarse que es necesario establecer oportunidades reales y una adecuada distribución de los recursos materiales existentes en una sociedad y cultura determinada para el ejercicio de las capacidades humanas, siempre bajo

un marco de elección personal.

- Reafirmar la dignidad humana significa favorecer manifestaciones de libertad, autonomía, independencia y emancipación en la vejez. Estar en posibilidad de vivenciar sensaciones positivas y constructivas en oposición a sensaciones de vacío, insatisfacción, carencia o inadecuación.
- Las capacidades funcionales humanas centrales no sólo son un listado de requisitos para los seres humanos; el poder poseerlas y acrecentarlas representa la posibilidad de ser y existir en la vida con un sentido humano, alejado de

todo aquello que nos coloca fuera de la inhumanidad.

- Las oportunidades reales existentes para satisfacer necesidades básicas, sociales y culturales, son un prerequisite para apoyar el desarrollo y ejercicio de las libertades humanas, y regularmente se ubican en el ámbito material, el cual abarca factores que van desde contar con una pensión, acceder a oportunidades de educación, empleo y vivienda, hasta el ejercicio de libertades políticas, entre muchas otras.



## Referencias

- Holstein, M. B., Golubov, N. (2010). Sobre cómo envejecemos las mujeres. *Debate Feminista*. Vol. 42. Pp. 52-78.
- Nussbaum, M. (2010). La capacidad de las mujeres y la justicia social. *Debate Feminista*. Vol. 39. Pp. 89-129.
- Butler J. (2010). *Cuerpos que importan. Sobre los límites discursivos de sexo*. México: Paidós Entornos. Primera reimpresión.
- Butler J. (2009). *El Género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Butler J. (2006). *Deshacer el género*. México: Paidós Ibérica.
- De Beauvoir, S. (2011). *La vejez*. Buenos Aires: Debolsillo. Segunda reimpresión de la colección.
- Calasanti, M. & Slevin, F. (2001). *Gender, Social inequalities, and Aging*. New York: AltaMira Press.
- Furman, F. (1997). *Facing the mirror. Older women and beauty shop culture*. New York: Routledge.
- Weeks, J. (1998). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las Identidades . En *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Comp. Szasz y Lerner. México: COLMEX.
- Lagarde, M. (2012). *Las mujeres el sincretismo y el tiempo. El feminismo en mi vida. Hitos, claves y tópicos*. México: Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- Lamas, M. (2000). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG/UNAM.
- Lamas, M. (1998). La voluntad del saber feminista. En *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Comp. Szasz y Lerner. México: COLMEX.

Gergen, K. J., Gergen, M. M. (2000). The new aging: Self construction and social values. en Schaie, K. W. Abeles, R. P. (Ed.). *Social structures and aging*. New York: Springer.

Gattuso, S. (1996). The ageing body and the self-project in women's narratives, *Journal of Occupational Science*, 3:3, 104-109.

Chrisler, J. Ghiz, L. (1993). Body image issues of older women. *Women and Therapy*. 14:1-2, 67-75.

Katz, S. (2000). Busy Bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of aging studies*, Vol. 14. No. 2, 135-152.

## Capítulo 6

# Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores

**Ma. del Consuelo Chapela Mendoza**

Profesora- investigadora de la UAM-X

### Introducción

Últimamente las instituciones han dado por llamarnos a los viejos y viejas ‘adultos mayores’ o ‘personas de la tercera edad’, pero yo más bien considero que soy una vieja muy satisfecha con ser vieja. Las viejas como yo, nacimos en un mundo que se transformó muy rápido. De niñas más o menos entendíamos la realidad en que vivíamos; ahora, es difícil entender lo que ha pasado y lo que pasa, y también entender quiénes somos en este mundo. Empiezo por contar lo que he observado en los lugares en que me crié, crecí y he trabajado. Algunas de las lectoras de este capítulo probablemente han vivido algo parecido.

Cuando éramos niñas, aunque no todas, las personas se hacían viejas cuando los hijos crecían y tomaban responsabilidad sobre los asuntos del uso del dinero, de orden en la casa, de que hubiera alimentos, de los planes y decisiones para la vida de cada día. Las tías y otras mujeres solteras frecuentemente funcionaban como madres, ocupando parte importante de sus vidas en cuidar de los demás. Poco a poco la mujer que atendía a los demás se iba convirtiendo en la mujer a la que hay que atender. Cuando los hijos salían lejos a buscar trabajo, cuando lo encontraban o cuando formaban una nueva familia, podían o no hacerse responsables del cuidado de la madre, la tía o la mujer a la que le debían la crianza, viendo

que no le faltara alimento o casa y visitándola de tiempo en tiempo. Y había mujeres que seguían siendo responsables de sí mismas, de sus planes y decisiones.

Cambiamos la historia de nuestras madres cuando las hicimos abuelas, cuando ya no necesitamos de su casa o de su dinero, o cuando poco a poco fuimos tomando las riendas de la casa, pidiéndoles apoyo para cuidar a los niños, hacer la comida, el mandado, ocupándonos del aseo, de la ropa y de las plantas. Nuestras madres no se consideraban ‘adultas mayores’; llegada cierta edad, los demás las llamaban viejas y ser vieja era una condición; en ocasiones condición de desventaja ante el resto de la familia y, otras veces, condición de orgullo; no siempre era un insulto o razón para ser marginadas. Cuando podían decidir sobre algunos aspectos de su vida y hacer planes, las mujeres viejas no eran un estorbo, ni tampoco dejaban de ser parte de la vida. Algunas mujeres resolvían por muchos años sus necesidades físicas o biológicas con sus propios conocimientos y recursos. Otras se volvían dependientes a edades muy tempranas.

Cuando ya no nos ayudaron en estas cosas porque ya no pudieron, o

porque habíamos resuelto nuestros problemas sin ellas, a algunas de nuestras viejas las fuimos poniendo poco a poco en algún sitio en donde, aunque presentes, no estorbaran. Entonces los que se hicieron responsables de ellas empezaron a creer que, porque su cuerpo ya no tenía las condiciones para responder a sus necesidades o porque ya no lo necesitaban, su mente, su historia, su manera de mirar las cosas, tampoco servía. Dejaron de platicarles, de pedirles consejo, de interesarse por su vida, por lo que querían, pensaban o soñaban.

Algunas de estas mujeres encontraron en este desinterés la libertad para, finalmente, hacer sus cosas ya sin el peso de tener que atender a los demás o depender de otros. Crearon planes para esos nuevos años en que buscarían hacer lo que no habían podido hacer antes. Pero otras de las que antes veían por los demás, también creyeron que ya no tenían capacidad para hacer su vida, para ayudar, para participar en las cosas que sucedían a su alrededor. Ya hechas a un lado, sus dolencias y malestares se fueron convirtiendo en su manera de estar y de existir mientras transcurrían por los últimos tiempos de su vida. Dejaron a los demás las decisiones sobre su vida.



Se convirtieron en un problema para otros y los otros se convirtieron en un problema para ellas. Otras mujeres, a lo mejor las menos, nunca dejaron la responsabilidad sobre su vida en manos de otros, por lo que nunca fueron hechas a un lado. Llegado el momento, cuando su cuerpo físico ya no les permitió moverse, vivieron su enfermedad y muerte gozando de autonomía en sus decisiones. Algunas, incluso, cuando identificaron el inicio de la pérdida de sus capacidades mentales o de su posibilidad de comunicación, instruyeron a los demás sobre qué hacer con ellas cuando la pérdida fuera mayor.

Como podemos ver en las historias de estas mujeres de las que hablo, sus vidas, su manera de hacerse viejas y de ser viejas son distintas, fundamentalmente *en la manera en que usan sus recursos y sus capacidades como poder para decidir sobre su propia vida e influir en la de los demás*. Hay mujeres que viven con poco uso de sus capacidades y poder, y otras que los han desarrollado y utilizado más. Las distintas maneras de vivir de esas mujeres de las que hablo, las podemos ver también en la condición distinta de sus cuerpos.

Al vivir, todas las personas desgastamos nuestro cuerpo y nos ponemos en situaciones en las que, además del desgaste, transformamos nuestro cuerpo de una u otra manera. Las situaciones en las que vivimos tienen que ver con nosotras y con todo lo que pasa alrededor. Un cuerpo que no se desgasta y al que no le pasa nada, es un cuerpo sin vida. Si vivimos, por fuerza nos desgastamos. El arte es poder decidir cómo vivimos, más que cómo se desgasta o se transforma nuestro cuerpo. El desgaste, en situaciones iguales, es más o menos similar para todos, pero como nadie vive en la misma situación que otro, las transformaciones del cuerpo que vienen dadas por las situaciones en las que vivimos, son exclusivas para cada mujer, aunque sean similares entre personas que viven en circunstancias parecidas. Por ejemplo: una mujer que labora como obrera, empleada o en otro trabajo para luego correr a su casa a preparar comida y ropa para el día siguiente, una mujer golpeada que no puede alejarse de su casa, una mujer que se hace cargo de su casa y familia como actividad diaria principal, una mujer que se sienta a ver televisión por horas y horas, una que trabaja en labores del campo, una que participa en la organización

de las fiestas de su barrio o pueblo, una que vive en un lugar en donde hay polvo y basura o en donde es difícil encontrar trabajo, una mujer que participa con otras personas para cambiar las cosas que son injustas, una que tiene al hijo en la cárcel, u otra que se encarga de los nietos y del hijo que no se quiere ir de la casa, aunque hayan vivido los mismos años, no tendrán los mismos cambios en su cuerpo. Mientras más tiempo vivimos, el desgaste y los cambios tienen más posibilidad de notarse y les ponemos más atención, ya sea porque tenemos mucho tiempo para pensar en eso, porque nos hacen sentir mal o porque queremos y podemos seguir viviendo como decidimos vivir.

A lo que hacemos las viejas para lograr vivir de acuerdo con nuestras decisiones o ayudar a los otros a vivir de acuerdo con sus decisiones,

**Promoción de la salud emancipadora** es lo que hacemos para lograr vivir de acuerdo con nuestras decisiones, o ayudar a los otros a vivir de acuerdo con sus decisiones, echando mano de nuestras capacidades humanas.

echando mano de nuestras capacidades humanas, es a lo que aquí llamaremos Promoción de la salud desde una perspectiva emancipadora (Chapela, 2013). En lugar de poner todas esas palabras, vamos a usar las letras PSE cuando estemos hablando de esta forma de promoción de la salud.

Lo que pretendemos en este capítulo es reflexionar y aprender sobre qué cosas podemos tomar en cuenta para cambiar la manera en que promovemos nuestra salud y la de otras mujeres viejas. Reflexionaremos sobre:

1. ¿A qué le llaman promoción de la salud las instituciones y a qué llamamos promoción de la salud aquí? ¿Es lo mismo?
2. ¿Qué es eso de promover la salud de los y las viejas y con los y las viejas de una manera emancipadora, que desarrolle sus capacidades humanas y les devuelva el poder?
3. ¿Qué cosas podemos tomar en cuenta para promover mejor la salud de los y las viejas con los y las viejas?

4. ¿Cómo podemos hacer PSE como integrantes de equipos de salud en donde hay gente que piensa de manera diferente, sabe cosas diferentes, quiere hacer las cosas de manera diferente y con intenciones diferentes a las nuestras como promotoras de salud?

## **Distintas promociones de salud**

Empezamos con la primera reflexión: ¿A qué le llaman promoción de la salud las instituciones y a qué llamamos promoción de la salud en este capítulo? ¿Es lo mismo?

Desde que los seres humanos existimos en el planeta, hemos hecho lo que hacemos para lograr lo que queremos como personas y como grupos sociales. Pensar en “lo que quiero” es una característica de los seres humanos. A veces, lo que queremos son cosas inmediatas como: no quiero que me molesten, quiero que salga rica la comida, quiero que no se enojen, quiero ir al baño, quiero dejar de pensar en esto, quiero dormir un rato, quiero que este momento no se acabe, quiero que no me regañen. Otras ocasiones lo que queremos es algo

que no podemos resolver en el momento, pero que se refiere directamente a nosotras, como: quiero que no se me caiga tanto el cabello, quiero que los hijos me vengan a ver, quiero estar con mi hija a la hora del parto, quiero mandarle este dinerito, quiero resolver el asunto de la casa ya, quiero poder comer mejor. Otras más, lo que queremos tiene que ver con cosas que toman tiempo: quiero que mis nietos terminen de estudiar, quiero morirme bien, quiero hacer algo para que cambien las cosas en mi pueblo o en mi país. Como seres humanos, lo que queremos tiene que ver con lo que pensamos que puede pasar y con lo que pensamos que podemos hacer. Nuestra vida siempre la hacemos en relación con algo que pensamos que puede pasar y algo que podemos hacer, ese algo que pensamos que puede pasar y algo que podemos hacer, es un proyecto, un sueño, que a veces puede ser pesadilla, pero que es posible. Nuestros proyectos pueden ser más grandes o menos grandes, pueden salir de nuestra cabeza o nos los pueden imponer otros, puede ser que los preparemos o que sin saberlo o sin darnos cuenta caigamos en ellos, pero los necesitamos para poder hacer lo que hacemos.

La clase de proyecto que tenemos depende de cómo hayamos ejercido y desarrollado nuestras capacidades humanas durante nuestra vida, y de cómo las ejercemos y desarrollamos hoy en las situaciones en las que vivimos lo que vivimos (Chapela, 2010). Las capacidades humanas son los poderes que tenemos para vivir la vida entre humanos. Podemos identificar seis capacidades humanas: nuestra capacidad de pensar y reflexionar; de apasionarnos, de amar, de enojarnos; de soñar e imaginar; de saber qué sí es posible y qué no; de tomar decisiones; y de actuar en el mundo de manera intencional. Mientras tenemos conciencia, los seres humanos tenemos capacidades humanas, la pérdida de las capacidades humanas sucede solamente con la pérdida permanente de la conciencia. Aunque vivamos en un mundo en el que muchos quieren apoderarse de nuestras capacidades para que los sirvamos, para que nos sometamos a ellos de una u otra manera, y aunque a veces no ejerzamos nuestras capacidades de manera autónoma, en tanto seamos seres humanos tendremos capacidades humanas. Las gallinas nos pueden enseñar sobre esto.



En las fábricas de huevo, las gallinas salen de huevos fertilizados artificialmente (los cuales se ponen en incubadoras); al nacer, se les corta el pico, cuando crecen más, también se les cortan las alas y se ponen en jaulas. Nunca tocan la tierra, nunca conocen a un gallo, nunca están en contacto con sus huevos fertilizados, nunca buscan gusanos escarbando, nunca extienden las alas para subir a un árbol a pasar la noche e, incluso, al llegar el momento del despluche en que por unos meses las gallinas dejan de poner, el granjero prefiere matarlas que darles de comer. Sin embargo, si rescatamos a algunas de ellas y las soltamos en un campo, a las pocas horas estarán empezando a rastrillar la tierra, a estirar las alas, a intentar capturar comida y agua con su pico, a buscar dónde pasar la noche y, pasado el tiempo, a echarse para incubar sus propios huevos. En la fábrica, las gallinas están a disposición del granjero, a quien solamente interesan sus huevos. Para lograr la mayor cantidad de huevos, el granjero limita las capacidades de las gallinas. Sin embargo, aunque el granjero se aseguró de que las gallinas no pudieran ejercer sus capacidades gallináceas, en cuanto se encuentran en condiciones, a pesar de haber sido mutiladas y apriisionadas toda su vida, comienzan

a desarrollar sus capacidades y a ejercerlas. Después de una o dos semanas en libertad, las gallinas están ejerciendo sus capacidades para vivir.

Aprendiendo de las gallinas, podemos ver que a los seres humanos nos pasa lo mismo. Tenemos nuestros propios granjeros, personas, grupos de personas e incluso organizaciones sociales completas, que se encargan de limitar el desarrollo y ejercicio de nuestras capacidades en beneficio propio. Sin embargo, aunque hayamos vivido toda la vida ejerciendo poco nuestras capacidades humanas, cuando tenemos las condiciones, comenzamos a desarrollarlas y ejercerlas. Por ejemplo, es frecuente que a la mujer se le vea como cosa para servir a los demás: cuidar a los hermanitos, hacer mandados, remendar ropa, llevar niños a la escuela, trabajar para llevar dinero al gasto de los otros, hacer valer las reglas de quien domina, servir al hombre tanto en sus necesidades sexuales como en otras, levantar borrachos, u otras cosas. Cuando se le ve así, como cosa, quienes la usan necesitan limitar sus capacidades para obtener la exclusividad del producto del cuerpo de la mujer y su trabajo. Entonces la someten, le cortan las alas y el pico,

haciéndola callar a base de humillaciones, gritos, regaños, golpes u otras forma de violencia; la enjaulan, siendo la última a la que hay que dar de comer o vestir, haciendo que pida permiso para hacer lo que hace, no dejándola estudiar, trabajar o participar en los asuntos del barrio o de la ciudad, ni tener amigas; la desechan cuando ya no sirve, buscando otra mujer que la reemplace o poniéndola en un rincón de la casa. Sin embargo, algunas de esas mujeres, por una u otra razón, llegado el momento, se enteran de que no nacieron para ser esclavas ni estar enjauladas o mutiladas; encuentran el apoyo de otras personas o grupos, una razón distinta para vivir, un proyecto, y construyen su camino de dignidad fuera de la jaula. Estas mujeres, a pesar del tiempo que han pasado en esclavitud en su propia casa o en casa de otros, comienzan a despertar sus capacidades humanas, a recuperar sus poderes, a construir sus proyectos, porque nunca dejaron de ser personas. Su nuevo proyecto puede incluir o no a las personas que antes la sometieron, sin embargo, su finalidad de vivir y las reglas de vivir para ella y para los demás, habrán cambiado.

La manera en que ejercemos y desarrollamos nuestras capacidades humanas depende de cómo hemos vivido; qué tanto hemos vivido por lo que hemos reflexionado y decidido y qué tanto por lo que los demás nos han impuesto. Las historias de las mujeres de las que hablábamos al principio, muestran maneras distintas de haber vivido y de vivir en el momento actual. La manera de ejercer y desarrollar las capacidades humanas a lo largo de su vida, se ve en sus cuerpos, está escrita en sus cuerpos.

Sin necesidad de pensarlo mucho, esto lo sabemos las mujeres desde que existimos en el mundo. El cuidado que ponemos en nuestras vidas y en las de los demás, para lograr imaginar lo que puede pasar, así como para hacer las cosas que se necesitan para que suceda lo que queremos que pase, es lo que ha permitido que exista la humanidad. Procurar a los otros y a una misma para lograr mejores futuros que se reflejen en cuerpos mejores para seguir viviendo, e incluso, en mejores maneras de enfermar y morir, es promover la salud. Visto de esta manera, promover la salud significa promover el ejercicio y desa-

**Promover la salud,** significa promover el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas para lograr mejores proyectos individuales y colectivos, mejores maneras de actuar en el mundo y mejores cuerpos para vivir, enfermarnos e incluso morir.

rollo de las capacidades humanas para lograr mejores proyectos individuales y colectivos, mejores maneras de actuar en el mundo y mejores cuerpos para vivir.

No siempre existieron las instituciones, como la de salud o la de educación. Cuando no existían, el trabajo de promover la salud era cosa de todos y todas las integrantes de un grupo social, aún ahora lo sigue siendo. Sin embargo, las instituciones aparecen como organizadoras de las cosas de la vida de la gente cuando el mundo se vuelve más complicado. Las instituciones nacen con distintas intenciones. En algunas partes, las intenciones son de servicio a la gente, en otras, son poner a la gente al servicio de las instituciones. Estas últimas, se multiplican en todo el mundo y tienen que ponerse de acuerdo entre

sí. Entonces comienzan a definir qué son las cosas. Por ejemplo, le dan nombre a la alimentación, a lo que nos pasa, a los momentos de la vida, a lo que deciden que está bien y lo que está mal, a lo que tiene que ver con la maternidad, a distintos aspectos del trabajo, a lo que es valioso, a lo que es necesario y a lo que es importante. Estas definiciones son iguales aquí que en Francia, China o Angola. Una de esas definiciones es la de promoción de la salud.

En Ottawa, Canadá, en 1986, se reunieron expertos de algunas instituciones y escribieron una carta en donde dijeron que:

*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, 1986:1).*

En esta definición vemos que se conserva parte de lo que siempre fue promoción de la salud: habla de proporcionar los medios necesarios para que la gente pueda identificar y realizar sus aspiraciones, es decir, sus deseos orientados por sus proyectos. En Ottawa se pensó que la promoción de la salud sería la nueva salud pública, esto es, pensar las cosas de la salud de las poblaciones de una manera diferente, desde la gente, con la gente, para la gente. Hasta aquí las cosas iban bien.

Sin embargo, cada gobierno a través de sus instituciones, y las instituciones en sus distintos trabajos, hicieron lo que entendieron o prefirieron hacer. Es por esto que, en la práctica, vemos tantas cosas tan distintas que se hacen como si fueran promoción de la salud. Le llaman promoción de la salud por igual a: vacunar, hacer campañas contra alguna enfermedad, mejorar un rastro, poner a la gente a hacer ejercicio o a lavarse las manos, abrir una clínica de vigilancia médica como el PREVENIMSS, hacer estudios para ver si la gente tiene cáncer, dar pláticas sobre esto o lo otro, poner carteles o repartir trípticos, obligar a la gente a no fumar o ponerse el cinturón de seguridad,

quitar la sal de la mesa, tomar la presión, espulgar a los niños para ver si tienen piojos, en fin, tantas cosas más. Para distinguirla de otras maneras de hacer promoción de la salud, a estas distintas cosas que hacen las instituciones, las podemos llamar ‘promoción de la salud oficial’ y es la que más vemos que se hace en todos lados.

El mercado, es decir, el conjunto de empresas, industrias, comerciantes y clientes, no necesita conocer la Carta de Ottawa. El mercado hace que la gente necesite las cosas que vende. Los medios de comunicación están llenos de propaganda de este tipo de promoción de la salud. Para vender sus productos, los medios están continuamente indicando lo que hay que considerar que es sano, lo que está bien y lo que no, las cosas que pueden pasar, la manera de vivir una buena vida o una vida bonita. A esta propaganda la podemos llamar ‘promoción de la salud del mercado’.

El común de la gente no conoce la Carta de Ottawa ni reflexiona sobre qué es la promoción de la salud, pero hace lo que puede para mantenerse sin enfermedades. Echa mano de lo que la gente dice, lo que aprende en casa, lo que saben los y las viejas, lo que ha funcionado, lo que le funciona

a una amiga. Parte de lo que la gente sabe viene de hace mucho tiempo, ha sido probado por generaciones y resuelve los problemas sin necesidad de las instituciones o el mercado; otra parte de lo que la gente sabe es una revoltura de lo que ve en los distintos tipos de propaganda y lo que es saber auténtico probado por generaciones. A este saber lo llamamos 'saber popular' y a esta promoción de la salud la llamamos 'promoción de la salud popular'.

Tratando de seguir lo que se dijo en Ottawa, algunos expertos recordaron a Paulo Freire, un ex sacerdote brasileño que luego se convirtió en uno de los mejores educadores populares en el mundo, y lo que decía con respecto a 'liberar la palabra de la gente' (Freire, 1972). Liberar la palabra de la gente quería decir que la gente reunida reflexionara sobre cosas que le pasaban y que la hacían sufrir: cuáles cosas eran, cómo eran, por qué pasaban, qué podían hacer para cambiarlas. Es decir, que la gente encontrara sus propias palabras para decir lo que le sucedía y, al encontrar esas palabras, encontraba también formas de cambiar lo que estaba viviendo. Paulo Freire nos enseñó que la manera para dominar a las personas a favor de alguien, es esclavizar las

palabras. Por ejemplo: en la televisión me pueden decir que si compro tal tinte de cabello, tal pastelito o tal detergente, voy a ser feliz. Aunque yo esté bien con el jabón que uso y con mi color de pelo, voy y compro lo que me dijeron. ¿Por qué lo compré? Muchas veces, compro y hago lo que me dicen porque todos hacen lo mismo y me da miedo que hablen mal de mí si yo no hago lo mismo que los demás. Las palabras miedo y felicidad están haciendo esclavas a mis propias palabras: estoy bien con mi cabello, prefiero un taco con chilito, mi ropa queda bien con el jabón que uso, yo decido lo que es mejor para mí. Otro ejemplo: me dicen en la propaganda médica que si no tomo pastillas de calcio me va a dar osteoporosis y que me va a doler muchísimo. Yo me siento bien, como tortilla, mi chocolate con leche, me gustan los taquitos de sardina con quesito, todo eso tiene calcio. Sin embargo, compro las pastillas que me dijeron. La palabra dolor me da miedo y esclaviza mis propias palabras: comida buena es la que como; yo gasto mi dinero y los dueños de las fábricas de pastillas se lo embolsan.

Recuperando la idea de Paulo Freire, hay una promoción de la salud a la que se llama 'empoderante' (Waller-

tein, 1992). Este tipo de promoción pretende que la gente se apropie de las palabras. Esto está más cercano a lo que dijeron los expertos en Ottawa. Sin embargo, esta manera de ayudar a que la gente reflexione se ha visto frecuentemente obstaculizada porque quienes hacen esta promoción no intentan liberar las palabras de la gente sino que la gente haga lo que los expertos creen que es mejor para la gente, sin considerar qué es lo que la gente decide que es lo mejor después de

informarse y reflexionar (Werner y Bower, 1984).

Una variante de esta forma de promoción de la salud es lo que llaman 'alfabetización en salud' (Kickbush, 2001), en donde se le enseña a la gente a leer los mensajes de las instituciones, lo que dicen las cajitas de medicamentos, las prescripciones médicas, etc., con la intención de que la gente decida si hace o no lo que le dicen los médicos, la propaganda o los medios de comunicación.



Adaptado de: Werner D y Bower B. (1984) *Aprendiendo a promover la salud*. Palo Alto: Hesperian Foundation/ Centro de Estudios Educativos.

Estas formas de promoción de la salud son muy distintas a la PSE. La PSE es lo que hacemos para vivir de acuerdo con nuestras decisiones o ayudar a que otros vivan de acuerdo con sus decisiones, con la intención de lograr mejores cuerpos para vivir, enfermar y morir. En el recuadro que sigue, podemos ver algunas maneras de hacer promoción de la salud. Si nos fijamos y reflexionamos, veremos que no son iguales, no piensan lo mismo y, por tanto, no logran lo mismo.

¿Hay una promoción de la salud mejor que otra? Esta es una pregunta que la promotora de salud se tiene que hacer para definir cómo va a hacer su trabajo. De seguro quienes hacen promoción de la salud del mercado estarán muy satisfechos cuando venden bien sus productos. O quienes hacen promoción de la

salud oficial estarán satisfechos cuando cumplen sus metas. Lo importante aquí es preguntarnos: ¿Para qué quiero hacer promoción de la salud? ¿Para quién trabajo? ¿Qué cuentas le voy a entregar a la gente con la que trabajo? El resultado de lo que haga ¿va a dejar satisfecha a las personas con quienes trabajo? ¿Se van a reconocer en esos resultados, va a cambiar en algo su sufrimiento? ¿El resultado de qué promoción de la salud me va a dar satisfacción? Cuando hayamos reflexionado sobre esto, entonces podremos diseñar nuestras propias prácticas de promoción de la salud.

La promoción de la salud con la que trabajamos aquí es la PSE. En el siguiente apartado hablaremos sobre esta promoción de la salud con los y las viejas.

#### **DISTINTAS PROMOCIONES DE SALUD**

<b>Mercado</b>	Genera necesidades para vender productos
<b>Oficial</b>	Cumple metas institucionales
<b>Popular</b>	Resuelve problemas mediante saber popular
<b>Empoderante</b>	Busca la discusión en grupo para lograr que hagan 'lo que el experto cree que es correcto'
<b>Emancipadora</b>	Lo que hacemos para vivir de acuerdo con nuestras reflexiones y decisiones individuales y colectivas

## PSE con los y las viejas

La segunda pregunta sobre la que reflexionamos en este capítulo es: ¿Qué es eso de promover la salud DE los y las viejas y CON los y las viejas de una manera emancipadora, que desarrolle sus capacidades humanas y les devuelva el poder?

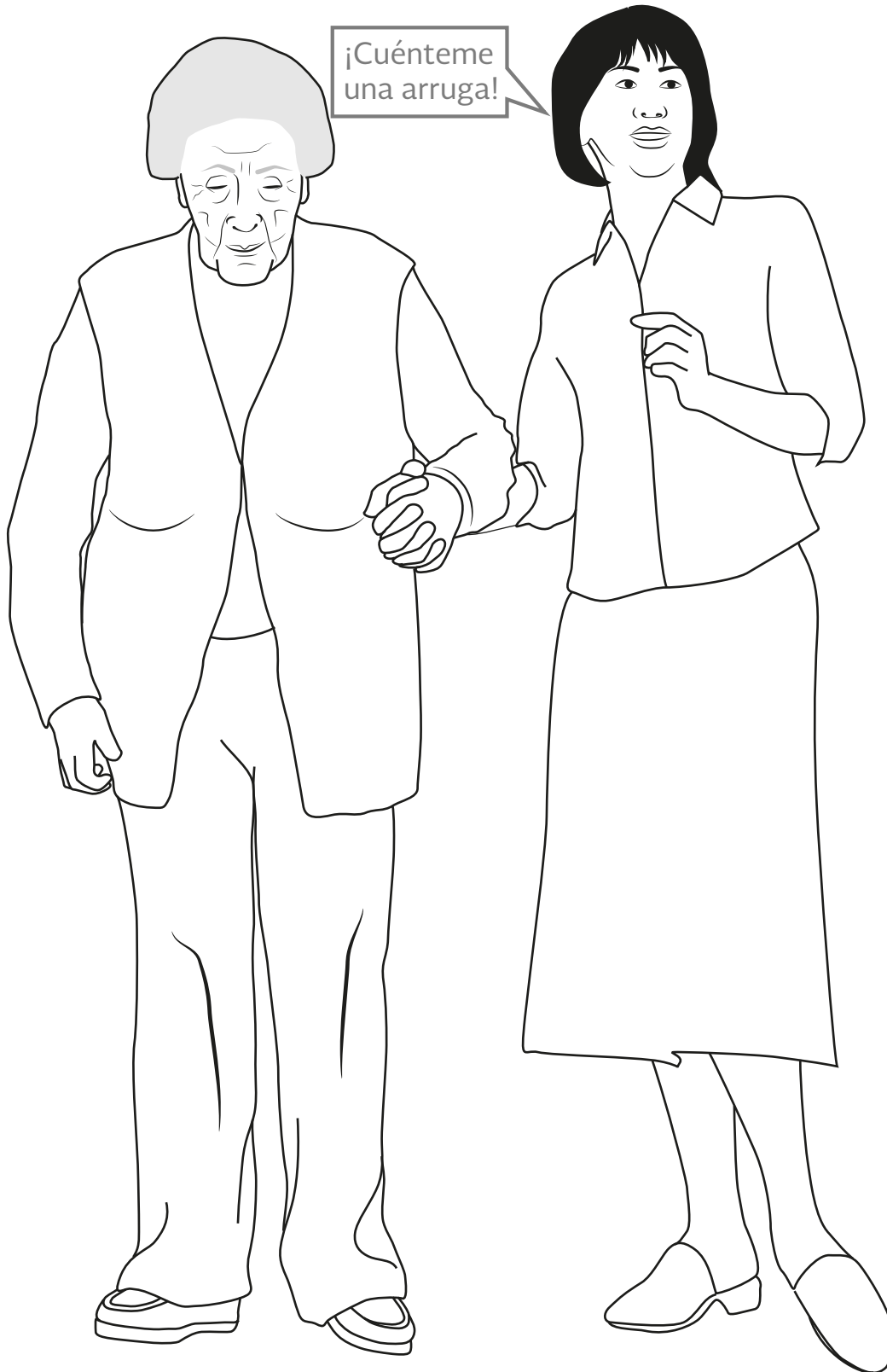
Cuando escogemos hacer promoción de la salud desde una perspectiva emancipadora, estamos pensando en qué hacer para que los y las viejas ejerzan y desarrollen sus capacidades humanas y su proyecto individual y colectivo de manera tal que se reflejen en mejores cuerpos para vivir, para enfermar y para morir, según sea el momento y la situación. Para poder entender qué hacer, necesitamos entender quién es el/la vieja o los/las viejas con quienes queremos trabajar.

Partimos de la idea de que un viejo o una vieja, una persona adulta mayor como se les llama normativamente en México, es, antes que nada, un ser humano y, por tanto, está dotado de capacidades humanas más o menos desarrolladas y ejercidas a lo largo de su vida. Los viejos y las viejas somos personas capaces de responsabilidad, podemos responsabilizarnos de nuestros actos. Somos

personas que actuamos con intención, y porque tenemos intenciones, tenemos grandes o pequeños proyectos, orientados en mayor o menor medida por el miedo o por nuestra propia dignidad. Hemos desarrollado nuestras capacidades humanas y nuestros proyectos de maneras particulares, únicas. Hemos estado en procesos continuos de transformación y cambio biológico y de entendimiento de las cosas, desde hace más tiempo que muchos de nuestros familiares o conocidos. *Un viejo o vieja saludable es el que vive actualmente ejerciendo y desarrollando sus capacidades humanas, avanzando hacia sus proyectos, reflexionando a cada paso sobre su situación, contexto y posibilidades, reconstruyendo lo que ha hecho con la experiencia que tiene, aunque en el pasado lo haya hecho mal o poco.* Las viejas tenemos en nuestro cuerpo las marcas de lo que ya vivimos y seguimos contando nuestra historia con nuevas escrituras en nuestro cuerpo. Detrás de cada arruga hay una historia.

Entendiendo que el ser humano es un ser distinto a la silla, a la piedra o al perro, dado que tenemos capacidades humanas que están en cada pedacito de nuestra carne, es imposible mirar a los viejos y viejas única-





mente como cuerpos físicos más o menos desgastados o enfermos. Tampoco podemos mirarlos como cuerpos que cada vez sirven menos o como seres que están esperando desaparecer del mundo. Igual que todos los cuerpos humanos, los problemas del cuerpo físico de los viejos y las viejas no suceden en un órgano o un aparato del cuerpo, suceden en la persona misma. Cuando un viejo o vieja asiste a los servicios de salud, frecuentemente llevados por otra persona, no asiste por que tiene un problema en un órgano o pedazo de su cuerpo, asiste porque tiene un problema de su persona. Todo su ser, todo su cuerpo, sus capacidades humanas, su proyecto, está en problemas que pueden originarse o no por el daño o malfuncionamiento de uno o varios pedazos de su cuerpo físico.

Como vimos en las historias de las mujeres al principio de esta lectura, las dolencias del cuerpo suceden distinto en cada mujer, no solamente porque sus órganos son diferentes, sino porque cada mujer le da un valor distinto a esas dolencias. De la misma manera, cada mujer da un valor distinto a qué es eso de 'promover mi salud' y, de acuerdo con el valor que le da, define los

recursos que está dispuesta a ocupar en promover su salud y las maneras en que quiere o no quiere promover su salud. El valor que las viejas le damos a las dolencias y qué hacer al respecto, tiene que ver con cómo hemos vivido las propias y ajenas a lo largo de la vida y qué hemos hecho o qué hemos visto que se hace con ellas. Por distintas razones -como el acceso o no a servicios de atención médica de calidad, a comida, a vivienda, trabajo, cuidado, amor, etc., hay quienes no consideran necesario incluir proyectos de salud, de prevención de enfermedades o de curación en sus proyectos de vida; o lo consideran necesario de formas particulares, personales, familiares, que no se parecen a lo que sabemos ofrecer promotoras de salud de las instituciones. Entonces, tanto las instituciones como las cuidadoras de viejos y viejas, antes de pensar en un proyecto de PSE con mujeres viejas, haremos bien en pensar si lo que pretendemos hacer responde a las necesidades de la otra persona o más bien es nuestra necesidad hacer lo que pretendemos hacer.

En ocasiones, cuando nuestro proyecto no corresponde con el proyecto de los viejos y las viejas, recurrimos a la amenaza y produc-



ción de miedo para que nos hagan caso: 'si no haces esto, te va a pasar esto'; 'si no me haces caso, a ver quién se ocupa de ti'. Amenazas frecuentes, abiertas u ocultas, son: el daño que viene, el dolor y la discapacidad. *Hay una amenaza que está todo el tiempo presente: la de exclusión.* 'Si no hago lo que me dicen que haga, ya no voy a tener un lugar en esta casa'. El miedo a la exclusión es el miedo a la pérdida de lealtades y reciprocidades, a perder la comunicación y la aceptación, y por tanto, la

pérdida de la seguridad. En el fondo, estas intimidaciones están amenazando el ejercicio de las capacidades humanas y el proyecto de los viejos y viejas. Es frecuente que los viejos y las viejas se vean acorralados y decidan dejarse llevar por los deseos de los que quieren cuidarlos, sin embargo, su proyecto personal, por pequeño que sea, sigue presente, puesto que los viejos y las viejas continúan siendo personas, aunque se sometan a nuestros deseos o amenazas.

Ante la perspectiva de la pérdida del ejercicio de las capacidades humanas y el proyecto propio, el viejo o la vieja, como haría cualquier persona, se resiste de maneras más o menos claras, de las que se pueden dar cuenta o no, quienes pretenden cuidarlos. Muchas de las acciones de resistencia no son reconocidas ni siquiera por los viejos y viejas que las llevan a cabo, mucho menos por quienes pretenden cuidarlos. Es común confundir la resistencia de los viejos a someterse a los proyectos de otros, con necesidad, para acatar órdenes o instrucciones e incluso con demencia. Poco a poco, este sometimiento va deteriorando el proyecto y las capacidades humanas de los viejos y viejas. Esto produce conflictos en la atención de las dolencias, en la prevención de las enfermedades y en la PS. Estar frente a un viejo o vieja, significa estar frente a un cuerpo que ha vivido, que ha estado luchando y resistiéndose, y todo se inscribe en su cuerpo físico. Quizás pudiéramos, como promotoras de salud, averiguar sobre la historia de las inscripciones en el cuerpo de los viejos y viejas, para lograr cuidar y promover su salud de mejor manera.

## **Cosas que podemos tomar en cuenta para la PSE con viejos y viejas**

Después de haber reflexionado sobre las dos preguntas anteriores, podremos identificar: ¿Qué cosas podemos tomar en cuenta para promover mejor la salud de los y las viejas con los y las viejas? Presento aquí el listado siguiente para que cada una de las lectoras lo piense y proponga qué hacer.

1. Recordar que los y las viejas son personas, de la misma manera en que son personas las promotoras de salud.
2. Averiguar, reconocer y buscar comprender sus historias, cuál es su proyecto personal, grande o pequeño, a corto o largo plazo y cuál dentro de los proyectos colectivos.
3. Identificar las diferencias que hay entre sus proyectos y nuestros proyectos para ver qué de lo que queremos corresponde con lo que ellos o ellas quieren.
4. Ayudar a que ellos y ellas se den cuenta de cuáles son sus

proyectos, grandes o chiquitos, y a que los desarrollen y fortalezcan considerando sus circunstancias y su situación.

5. Valorar qué de lo que las promotoras de salud quieren vale la pena incorporar dentro del proyecto de los viejos o viejas, sin detrimento del proyecto de los viejos o viejas.
6. Hacer todo lo anterior buscando impulsar la autonomía de los viejos y viejas, de acuerdo con su situación y circunstancia.
7. Identificar lo que hacen como resistencia y distinguirlo de la necedad, desobediencia o demencia, para poder avanzar en la incorporación, en su caso, de lo que las promotoras quieran hacer.
8. Todo lo anterior hacerlo en procesos de conversación, información, reflexión, creatividad, de contacto físico, buscando siempre el ejercicio de las capacidades humanas tanto de las promotoras de salud como de las personas a quienes cuidan.
9. Procurar el acercamiento y la participación de familiares, niños y niñas, conocidos, otros viejos, y otros miembros del equipo de

salud, en el proyecto de la promotora en relación con cada viejo o vieja, con la finalidad de lograr acciones conjuntas que no se contradigan entre las personas que constituyen el contexto social, a veces muy vacío, y que eliminen el miedo a la exclusión que pueden llegar a tener los viejos y viejas.

10. Identificar los propios límites y limitaciones para identificar cuándo pedir ayuda a otras promotoras de salud o a otras personas, antes de caer en inercia, cansancio o desinterés.

## **Cosas que podemos hacer con el equipo de salud desde la PSE**

Finalmente, para contestar a la última pregunta: ¿Cómo podemos hacer PSE como integrantes de equipos de salud en donde hay gente que piensa de manera diferente, sabe cosas diferentes, quiere hacer las cosas de manera diferente y con intenciones diferentes a las nuestras como promotoras de salud? Recordemos que la promotora de salud es promotora en todos sus espacios, y el espacio del equipo de salud es

un lugar principal para hacer PSE. La lista siguiente toma en cuenta la necesidad de que el mismo equipo desarrolle sus capacidades humanas y su proyecto individual y colectivo.

1. Recordar que todas y todos los integrantes del equipo son personas que pueden desarrollar y ejercer sus capacidades humanas dentro de un proyecto colectivo en donde se tome en consideración el proyecto propio.
2. Trabajar en función de los intereses de todos los integrantes del equipo, avanzando poco a poco en el logro de consensos y acuerdos que satisfagan en alguna medida a cada uno.
3. A través del diálogo y la reflexión, lograr acuerdos sobre la finalidad de hacer lo que hacen como equipo.
4. Buscar acuerdos en cuanto al sentido de las palabras que utilizan y la manera de hacer las cosas, para no contradecirse a la hora de llevar a cabo su práctica.
5. Recordar que lo que cada miembro del equipo sabe y puede hacer, es recurso para todo el equipo. Si todos supieran e hicieran lo mismo, no avanzarían ni podrían desarrollar sus capacidades humanas en la resolución de conflictos y problemas, en la creación de formas de trabajo, en la construcción de co-munidad, es decir, de un grupo que no compite, sino que comparte sus saberes, propone y avanza en común.
6. Reconocer los distintos tipos de liderazgo que cada uno o una pueden tener; para trabajar en equipo se necesita distribuir las responsabilidades y las tareas a través del diálogo.
7. Buscar placer en el trabajo que hacen como equipo.
8. Contar cada quien lo que va viviendo en su trabajo, evaluar continuamente los avances y problemas que tiene el equipo para lograr la construcción de comunidad y proyecto.
9. Formarse y capacitarse mutuamente.
10. Considerar su trabajo como un trabajo de investigación, en donde pueden comprender mejor lo que hacen para después decírselo a otras personas que quieran trabajar en PSE con viejos y viejas.

Registrar lo que hacen, hacerse preguntas, estudiar, identificar qué es importante decirle a los otros, escribir, comunicar.

Hemos reflexionado sobre las cuatro preguntas que propusimos. Ahora es trabajo de cada una de ustedes, promotoras de salud, seguir reflexionando, estudiando, aprendiendo, construyendo redes, haciendo más hermoso el mundo de los viejos y las viejas. El trabajo de PSE con viejos y viejas no es sencillo, sin embargo, pensar en la posibilidad de lograr mejores vejezes (Martínez-Maldonado, 2012) en nuestro mundo, nos puede iluminar el camino.

## En síntesis:

- Las historias de cada vejez, la manera de ser viejo o vieja, y las inscripciones en los cuerpos son distintas.
- Las viejas y los viejos son personas que viven. NO son personas que están muriendo, que solamente importa que tomen sus medicamentos o sigan sus dietas, que se tienen que dedicar a la recreación o al descanso o que hay que hacer a un lado en la vida familiar.
- Las capacidades humanas son poderes que tenemos como seres humanos, mientras seamos seres humanos, siempre tendremos capacidades humanas.
- El desgaste del cuerpo y lo que le pasa al cuerpo es parte de la vida de las personas y es diferente en cada una.
- Hay distintas maneras de entender y hacer promoción de la salud, una de ellas es la Promoción de la Salud Emancipadora (PSE).
- **PROMOVER LA SALUD** significa promover el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas para lograr mejores proyectos individuales y colectivos, mejores maneras de actuar en el mundo y mejores cuerpos para vivir, enfermarnos e incluso morir.
- La PSE hace que el poder de las viejas y los viejos se valore y se utilice a favor de los propios viejos y viejas, de sus familias o grupos de referencia.
- La PSE hace que las viejas y los viejos sean más autónomos por más tiempo y, cuando llegue el momento, no ser un problema para los demás, sino que su cuidado sea parte de un proyecto que da satisfacción a quien los y las cuida.
- Los proyectos de los viejos y las viejas no son los mismos que los de las promotoras de salud. Podemos empezar por entender cuáles son sus proyectos y cómo ayudar para la construcción de sus proyectos de acuerdo con las circunstancias y situaciones en que se encuentren.
- El diálogo, la reflexión, el estudio, la comunicación, el apoyo mutuo y las redes de apoyo social son herramientas para la PSE con viejos y viejas, y para la construcción de equipos de salud que funcionen como comunidad.



## Referencias

- Chapela, M.C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. México: UAM-X.
- Chapela, M.C. y Cerda, A. (2010). *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Freire, P. (1972). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI Editores.
- Kickbush I. (2001). Health Literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16(3) 289-297.
- Martínez Maldonado, M.L., (2012). *Las prácticas significantes de los viejos y su relación con el programa de Envejecimiento Activo en el Valle del Mezquital, Hidalgo*. (Tesis inédita de doctorado). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Una Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública. 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa, Ontario, Canadá.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programmes. *American Journal of Health Promotion*, 6:197-205.
- Werner, D. y Bower B. (1984). *Aprendiendo a promover la salud*. Palo Alto: Hesperian Foundation/ Centro de Estudios Educativos.



## Capítulo 7

# Estrategias para la promoción de la salud de la mujer adulta mayor

**Juan Pablo Vivaldo Martínez**

Profesor del CEPE, UNAM

**Ma. de la Luz Martínez Maldonado**

Profesora de la FES Zaragoza, UNAM

### Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad, mujeres y hombres han llevado a cabo una serie de prácticas que, de manera innata o reflexionada, han perseguido el mismo objetivo: mejorar, o al menos mantener su salud. Los discursos y las prácticas se fueron transformando en la diacronía histórica hasta que casi a finales del siglo XX fue acuñado el concepto de Promoción de la Salud (PS). En la Carta de Ottawa quedó establecido que la PS consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. De este modo, para alcanzar un bienestar integral (físico, mental y social), la persona o el colec-

tivo deberán ser capaces de identificar sus necesidades y de modificar algunos hábitos o costumbres hasta adaptarse al medio ambiente. Así, la salud ya no es exclusivamente percibida como objetivo “sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (Chapela, 2006).

Este capítulo se enmarca dentro del Envejecimiento Activo (EA), que se refiere a una forma diferente de mirar el envejecimiento, la vejez, las estrategias de trabajo y las intervenciones en torno al grupo de las personas que envejecen. El objetivo es concebir la vejez como “una etapa menos pasiva, más dinámica, creativa y saludable” (Martínez-Maldonado, 2012:121).

Para alcanzar dicho envejecimiento activo debemos echar mano de una serie de estrategias que sean accesibles a las y los viejos. En este sentido, este trabajo abordará tres herramientas fundamentales para el desarrollo integral de la persona adulta mayor: autocuidado, ayuda mutua y autogestión.

La relevancia de tratar estos temas radica en que, dado que la esperanza de vida va en ascenso (vivimos más años) y que cada vez es más complicado el ingreso a un sistema de seguridad social, es necesario adoptar una serie de estrategias que den como resultado el que los adultos mayores tomen las mejores decisiones para mantener su estado de bienestar integral hasta mejorarlo.

En el primer apartado que se refiere al autocuidado, se enfatiza la relevancia que tiene para la mujer adulta mayor y para la colectividad llevar a cabo una serie de prácticas cotidianas enfocadas a cuidar su salud. Asimismo, se reflexiona sobre los distintos tipos de autocuidado que existen y la manera en que sus prácticas influyen en la modificación del estilo de vida.

La segunda parte se enfatiza en el hecho de que al formar parte de una comunidad, las mujeres adultas mayores deben comprender que se necesita hacer uso de una serie de estrategias que fomenten la cooperación y participación activa en su desarrollo. Dicho de otro modo, será necesario apoyarse en la ayuda mutua, en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y en sus redes sociales de apoyo para reforzar así la convivencia y la solidaridad intergeneracional.

Por último se presenta la autogestión como un poderoso mecanismo del que las mujeres adultas mayores se tendrán que apropiarse para asociarse, organizarse y tomar las decisiones concernientes para resolver sus necesidades. De igual forma, reflexionaremos sobre el empoderamiento, así como en algunos elementos clave para ejercerlo.

La intención de este capítulo es que las mujeres adultas mayores conozcan, adopten y pongan en práctica las estrategias mencionadas para la promoción de la salud.

## Autocuidado

¿Por qué es necesario enterarnos, llevar a la práctica y promover el autocuidado durante el envejecimiento y la vejez? Si bien la respuesta es simple e incluso se podría inferir de inmediato, es necesario profundizar en el tema puesto que cada vez seremos más personas quienes llegaremos a cumplir edades más avanzadas de vida, lo que hace imprescindible reflexionar y emprender acciones sistemáticas, responsables y con conocimiento para vivirlas en las mejores condiciones posibles, esto es, preservando la salud, controlando la enfermedad y sobre todo manteniendo la independencia y la autonomía. Dicho con otras palabras, debemos hacer todo lo posible por alcanzar un envejecimiento saludable, ya que la longevidad de las personas se incrementa progresivamente gracias a factores como la medicina, el autocuidado y la tecnología (Gómez, 2014:65).

### ¿Qué es el autocuidado?

Definiremos el autocuidado como “el conjunto de prácticas y decisiones que cotidianamente realiza una persona, familia o grupo para

cuidar su salud” (Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado, 2013:82).

Antes de entrar en materia, consideramos importante reflexionar brevemente sobre el cuidado. Éste puede clasificarse en tres formas. La primera se trata del cuidado o asistencia a los demás. Se refiere a la atención que se brinda a las personas que lo necesitan y se lleva a cabo mediante una serie de prácticas físicas o emocionales por parte de una persona hacia otra con el objetivo de ayudarlo a mantener o alcanzar mayores niveles de bienestar (Tobón, 2003:2). La segunda forma, el cuidado entre todos, se relaciona con acciones que son diseñadas, planeadas y organizadas desde el interior de un grupo o comunidad. Éste se caracteriza por la formación de estrechos vínculos afectivos y solidarios que persiguen la meta de la convivencia armónica de la sociedad. Por último tenemos al cuidado individual, que viene dado por la serie de acciones que toma el individuo para mantener su nivel de salud (o incluso mejorarlo) y controlar la enfermedad.

Es por eso que al hablar de autocuidado no se trata únicamente de una actividad que se deba plantear

desde una perspectiva individual, sino que también es necesario abordarla desde la colectividad, “desde un trabajo social en el campo gerontológico, participativo y crítico, que en sus estudios e intervenciones incluya la perspectiva de las personas involucradas” (Paola, 2012:7). Por esta razón, se hará énfasis en la gran responsabilidad que tiene el personal de salud tanto en su propio proceso de envejecimiento como en el de las personas con quienes tiene contacto.

El autocuidado es un concepto que va más allá del aspecto físico pues también involucra una práctica intelectual. Dicho de otro modo, para llevarlo a cabo es fundamental primero reflexionar sobre la importancia y el impacto que éste tendrá en nuestra vida y en la de nuestro círculo más próximo, para después incorporarlo a nuestras actividades cotidianas.

Su práctica se enfoca en el reconocimiento de los problemas de salud menores, que requieren desde las medidas generales de alimentación, descanso y manejo sintomático en casa, y “los que requieren de la asistencia de un profesional o de una institución de salud” (Gamble, 2000:30). Se vincula con la apropiación,

ejecución y desarrollo de una serie de habilidades personales que deben incidir en la preservación de la salud. Estas herramientas necesariamente tendrán que verse reflejadas en el estilo de vida de las personas, es decir, en la manera en que se vive pero también en las que se piensa sobre nuestra salud en el presente (que incidirán definitivamente a corto plazo), en las formas de relacionarse con otros, de asociarse y de estar presentes en la vida de la comunidad (Ganso, 2011:99). No debemos olvidar que dicho estilo de vida está condicionado por factores sociales, económicos, políticos y culturales (Tobón, 2003:2), así que antes de poner “manos a la obra”, es necesario localizar las prácticas no saludables que hemos aprendido de nuestro entorno para luchar contra ellas hasta modificarlas.

En este sentido, debemos tener en mente que existen tres tipos de autocuidado:

- Instintivo
- Aprendido
- Razonado

El primero claramente tiene que ver con la habilidad innata para

darnos cuenta sobre el peligro que puede correr nuestra salud en caso de ejecutar alguna acción (por ejemplo, cuando vamos caminando y nos encontramos con un agujero profundo, por instinto modificamos la trayectoria). El autocuidado aprendido es aquel que la persona, una vez que lo ha visto, lo reproduce pues se da cuenta del beneficio que conseguirá al realizarlo (si desde pequeños observamos a nuestra madre o abuela hacer ejercicio en una bicicleta o caminar sistemáticamente y posteriormente la escuchamos hablar sobre las bondades físicas y mentales de ejecutar a diario estas actividades, lo más seguro es que la realizaremos en algún momento). Por otro lado, a medida que nuestra capacidad cognoscitiva se desarrolla, aparece el último tipo de autocuidado, es decir, cuando razonamos con conocimiento fundamentado. Siguiendo esta idea y con base en la consulta a un profesional o la lectura de bibliografía especializada, es

posible que nos demos cuenta, por ejemplo, que el realizar ciertas actividades en forma cotidiana desgasta nuestras rodillas, motivo por el cual optamos por practicar otra actividad que disminuya el impacto sobre esas articulaciones.

Para llevar a cabo el autocuidado, debemos partir de una serie de elementos que influyen en esta actividad, mismos que podemos clasificar en internos y externos. Dentro de los primeros destaca la información que se tenga respecto de la atención de la propia salud, la asimilación de esos datos y la capacidad para ponerlos en práctica, la actitud con que la persona pondrá “manos a la obra”, es decir, con la que enfrentará el reto propuesto y, por último, la disciplina para llevar a cabo este tipo de prácticas hasta que se conviertan en un hábito. Los factores externos tienen que ver con los componentes que forman parte del contexto en el que nos desa-



rollamos y que inciden de manera clara en el comportamiento de los seres humanos. Entre ellos podemos resaltar: la cultura, el género, los avances científicos y tecnológicos, así como los procesos económicos, políticos, sociales y culturales que imperan en el entorno.

Es importante subrayar que el autocuidado se apoya en un par de sistemas: el formal y el informal. El formal posee una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para garantizar sus metas; mientras que el sistema informal se construye a través de las redes personales y comunitarias no estructuradas, como programas de apoyo. Las redes

informales se configuran en torno a la pluralidad puesto que en ellas se incluye a familiares, vecinos, amigos o voluntarios que deciden prestar su ayuda en forma desinteresada. Este auxilio incluye aspectos tanto emocionales como instrumentales y suele ser aportado por el cuidador principal (Díaz, 2001:42).

En este apartado se presenta una serie de prácticas relacionadas con el autocuidado que todos debemos llevar a cabo para tener una vejez saludable y sólo con los cambios inherentes a ella. Debemos tener presente que estas modificaciones en nuestros hábitos no tienen por qué esperar a que el tiempo transcurra. Hoy es un buen día para comenzar a modificar nuestro estilo de vida.

### **Importante recordar**

- Ser una persona adulta mayor NO es sinónimo de ser una persona enferma.
- Muchas enfermedades están directamente relacionadas con nuestro estilo de vida, es decir, con nuestros hábitos y costumbres nocivas, por lo que es imprescindible modificarlas cuanto antes.

Un estilo de vida saludable tiene que ver con una serie de actividades que de antemano sabemos traerá como consecuencia el bienestar a lo largo de nuestra existencia. Por ese motivo, es necesario que derrumbemos la idea de que el estilo de vida saludable exclusivamente tiene que ver con una cuestión física o lúdica e incorporemos a nuestra práctica actividades intelectuales y espirituales. De este modo, podemos sostener que modi-



ficaciones en la nutrición, llevar una serie de cuidados generales en nuestro cuerpo, comenzar a tener una actividad física, mejorar nuestra calidad del sueño, mantener prácticas sexuales sanas y destinar un tiempo para algunas actividades recreativas, representan un excelente inicio para el autocuidado. Asimismo, la lectura e investigación habitual sobre los temas que nos interesen, la cada vez más necesaria práctica de la relajación para evitar caer en la presión de la vida cotidiana, así como el sano intercambio de ideas acerca de la realidad actual y la reflexión sobre el papel que cada uno de nosotros desempeñamos en este planeta, sin duda incidirá en un cambio positivo de nuestro estilo de vida.

La mayoría de los textos que persiguen el objetivo de brindar información sobre el autocuidado en la persona anciana lo hacen desde una perspectiva biologicista, es decir, se ocupan en su mayoría de resaltar el aspecto físico y los cuidados que se deben seguir para que no se pierda la salud (Gamble, 2000; Leitón y Ordóñez, 2003; Jaroslavsky, 2013; Tobón, 2003; Velázquez-Olmedo, 2014). Así, el énfasis se pone en los cambios nutricionales y metabólicos que acompañan al proceso de envejecimiento, así como en una serie



Hoy es un buen día para comenzar a modificar nuestro estilo de vida.

de medidas para hacerles frente: en la actividad física, que permite preservar la autonomía y la movilidad a la vez que estimula la autoestima y la confianza en nuestras capacidades; en la higiene del sueño y en algunas medidas para favorecerla; en la sexualidad, de la que en ocasiones se complica hablar y que forma parte de la vida humana (lo que significa que ésta no se pierde en la vejez); y en la recreación, es decir, en la búsqueda de momentos para dedicarlos a nosotros mismos.

Asimismo se incorporan a los textos una serie de cuidados generales que las personas envejecidas deben mantener para que sus capacidades no disminuyan a una velocidad mayor. Por ejemplo, es de todos sabido que los sentidos van perdiendo agudeza conforme avanza el proceso de envejecimiento, por lo que se plantea la necesidad de consultar al oftalmólogo, mantener iluminado el espacio que habitamos (vista); realizar estudios audiométricos, y en caso de no escuchar bien comentarle a la persona que tiene dificultad para hacerlo (oído); mantener una adecuada higiene bucal y visitar al odontólogo (gusto); evitar los olores intensos así como cuidar el aseo de la nariz (olfato); y, por último, bañarse con regularidad

y al salir de la ducha secarse bien, emplear cremas para mantener hidratada la piel y evitar las exposiciones prolongadas al sol (tacto).

Al mismo tiempo que nos debemos preocupar y ocupar de los anteriores elementos, también debemos hacerlo por las manos y los pies. Es importante mantenerlos hidratados, secos y recortar las uñas para evitar la aparición de hongos (es importante hacer un corte recto de ellas o siguiendo la curva anatómica del dedo). En el caso específico del cuidado de los pies, necesitamos escoger cuidadosamente el calzado que emplearemos tomando en cuenta que lo debemos cambiar con cierta periodicidad.

## **El autocuidado como práctica cotidiana: “autoconocimiento”**

Desde una perspectiva gerontológica, tengamos en mente que el autocuidado debe ser una actividad que se tiene que volver habitual en nuestra vida para llegar a tener una vejez en las mejores condiciones posibles. Hemos comentando que dicha herramienta no sólo tiene que ocuparse de la esfera biológica, sino

que su visión debe ser más amplia, esto es, el autocuidado está estrechamente vinculado con el ámbito mental, emocional. Así que es fundamental tener claro lo que acontece con nosotros mismos, esto es, estar en constante comunicación con nuestro interior para detectar cuáles son nuestras fortalezas y debilidades como seres humanos.

En este sentido, el principal elemento que debemos fortalecer es el autoconocimiento que se vincula con el proceso reflexivo mediante el cual adquirimos noción de nuestras propias características, fortalezas y debilidades como seres humanos. Es decir, en la medida en que el conocimiento de nosotros mismos sea más profundo, la práctica del autocuidado será más efectiva y tendrá un mayor impacto en nuestra vida y en la de los demás, pues recordemos que no sólo se trata de una práctica individual sino que busca influir en la colectividad.

## Elementos del autoconocimiento

Para estar más en contacto con nosotros mismos, es primordial poner el acento en una serie de aspectos que buscan fortalecernos

como seres humanos: la autoestima, el autoconcepto, la autoaceptación, el autocontrol y la resiliencia. Debemos poner nuestra atención en los elementos anteriores, de lo contrario, será más complicado llevar a cabo la práctica del autocuidado.

El primero de ellos, la autoestima, resulta fundamental en el desarrollo de los individuos pues está vinculada con la valoración que toda persona tiene de sí misma y que se expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos. El autoconcepto se refiere a aquellas creencias que



Se debe tener conocimiento necesario para practicar el autocuidado.

tenemos sobre nosotros mismos y que pensamos nos hacen especiales y distintos del resto de las personas. Por eso resulta tan importante realizar un trabajo de introspección, para ser capaces de ubicarlas y explotarlas al máximo. Mientras más claras tengamos esas ideas, nos acercaremos de manera más rápida a la autoaceptación, es decir, al hecho de reconocerse a sí mismo como persona con cualidades, limitaciones y resistencias, con miedos básicos que en ocasiones incluyen a nuestro propio proceso de envejecimiento, lo cual puede ser de utilidad para lograr cierta mirada interior (Linares, 2003:47). Por autocontrol no nos referimos al acto de responder pacíficamente a algún tipo de agresión, más bien intentamos subrayar la resolución con que una persona controla sus decisiones. Y por último, la resiliencia se define como la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite (la muerte de un familiar, una separación física o un acontecimiento difícil de aceptar en un principio), superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado.

Una vez que nos hemos familiarizado con los elementos anteriores, será más sencillo llevar a cabo las distintas prácticas que responsa-

blemente debemos incorporar a nuestra vida diaria buscando cuidar nuestra salud e impactar positivamente en la de los demás.

Una herramienta de gran utilidad para garantizar la responsabilidad y continuidad de la mejora y mantenimiento de estilos de vida saludables es la cartilla de autocuidado, en la que se registran de manera periódica algunos datos relevantes, tales como la presión arterial, el peso, la estatura, concentración de glucosa en sangre, puntaje de instrumentos de actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, entre otros.

## **Ayuda mutua**

Dado que vivimos en una sociedad y somos parte de ella, la ayuda mutua debe ser una de las principales herramientas de las que tenemos que echar mano para mantener una relación armónica con nuestro entorno más inmediato, así como para apoyarnos y estar pendientes de lo que puedan necesitar otras personas. En este sentido, entendemos por ayuda mutua una estrategia de apoyo solidario que se debe emplear buscando el objetivo de que los adultos mayores participen

de manera activa en su desarrollo.

A medida que el ser humano envejece, tenemos que poner énfasis en el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo, así como en el afianzamiento de nuestras relaciones personales para fomentar la convivencia y la solidaridad intergeneracional, con el objetivo de que los y las más jóvenes comprendan que el envejecimiento es un proceso biológico al que todos habremos de llegar y no se perciba como una realidad ajena. Una vez cimentado lo anterior, se busca conformar un grupo de ayuda mutua, esto es, un conjunto de personas adultas mayores que se reúnen de forma voluntaria y libre, motivados por la necesidad de dar respuesta o encontrar soluciones a un problema compartido por todos (Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado, 2013:84).

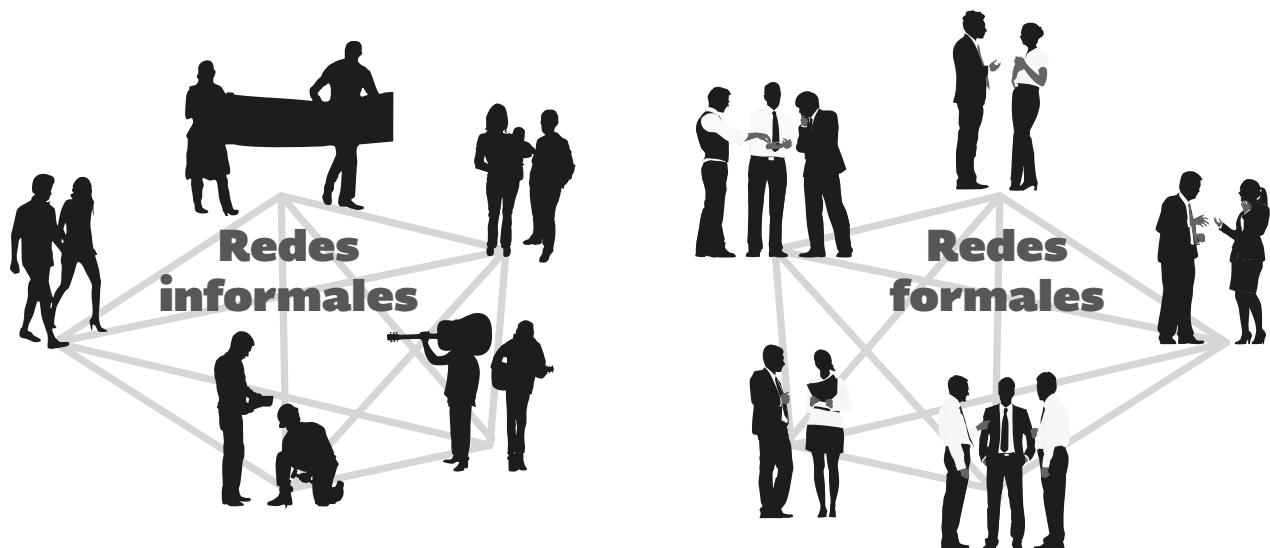
## Redes sociales de apoyo

La idea de la que parte el concepto es muy simple cuando pensamos en la idea de red y viene a nuestra mente una serie de hilos o cuerdas tejidas en forma de una malla cuyo objetivo principal es extenderse hasta sujetar un objeto. De esta forma, no pensamos en que una parte de ella tenga un hueco que la debilite, sino

que cada una de sus partes contribuye a su tarea principal.

Siguiendo esta misma idea, hablar de una red social nos remite a pensar en una serie de personas que se reúnen y solidarizan para conseguir una meta en común. El concepto ha sido estudiado desde hace algunas décadas por investigadores que lo han abordado desde distintas áreas (Domenech, 1998; Clemente, 2003; Montes de Oca, 2010; Fernández, 2008). Una estrategia para lograr un mayor bienestar es ser parte de una red social de apoyo para no aislarse de la sociedad, pero también para fomentar un cuidado integral, puesto que hay evidencia de que “las relaciones y transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud” (Fernández, 2008:83).

Entenderemos por red social a una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos (Guzmán, 2003:3).



Las redes se clasifican en dos tipos: informales y formales. Las redes informales se basan predominantemente en las relaciones familiares y comunitarias (amistades, vecinos) y se construyen como producto de la afinidad de intereses o actividades. Este tipo de redes son más públicas que las que podemos encontrar al interior de la familia, pero más personales que las que vienen del sistema formal. En general son éstas las que proporcionan un mayor cuidado a las personas adultas mayores. Por otro lado, las formales se han establecido con el propósito específico de dar apoyo a las personas adultas mayores. En éstas, sus miembros cumplen roles concretos, se basan en una organización estructurada que persigue objetivos específicos y emplea profesionales o volun-

tarios para conseguir sus metas (Fernández, 2008:83-85).

Dentro de las redes informales existe una variable que no podemos pasar por alto: el género. En este sentido podemos darnos cuenta que el número, tipo y calidad de las relaciones familiares y personales son claramente distintas entre hombres y mujeres, y al envejecer, estas características, lejos de ir desapareciendo, se acentúan de acuerdo con el nivel económico o el grupo social al que se pertenece (Montes de Oca, 2010:164).

Pensemos por ejemplo en la función que tradicionalmente se le ha impuesto al varón y que tiene que ver con el terreno laboral fuera del hogar. Es una realidad que para

el hombre, en su etapa económicamente activa, esto representa desvincularse físicamente de casa y de las alegrías o conflictos que eso implica (la vida de sus hijos, el mantenimiento diario del hogar o los problemas con la pareja por atender los puntos anteriores). Así, el hombre usualmente desarrolla vínculos con el ámbito externo descuidando las ligas con la familia o con los vecinos. Por otro lado, si bien la mujer intenta alejarse del estereotipo tradicional de “la cuidadora del hogar” e incursiona en actividades económicas y políticas, el tipo de relación que establece con el mundo exterior es diferente, pues pone el acento en el fortalecimiento de lazos afectivos con su entorno más próximo.

Por tanto, el inicio de la vejez, que normalmente coincide con la jubilación, representa dos visiones (en ocasiones diametralmente opuestas) de la forma en que se asume esta transición según el género. Otros factores pueden agravar dicha transición, por ejemplo: la salida de los hijos del círculo familiar o el encontrarse de pronto los cónyuges frente a frente y darse cuenta sobre lo complejo que resulta cohabitar el mismo espacio.

Por lo anterior, es necesario comenzar a fortalecer (o crear) nuestras redes sociales de apoyo. En primer lugar, tengamos en cuenta la importancia de fortalecer nuestros vínculos familiares, los cuales nos brindarán el apoyo necesario al momento de iniciar la etapa de la vejez. De no ser factible encontrar esta ayuda en nuestro círculo más cercano, busquemos formar grupos de amistades con gente con la que tengamos la certeza que podemos contar (pero también de que ellos lo harán con nosotros, recordemos que las relaciones deben ser recíprocas). Debemos resaltar que el tipo de asistencia que brindan la familia y los amigos puede no exigir una formación profesional, pero sí una cercanía con las y los viejos que les haga sentir más apoyados y valorados.

El intercambio de apoyos constituye la esencia de la existencia de las redes sociales. Ubicarnos dentro de una de ellas puede significar una serie de beneficios para los ancianos, no sólo porque se favorece la posibilidad de obtener y brindar apoyos materiales e instrumentales, sino por el gran impacto que tiene para las personas en la salud en general y en el aspecto emocional en particular.

Las redes de apoyo tienen un efecto inmediato en la calidad de vida de las personas envejecidas pues, entre otros beneficios, se incentiva el sentimiento de pertenencia al grupo (lo que da como resultado que éste se fortalezca); asimismo, se fomenta la integración social (cada vez una mayor cantidad de varones se involucra en las redes) y las personas elevan su autoestima y autoconcepto al compartir información sobre experiencias o comportamientos saludables.

Debemos matizar la idea del apoyo que se puede obtener de una red social, esto es, el pertenecer a una de ellas no garantiza necesariamente que el apoyo sea constante, ya que es muy posible que éste varíe tanto en el tiempo como en el curso de vida de las personas (Guzmán, 2003:6), independientemente de que los vínculos e intercambios entre las y los viejos no resulten tan fuertes como se esperaba.

Es innegable que los apoyos que brinda el sistema formal son más estructurados y al mismo tiempo están acompañados por personal de la salud que se ocupan y preocupan por las y los viejos. Asimismo es un hecho que no serán sustituidos por los apoyos informales, sin embargo,

debemos comprender que éstos últimos deben ser complementarios de los primeros para incidir en un mejoramiento de la calidad de vida de las y los ancianos.

## **Elementos para establecer redes de apoyo con sentido de reciprocidad**

Las transacciones interpersonales o transferencias, que implican ayuda, afecto y afirmación son los elementos del apoyo social de las redes. Es fundamental subrayar que las anteriores se presentan como un flujo de información y recursos que circula y se intercambia, en otras palabras, es recíproco. Estos apoyos se clasifican en cuatro tipos: materiales, instrumentales, emocionales e informativos (Guzmán, 2003:7; Fernández, 2008:86).

- Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, entre otras.)
- Los apoyos instrumentales se refieren a los auxilios “en vivo”, es decir, los que se brindan físi-





**instrumental**



**emocional**

## Apoyos



**material**



**informativo**

- Los apoyos instrumentales se refieren a la persona envejecida como: el transporte, la ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.
- Los apoyos emocionales se expresan mediante la convivencia con la persona vieja, por lo que se hace primordial acompañarla, brindarle cariño, establecer vínculos afectivos, escucharla y preocuparnos por su bienestar.
- Los apoyos informativos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información, al hecho de compartir consejos para solucionar una problemática, etc.

Al tratar este tema es fundamental tener claro el significado, objetivo, reglas y organización de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), organizaciones surgidas en Estados Unidos

en 1935. Entendemos por GAM a un foro o espacio en donde las personas comparten un problema o situación similar, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo con el objetivo de superar o mejorar su situación. Es una estrategia por medio de la cual se estimula la adopción de estilos de vida saludables al considerar la educación, la actividad física, la alimentación y la recreación de la persona como parte primordial en su tratamiento (Lara, 2004:331). Hemos dicho que el GAM puede existir tanto en un sistema formal como en uno informal. Se ha hablado ya sobre las características de cada uno pero ahora debemos profundizar sobre su funcionamiento y los elementos en los que debemos poner mayor atención.

El primer paso para que un GAM exista es que más de tres personas se reúnan de forma voluntaria y libre (nadie les obliga a asistir) con el objetivo común de reconocer un problema que se comparta dentro del grupo, enfrentarlo y superarlo para salir delante de esa situación (Ródenas, 1996:196).

Es primordial destacar que dentro del GAM no debe estar presente profesional alguno (a menos que el mismo grupo lo solicite en aras de

tener mayor información sobre el problema al que se le intenta dar solución), esto con el objetivo de que todos sus miembros interactúen sin ser dirigidos, en la inteligencia de que ellos y ellas pertenecen a un mismo nivel, eliminando así posibles obstáculos que dificulten la comunicación entre las personas. Lo anterior no significa que no exista algún interlocutor dentro del grupo, sino que debe existir la figura del facilitador: un hombre o una mujer que por sus cualidades humanas sea capaz de llevar la sesión del GAM de manera adecuada. Cabe resaltar que esta persona debe ser elegida democráticamente por los miembros del grupo.

Para que un GAM funcione y cumpla sus objetivos, tiene que echar mano de una serie de elementos que lo fortalezcan. En primer lugar debe existir una correcta comunicación con cada uno de las y los integrantes del mismo para generar un clima de empatía alrededor del grupo. Si logramos lo anterior, el siguiente paso será poner nuestra atención en que las diversas emociones que se viertan durante la sesión sean manejadas adecuadamente, intentando que todas las personas participen, cooperen y negocien hasta



darle solución al conflicto por el cual se decidió ingresar a un GAM.

## Comunicación

Como primera etapa se debe propiciar la integración de las y los participantes dentro del grupo, para lo cual la comunicación es determinante. Para que esto ocurra de manera adecuada dentro del GAM es necesaria la presencia de un moderador, cuya función será la de interlocutor en la sesión fomentando la participación de las personas. Hay que subrayar que el moderador deberá contar con ciertas destrezas para

impulsar la intervención del grupo, pues debemos recordar que a nadie se le podrá forzar a hablar si es que no lo desea, ya que la persona debe “expresar libremente y de manera directa sus ideas, sentimientos y acciones” (Fernández, 2012). Asimismo tenemos que tener en cuenta que no todas las personas hablarán o compartirán sus experiencias con la misma frecuencia, pero sí que la participación de todos es importante para “darle vida” al GAM. La comunicación también comprende el acto de escuchar al resto del grupo para ser capaces de intercambiar experiencias y sentimientos.

## Empatía

Este es otro elemento sin el cual el GAM no podría formarse ni sobrevivir. Entendida como la identificación afectiva de una persona con el estado anímico de la otra, la empatía es necesaria para que exista cierta cohesión entre las y los ancianos. Dicho de manera coloquial, la empatía es la capacidad “de ponerse en los zapatos del otro” para entender mejor la problemática del grupo.

Anteriormente señalamos que es necesaria la figura del facilitador para que las sesiones se lleven a cabo de manera organizada, pues bien, esta persona tiene que ser elegida por consenso en el grupo atendiendo a sus cualidades afectivas, esto es, al nivel de empatía que genera hacia los demás.

Dado que esta clase de grupos está en constante cambio pues los integrantes se suelen renovar, debemos ayudar a las y los ancianos que se incorporan al GAM. Esto sólo será posible en la medida en que se fomente un ambiente de confianza entre los miembros del mismo, recordando siempre el sentido de reciprocidad, es decir, que es tan

importante que la persona intente entrar al grupo como que éste sea accesible y le permita ingresar en él.

## Manejo de emociones

El objetivo principal del Grupo de Ayuda Mutua es el apoyo emocional. De este modo, el GAM proporciona un espacio en donde pueden ser compartidos una variedad de sentimientos que transitan desde el miedo y la angustia, hasta la esperanza y la alegría. Algunas personas que asisten a estos grupos lo hacen porque se sienten aislados y con una serie de impedimentos (físicos o psicológicos) que no le permiten enfrentar adecuadamente su conflicto. Por esta razón, se les debe brindar la confianza suficiente para que expongan su problemática.

Por lo general, quien tiene algún conflicto no lo expresa de inmediato, así que lo más prudente sería que otra persona expusiera su problemática con la finalidad de que a quienes les resulta complicado relatar parte de su historia de vida se sientan identificados y venzan sus propias barreras hasta exteriorizar aquello que les causa conflicto. De esta manera se podrán desarrollar actitudes nuevas y más positivas.

## Cooperación

Ésta se logrará sólo con la participación de las y los miembros del GAM. En otras palabras, en la medida en que las personas estén dispuestas a compartir sus experiencias, a escuchar al resto de los ahí presentes y a brindarles su apoyo emocional, la cooperación fluirá, se hará recíproca y de esta manera se cumplirá el objetivo principal del GAM. Por otro lado, si se invita a profesionales con el objetivo de brindar información a las personas para que éstas tengan un mayor conocimiento sobre los caminos o estrategias a seguir para solucionar el problema que los reúne, o si se realizan los esfuerzos necesarios para establecer un vínculo con otros grupos que persigan una meta similar, esto sin duda repercutirá tanto en la ampliación de la comunidad como en la de la información buscada.

La cooperación también implica un cierto nivel de organización entre los miembros del grupo, sobre todo en el aspecto relacionado con los elementos materiales que falten (o sobren) en el espacio destinado para la reunión (sillas, refrigerio, aseo del mismo, entre otros).

## Negociación

Esta etapa se refiere no sólo a los acuerdos tomados respecto al horario o lugar de la reunión, sino a los tratos o acciones dirigidas a la conclusión del convenio o pacto establecido entre los miembros del GAM relacionados con la problemática a la que se buscó hacer frente desde un principio. Tiene que ver con lo que la persona está dispuesta a realizar hasta alcanzar su objetivo. Negociar implica hacer los ajustes necesarios en nuestro comportamiento y aceptar que tenemos un problema y debemos solucionarlo.

## Solucionar conflictos

La ayuda mutua es un factor decisivo para solucionar conflictos. En las páginas anteriores nos hemos podido dar cuenta de lo fundamental que resulta para los y las ancianas compartir sus experiencias dentro de un grupo que persiga combatir una problemática similar. Además, está demostrado que asistir a un GAM incide positivamente en la salud de la persona puesto que las sesiones no son ya sólo motivo para compartir tristezas o problemas, sino que también se pueden convertir

en reuniones con las amistades que favorecen la integración así como el sano esparcimiento.

Tengamos en cuenta que por el simple hecho de participar en un GAM no se resolverá nuestro problema. Mucho tienen que ver el autoconocimiento y querer modificar nuestra conducta. Dicho de otro modo, el GAM puede favorecer la solución del conflicto por el cual se asistió a él, pero si la persona no está dispuesta a comunicarse, a ser empática, a cooperar, expresar sus emociones y negociar las acciones que quiere emprender, es muy complicado que pueda encontrar la solución a su problema.

## **Autogestión**

Para lograr un envejecimiento saludable la persona vieja debe ser capaz de echar mano de una buena cantidad de herramientas para lograr el bienestar físico y mental. De igual forma, es necesario que mediante el uso de las redes sociales de apoyo y de los Grupos de Ayuda Mutua afiance sus vínculos, tanto con sistemas formales (programas institucionales) como con informales (familia, amigos). En este apartado pondremos el énfasis en la capacidad de los y las ancianas

para controlar las decisiones que son relevantes en sus vidas, ya que las estrategias fundamentales para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social son el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión (Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado, 2009:73).

## **¿Qué es la autogestión?**

El capital social que representa la población de mayores de 60 años, por sus capacidades, conocimientos y experiencia, debe ser uno de los medios más importantes para lograr un envejecimiento saludable. Por tal motivo, se debe impulsar el liderazgo y la participación activa de las y los viejos para lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida.

La disponibilidad de tiempo y la conciencia de su situación social “produce el enriquecimiento de las capacidades de acción colectiva, lo que a su vez, permite a las personas influir sobre los procesos sociales” (Ríos Segovia, 2005:8). Esto está vinculado con la forma en que las personas logran reunir una colección de conocimientos o saberes que han recolectado a lo largo de su vida y que son capaces de intercambiar hasta generar un cambio en la sociedad.

La autogestión busca brindar a los y las ancianas los conocimientos y herramientas necesarias para que decidan, en un determinado momento, organizarse, asociarse como un colectivo que busque transformar su realidad social.

Las personas que envejecen tienen el completo derecho de participar en la vida política, económica, social y cultural del país; deben estar conscientes de que son ciudadanos que continúan construyendo el país que habitan (el artículo 30 constitucional, que hace referencia a la obtención de la nacionalidad mexicana, ¡en ningún lado menciona que ésta se pierda después de los 60 años de edad!).

Entenderemos por autogestión el conjunto de formas de autoorganización por parte de los sectores sociales más oprimidos en los que ellos, como comunidad, tomen en sus propias manos la tarea de resolver sus necesidades (Jiménez, 2007:111).

Un hecho innegable es que existe una escasez de recursos para la atención integral de la persona envejecida y la realización de sus proyectos (Proyecto, 2000:4). Precisamente esa es una de las situaciones que busca

modificar la autogestión al promover que las y los ancianos detecten los elementos que les hacen falta para que, una vez reunidos como un colectivo, sean capaces de gestionarlos.

En este marco se puede definir la autogestión comunitaria como el proceso en el que se desarrolla la capacidad individual o colectiva para identificar las necesidades básicas que le son propias, considerando sus intereses, y que partiendo de una organización se resuelvan a través de solicitudes formales e informales, basándose en una conducción autónoma y en una coordinación con otros grupos y la sociedad en general (Jiménez, 2007:113).

No debemos soslayar el carácter autónomo de la autogestión comunitaria. Es importante que todos los miembros de la comunidad participen, opinen y lleven a cabo la toma de decisiones en consenso sin la dirección de intereses ajenos a ella, aunque esto no quiere decir que no se tenga la capacidad de coordinarse con las iniciativas de otros grupos para contribuir al desarrollo o mejoramiento de su espacio físico.

Este es uno de los espacios principales en donde las y los viejos se organizan y participan teniendo en



Vamos a organizarnos, todos debemos participar para que juntos podamos resolver el problema.

mente incidir en el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida. La autogestión comunitaria genera en las y los ancianos un cambio en su autoestima que trae como consecuencia un proceso de integración de mayor efectividad dentro de su esfera más próxima.

## Libertad personal y empoderamiento

El ser humano tiene la facultad para obrar de la manera que crea más conveniente, de elaborar los discursos que considere más adecuados así como de tomar las decisiones que juzgue más acertadas. Esto lo vuelve corresponsable de sus actos. Así, a lo largo del ciclo de vida las personas aprendemos

a vivir con la libertad de elegir el camino, los hábitos y los estilos de vida que consideremos idóneos pero también con las consecuencias que traen dichas decisiones.

Al ser conscientes de esa libertad, debemos poner nuestro esfuerzo en adquirir las herramientas más valiosas para tomar las decisiones más pertinentes. En este sentido, la información y la autocrítica ocupan lugares centrales al momento de decidir el sendero que habremos de recorrer y la mejor manera de hacerlo.

Llamaremos a esta idea *empoderamiento* y la definiremos como “un proceso de desarrollo participativo mediante el cual los individuos, comunidades y organizaciones logran un mayor control sobre su vida



y su ambiente, adquiriendo derechos y nuevas metas y contrarrestando la marginación social” (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2013:53). Para lograrlo, tenemos que contar con una serie de elementos que nos fortalezcan como persona y que involucren algunas estrategias de autocuidado, como el autoconcepto o la autoestima, así como la capacidad para luchar y defender nuestros derechos e independencia. Cabe señalar que la persona se empodera pero también la comunidad lo hace, es decir, este proceso funciona tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado (2013:53-54) señalan cuatro elementos clave para ejercer el empoderamiento. El primero tiene que ver con la facilidad con la que las personas tienen acceso a la información y los mecanismos que emplean para estar informados. Este punto enfatiza el hecho de que en la medida en que las personas mayores de 60 años se apropien de un repertorio más grande de conocimientos que les sean útiles para obtener acceso a distintos servicios (luz, agua, drenaje, entre otros), la comunidad tendrá más elementos para exigir que los organismos gubernamentales y no gubernamentales



**¡A partir de hoy yo tomaré mis propias decisiones!**

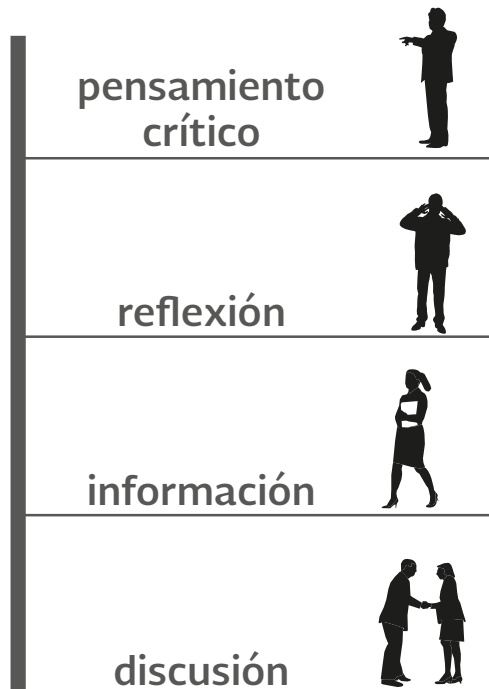
**Nosotros no empoderamos a las personas sino que colaboramos para que ellas se empoderen.**

cumplan con sus obligaciones hacia la sociedad. En segundo lugar, se resalta la inclusión y la participación de las y los viejos dentro de la comunidad, pues de otra manera difícilmente se podrá llegar a un consenso sobre los problemas que tienen que ser solucionados. El siguiente factor tiene que ver con la otra parte, es decir, con el grupo de funcionarios públicos o quienes sean responsables de las organizaciones no gubernamentales, ellos y ellas necesariamente deberán de responder al

grupo agraviado por sus políticas, acciones y/o empleo de recursos. El último elemento, pero no por eso el menos importante, es la capacidad organizacional local. Dicha cualidad está relacionada con la habilidad de la comunidad para organizarse y trabajar en grupo, así como con la responsabilidad que todos y todas tienen al desempeñar los diversos roles que se les haya asignado mediante consenso al interior de grupo.

Es muy importante tener presente que el empoderamiento no se otorga (nosotros no empoderamos a las personas) sino que debe ser producto de un proceso reflexivo y del autocontrol hasta que éste

**Elementos que favorecen el empoderamiento**



se adopte y las personas logren empoderarse. Así, debemos buscar una serie de elementos que contribuyan al desarrollo de habilidades de liderazgo y participación comunitaria (asociaciones, cooperativas, colectivos); a buscar al apoyo de diferentes instituciones para el establecimiento de políticas públicas y programas asistenciales; así como enterarse sobre las organizaciones que brindan asesoría y protección a los derechos humanos.

No olvidemos que el objetivo que buscamos es que el grupo de ancianos y ancianas adopten los elementos necesarios para que logren su empoderamiento (individual y colectivo) y posean las habilidades necesarias para identificar los cambios que impliquen una mejoría en sus estilos de vida y así mantener y prolongar un envejecimiento saludable.

## **Elementos para favorecer la autogestión**

La autogestión permite que las personas mayores de 60 años identifiquen a nivel individual y colectivo las principales necesidades perso-

nales y de la comunidad considerando las alternativas de solución con el apoyo de las redes formales e informales. De ahí que sea necesario que desarrollen una serie de habilidades o destrezas para favorecer este esfuerzo y se logre romper la dependencia o marginación previas, lo cual se logrará echando mano de los siguientes elementos:

- Conformar redes de apoyo de las y los viejos en una comunidad participando activamente.
- Reflexionar sobre la importancia de la búsqueda de soluciones a sus necesidades o intereses.
- Modificar sus estilos de vida para fortalecer su autoestima y autoconcepto así como el sentido de responsabilidad respecto al desempeño de los roles asignados por la comunidad.
- Identificar las políticas asistencialistas y paternalistas de los gobiernos que les permitirán darse cuenta sobre el grado de dependencia que tienen hacia ellos.

Debemos tener presente que la autogestión comunitaria en ningún momento pretende excluir o sustituir a la responsabilidad estatal,

todo lo contrario, lo que busca es complementarla y hacerla más eficiente gracias a la participación ciudadana.

## **Pensamiento crítico**

La acción de pensar es inherente al ser humano. Así, todos sostenemos que somos seres pensantes, que cotidianamente lo hacemos (aunque muchos de nuestros pensamientos estén distorsionados o sean producto de la desinformación o de algunos prejuicios difíciles de erradicar). En este sentido se define al pensamiento crítico como: “el modo de pensar, en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales” (Paul, 2003:4). De esta manera, una persona que piense críticamente será aquella capaz de formular problemas con claridad y precisión, acumulará información e ideas relevantes lo que provocará que las conclusiones y soluciones que proponga sean más complejas y sustanciales.

Lo que se pretende es fomentar estrategias con las que las mujeres y hombres adultos mayores colaboren en la generación de ese

pensamiento crítico. El objetivo es que, una vez que ellos y ellas se han acercado a la información sobre el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión, sean capaces de plantearse nuevas preguntas, trazarse nuevas metas y objetivos teniendo en mente las implicaciones y consecuencias de sus actos y cómo éstos impactarán en su calidad de vida.

## **Toma de decisiones**

Con base en el pensamiento crítico, la reflexión y discusión de la información que se les ha proporcionado a las y los viejos, ellos y ellas tendrán más elementos para tomar las decisiones más adecuadas a nivel individual y colectivo. Pero también existe otro elemento fundamental del que ya se ha hablado: el empoderamiento, la capacidad humana para decidir el momento en el que decidimos controlar nuestras acciones y enfrentar los conflictos o problemas que nos impiden avanzar como personas y como individuos pertenecientes a una sociedad.

Debemos tener en mente que a quien corresponde la facultad de tomar una decisión sobre su vida, es a la persona (mientras no tenga algún impedimento mental para hacerlo). En otras palabras, ni el

personal de salud, ni la familia, ni otras personas ajenas a la realidad de las y los ancianos deben decidir por ellos. Especial cuidado tenemos que poner en este aspecto.

Una herramienta fundamental para la autogestión es disponer de un listado actualizado de las instituciones, organizaciones y personas, que constituyen las redes sociales formales e informales considerando los tipos de apoyo que podrían obtener, así como la dirección, teléfonos y procedimientos que se deben realizar.

## En síntesis:

- El autocuidado es un conjunto de prácticas y decisiones que cotidianamente realizamos para cuidar nuestra salud.
- El autocuidado se relaciona con una serie de prácticas que todos debemos llevar a cabo para lograr un envejecimiento saludable.
- Para el autocuidado hay que considerar las redes de apoyo social formales e informales.
- Las acciones de autocuidado permiten mantener y mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- Para adoptar un programa de autocuidado hay que reflexionar sobre los hábitos saludables y no saludables que practicamos, ello ayudará para mantener o modificar los que sean pertinentes.
- Para lograr el autocuidado es fundamental conocer las fortalezas y debilidades propias, ser capaces de tomar decisiones sobre nuestra vida para entonces lograr los cambios que esperamos y que éstos se reflejen en un envejecimiento saludable.
- Es recomendable registrar de manera periódica algunos datos relevantes en la cartilla de autocuidado, con el objetivo de ser corresponsables de nuestra salud.
- La autogestión es el proceso en el que se desarrolla la capacidad individual o colectiva para identificar las necesidades básicas que le son propias, considerando sus intereses, y que partiendo de una organización se resuelvan a través de solicitudes formales e informales, basándose en una conducción autónoma y en una coordinación con otros grupos y la sociedad en general.
- La autogestión implica que los sectores sociales más oprimidos se organicen como comunidad y tomen en sus manos la resolución de sus necesidades.
- La autogestión, el autocuidado y la ayuda mutua son estrategias fundamentales para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social.
- El objetivo de la autogestión es brindar a los y las ancianas los conocimientos y herramientas necesarias para que decidan, en un determinado momento, organizarse y asociarse como un colectivo que busque mejorar su realidad social.
- A lo largo del ciclo vital humano, una persona nunca pierde sus derechos políticos o sociales.
- La autogestión tiene un carácter autónomo, lo que no significa que una comunidad se pueda apoyar en otra para resolver situaciones comunes.
- El empoderamiento busca que las personas viejas se fortalezcan internamente hasta que decidan enfrentar y solucionar las circunstancias que les

representen un problema común.

- La comunidad hará uso de la autogestión como medida complementaria a los servicios y apoyos del Estado. No se busca su sustitución.
- Para las acciones de autogestión entre más información se tenga, se contará con un mayor número de elementos para argumentar la solicitud y obtención de un apoyo, servicio u oportunidad.

## Referencias

- Chapela, M.C. (2006). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Guinsberg E, Jarillo E. *La salud colectiva en México. Temas y desafíos*. Argentina: Lugar Editorial.
- Clemente, M.A.(2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión Bibliográfica. *Interdisciplinaria* (20), pp. 31-60.
- Díaz, P. (2001). Hacia la convergencia de los sistemas de apoyo informal y formal en cuidadores. Un estudio de caso. *Intervención Psicosocial*, (10), pp. 41-54.
- Domenech, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, pp. 179-195.
- Fernández, B.E.(2012). *Asociación Nacional de Educadores en Diabetes, A.C.* México. Recuperado de <http://anmed.mx/mex/estrategia-nacional-de-grupos-de-ayuda-mutua-enfermedades-cronicas-en-mexico/>
- Fernández, X., Robles, A. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Freixas, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*, (39), pp. 41-57.
- Gamble, A. (2000). *Manual de Prevención y autocuidado para las personas adultas mayores*. México, D.F., México: Gobierno del Distrito Federal.
- Ganso, H. [et. al.] (2011). Envejecimiento activo: cuidado y autocuidado del adulto mayor en respuesta a la problemática social del envejecimiento. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología/Universidad de Buenos Aires.
- Gómez, M.G., Peña, J. (2014). Adultos mayores. Un estudio socioeducativo en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, pp. 64-90.



- Guzmán, J.M. [et.al.] (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual. *Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas*, pp. 1-20.
- Jaroslavsky, C. (2013). *Claves para un buen envejecer. Manual de autocuidados*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Jiménez, M. J., Rivera, F. (2007). Autogestión, participación y poder. *Santiago* (112), pp. 110-125.
- Lara, A., Aroch, A. [et.al.] (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*, pp. 330-336.
- Leitón, Z., Ordóñez, Y. (2003). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales*. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social/Instituto Nacional de Bienestar Familiar.
- Linares, M. (2003). Aprender de los viejos y con ellos. *Decisio* (5), pp. 44-49.
- Martínez Maldonado, M.L., (2012), *Las prácticas significantes de los viejos y su relación con el programa de Envejecimiento Activo en el Valle del Mezquital, Hidalgo*. (Tesis inédita de doctorado). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Mendoza Núñez, V., Martínez Maldonado, M. (2013). *Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria*. México: Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.
- Mendoza Núñez, V., Martínez Maldonado, M. L.(2009). Desarrollo del envejecimiento activo en México: La experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Zaragoza. En Piña Morán, M.G., Olivo Viana. *Envejecimiento y cultura en América Latina y el Caribe*, (pp.67-77) Santiago: Universidad Central de Chile/Facultad de Ciencias Sociales.

- Mendoza Núñez, V.M., Martínez Maldonado, M.L.(2013). Envejecimiento activo. En Mendoza Núñez, V., Martínez Maldonado, M. (2013). *Envejecimiento activo y saludable. Fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria* (pp. 51-55). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Mendoza, L., Caro, E. (1999). *Manual de Grupos de Autoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda*. México: Gobierno del Distrito Federal/Secretaría de Desarrollo Social.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones*, pp.159-181.
- Murillo, L., Gracia, E. (1996). La integración de los sistemas formales e informales de apoyo social. *Informacio Psicológica*, pp. 28-34.
- Paola, J [et. al] (2012). *Reflexiones en torno al trabajo social en el campo gerontológico: tránsitos, miradas e interrogantes*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Paul, R., Elder, L. (2003). *La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y herramientas*. California, Estados Unidos: Fundación para el pensamiento crítico.
- Pérez, A.M., Antequera, N. [Coomps.] (2012). *Viejos problemas, nuevas alternativas. Estrategias de lucha contra la pobreza gestadas desde el Sur*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Proyecto Coordinación de Servicios Sociales en Centroamérica (2000). *Taller sobre autogestión y fondos rotatorios*. Guatemala: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Ríos, P. [et.al] (2005). *Adulto mayor, asociativismo y capital social. La casa de todos*. Chile: Corporación Años.
- Ródenas, S. (1996). Grupos de ayuda mutua: una respuesta alternativa en la práctica del trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, pp. 195-205.
- Tobón, O. (2003). El autocuidado. Una habilidad para vivir. *Hacia la Promoción de la Salud*, (8) , pp. 1-12.

Velázquez Olmedo, L. [et.al.] (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* (52), pp. 448-456.



## Capítulo 8

# Promoción de la salud de la mujer que cuida

**Cuauhtémoc Sánchez Vega**  
**Marissa Vivaldo Martínez**

Profesores de la FES Zaragoza, UNAM

Como se ha analizado en capítulos anteriores, el envejecimiento de la población tiene diversas implicaciones que impactan a las personas, a las familias, comunidades y a la sociedad en general. Una de ellas tiene que ver con el cuidado, pues a raíz de los cambios demográficos y epidemiológicos, cada vez un número mayor de personas que envejecen requieren y requerirán una atención especial por parte de las personas e instituciones que están a su alrededor. Esto no quiere decir que todas las personas envejecidas van a enfermar o presentar alguna discapacidad, pues si bien es cierto que algunas personas necesitarán cuidado por estos motivos, tenemos que comprender que el cuidado está relacionado con una gama muy

amplia de acciones que se vinculan con diversos tipos de apoyo.

### ¿Qué es el cuidado?

Desde que existe la humanidad el cuidado ha sido una actividad que se relaciona directamente con la seguridad que nos proporciona el hecho de pertenecer a un grupo social. A lo largo de la historia el cuidado ha tenido diferentes formas de manifestación y se ha expresado de manera diversa.

En todas las sociedades y culturas se han establecido roles específicos que posibiliten el proceso de desarrollo de las personas. En dicho proceso es necesario cubrir múltiples

necesidades para garantizar y favorecer la adquisición de una serie de habilidades que permitan asegurar la sobrevivencia de las personas. A este conjunto de prácticas y actividades que se realizan en beneficio de otros se le conoce comúnmente como cuidar de otros.

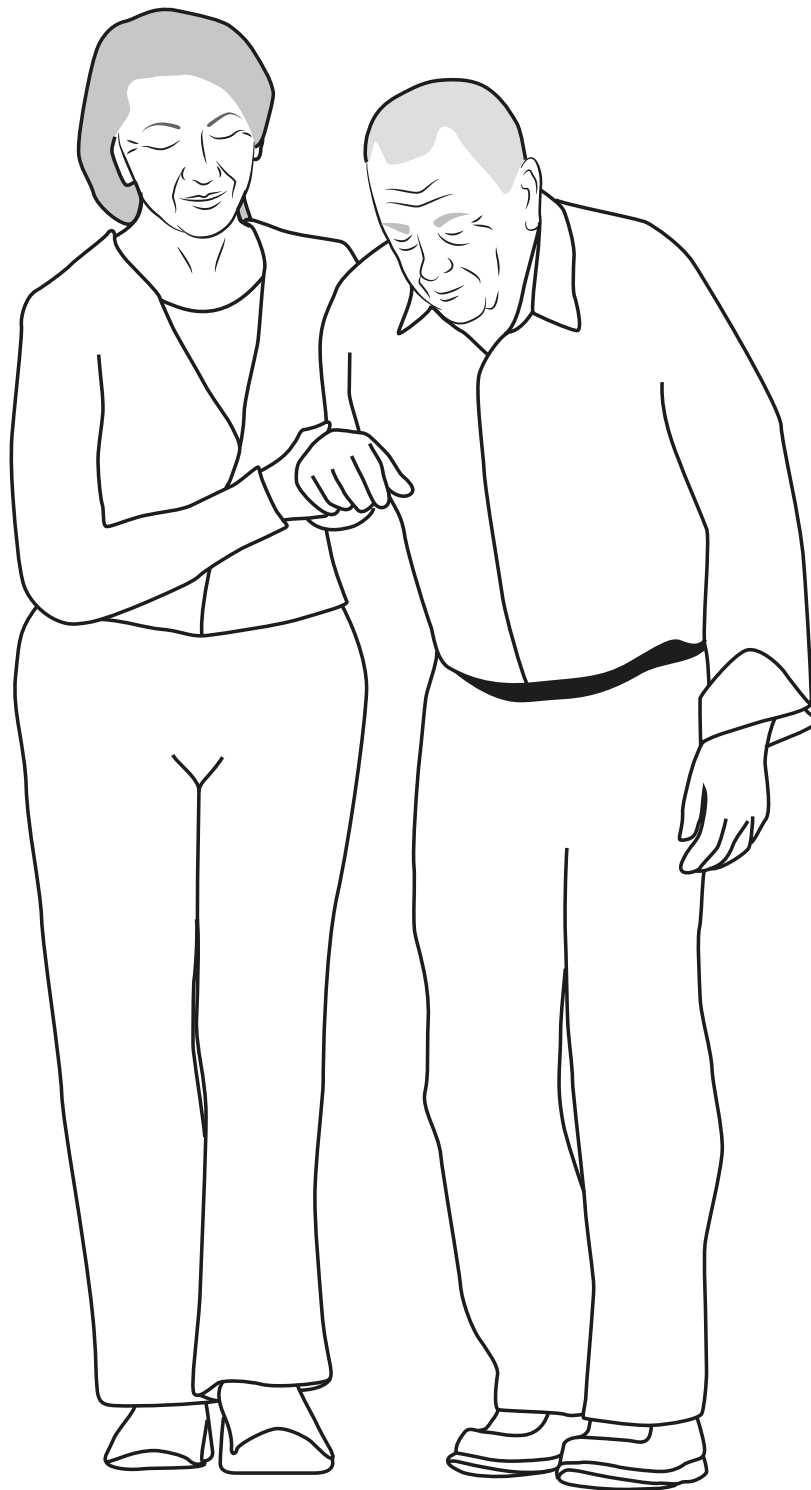
El cuidado implica el reconocimiento de las necesidades del otro, una relación, un vínculo que puede incluir o no aspectos afectivos, pero que siempre busca proporcionar bienestar. La tarea de cuidado une al cuidador con la persona que requiere cuidado en aspectos que tienen que ver con las acciones relacionadas con su bienestar físico, mental y social, en términos de poder y también en cuestiones que pueden relacionarse con los sentimientos.

Se ha definido al cuidado como una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro (Pierson, 1992). Algunos estudios como la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, elaborada por el INEGI e INMUJERES, señalan que los cuidados son actividades que realizan las personas, generalmente adultas, para satisfacer algunas de las necesidades de otras personas

de su hogar o de otros hogares como bañar, vestir, preparar alimentos, dar de comer, llevar o acompañar a distintos lugares (médico, terapia, a realizar pagos o trámites), administrar medicamentos, y hacer compañía, entre otros (INEGI, 2012). Otros aspectos que no son usualmente mencionados y que llevan a cabo los y las cuidadoras, son los que se relacionan con las actividades de soporte emocional y social, así como su papel para el desarrollo integral de las personas que requieren cuidado.

Las necesidades de cuidado son una constante durante el curso de vida de todas las personas, sin embargo, su intensidad va a variar dependiendo de la edad, el género, las condiciones físicas y la fortaleza de las redes de apoyo social de las personas que los requieren.

Existen dos tipos de cuidados, los llamados formales, que son proporcionados por instituciones y que se traducen en la labor que desempeña personal profesional de tipo médico o de enfermería y, cuidados informales, que son llevados a cabo generalmente por la familia, los amigos, los vecinos o los miembros de asociaciones religiosas. En este capítulo nos centraremos en



El apoyo y cuidado físico permanente es una de las funciones de la mujer que cuida.

los cuidados informales hacia los y las adultas mayores que realizan las mujeres envejecidas familiares o no familiares.

El envejecimiento poblacional ha traído consigo un nuevo papel y nuevas responsabilidades tanto para la familia como para los amigos y vecinos. El cuidado de los otros y particularmente de los otros ancianos ha estado vinculado a la esfera de lo privado, se ha establecido socialmente que el mejor sistema para llevarlo a cabo es el familiar. Sin embargo, el cuidado implica una corresponsabilidad entre la persona que lo requiere, la familia, la comunidad y por supuesto las instituciones, pues aquel que cuida forma parte del sistema de salud aunque no ha sido reconocido. Esta falta de reconocimiento provoca que las y los cuidadores enfrenten problemas técnicos y humanos de manera solitaria, sin contar también con un soporte de capacitación, socioafectivo y de índole médico y de rehabilitación.

El cuidar de otros es una actividad que se pone en marcha por diversas razones, ya sea para apoyar el proceso de desarrollo de los infantes, por la presencia de una

enfermedad incapacitante, por la disminución de algunas capacidades o habilidades durante la vejez, o bien por la conjunción de las dos últimas (Giraldo, Franco y Correa 2005). Bajo estas circunstancias es inevitable la presencia de un cuidador que ayude a cubrir por lo menos las necesidades básicas de la persona envejecida.

Cuando se trata de cuidar de otro por razones de salud, las actividades de cuidado que se realizan, en su mayoría se llevan a cabo en el espacio familiar, es decir, en el sistema informal de cuidados.

El sistema informal de cuidados familiares regularmente se construye a partir de los conocimientos acumulados con la experiencia de cuidar a otros, normalmente esta experiencia no tiene ninguna relación con el cuidado de los viejos. Además el cuidado que se otorga en este sistema no formal se caracteriza por el fuerte vínculo emocional que existe entre quien provee los cuidados y la persona que es cuidada (De la Cuesta, 2009 y 2004).

Así la red de apoyo más importante para el cuidado de viejos con algún grado de dependencia es la familia a



través de los cuidados familiares. Lo anterior es confirmado por los datos que ofrece Del Rey (1995), ya que el cuidado familiar en tiempo invertido representa un 88%, en comparación con tan sólo el 12% del tiempo invertido desde el cuidado formal por parte de las instituciones de salud.

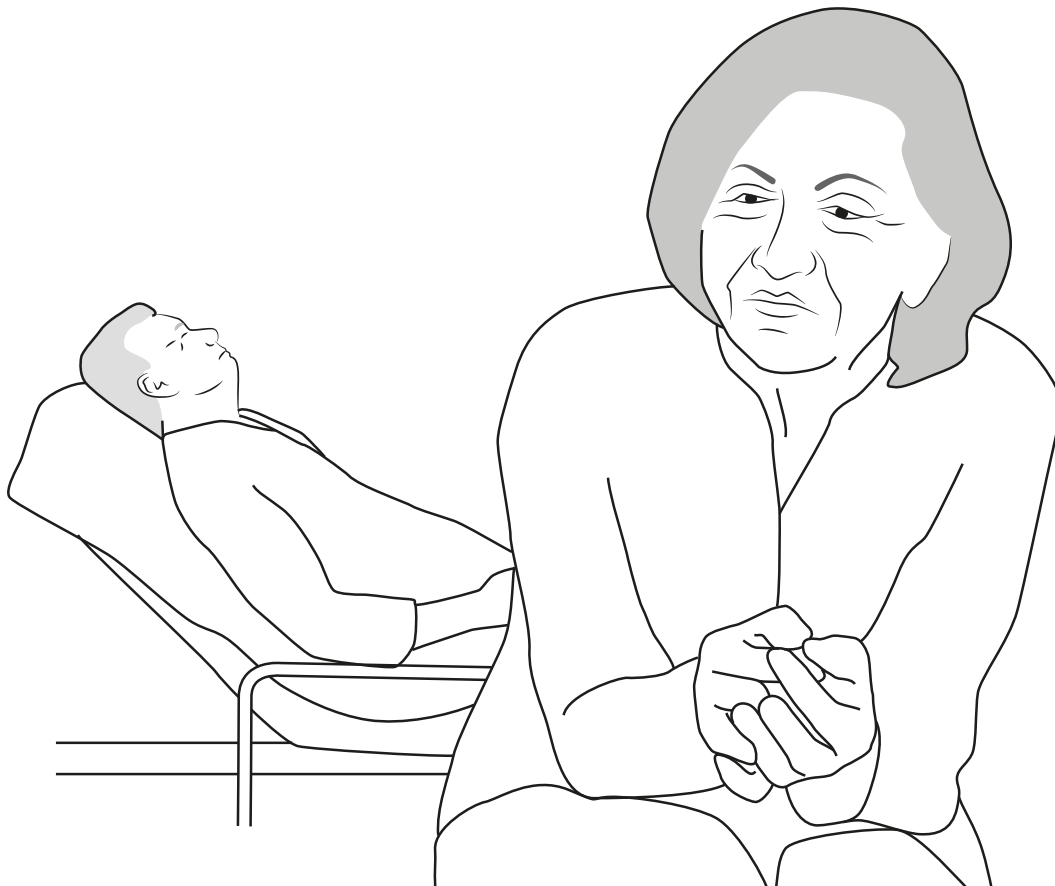
El cuidado familiar o informal representa ventajas y desventajas. Las ventajas del cuidado familiar para el anciano dependiente se centran en la posibilidad de permanecer en un espacio conocido, donde la persona que es cuidada se sienta segura, en un ambiente de familiaridad y confianza, lo cual puede fortalecer los lazos afectivos con la persona o personas que proveen los cuidados. Entre las desventajas se pueden encontrar la falta de preparación adecuada para realizar las actividades de cuidado, el desgaste emocional que se produce en el cuidador primario después de realizar la actividad de cuidado por periodos prolongados y los conflictos familiares que se producen cuando aparecen los problemas económicos y en la mayoría de los casos la escasez de equipos adecuados para favorecer el cuidado (De la Cuesta, 2009, 2004).

Sin embargo, aunque el cuidado familiar representa grandes ventajas tanto para quien es cuidado como para los sistemas de salud, la sobrecarga de los cuidadores familiares primarios, aún suele ser un tema pendiente, ya que está comprobado que a la larga los cuidadores de personas con alto grado de dependencia suelen presentar alteraciones en todas las áreas de su existencia. (De la Cuesta, 2009, 2004; Salvarezza, en Salvarezza, 1998).

## **¿Quién es el o la cuidadora?**

Se ha definido a la cuidadora o cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flórez Lozano et al., 1997, en De los Reyes, 2001).

La familia se ha configurado como protagónica en el cuidado de los adultos mayores dependientes, y en ocasiones constituye la única fuente de cuidados, sin embargo, es un sistema invisible de atención en salud.



**La mujer que cuida a un adulto mayor podría evitar la pasividad y tener objetivos y tareas personales.**

Las mujeres que se desempeñan como cuidadoras informales, ya sea por elección o por imposición moral y social son un grupo vulnerable, pues a pesar de que existe conocimiento de las condiciones desfavorables con las que tienen que lidiar las cuidadoras, no se han establecido mecanismos que permitan a las mujeres afrontar estas desventajas sociales y propicien el cuidado de su salud (De los Santos y Carmona, 2012).

Su participación es fundamental para que los ancianos, especialmente los más débiles, permanezcan en su entorno con una calidad de vida aceptable. Sin embargo, ser cuidadora puede convertirse en un proceso agotador, estresante, limitante y de explotación. En la actualidad, muchas de las cuidadoras son mujeres mayores de 60 años que tienen que cuidar a niños, enfermos, personas con discapacidad y a personas envejecidas dependientes.

## ¿Qué hace la o el cuidador?

El cuidador o cuidadora se encarga de apoyar a la persona que requiere asistencia en la realización de las actividades básicas (se refieren a las capacidades elementales de independencia para “comer, usar el excusado y controlar esfínteres y, a las inmediatamente superiores como asearse, vestirse y caminar”; actividades instrumentales (se refieren a las capacidades de las personas para ser independientes en la comunidad) y, de las avanzadas de la vida diaria (capacidad para llevar a cabo funciones complejas que le permitan a la persona participación y socialización activa). Entre las funciones que desempeñan las mujeres adultas mayores cuidadoras se encuentran las siguientes:

- Actividades del hogar como: cocinar, lavar, limpiar, planchar para la persona que requiere cuidado
- Acompañar para realizar actividades fuera del domicilio, por ejemplo acompañarle al médico, a la realización de trámites, etc.
- Apoyar a la persona en el desplazamiento en el interior del domicilio
- Supervisar o realizar acciones de higiene personal
- Administración del dinero y los bienes
- Supervisión en la toma de medicamentos
- Colaboración en tareas de enfermería
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado, por ejemplo, cuando la persona que requiere asistencia se comporta de forma agitada
- Favorecer la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse
- Hacer muchas “pequeñas cosas” tales como llevarle un vaso de agua, acercar la radio, conversar, leer, etc.

Al acercarnos al tema de las y los cuidadores de personas mayores, surgen numerosas y variadas cuestiones, relacionadas con quiénes son estas personas, cómo influye la situación de cuidado en sus vidas, qué necesidades concretas tienen, cómo se le puede ayudar a satisfacerlas.

“Cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando, como ya se ha mencionado. Socioculturalmente, por razones de género es

una función que tradicionalmente ha sido atribuida a las mujeres, por lo que quizás este grupo se sienta más identificado ante la temática”. Sin embargo, la experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador o de cuidadora a cuidadora (Sánchez, 2001). Las razones por las cuales la vivencia de cuidar a otro u otra es única, es posible identificarlas si respondemos a las siguientes preguntas:

<b>¿A quién se cuida?</b>	Puede o no ser mi familiar. Si lo es, esto puede tener implicaciones en la relación de poder. ¿Se trata de mi padre o madre, de mi pareja, de mi hermano(a) o de un hijo?
<b>¿Por qué se cuida?</b>	Me convertí en cuidadora por elección o porque era la única soltera, la viuda, la que tenía menos hijos, la que vivía en esa casa, porque soy la más joven o porque todos han decidido que a mí me toca, o por cuestiones económicas.
<b>¿En la historia de vida de los involucrados qué elementos nutren de manera positiva la relación actual?</b>	Tal vez no me llevé bien con la persona que requiere cuidados, pero ambos tenemos la disposición de perdonarnos o aceptarnos.
<b>¿Qué espero lograr con los cuidados que proveo a ese otro u otra?</b>	Espero proporcionar un apoyo, buscar un perdón, expiar culpas de hechos pasados o inconscientemente busco ser testigo de una situación de desventaja, satisfacción personal o porque espero un beneficio económico.
<b>¿Cuál es la causa y el grado de dependencia de la persona que se cuida?</b>	Es necesario conocer la situación precisa de la persona que requiere cuidado, así como su pronóstico.

<p><b>¿Cuento con los conocimientos y las herramientas y elementos necesarios para desempeñar mi tarea?</b></p>	<p>Tengo que preguntarme si conozco procedimientos, si he recibido alguna capacitación, si físicamente estoy en condiciones y si cuento con asesoría, etc.</p>
<p><b>¿Se tiene alguna ayuda adicional por otros miembros de la familia?</b></p>	<p>Tengo que preguntarme con quién o con quiénes cuento. Tal vez no todos mis familiares pueden estar aquí, pero pueden aportar económicamente, otros colaborar en los traslados, etc.</p>
<p><b>¿Cuento con apoyos fuera de la familia?</b></p>	<p>Debo pensar si tengo amigos o vecinos o apoyo de otros cuidadores que me brinden información, apoyo instrumental o afecto. Así como averiguar qué apoyos institucionales están a mi alcance.</p>
<p><b>¿Qué exigencias me impongo de manera personal para desempeñar las tareas de cuidado del otro u otra?</b></p>	<p>A veces quiero ser la mejor, siento que con mis cuidados la persona debe mejorar y recuperarse. Debo ser realista y analizar su condición y pronóstico.</p>

Responder a estos cuestionamientos no es una tarea sencilla, sobre todo cuando el o la cuidadora se percata de que su tarea está vinculada a una obligación, a un mandato o la imposibilidad de vislumbrar opciones. Es decir, quien cuida lo hace porque tiene que hacerlo, porque no existe otra persona que lo haga o porque no se cuenta con los medios económicos para que alguien más lo realice.

## **El cuidado y sus consecuencias en el cuidador**

Los cuidadores y cuidadoras saben que a medida que se extiende en el tiempo la tarea de cuidado su vida comienza a experimentar muchos cambios en distintas áreas de la vida. Es necesario que el cuidador esté preparado para atravesar por un proceso de ajuste que, la mayoría de las ocasiones, viene acompañado por tensiones y dificultades en los niveles individual y familiar. Resulta de gran importancia que el cuidador desarrolle estrategias y herra-

mientas que le permitan afrontar los retos físicos, emocionales y sociales que implica esta tarea. Algunos cambios que se presentan durante la tarea de cuidar son:

## a) Cambios en las relaciones familiares

Aunque muchas familias son muy unidas o se han relacionado a lo largo de su historia de convivencia de manera positiva, cuando se presenta una situación de dependencia de alguno de sus miembros se pueden

generar tensiones y dificultades. Éstas están vinculadas a la forma en la que se toman decisiones respecto al cuidado o atención de la persona dependiente, a las actitudes de unos hacia otros o a la forma en la que se dividen o se distribuyen las tareas de cuidado. También es importante mencionar que cuando existe una persona dependiente en el hogar los gastos se incrementan y con ello también se pueden presentar fricciones en las familias.

Algunos de los temas que generan mayor conflicto pueden ser:

<b>¿Dónde va a vivir la persona que requiere cuidados?</b>	Recuerde considerar los deseos de la persona que requiere cuidados y también la factibilidad y necesidad de realizar cambios importantes.
<b>¿Quién o quiénes serán los cuidadores primarios?</b>	Cuando las tareas de cuidado se realizan basadas en un acuerdo o necesidad ineludible.
<b>¿Cómo se distribuirán los gastos?</b>	Si cuido, no puedo trabajar todo el tiempo. Es importante que la familia discuta cómo se van a distribuir los gastos.
<b>¿Cómo pueden apoyar quienes no serán cuidadores primarios?</b>	Los familiares que no son cuidadores primarios pueden proporcionar apoyos como el transporte o el cuidado de la persona los fines de semana o algunas tardes, pueden colaborar económicamente, etc.
<b>¿Quién o quiénes tienen una mayor responsabilidad?</b>	Es importante que recordemos que todos los familiares directos tienen la misma responsabilidad.
<b>¿Qué pasa con la familia nuclear del cuidador o cuidadora?</b>	Se debe tener especial cuidado en propiciar siempre espacios para la convivencia de cuidador y su familia.

Es importante que, en la medida de lo posible, se hable, se externen puntos de vista y se traten de tomar decisiones por consenso debido a que no siempre todos estarán de acuerdo. Es importante que se promueva que todos los involucrados colaboren y que en el interior de la familia se comprenda que el cuidador o cuidadora primario, deberá tener un apoyo tan significativo y continuo como el de la persona dependiente. Debe apreciarse y reconocerse su labor en todo momento.

Además, no se debe perder de vista que el cuidador o cuidadora puede tener una familia o una pareja que seguramente se verán afectadas por la nueva situación. Es importante que se promueva el uso de espacios de tiempo destinados exclusivamente a ellos. De lo contrario, pueden presentarse problemas adicionales como separaciones de pareja o rupturas familiares que podrían agobiar aún más al cuidador.

## **b) Cambios en el trabajo y en la situación económica**

Para la mayoría de los cuidadores y cuidadoras es muy complicado combinar sus actividades laborales y las de cuidado. Esto se debe,

por un lado, a que la demanda de tiempo y necesidades de la persona dependiente son muy abundantes. El cuidador muchas veces es quien tiene que acompañar a las citas médicas, a las terapias, hacerse cargo de la alimentación, etc. Estas actividades traen como consecuencia requerir permisos en el trabajo o incumplimiento de las obligaciones laborales. Es entonces cuando muchas y muchos cuidadores se ven en la necesidad de abandonar sus empleos para dedicar todo el tiempo a sus labores de cuidado. Por otro lado, también se puede presentar un conflicto emocional, pues el cuidador siente que abandona a su familiar cuando sale a trabajar y muchas veces esta presión también conduce al cuidador al abandono del empleo o a la disminución de la jornada laboral.

Lo anterior implica una disminución de los ingresos familiares y, por consiguiente, una presión adicional, pues los gastos derivados de enfermedades y situaciones de dependencia tienden a elevarse mucho, lo que genera una situación adicional de estrés.

### **c) Cambios en el tiempo libre**

El cuidado de otra persona implica mucha responsabilidad, exige mucho tiempo y mucha dedicación. Uno de los principales cambios en la dinámica de vida de los cuidadores es el hecho de que sus tiempos de ocio y recreación disminuyen o se extinguen e incluso, muchas veces, se alejan de amistades, actividades e intereses debido a su función de cuidado. Cuando estas situaciones no son consideradas y no se les da la importancia que tienen, es frecuente que el cuidador presente sentimientos de tristeza y aislamiento.

### **d) Cambios en la salud**

Es muy frecuente que las cuidadoras manifiesten sensación de cansancio físico y también refieran una percepción de deterioro continuo de su propio estado de salud a partir del inicio de sus actividades como cuidador. Desafortunadamente, no se trata de una “percepción”, es una realidad, pues cuando se comparan a personas que cuidan, con personas sin esa responsabilidad, las que cuidan tienen una peor salud. En este sentido, el desarrollo de habilidades de autocuidado es funda-

mental para evitar el deterioro del estado de salud.

### **e) Cambios en el estado de ánimo**

La experiencia de cuidar, sobre todo cuando se trata de una persona a quien queremos o con quien hemos convivido por mucho tiempo, implica además un desgaste emocional que podría tener consecuencias psicológicas negativas. Algunos de los sentimientos que han referido los cuidadores con mayor frecuencia son: tristeza, desesperación, indefensión, falta de esperanza, enojo, enfado o irritabilidad, ansiedad o preocupación y culpa.

Es frecuente que al experimentar tantos cambios, nuevas responsabilidades, dolor, falta de tiempo libre, rupturas familiares, etc. el o la cuidadora comience a sentirse agobiado por estos sentimientos. Es muy importante que se desarrollen estrategias individuales, familiares e institucionales para proporcionar un soporte emocional que le permita seguir desempeñando sus actividades sin riesgo para él o ella o para la persona que cuida.



Favorecer un adecuado manejo emocional en el cuidador será fundamental para el establecimiento de una relación sana entre la persona que cuida y la receptora de cuidados. Para lograrlo, el primer paso es fomentar el autoconocimiento de las propias emociones y sentimientos que a menudo pueden ser negativos, sobre todo en aquellas personas que tienen ya un tiempo prolongado desempeñando dicha tarea.

## La satisfacción de cuidar

A pesar de todos los cambios y dificultades que hemos mencionado, cuidar puede ser una actividad que permita a la persona desarrollarse, ya sea por el hecho de aprender cosas nuevas, asumir retos, responsabilidades, enfrentar problemas, resolver conflictos o simplemente porque cuidar genera un sentimiento de satisfacción. Es importante que las cuidadoras logren mirar también todas esas cualidades de sí mismos que no conocían antes de comenzar a cuidar, las valoren y las desarrollen, pues esta experiencia también puede enriquecer a los seres humanos.

Para que esta actividad resulte positiva es muy importante que la cuidadora siga una serie de recomendaciones para lograr un manejo adecuado de sus emociones y así evite problemas adicionales que puedan afectar su estado de salud. Entre ellas encontramos:

- Expresar las emociones que se generan durante la actividad de cuidados.
- Identificar en qué momentos de la actividad de cuidados aparecen las emociones no constructivas en la relación con el receptor de cuidados.
- Aprender a identificar el momento adecuado para expresar las emociones, particularmente aquellas relacionadas con la ira.
- Establecer redes de apoyo emocional ya sea con profesionales, grupos de ayuda mutua, familiares o amigos para favorecer la expresión emocional.
- Establecer ejercicios de relajación que permitan mantener un adecuado equilibrio emocional.

- Aprender a manejar la tristeza ante aquellas situaciones que no se pueden cambiar en relación a las actividades del cuidado.
- Establecer objetivos realistas en cuanto a la mejoría o deterioro de la persona que es cuidada.
- Ser realistas respecto de las capacidades, habilidades y conocimientos que se poseen como cuidador, al mismo tiempo de las características y realidad en la que se encuentra la persona que es cuidada.

## **Respeto y dignidad en las actividades de cuidado**

El respeto nos obliga a mirar al otro como un ser pensante, capaz de



Los cuidados que proporciona la mujer cuidadora no se limitan al cuidado físico y administración de medicamentos.

tomar decisiones propias, con un grado de autoridad personal sobre sí mismo, en donde no tienen cabida la mentira, el engaño o la calumnia. El respeto exige un trato amable y sincero pues éste es la esencia de las relaciones humanas en cualquier ámbito. El respeto hacia el otro favorece un clima de seguridad, confianza y receptividad, lo cual permite la aceptación del otro como persona, con todas y cada una de sus virtudes, pero también con todas las limitaciones que posee. El respeto entendido de esta manera no admite burlas, exhibición, humillaciones o cualquier otra forma que denigre a la existencia humana. Establecer una relación de cuidado bajo estas características tiene como resultado el crecimiento personal, la afirmación de la autonomía individual.

Por tanto respetar al otro en una relación de cuidado significa la aceptación incondicional del otro, tal y como es; la aceptación sincera de todo lo que es, de lo que podría ser con el apoyo adecuado y también de lo que no podrá ser o hacer.

En cuanto al segundo concepto, la dignidad se define como: "...calidad de digno; que merece algo, en sentido favorable o adverso; corres-

pondiente, proporcionado al mérito y condición de una persona o cosa..." (Real Academia Española, 2001).

Para Seifert (2001), la dignidad es un concepto que está íntimamente relacionado con la noción de valor, valía o ser valioso y denota tres acepciones que se derivan del mismo, al hacer una correlación directa e inseparable el valor intrínseco, el bien que favorece la vida de las personas y finalmente el bienestar percibido por las personas desde sí mismas. Por lo tanto, cuando el autor se refiere la dignidad de la vida humana se refiere a un valor objetivo e intrínseco. Esta dignidad es inseparable de la condición personal y, a su vez, la condición personal es inseparable de la dignidad, existe una relación que es imposible de separar en y para la existencia humana.

La dignidad humana puede ejemplificarse como las oportunidades que tienen las personas para ser y hacer en la vida, a partir de su propio marco de referencia; cuando las personas han perdido dichas capacidades es entonces que las fuentes antes mencionadas se ven cortadas, en sí mismas las personas son socavadas en su propio ser y hacer en la vida, por lo tanto la dignidad también se ve empobrecida, minada, destruida.

Al mismo tiempo la humanidad que reside en las personas también se aniquila.

De la misma manera cuando en las tareas de cuidar y ser cuidado alguno de los involucrados a través de su actuar se comporta de manera irrespetuosa coarta la dignidad del otro u otra, teniendo como consecuencia el aniquilamiento total del ser.

## Riesgos para el cuidador

Los riesgos que implican hoy en día para las mujeres y hombres asumir la tarea de cuidar (para el grupo de mujeres a partir de la atribución de los roles femeninos) la situación se vuelve más severa y totalizante por lo que en este apartado nos referiremos mayoritariamente a la actividad de las mujeres como cuidadoras de un adulto dependiente (en cualquier nivel de dependencia). Aunque la lista de situaciones de cambio y con ello de posibles riesgos podría ser infinita, en este apartado se presentan las siguientes categorías: (1) Riesgo físico, (2) Riesgo personal-social, (3) Riesgo psicológico, (4) Riesgo económico-laboral (Dakduk, 2010).

- **Riesgo físico.** Uno de los costos asociado a los múltiples roles

que desempeñan las mujeres es su propia salud, lo que se traduce en consecuencias físicas para las cuidadoras, las cuales podrían variar de acuerdo al nivel de dependencia de las personas que se encuentran a su cuidado y sus propias condiciones psicológicas, biológicas y sociales, pues la cantidad de esfuerzo físico y exigencia corporal (asear, alimentar, cargar, trasladar, movilizar total o parcialmente) podrían incidir en distintos grados de deterioro, que afectarían a corto o largo plazo el bienestar general de la cuidadora.

- **Riesgo personal-social.** Otro factor de riesgo para las mujeres cuidadoras está asociado a la dimensión personal-social de la tarea del cuidado, en donde podríamos incluir aspectos tales como: las relaciones de pareja, relación y cuidado de los hijos, abandono del trabajo, pérdida o cambio de empleo, sacrificar aspiraciones, metas e incluso todo un proyecto de vida.
- **Riesgo psicológico.** La sobrecarga del cuidado junto a otros compromisos que deben abandonar o asumir, se tornan estresantes para las mujeres cuidadoras, pues

el cuidado se convierte en el eje central que confiere sentido a su cotidianidad, lo cual produce sensaciones de malestar, agobio, ahogo, exceso de trabajo, depresión, desesperanza, entre otras respuestas emocionales (De la Cuesta, 2009, 2004; Izal, Montorio, Márquez, Losada & Alonso, 2001; IMSERSO, 2005; Julve, 2007; Mier, Romeo, Canto y Mier, 2007 en Dakduk, 2010). En consecuencia las actividades de cuidado se experimentan como una carga, pero al mismo tiempo genera culpa pensar que molesta, a lo que se añade la pérdida de intimidad como un hecho objetivo que trastoca las relaciones y restringe los espacios sociales para resolverlos.

- **Riesgo económico – laboral.** Otro cambio que acompaña el reto de cuidar en las mujeres y que se traduce posteriormente en una situación de riesgo es lo relativo al ámbito económico y laboral. Para muchas mujeres el acto de cuidar podría implicar renunciar a sus compromisos laborales y depender económicamente de otros miembros de la familia. Adicionalmente, el costo asociado a la enfermedad podría

comprometer seriamente el presupuesto familiar.

## **El síndrome de burnout (síndrome de agotamiento)**

El burnout o desgaste emocional es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. El ser cuidadora o cuidador representa un evento estresante y cargado de tensión emocional (Manzano, 2008, 2007 y 2002). Los efectos del burnout en las personas que proveen de algún tipo de cuidado son:

- Afecta negativamente la resistencia del o la cuidadora, haciéndolo más susceptible al desgaste.
- Favorece la respuesta silenciadora, que es la incapacidad para atender las necesidades o demandas tácitas de quien recibe los cuidados y terminan resultando abrumadoras.

El cuadro se agrava gradualmente con relación directa al tiempo de estar proveyendo cuidados. Inicial-

mente los procesos de adaptación pueden proteger al o la cuidadora pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.

La relevancia central del burnout es que es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación por contacto intenso y continuado). El proceso incluye (Savio, 2008):

1. Exposición gradual al desgaste.
2. Desgaste del idealismo o sentido enriquecedor de la praxis.
3. Modificación en la percepción de logros.
4. En casos extremos manifestación de violencia y abuso dirigido a quien se cuida.

Los síntomas observados en los y las cuidadoras pueden dividirse en:

- Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, entre otros.

- Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etcétera.
- Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etcétera.
- Relacionados con la actividad: olvidos frecuentes en actividades sencillas, falta de rendimiento, manifestaciones de violencia, etcétera.
- Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etcétera.

A continuación presentamos algunos ejemplos de signos de alarma:

El síndrome de agotamiento es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones negativas, manifestadas durante un tiempo prolongado al realizar las actividades cotidianas de cuidado. La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es muy extensa y pueden ser leves, moderados, graves o extremos.

En la medida en que el cuidador o cuidadora se percate de la aparición

<b>Trastornos de sueño</b>	Me despierto en las noches, no puedo conciliar el sueño o hay pensamientos que no se detienen y no me permiten dormir. También puede ocurrir que estoy somnolienta durante el día, me quedo dormida cuando estoy conversando, cuando veo la televisión o cuando estoy realizando alguna actividad.
<b>Fatiga crónica</b>	Siento que estoy cansada todo el tiempo, no tengo ganas de hacer actividades, de salir, hacer ejercicio. Si me invitan al cine o a una reunión, estoy tan fatigada que prefiero no ir. Siento que no tengo la energía que tenía cuando comencé mis tareas de cuidado.
<b>Aislamiento</b>	Prefiero ya no hablar por teléfono con mis familiares o amigos, si me invitan a salir digo que no puedo e invento excusas diversas, ya no quiero ver a mis amigos y me he alejado de mi familia o de mi pareja.
<b>Consumo excesivo de sustancias</b>	Ahora tomo mucho café para tratar de mantenerme alerta, fumo más que de costumbre o he comenzado a fumar. Puede ser que esté consumiendo más alcohol que antes.
<b>Consumo excesivo de medicamentos</b>	Ahora tomo muchos medicamentos porque con frecuencia me duele la cabeza, la espalda o las piernas. He comenzado a requerir medicamentos para poder dormir o para controlar la ansiedad.
<b>Problemas físicos</b>	Últimamente no aguanto la espalda, no encuentro una posición cómoda, tengo gastritis o colitis y sin motivo siento que me tiemblan las manos o la cara.
<b>Dificultades en la concentración y memoria</b>	Me he dado cuenta que se me olvidan mucho las cosas, ya no puedo poner tanta atención como antes.
<b>Cambios en el apetito</b>	Como mucho, tengo hambre todo el tiempo o se me ha quitado el apetito, ya nada se me antoja y prefiero postergar mis horas de comida.
<b>Cambios frecuentes de humor</b>	De pronto me siento muy irritable, grito mucho y me siento enojada con frecuencia. En ocasiones lloro sin motivo aparente, estoy muy sensible.

<b>Falta o disminución del interés</b>	Había muchas cosas que me gustaba hacer antes de ser cuidadora pero ahora casi nada me interesa, ya no tomo clases, no escucho la música que me gusta o no me interesa ese programa de televisión que antes no me perdía por nada.
<b>Acciones repetitivas y exageradas</b>	Me la paso limpiando una y otra vez, aun cuando ya sé que todo está reluciente. Estoy todo el tiempo revisando los medicamentos y las recetas por miedo a equivocarme. Todo el tiempo le pregunto las mismas cosas a la persona que cuido.
<b>Dar demasiada importancia a pequeños detalles</b>	Me molestan mucho pequeñas acciones de los demás como por ejemplo que desorganicen mis cosas, que hagan comentarios sobre mi forma de cuidar, incluso que me pregunten cómo estoy: "Todos saben que estoy cansada".
<b>Dificultad para superar sentimientos</b>	Me siento muy nerviosa y angustiada. Antes podía manejar y superar esos sentimientos con facilidad. Ahora ya no puedo.
<b>Propensión a sufrir accidentes</b>	Me siento torpe y me distraigo fácilmente, me tropiezo, me pego y me accidento con gran facilidad.
<b>Incapacidad para admitir que la tarea de cuidado le afecta</b>	A mí no me afecta la tarea de cuidado, de hecho lo hago muy bien y podría seguir haciéndolo por mucho tiempo. Los demás están equivocados, yo estoy bien y es más, si yo permitiera que los otros cuidaran, seguro lo harían mal y mi familiar estaría en riesgo. Nadie lo hace mejor que yo.
<b>Agresión y violencia</b>	Comienzo a gritar a las personas a mi alrededor, no tengo paciencia e incluso he maltratado física o verbalmente a la persona que cuido. No tolero que tire la comida, que no orine o defeque a sus horas o lo regañe porque no come o no se comporta como yo quisiera.
<b>Sentimientos de culpa</b>	Me siento culpable porque siento que podría hacer las cosas mejor, siento que no hago nada bien y además no quiero hacer nada por mí. El tiempo que uso para mí misma es el tiempo que descuido a mi familiar.



de estos síntomas, entonces estará en mejor posición para identificar el mejor momento para solicitar ayuda profesional y así evitar la progresión a los síntomas graves.

Como se trata de un síndrome de carácter psicológico, las estrategias para evitar el colapso han de incidir en el propio cuidador, en sus relaciones interpersonales, en el ámbito laboral y en la misma organización familiar. En el plano individual las estrategias adecuadas para minimizar los efectos del burnout pasan por detectar y atacar las fuentes de estrés. Por lo menos se hace necesario el entrenamiento del cuidador en la solución de problemas, en la asertividad y en el manejo del tiempo libre (Van Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1998).

## Recomendaciones

Sabemos que todos los días los cuidadores definen sus actividades y desempeñan sus labores de manera organizada. Sin embargo, muchas veces consideran como su prioridad principal el cuidado del otro y se dejan a sí mismos olvidados. Con la finalidad de evitar esta situación, te proponemos que cuando elabores un plan de actividades consideres los siguientes aspectos:

**Jerarquiza.** Todas las actividades que tengas que hacer y que te gustaría realizar deben ser organizadas en relación con su importancia. Haz dos columnas, una relacionada con la persona cuidada y otra contigo. Estima el tiempo que se requiere. Finalmente, combina ambas columnas. Probablemente no se podrá llevar a cabo todo hoy o esta semana, pero ya tienes la lista preparada y podrás intercalarlas cuando se disponga de tiempo.

**Sé realista al planear.** Tenemos que aceptar que no podremos satisfacer todas las necesidades de la persona que cuidamos, ni tampoco podremos complacer a toda la familia, a todos los amigos o a todas las personas. Es necesario que analicemos qué tareas podemos realizar y nos corresponden y cuáles puede hacer la persona dependiente y el resto de la familia por sí mismos.

**Aprende a delegar.** Muchas veces el o la cuidadora manifiesta su incomodidad por la falta de tiempo o el exceso de responsabilidades, pero es muy cierto que muchas veces a pesar de que otras personas le ofrecen ayuda en diferentes tareas, el cuidador tiene la sensación de ser la única persona que podrá hacerlo bien. Es necesario que aprendas



La mujer cuidadora debe planear sus actividades de cuidado, solicitar asesoría cuando sea necesario y dedicar tiempo para su persona, de lo contrario se agotará y enfermará.

a delegar, que permitas que otras personas se responsabilicen, de otra forma, todo será mucho más agotador.

**Busca, conoce y usa tus redes de apoyo.** En la comunidad hay muchos grupos e instituciones que pueden apoyar a la mejor realización de la tarea de cuidado. Si tienes dudas, requieres capacitación o información, instituciones públicas (ISSSTE, IMSS, SSA, DIF) te pueden apoyar. También existen asociaciones civiles que brindan apoyo emocional o información relevante. No olvides que existen también asociaciones religiosas que dan soporte espiritual para quien requiere cuidado pero también para el cuidador.

**Realiza una evaluación periódica.** Recuerda que tu plan de actividades se puede modificar. Analízalo, revísalo y, si es necesario, haz las adecuaciones necesarias para que funcione lo mejor posible.

Toma tiempo de respiro. Incluye en tu plan espacios para ti, para el ocio, para realizar actividades fuera del ámbito de cuidado, por lo menos una vez a la semana, un día completo. Esto te permitirá descansar y separar de tus pensamientos la labor de cuidado un tiempo. No te sientas

culpable, destinar tiempo para ti, beneficia a la persona que cuidas más de lo que te imaginas.

Sin embargo, cuando la enfermedad ha superado sus primeros estadios y las estrategias reseñadas nada pueden hacer por acortar su desarrollo, se pueden llegar a sugerir que los cuidadores abandonen la tarea al menos temporalmente.

También es importante fortalecer los vínculos interpersonales del cuidador, tanto en lo personal como en lo profesional, ofreciendo el apoyo necesario y fomentando sistemas de apoyo y solicitar la ayuda profesional que incluya la participación en proceso psicoterapéuticos, individuales o de grupo o su inclusión en grupos de ayuda mutua para cuidadores.

Si tiene algunas de las molestias relacionadas con el síndrome de agotamiento antes señaladas responda a la siguiente prueba de detección, en el caso de tener un puntaje igual o mayor a 47, necesita modificar su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

Escala de evaluación:

indican sobrecarga intensa.

Puntuación

0= Nunca

1= Rara vez

2= Algunas veces

3= Bastantes veces

4= Casi siempre

- Puntuación menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga.
- Puntuaciones entre 47-55 indican sobrecarga leve.
- Puntuaciones mayores de 55

PREGUNTAS		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que la persona que cuida le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido a las horas que le dedica a la persona que cuida no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de la persona que atiende con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de la persona que cuida?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de la persona que cuida?					
6	¿Piensa que el cuidar a la persona que usted atiende afecta negativamente la relación que tiene con otros miembros de la familia de la persona que cuida?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de la persona que cuida?					
8	¿Piensa que la persona que cuida depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de la persona que cuida?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a la tarea o trabajo de cuidador?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a la tarea o trabajo de cuidador?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que fungir como cuidador?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por ser cuidador?					
14	¿Piensa que la persona que atiende considera que sólo usted la puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos por fungir como cuidador?					
16	¿Piensa que no será capaz de fungir como cuidador por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a fungir como cuidador?					
18	¿Desearía dejar de fungir como cuidador?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con la persona que cuida?					
20	¿Piensa que debería hacer más por la persona que cuida?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a la persona que atiende?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de ser cuidador?					

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

**\*Fuente:** Zarit SH. Long Term Care Health Serv Adm Q 1978; 2(2):150-162.

Marque con una X el diagnóstico. **Sin sobrecarga (menos de 47)**  **Sobrecarga leve (48-55)**  **Sobrecarga intensa (más de 55)**

Observaciones: \_\_\_\_\_

Evaluador(a) \_\_\_\_\_ Supervisor(a) \_\_\_\_\_

## En síntesis:

- La persona cuidadora es aquella que atiende, asiste y vela por la satisfacción de necesidades y bienestar de otro; estas necesidades pueden ir desde las más básicas hasta las más complejas.
- Durante la actividad de cuidar a otro siempre estará presente la posibilidad de aprender de uno mismo y de la persona que es cuidada; sobre todo cuando la relación que se establece se torna constructiva y respetuosa de la dignidad de los involucrados.
- Al establecer estrategias personales que ayuden a mitigar el estrés, la sobrecarga de trabajo y el manejo adecuado de emociones, la cuidadora o cuidador está en posibilidad de mantener un buen equilibrio en su estado de salud.
- La tarea de cuidar de los ancianos dependientes tradicionalmente se ha depositado en las mujeres, por tanto resulta imperativo para las mismas contar con conocimientos y herramientas que le permitan llevar a cabo esta tarea cuidando de sí misma y del otro.
- El cuidado es una tarea compleja para la cual pocas personas se han preparado y que casi todas habrán de desempeñar en algún momento de sus vidas.

## Referencias

- Dakduk, S. (2010). Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, julio/diciembre. VOL. 15/No. 35. pp. 73-90.
- De la Cuesta C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*; 13(1):139.
- De la Cuesta C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XXVII, núm. 1, marzo, pp. 96-102, Universidad de Antioquia. Colombia.
- De los Reyes M. C. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos IV reunión de antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre. Curitiba, Brasil.
- De los Santos A., P. V. y Carmona Valdés, S. E. (2012). Cuidado informal: una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia* 4: 138-146.
- Del Rey, M. L. (1995). Cuidados informales. *Rev. Rol. Enferm*; 202:61-65.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Giraldo, Franco y Correa, [et. al.] (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. vol.23. No.2 Medellín.
- Zaintzea (2010). *Guía para personas cuidadoras*. Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao.
- Manzano, G. (2002). Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: estrés relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento, *Ansiedad y estrés*, No. 2-3, pp. 225-244.
- Manzano, G. (2007). Estrés específico. "Burnout" en cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes, en Giró, J., *Envejecimiento, autonomía y seguridad*, Universidad de La Rioja, pp. 197-216.

- Manzano, G., (2008) Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería: prevalencia e intervención, *Intervención Psicológica*, vol. 91-92, pp. 23-31.
- Maslow, Abraham H. (1998). *El hombre autor realizado: hacia una psicología del ser*. Barcelona: Kairós.
- Max-Neef, M. (1993). *Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y reflexiones*. Barcelona: Nordan-Icaria.
- Nussbaum M. (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano: El enfoque las capacidades*. Barcelona: Herder.
- Pierson P. (1999). Considering the nature of intersubjectivity with professional nursing. *J Adv Nurs*; 20(2): 294-302.
- Castro Espejo, R. E., Solórzano Gil, H. P., Vega Chavez, E. P. (2009). *Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia en la localidad de Fontibón: Bogotá DC (tesis de pregrado)*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Salvarezza L. (1998). La capacitación en gerontología. en Salvarezza L. (comp.): *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, B. (2001). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Investigación y educación en enfermería*. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Volumen XIX, No. 2.
- Savio, S. A. (2008). El síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática*, 5(8), 121-38.
- Schaie, W. y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Seifert, J. (2002). Dignidad humana: dimensiones y fuentes en la persona humana, en AA. VV. *Idea cristiana del hombre*. Pamplona: EUNSA.
- Sen, A.(2000a). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza.

Sen, A. (2000b). *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Editorial Planeta.

Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. Buunk, B. (1998). The Evaluation of an Individual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83. No.3, pp.392–407.



## Glosario

**Actividades Básicas de la Vida Diaria:** Son las capacidades elementales de independencia como comer, usar el excusado (retrete) y controlar esfínteres, asearse, vestirse y poder caminar, las cuales son esenciales para el autocuidado.

**Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** Son las capacidades que tiene el adulto mayor para ser independiente en la comunidad, como el poder ir de compras, preparar alimentos, realizar la limpieza doméstica manejar las finanzas, usar el transporte, usar el teléfono y el autocuidado de la medicación.

**Actividades Avanzadas de la Vida Diaria:** Son las capacidades físicas, mentales y sociales que le permiten al adulto mayor tener una participación y socialización activa, como el poder programar y participar dinámicamente en actividades de ocio, de trabajo, deportes, formación académica y viajar de manera independiente.

**Androcentrismo:** Serie de actividades instrumentales que adquieren jerarquía en el mundo social donde el referente es lo masculino.

**Autoconcepto:** La idea que una persona tiene de sí misma como individuo poseedor no sólo de un cuerpo físico, sino también de emociones, pensamientos, saberes, miedos, destrezas, habilidades y capacidades para lograr las metas que se ha propuesto.

**Capacidades cognitivas:** Facultades de la persona para procesar la información a través de la percepción. Incluye procesos como el aprendizaje, razonamiento, atención, memoria, lenguaje, comprensión y resolución de problemas.

**Capacidades humanas centrales:** Conjunto de libertades inherentes a los seres humanos con las cuales es posible vivir humanamente, la ausencia de éstas coloca a las personas, y particularmente a las mujeres, en los márgenes de la inhumanidad.

**Capacidades humanas:** Lo que podemos hacer porque somos seres humanos y tenemos cuerpo de humanos. Poderes y posibilidades que tenemos como seres humanos, para vivir nuestra vida en un grupo social: capacidad sapiens, capacidad erótica, capacidad lúdica, capacidad económica, capacidad política, capacidad faber.

**Capacidades psicoafectivas:** Facultades de una persona para desarrollar una buena autoestima, seguridad, sentido de pertenencia, satisfacción con la vida y afecto.

**Carga genética:** Características genéticas que influyen en el funcionamiento celular, de órganos y sistemas, así como en los cambios biológicos que se presentan en los diferentes momentos del ciclo de vida, las cuales son determinadas por la herencia transmitida por los progenitores a través de los cromosomas.

**Colágeno:** Es la proteína más abundante del organismo (alrededor del 30%), se encuentra en la piel, los ligamentos, los tendones, los huesos, los cartílagos, los vasos sanguíneos y otros tejidos conectivos.

**Complejidad:** Cualidad de lo que está compuesto de diversos elementos interrelacionados, que como un conjunto exhiben propiedades y comportamientos no evidentes a partir de la suma de las partes individuales.

**Comunidad:** Grupo de personas que tienen una carga, una razón, un quehacer en común. Que se comprometen a sacar adelante un proyecto entre todas y todos, sin competir, sin querer ganar, sino lograr eso que se han propuesto en común porque para todas y todos es importante.

**Condiciones materiales:** Distribución de los recursos y oportunidades reales que tienen las personas en los contextos sociales y culturales para vivir una vida digna.

**Corporeidad:** La forma particular y subjetiva de vivenciar, entender o describir el cuerpo, independientemente de su edad, estado de salud, género, raza o etnia.

**Cuidado:** Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro.

**Cuidador:** Es la persona que se encarga de apoyar a la persona que requiere asistencia en la realización de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

**Dignidad humana:** Manifestaciones de libertad, autonomía, independencia y emancipación para ser y hacer en la vida de manera autónoma.

**Ejercer nuestras capacidades humanas:** Utilizar nuestras capacidades humanas para comprender nuestra vida, nuestro mundo, para pensar en lo que queremos, para tomar decisiones y para hacer las cosas como nosotras decidimos. Mientras más usan nuestras capacidades humanas otras personas para sus propios fines, más se debilitan. Mientras más utilizamos y compartimos nuestras capacidades humanas, más las fortalecemos.

**Emancipación:** Separación o liberación de un poder que nos oprime, que nos roba nuestras capacidades humanas y las usa a su favor y en contra nuestra y de nuestro grupo social.

**Estereotipos de género:** Ideas preconcebidas que intentan describir y definir las características de cada sexo (hombre, mujer), más allá de los aspectos biológicos.

**Expresividad:** Actividades que demuestran emociones positivas como el afecto, la sutileza y el cuidado que tradicionalmente se espera de las mujeres.

**Feminización del envejecimiento:** Se determina debido a que, del total de la población adulta mayor en el mundo, se sabe que en contraposición con los hombres, las mujeres viven más tiempo.

**Género:** Conjunto de disposiciones, prácticas y atribuciones asignadas arbitrariamente a hombres y mujeres en una sociedad y cultura, mediante las cuales se transforma la biología en productos de actividad humana.

**Glucosilación:** Proceso bioquímico en el que se adiciona una molécula de glucosa a otra generalmente de tipo proteica o lipídica. Puede ocasionar daño estructural principalmente en vasos sanguíneos cuando el mecanismo es frecuente o prolongado, como en el caso de la diabetes mellitus.

**Grupos sociales:** Personas que viven de manera parecida con problemas parecidos, con manera de enfrentar los problemas de manera parecida, que viven con necesidades económicas y empleos (o desempleos) parecidos, que se distinguen de otros por su manera general de pensar, de vivir, de querer, de planear su vida. En la historia, algunos grupos sociales quieren dominar sobre otros para que estén a su servicio y los otros de una u otra forma, se resisten a ser dominados. Hay grupos sociales pequeños, como las familias o los barrios, y grandes, como los empresarios, los trabajadores o los profesionistas.

**Heterogeneidad:** Formado por elementos desiguales, de distinta naturaleza, diferentes entre sí.

**Holístico:** Global, unificado, general, amplio, se considera que el sistema completo se comporta de un modo distinto que la suma de sus partes.

**Homeostasis:** Equilibrio dinámico multisistémico que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado, acorde con las demandas endógenas y exógenas a las que se ve expuesto el individuo en todo momento.

**Hórmesis:** Proceso adaptativo secundario a la exposición gradual, continua y a dosis seguras, a sustancias químicas, cambios físicos, psicológicos y sociales, que fortalecen la homeostasis e incrementan la vida saludable e independiente durante el envejecimiento, y propician mayor longevidad. Ejemplo: ingesta de bebidas alcohólicas, ejercicio físico, radiación y estrés

psicosocial (la exposición excesiva o dosis altas resulta dañina).

**Imagen corporal:** Representación mental que las personas hacen de su cuerpo y de sus funciones, de la utilidad del mismo y de lo que pueden hacer o no hacer con él.

**Inscripciones en el cuerpo:** Marcas que deja en nuestro cuerpo vivir la vida que vivimos como la vivimos. Por ejemplo, el maquillaje, las arrugas, los tatuajes, moretones, nuestra talla y peso, los juanetes, los cambios en nuestros órganos, las enfermedades.

**Instrumentalidad:** Comportamientos objetivos tendientes a la competitividad, agresión, cálculo y protagonismo público generalmente esperado de parte de los varones.

**Lipofucsina:** Pigmento de color pardo amarillento derivado de la oxidación de las grasas y daño de las membranas celulares que se observa con el envejecimiento celular, principalmente del músculo cardiaco, corazón, neuronas e hígado.

**Longevidad:** Tiempo de vida de una persona.

**Multidimensional:** Que tiene o involucra varias dimensiones (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental, individual, familiar, colectiva).

**Oxidación:** Reacción química en la que un elemento o compuesto pierde uno o más electrones, haciéndola reactiva (oxidante) y potencialmente dañina.

**Perspectiva de género:** Postura teórica multidisciplinaria en la que se busca identificar el origen social de las prácticas cotidianas que ubican a hombres y mujeres como complementarios y con ello incompletos individualmente.

**Poder:** Nuestras capacidades como humanos nos permiten hacer cosas con las capacidades de los demás. Esta posibilidad de hacer cosas con las

capacidades de los demás es a lo que llamamos ‘poder’. Podemos usar nuestro poder para mejorar o empeorar la vida de los demás. Hay veces que nuestro poder nos lo quitan los más poderosos para usarlo en nuestra contra. Hay veces que quitamos su poder a los más débiles que nosotras para usarlo en su contra.

**Poderes vitales:** Se refiere a todo tipo de aprendizaje acumulado en la historia de vida de las personas y es susceptible de manifestarse de múltiples formas.

**Promoción de la salud emancipadora:** Lo que hacemos para lograr vivir de acuerdo con nuestras decisiones, o ayudar a los otros a vivir de acuerdo con sus decisiones, echando mano de nuestras capacidades humanas.

**Promover la salud:** Promover el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas para lograr mejores proyectos individuales y colectivos, mejores maneras de actuar en el mundo y mejores cuerpos para vivir, enfermarnos e incluso morir.

**Reflexionar:** Dedicar momentos de nuestra vida solas o junto con otras personas, para pensar en lo que está pasando, en lo que he visto, en lo que voy aprendiendo cuando vivo mi vida junto con los demás. Una vez habiendo pensado, ver si eso corresponde con lo que quiero o queremos, con lo que decido o decidimos, con lo que sí o no es posible, buscar maneras de cambiar lo que no quiero o queremos que suceda y fortalecer lo que sí quiero o queremos que suceda.

**Roles de género:** Conjunto de comportamientos, tareas, funciones, prácticas y actividades aprendidas y consideradas propias para hombres y mujeres en contextos sociales específicos.

**Sexo:** Diferencias biológicas que distinguen a los cuerpos humanos de hombres y de mujeres.

**Síndrome de burnout o agotamiento:** Es un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado.

**Socialización:** Proceso que permite la configuración de funciones y valores entre las personas y en el que la familia, escuela, amigos y medios de comunicación fungen como agentes que refuerzan dicho proceso a lo largo de la vida.

**Tiempo hito:** Momento o evento significativo, relevante o de gran importancia en la vida de las mujeres, en su historia personal, el cual permite dar otro significado a su vida emocional, relacional y a su cuerpo.

**Viejismo:** Actitudes y representaciones sociales negativas, discriminatorias y estereotipadas hacia la vejez o el proceso de envejecimiento.

---

### **Promoción de la salud de la mujer adulta mayor**

Se terminó en octubre de 2015 en los talleres de Gráfica Premier S.A. de C.V., Calle 5 de Febrero 2309, Col. San Jerónimo Chicahualco, C. P. 52170, Metepec, Estado de México.

En la composición tipográfica se utilizaron las familias tipográficas:  
Soberana Sans, Soberana Titular y Soberana Texto

La edición consta de 1000 ejemplares más sobrantes para reposición.

---



