Investigación cualitativa en Gerontología y Salud Pública:

*una aproximación
a la realidad
del actor social*

Alejandro Chávez Rodríguez
y María Luisa Ávalos Latorre
(COORDINADORES)

Qartuppi®

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>

Investigación cualitativa en Gerontología y Salud Pública:

*una aproximación
a la realidad
del actor social*

Alejandro Chávez Rodríguez
y María Luisa Ávalos Latorre
(COORDINADORES)

Qartuppi®

Este libro acreditó el proceso de revisión por pares, bajo la modalidad doble ciego. La revisión se realizó a través de un comité de evaluación, integrado por un grupo de expertos académicos. El dictamen de aceptación cumple con los criterios de calidad científica y evaluación.

Esta obra fue dictaminada por:

Dr. Roberto Oropeza Tena

Dra. Lucía Pérez Sánchez

Dr. Joel Omar González Cantero

Investigación cualitativa en Gerontología y Salud Pública:
una aproximación a la realidad del actor social

1era. edición, enero 2018

ISBN 978-607-97784-4-6

DOI 10.29410/QTP.18.01

D.R. © 2017. Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Villa Turca 17, Col. Villas del Mediterráneo

Hermosillo, Sonora 83220 México

<http://www.qartuppi.com>

Edición: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Diseño de Potada: León Felipe Irigoyen Morales

Contenido

7 Acerca de los Autores

11 Prólogo

13 Capítulo 1

Concepciones de la enfermedad, terapéutica y el oficio del curanderismo en Guadalajara, Jalisco, México. Perspectiva de un curandero urbano

Alejandro Chávez Rodríguez

29 Capítulo 2

Concepciones femeninas sobre el cuerpo a partir de la mastectomía

*María Luisa Ávalos Latorre, María Úrsula Palos Toscano,
Rita Berenice Miranda Álvarez y José Carlos Ramírez Cruz*

43 Capítulo 3

Significado del trabajo en la vejez: un estudio con adultos mayores en Guadalajara

*Isis Eréndira Medina Román, Alejandro Chávez Rodríguez,
Patsy Jaquelin Córdova Ramírez, Noemí Elizeth Hernández Solano
y María Fernanda Mireles Hernández*

69 Capítulo 4

Percepción de la muerte en adultos mayores en contexto urbano no institucionalizado

*Patsy Jaquelin Córdova Ramírez, Alejandro Chávez Rodríguez,
Isis Eréndira Medina Roman, Noemí Elizeth Hernández Solano
y María Fernanda Mireles Hernández*

91 Capítulo 5

Percepción del abandono en el adulto mayor institucionalizado: un acercamiento al fenómeno a través de los ojos del adulto mayor

*María Fernanda Mireles Hernández, Alejandro Chávez Rodríguez,
Noemí Elizeth Hernández Solano, Isis Eréndira Medina Roman
y Patsy Jaquelin Córdova Ramírez*

109 Capítulo 6

Bulimia y anorexia. Una construcción social de un cuerpo perfecto: una aproximación cualitativa desde la salud pública

*Noemí Elizeth Hernández Solano, Alejandro Chávez Rodríguez,
María Fernanda Mireles Hernández, Isis Eréndira Medina Roman
y Patsy Jaquelin Córdova Ramírez*

137

Capítulo 7

Intervención psicológica en salud: una revisión para la formación de psicólogos

José Carlos Ramírez-Cruz y Ricardo Pedraza-Medina

Acerca de los Autores

Alejandro Chávez Rodríguez

Licenciado en Psicología, Maestro en Ciencias del Comportamiento con opción en Análisis de la Conducta y Doctor en Salud Pública; estudios realizados en la Universidad de Guadalajara, México. Fundador y coordinador del Grupo de Investigación Cualitativa del Centro Universitario Tonalá, Universidad de Guadalajara. Candidato al Sistema Nacional de Investigación (SNI). Principales líneas de investigación: antropología de la salud, medicina tradicional e investigación cualitativa en salud.

Contacto: alejandro.chavez@academico.udg.mx / cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

María Luisa Ávalos Latorre

Licenciada en Psicología, Maestra en Ciencias del Comportamiento con Opción en Análisis de la Conducta y Doctora en Psicología; estudios realizados en la Universidad de Guadalajara, México. Posdoctorado en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Profesora Investigadora del Centro Universitario Tonalá. Candidata al Sistema Nacional de Investigación (SNI) y Miembro Fundador del Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología.

Contacto: marilupsi@hotmail.com

Isis Eréndira Medina Román

Egresada de la Licenciatura en Gerontología con especialización en deterioro cognitivo y demencias por la Universidad de Guadalajara. Miembro del Grupo de Investigación Cualitativa del Centro Universitario Tonalá. Experiencia en investigación cuantitativa y cualitativa, docencia y práctica clínica. Autora de artículos sobre temáticas englobadas en gerontología social.

Contacto: isis.med.rmn@gmail.com

Patsy Jaquelin Córdova Ramírez

Egresada de la Licenciatura en Gerontología, con especialización en deterioro cognitivo y demencias, por la Universidad de Guadalajara. Miembro del grupo de investigación cualitativa del Centro Universitario Tonalá. Experiencia en investigación cualitativa y capacitación.

Contacto: patsygeronto@hotmail.com

María Fernanda Mireles Hernández

Enfermera General. Estudiante de la licenciatura en Gerontología con especialización en deterioro cognitivo y demencias por la Universidad de Guadalajara. Miembro del grupo de Investigación Cualitativa del Centro Universitario de Tonalá. Participación en programa de Investigación en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, unidad Golfo. Contacto: *mafe1404@hotmail.com*

Noemí Elizeth Hernández Solano

Egresada de la Licenciatura en Salud Pública con especialización en Interculturalidad, por la Universidad de Guadalajara. Miembro del Grupo de Investigación Cualitativa de del Centro Universitario de Tonalá. Experiencia en investigación cualitativa, docencia y práctica comunitaria. Contacto: *noesolano27@gmail.com*

María Úrsula Palos Toscano

Licenciada en Psicología, Maestra y Doctora en Psicología por la Universidad de Guadalajara, México. Posdoctorante en la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima. Psicóloga de la Zona 12 de Educación Especial de la Secretaría de Educación Jalisco. Miembro del Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología. Contacto: *ursulapalos@hotmail.com*

Rita Berenice Miranda Álvarez

Licenciada en Psicología por la Universidad de Colima. Asistente de Investigación en proyectos relacionados con la psicología, salud y educación. Contacto: *berenice_alvarez1612@hotmail.com*

José Carlos Ramírez Cruz

Licenciado en Psicología, Maestro en Educación en el área de Docencia por el Instituto Universitario Hispano Mexicano. Profesor de la Facultad de Psicología en la Universidad de Colima. Miembro de la Red Mexicana de Investigación en Psicología Educativa. Principales trabajos de investigación: evaluación e intervención educativa en poblaciones regulares y educación especial, psicología de las matemáticas y formación de profesores. Contacto: *jose_ramirez29@ucol.mx*

Ricardo Pedraza Medina

Estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima, ha trabajado como auxiliar de investigación en las líneas "Percepción ambiental y respuesta emocional" En la Universidad de Colima; "Calidad de vida y conducta alimentaria" en el Centro Universitario del Sur (CUSur) y "Estrategias maternas de alimentación y comportamiento alimentario en lactantes" en el Centro Universitario UTEG. Contacto: *rpedraza@ucol.mx*

Dictaminadores

Dr. Roberto Oropeza Tena

Licenciado en Psicología, Maestro en Análisis Experimental de la Conducta y Doctor en Psicología. Estudios realizados en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es profesor investigador de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Perteneció al nivel I del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Línea de investigación: Tratamientos cognitivo conductuales en el área de adicciones y en enfermedades crónico degenerativas.

Dra. Lucía Pérez Sánchez

Terapeuta familiar sistémica por la Universidad del Valle de Atemajac (UNIVA). Psicogerontóloga por la Universidad Maimónides de Buenos Aires, Argentina. Especialista en estudios de género por la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN). Doctora en Psicología por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). Es profesora investigadora de tiempo completo en el Programa Académico de Psicología de la UAN. Es candidata al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Línea de investigación: Estrategias metodológica de investigación en intervención en procesos sociales y comunitarios.

Dr. Joel Omar González Cantero

Licenciado en Psicología y Maestro en Psicología con Orientación en Psicología de la Salud por la Universidad de Guadalajara. Doctor en Psicología por Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Es profesor en el Centro Universitario de los Valles de la Universidad de Guadalajara. Editor Asociado de Uaricha, Revista de Psicología. Es candidato al Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Línea de investigación: Tratamientos cognitivo conductuales en enfermedades crónico degenerativas.

Prólogo

Dentro de la ruptura de los viejos paradigmas de la ciencia, surgen nuevas formas de entendimiento social a través de metodologías emergentes que dan lecturas alternativas a los problemas de escala mundial. Dichas problemáticas están enmarcadas en actores sociales que han sido estudiados desde posturas lejanas y sin un acercamiento del discurso de quienes están perviviendo a la vorágine sociohistórica actual. Lo anterior, impacta también en aspectos de salud global; distintas disciplinas científicas han tratado de dar soluciones, pero al mismo tiempo han tenido que especializarse, debido a que las explicaciones de las disciplinas clásicas en salud no han sido suficientes para aminorar dichas problemáticas.

Disciplinas como la Gerontología y la Salud Pública son parte importante en la construcción de este libro, con el fin de aportar experiencias de investigación, así como posibles soluciones regionales y nacionales. Disciplinas relativamente nuevas en el ámbito nacional como licenciaturas emergentes son las directrices principales de este libro. Asimismo, no podemos dejar de lado a la Psicología que, como una ciencia social cimentada, aporta lecturas complementarias e interdisciplinarias, además de fungir como pilar conectivo entre las diversas problemáticas planteadas en este libro.

Por otra parte, la implementación de investigaciones desde una óptica cualitativa fue parte fundamental, no solo incluyendo aspectos metodológicos y teóricos relacionados a dicho paradigma, sino además incluyendo temáticas de vulnerabilidad. Se podría decir que, en plena modernidad, la vulnerabilidad nos ha alcanzado a todos; sin embargo, el discurso y los intereses de las agendas políticas, e inclusive de los investigadores, son muy distintos a los presentados en este libro.

Dentro de las investigaciones presentadas en el área gerontológica, se explora el significado del trabajo en la vejez como eje del entendimiento económico social sobre la situación actual de las condiciones de trabajo de los mayores de 60 años. Una segunda investigación abarca aspectos de percepción desde una óptica vivencial sobre la muerte por parte de los adultos mayores, dotándole a los investigados una voz que no solo es interesante, sino que abre un campo de estudio desde la espiritualidad, aspecto poco entendido y estudiado desde

la ciencia pragmática. Una tercera investigación estudia los aspectos del abandono y la vivencia de los adultos mayores en un ambiente institucionalizado; aspecto estudiado desde la óptica cuantitativa pero poco comprendido desde la visión de los actores. Estas tres investigaciones dotan al libro de una diversidad temática dentro de una misma directriz disciplinar y sugieren que las problemáticas están vigentes en la cotidianidad y no son percibidos desde una política pública global.

Respecto al área de salud pública, se presentan temáticas dispares pero orientadas a estudios que, si bien han sido explorados con anterioridad, permiten una visión de la problemática desde aspectos no conocidos en el ámbito cotidiano y desde una visión popular oculta. La primera de las investigaciones está enmarcada en el curanderismo y su conexión con la urbe; aspecto de suma importancia para entender el simbolismo y los procesos de salud/enfermedad/atención desde una óptica del propio curandero y su interrelación con el público a quien atiende. Por otra parte, la segunda investigación se remonta al entendimiento de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) desde la óptica de estudiantes universitarias, población vulnerable a pesar de su educación y su entorno.

Por último, respecto al área de la Psicología se presentan dos investigaciones. La primera se enfoca en intervenciones psicológicas en salud y su conexión con la formación profesional del psicólogo. La segunda investigación aborda la problemática de las mujeres intervenidas por una mastectomía en torno a las concepciones, experiencias y vivencias relacionadas a su cuerpo. No solo estas dos últimas investigaciones se relacionan a la psicología como ciencia del comportamiento, su lado más fenomenológico aporta herramientas para que todo el libro sea concebido desde una óptica paradigmática en torno a la descripción, el entendimiento, la comprensión; elementos fundamentales de la metodología cualitativa por excelencia.

Finalmente, agradecemos a la Universidad Marista, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la Universidad Autónoma de Nayarit, la Universidad de Colima y la Universidad de Guadalajara, por su apoyo para la investigación y docencia.

Asimismo, agradecemos a las carreras de Salud Pública y Gerontología quienes, más allá de sus apoyos institucionales, nos brindaron estudiantes de licenciatura que participan en el presente libro como parte de su formación y dedicación a la actividad científica.

Dr. Alejandro Chávez Rodríguez

Profesor Investigador del Centro Universitario de Tonalá

Universidad de Guadalajara

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores

Capítulo 1

Concepciones de la enfermedad, terapéutica y el oficio del curanderismo
en Guadalajara, Jalisco, México. Perspectiva de un curandero urbano

Alejandro Chávez Rodríguez

Autor para la correspondencia:

Alejandro Chávez Rodríguez

fenix6944@hotmail.com

cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

Capítulo 1

Concepciones de la enfermedad, terapéutica y el oficio del curanderismo en Guadalajara, Jalisco, México. Perspectiva de un curandero urbano

Alejandro Chávez Rodríguez

La curandería se puede definir como una transmisión oral de conocimientos y tradiciones que se van construyendo a través de la práctica (López Austin, 1984; Anzures y Bolaños, 1983). Concretizando lo anterior, se define al curandero como al practicante de un tipo de medicina que no se aprende en un sistema formalmente escolarizado, sino que su práctica se basa en conocimientos transmitidos generacionalmente de forma oral y que se ubica dentro de un contexto urbano (Ruiz, 2000).

Esta última definición es importante debido a la diferenciación conceptual entre el curanderismo y la medicina tradicional. Ruiz (2000) menciona que, mientras la medicina tradicional se enmarca como aquellas prácticas que aluden a hechos de la cultura enfocadas, principalmente, al proceso salud/enfermedad/atención y que son portadores aquellos grupos étnicos a lo largo de su historia; el curanderismo basa estos mismos preceptos, pero enmarcado en el proceso cultural proveniente del proceso de urbanización, mestizaje y crecimiento poblacional.

Por lo anterior, el presente capítulo aborda la problemática de una población en torno al proceso salud/enfermedad/atención desde el punto de vista de un curandero, enfocándonos en dicho proceso, pero también, en cómo su profesión permite entender algunos procesos enmarcados en el aspecto cultural y de salud.

Metodología

El objetivo del estudio es conocer, describir y relacionar elementos en el discurso de un curandero en relación a su profesión y su conceptualización de las enfermedades y las terapéuticas. Se parte de la pregunta generadora en tono a la investigación: ¿Cuál es la relación entre un curandero, su actividad y su conceptualización en torno a las enfermedades y terapéuticas?

Se realizó una investigación cualitativa de tipo etnográfica para un entendimiento holístico del fenómeno (Mauss, 2006). Asimismo, se utilizó el método de tipo fenomenológico para

una descripción y entendimiento de la realidad social citada (Berger y Luckmann, 1968) y, al mismo tiempo, un método de estudios de caso como técnica para el estudio a profundidad de procesos complejos particulares de la vida cotidiana (Mohd, 2008). El periodo de la investigación se efectuó entre los meses de junio de 2014 a junio del 2015.

La etnografía como entendimiento holístico

Mientras que la mayoría de las investigaciones cuantitativas se basan en hipótesis previas, la etnografía se centra en el entendimiento de una situación social, sin definir con anterioridad parámetros metodológicos, con el fin de embocar a resultados concretos. Más que tratar de explicar relaciones directas de causa y efecto, la etnografía examina a la gente y su hacer en busca de interpretar lo que está ocurriendo.

Estudio de casos como proceso en la vida cotidiana

Derivado del acercamiento o aproximación etnográfica, en esta investigación fue pertinente integrar el método de estudio de casos como técnica, por el énfasis que tiene en el estudio en profundidad de procesos complejos de la vida cotidiana (Mohd, 2008).

En esta investigación, si bien no fue un método de estudio de caso puro, esta aproximación ayudó debido a que los actores sociales categorizados como médicos tradicionales estaban enraizados en una cultura particular y poseían las características para ser una muestra representativa del fenómeno. Al mismo tiempo, por la dificultad de ser un fenómeno cultural complejo y de una u otra manera difícil de investigar por el hermetismo del tema, fue propicio utilizar el método como técnica de aproximación para la obtención de la información.

El producto final de un estudio de casos es una descripción “rica y densa” de los fenómenos sociales en una determinada cultura. Por eso, es importante reunir tanta información como sea posible del fenómeno, con la pretensión de interpretar o teorizar acerca de ello (Geertz, 1991).

El estudio de casos consta básicamente de tres etapas que se relacionan entre sí y que pueden ser flexibles en términos temporales y espaciales: 1) la primera etapa, donde el investigador busca familiarizarse con el contexto, orientado hacia el logro de un conocimiento básico del fenómeno, así como de las cuestiones fundamentales y de los problemas implicados en el mismo (entrada al trabajo de campo); 2) la segunda etapa, supone una continua obtención de datos a través de diferentes medios (el empleo de las técnicas y el proceso propio de la investigación); 3) la tercera etapa, hace referencia al análisis de los datos (transcripción de entrevistas, análisis, resultados, discusión y conclusiones).

Entrada y desarrollo del trabajo de campo

Mi contacto inicial con “Don Guillermo” se efectuó en el año del 2006, durante unas sesiones de psicoterapia grupal en algunas dependencias del gobierno de la colonia Jalisco, una colonia

popular y con altos índices delictivos y de pobreza en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México.

En diversas ocasiones fui a su “lugar de trabajo”, más impulsado por la curiosidad y por la impresión del primer encuentro. Siempre platicábamos en términos informales de qué tipos de enfermedades curaba, cómo había empezado a “curar” gente, dónde había aprendido y por qué se dedicaba a eso, entre otras cosas. Su “lugar de trabajo” se encuentra en la colonia Oblatos, una colonia popular de Guadalajara. En este lugar fue donde se llevaron a cabo las entrevistas y la observación participante y no participante.

Descripción del espacio

La vivienda de Don Guillermo está situada al fondo de la casa con varios cuartos para renta, es una vivienda vieja y descuidada, el piso se encuentra dañado y carece de pintura, tanto en las paredes como en el piso. El pasillo es largo (10 metros de la puerta al patio) y con poca iluminación; al llegar al patio, la vivienda se ilumina por la luz natural. La puerta, al finalizar el patio, es de herrería y con pasador. Al adentrarse a la “vivienda” ya privada de Don Guillermo, se encuentra una extensión del patio que es dividida por la puerta y una pared de ladrillos aparente sin enjarre. El patio es de una extensión de 4 x 3 metros; alrededor, sin una clasificación aparente, se encuentran una diversidad de plantas medicinales y de ornamento. Don Guillermo posee dos perros “chihuahueros” de color negro que se ubican amarrados en el patio mencionado.

La habitación que le continúa al patio, es una especie de sala de espera, de no más de 4x2 metros, donde las personas esperan, son cuestionadas y reciben el diagnóstico por medio de la observación con el rabillo del ojo que realiza Don Guillermo para diagnosticar y ver los males de las personas que acuden a consulta. Esta sala de estar también funciona como cocina, debido a los utensilios y la diversa cantidad de alimentos, así como estufa, horno eléctrico y una variedad de cazuelas, platos y demás objetos que se ubican en una cocina. Se encuentran un par de sillas y una mesa al lado de la puerta. Enfrente de la puerta de ingreso, está una entrada con solo una cortina que divide la sala de estar a lo que es una especie de dormitorio, este cuarto siempre se encuentra en penumbras. Al lado izquierdo, una entrada hacia el cuarto de los rituales para el proceso de curación que realiza Don Guillermo. Antes de continuar con la descripción del “cuarto de curación” vayamos a la descripción física de Don Guillermo.

Don Guillermo es un hombre de 48 años, de tez blanca, 1.70 cm de estatura, complexión media de aspecto regordete. Bigote y cabello negro con algunas canas, su aspecto físico corresponde a su edad. Su vestimenta consiste en zapatos y pantalón de mezclilla, por lo regular utiliza camisas de manga corta y viste de manera humilde. Su comportamiento hacia mí siempre ha sido de manera respetuosa y jovial, incluso diría que es gracioso y divertido, es un excelente narrador y siempre tiene una anécdota al contar las diversas experiencias que lleva como “curandero”. Su lenguaje es popular, es decir, no domina un lenguaje técnico, en ocasiones comete errores de pronunciación y modismos, llegando incluso a dialecto popular. Sin embargo, no se

podría decir que es una persona ignorante, maneja un conocimiento popular, suficiente para conocer los límites de su trabajo, así como las ventajas del mismo. El comportamiento de Don Guillermo no varía mucho con las personas que acuden con él a consultarlo, es jovial y gracioso, sin embargo, a la hora de realizar “diagnósticos” y dar su opinión del porqué los “pacientes” se encuentran “enfermos”, lo realiza de una manera seria, podría incluso adoptar el papel de un médico, que con autoridad diagnóstica, receta y cura.

Cuarto de curación

El “cuarto de curación” es un espacio de 2x2 metros aproximadamente, con un solo foco en el centro de la habitación; el espacio para entrar al cuarto se encuentra en una esquina; justo enfrente de la puerta, se encuentra una serie de símbolos y sincretismos de la religión católica, así como de las religiones africanas y cubanas (santería).

La pared de la izquierda presenta imágenes de diversos “santos católicos” relacionados con diversos aspectos del proceso de la curación por medio del ritual.

En la “pared principal” se encuentran una serie de elementos que funcionan como “altar”, cuyo objetivo es el del proceso de curación por medio de los “rituales principales”, todos relacionados con los cuatro elementos mencionados por Don Guillermo (agua, aire, tierra y fuego). El mismo elemento sincrético asociado a la religión católica y cubana-africana se presenta con elementos asociados al ritual, relacionados al mundo mágico religioso como: veladoras, velas, fotos, fruta, cirios, papel con elementos relacionados a la curación, entre otros elementos.

Estrategias de recolección de información y de análisis

A continuación, se enlistan los pasos que se llevaron a cabo en el presente trabajo:

- Revisión de la literatura
- Identificación de ejes temáticos para la entrevista
- Realización de una guía temática y aplicación de las entrevistas
- Transcripción de las entrevistas
- Relación con la literatura (elucidación)
- Perspectiva del investigador (buscando temáticas)
- Perspectiva del actor (buscando temáticas y conceptos centrales y/o periféricos)
- Expresión de resultados (relación y vínculo de los cuatro puntos anteriores)

Se inició el presente trabajo con una delimitación acerca de las preguntas relacionadas a las temáticas que se pretendieron abordar, en relación a la literatura encontrada hasta el momento y su posible vinculación con el fenómeno a estudiar. Las estrategias para la obtención de la información fueron la entrevista a profundidad y la observación.

Los ejes temáticos que se encontraron en la bibliografía fueron los siguientes:

1. Desarrollo del personaje (biografía)

2. Clasificación de enfermedades
3. El proceso de diagnóstico
4. El proceso de curación

El corpus de análisis fueron las entrevistas. El proceso consistió en la grabación y transcripción en extenso. Se continuó con la lectura de las mismas y conforme surgían temáticas o concepto en vivo se señalaban en la propia entrevista. Finalmente, para ejemplificar las temáticas se tomaban parte de las entrevistas con el objetivo, no de analizar un concepto suelto o aislado, sino para obtener el sentido y la direccionalidad de la oración y que ofrezca el sentido por el cual dicha frase se analizó y ejemplifique las temáticas que el investigador encontró inicialmente y durante el análisis.

Se realizó un análisis hipotético deductivo en el sentido de la propuesta del análisis del contenido directivo "*Directed content analysis*" (Hsieh y Shanon, 2005), el cual basa el inicio del análisis con una base teórica sustentada en una revisión de la literatura, que ofrezca algunos marcos de referencia para acercarse al fenómeno de estudio. En este sentido, se pretende tener ciertas temáticas que ofrezcan una guía para la identificación e interpretación del análisis de datos, generadas desde la teoría, en conjunto con el trabajo de campo (Hsieh y Shanon, 2005).

Las temáticas mostradas en la figura 1 se relacionaron en conjunto con una revisión de la literatura y un análisis de la entrevista, ya que esta última aporta los datos suficientes para incluirla como temática central que gire en torno a las encontradas en la bibliografía y que se conjugan junto a los objetivos y preguntas de investigación. Los conceptos dentro de las temáticas surgieron en vivo, tomados de los actores en el contexto de las entrevistas.

Figura 1. Esquema de resultados.

Temáticas y Códigos abiertos

Sanador (temática en torno al personaje): Sanador, psicólogo de los pobres y profesión.

Proceso de curación: Ver, cartomancia, curación de daño, cuerpo espiritual, cuerpo físico y rituales.

Nosología: Daño, impregnar y maldecir.

Servicios de salud: Sistema oficial de salud, homeopatía y alopátia.

En la entrevista se encontraron conceptos importantes para su inclusión dentro del análisis vivo (tabla 1), estos conceptos aportaban a nivel conceptual y explicativo lo necesario para formar parte dentro de una temática o incluso ser un concepto central para analizar, como ejemplo de esto último el concepto *sanador*, el cual se relaciona con las diversas temáticas.

Tabla 1. *Conceptos en vivo*

<ul style="list-style-type: none">• Sanador• Psicólogo de los pobres• Daño (Brujería)• Curación de daño• Cuerpo espiritual• Cuerpo físico	<ul style="list-style-type: none">• Ver (capacidad de detectar enfermedades)• Rituales (relacionados con los santos)• Impregnar• Maldecir (Maldición)• Profesión
--	--

En la recolección y análisis de datos, se realizó un proceso de ida y vuelta al campo, lo que implica que además de las temáticas que surgieron en la revisión de la literatura, también surgieron algunos “conceptos en vivo” del proceso, es decir, conceptos o palabras que se obtuvieron del actor en la entrevista, tratando no solo de dar un sentido “etic” a esta investigación, sino un sentido “emic”. La forma más adecuada para llegar a este proceso de teorización, explican Glasser y Strauss (1967), es mediante la formulación y generación de una teoría sustantiva, que a su vez parte del estímulo de una buena idea y provee directrices generales que marcan el camino o la dirección para el desarrollo de las categorías, con suficiente relevancia, además permite seleccionar otras posibilidades de integrar y reintegrar la información a partir de la comparación.

Resultados

Sanador (temática en torno al personaje)

Se parte del análisis del personaje, es de sumo interés cómo se auto-concibe el actor para relatar sus experiencias y cómo esta concepción ayuda para que su actividad impacte a sus pacientes. Él se cataloga como “Sanador”, un personaje que posee ciertas habilidades debido a sus

dones, a su experiencia y a su función dentro de la sociedad. Esto último de suma importancia para que su función como “agente de la salud” se lleve a cabo.

“...lo que uno dice ya con el tiempo con la experiencia que vas adquiriendo, pues ni te catalogas ni como Chaman ni como brujo, en si ya eres un poquito más, uno se cataloga [...] como... un sanador. [¿Cómo que un sanador?] Es que un sanador tiene el conocimiento de... un poquito más desarrollado, más conocimiento...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Profesión

“No, yo la veo como una profesión, [...] como un ingeniero, como un artesano, [...] Y de esta profesión pues también [...] tengo [...] mis ganancias económicas, [...] porque como decía un viejo maestro que tenía, [...] yo no le puedo llegar a la persona y decirle... a una tienda, sabes que soy brujo y ayudo a la gente, pues a mí que me interesa usted págume, a mí págume. Pero yo también de esto gano...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Psicólogo de los pobres

“...Fíjate que [...] Se auto nombra uno el psicólogo de los pobres, porque... mucha gente viene a platicarte sus enfermedades, sus tristezas, su desamor, sus angustias, falta de economía y como persona las tienes que escuchar, pero también les tienes que dar su ilusión y les tienes que dar aliento y les tienes que decir cómo salir de su problema. Y entonces, también hasta cierto punto nos consideramos hasta psicólogos...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Proceso de curación

En este proceso, la temática va de la mano con los procesos de cómo se concibe a la enfermedad en una división cartesiana, en torno a lo físico y lo espiritual. El curandero hace mención que él se especializa en la cura del cuerpo espiritual (cuerpo astral), el cual, de acuerdo a su concepción, al curar el cuerpo espiritual, automáticamente cura el cuerpo físico. Esto de alguna manera brinda al paciente no solo una cura en el aspecto de la eliminación de sintomatología, sino, un apoyo psicológico.

Por su parte, el proceso del diagnóstico (ver) es un “don”, en el cual el curandero realiza su diagnóstico por medio de la observación, que a su vez es parte de la obtención de la etiología y la problemática relacionada al padecer, por el cual los pacientes acudieron con él. De la misma manera, él “percibe” si la “enfermedad” que presenta el paciente está dentro de su límite

como curandero o, si bien, es en referencia a un padecer que la medicina oficial pudiera curar, ya sea padecimiento emocional o físico.

Del mismo modo, tratar algunos padecimientos como consecuencia de brujería o daño facilita que los pacientes se liberen de cierta carga de culpabilidad, ya que el responsable de su malestar es un tercero (quien provocó el daño).

Cuerpo físico y espiritual

“...cuando viene una persona aquí conmigo, siempre vienen con ciertos malestares físicos o enfermedades físicas y enfermedades espirituales. Cuando friegan tu cuerpo espiritual, el cuerpo físico cae, cuando te friegan por medio de brujería te friegan el cuerpo... no el cuerpo físico [...] Porque no es necesario fregarte el cuerpo físico, sino que te friegan el cuerpo espiritual para que tu cuerpo físico caiga, y a lo que nosotros nos dedicamos es a curar el cuerpo, todos los cuerpos astrales, para que el cuerpo físico sane. Muchas veces esas enfermedades que la persona tiene en el cuerpo físico es a causa de que les dañaron los cuerpos astrales...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Ver

“...uno tiene ese tipo de visión, de ver ese tipo de enfermedades... mira, a veces es un poquito complicado de explicarlo, pero yo te voy a explicar más o menos para que me entiendas cómo... Uno siente a veces [...] en la boca, uno siente ciertos sabores o ve [...] por ejemplo los intestinos de las personas, como si fuera [...] unos rayos x, [...] a veces uno los ve así, y uno lo ve y dice... tu traes esto, tienes una colitis o una gastritis o [...] traes esto o traes aquello y muchas veces pues se hace caso y van y sí, es cierto lo que yo les dije y traen la enfermeda [sic] y muchas veces por haberle dicho a tiempo, las han librado a tiempo con medicamento... esa [...] habilida [sic], se llama... [...] ver las enfermedades ...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Cartomancia

“...Lo que son tarot o cartas españolas no son herramientas de diagnóstico médico como tal, son, para algunas personas, para diagnosticar si la persona está bien o no psicológicamente hablando porque [...] va a permitir si la persona necesita esperanza o precaución. Pero no puedes estar tomando decisiones en la vida humana tomada de la lectura de cartas o algo por el estilo...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Terapéutica

La limpia espiritual a través de rituales, es una de las terapéuticas más comunes, principalmente en los ambientes urbanos. Tiene una fuerte carga de sincretismos con actividades propias de diversas religiones y costumbres prehispánicas.

La herbolaria es otra fuerte tradición utilizada como terapéutica. En algunos lugares y regiones del país sigue siendo una de las más socorridas por la gente para el tratamiento de diversas enfermedades.

Finalmente, la cura de la palabra en la curación del daño, es una terapéutica muy usada por los médicos tradicionales desde los tiempos prehispánicos en el mundo rural y urbano. Se basa en la invocación de elementos sincréticos, tanto en el idioma como en la combinación de religiones que apoyan el uso de la palabra como curación.

Curación de daño

“Yo lo que manejo desde [...] el inicio son curaciones... la curación, pero de daños, mi especialidad es esa, porque a mí no me caen trabajos de tráigame a mi esposo, tráigame a mi vieja, [...], y eso es la curación de personas que les han hecho algún tipo de daño...”
(Don Guillermo, comunicación personal)

Rituales

“...Sí, rituales, cuando vienen [...] por algún tipo de trabajo se hacen [...] y no todos los rituales son iguales, porque como te vuelvo a decir... es depende del trabajo que le hicieron, es como te digo... como un médico, si tú estás malo de los riñones es un tipo de medicamento y no es lo mismo que te da si estás malo del corazón, son diferentes rituales, o sea, que en nuestro... botiquín, por decir algo, tenemos muchos rituales que es... el ritual que debe de ser para cierto trabajo que le hicieron...” (Don Guillermo, comunicación personal)

“Mira, los rituales están muy relacionados con [...] yo soy católico, están muy relacionados con los santos... sino que está relacionado con la energía, que se desarrolla por medio de los rituales, todo lo que hacemos es energía. ¿Y de dónde sale esa energía? la energía está en toooooodos lados... esa energía está fluyendo en todo el planeta y esa energía la acsolvemos [sic] para poderla proyectar a la persona. Y [...] al hacer el ritual tú estás haciendo o formando energía, para que la persona lo que viene a pedir se pueda dar...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Nosología

Todos los pueblos tienen sus explicaciones del mundo y de las cosas. Parte importante de los pueblos es la concepción de salud y enfermedad. Una cultura tradicional de salud es el conjunto formado por la ideas, símbolos, tradiciones, realizaciones y acciones surgidas y llevadas a cabo en el seno de un grupo humano, como respuesta a la necesidad de prevenir y contrarrestar la enfermedad, y para mantener el equilibrio, cuidado y bienestar integrales de los individuos y el grupo (Aparicio, 2008).

La concepción de la enfermedad y cómo se presenta es parte importante del estudio de la salud y enfermedad. El estudio nosológico desde el punto de vista del “sanador”, nos abre un campo de estudio, no de una comunidad o etnia particular, sino desde el punto de vista del curandero.

“Hacia lo espiritual, porque si curas lo espiritual el cuerpo físico se empieza a restablecer, a componer, y ya toman el medicamento alópata o homeópata y el cuerpo físico se compone más rápido, porque cuando traes un daño y traes algún tipo de enfermedad es bien difícil que te compongas o que te cures. Entonces, tiene que curar lo espiritual para que el cuerpo físico por medio del medicamento se pueda componer, y nosotros no estamos peleados con los doctores, al contrario ...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Daño

“El daño es brujería, [...] por lo tanto, yo no manejo la brujería, pero yo sé cómo curarla y sé cómo trabajarla porque [...] te enseñan cómo manejar la brujería, ¿por qué debes [...] saberlo? Porque también es como un médico, tienes que saber los síntomas para darle el medicamento que debe de estar... es lo mismo esto...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Impregnarse y Maldición

“...también hay casas que te enferman por la energía negativa que esa casa tiene, también puede ser porque pasastes [sic] por una calle donde echaron algún tipo de... hechizo o maleficio y también te puedes impregnar...o sea, que te puedes impregnar de muchas cosas. También me ha tocado, a través [...] de los años, que los médicos y enfermeras se contagian de cierto plasma que adquieren por estar trabajando con dolor, con sangre, con sufrimiento, con angustia, con desesperanza [enfatiéndolo con el puño en la mesa] y [...] mucha gente que se dedica a esto lo toma como daño, pero no es daño y es otro tipo de cosa y se cura muy diferente, [...] Ay muchas formas de adquirir

ese tipo de enfermedades [...] a veces también los padres cuando maldicen a sus hijos, cuando un vecino [...] no te quiere, o sea, [...] mucho tipo de daño o de males y todos se curan diferentes....” (Don Guillermo, comunicación personal)

Servicios de salud (Oficial, Homeopatía, Alopátia)

En este apartado se habla acerca de las diferencias y la posible confrontación entre la medicina oficial y las prácticas alternativas en salud (curanderismo urbano). En este sentido para el actor implicado, dichas distinciones o conflictos entre la medicina oficial, alternativa o tradicional no existen, al contrario, se aboga por que sea una práctica complementaria.

“Entonces tiene que curar lo espiritual, para que el cuerpo físico por medio del medicamento se puedan componer, y nosotros no estamos peleados con los doctores, al contrario [...] son de mucha ayuda porque ya ellos [...] pueden curar las enfermedades físicas, [...] por eso no estamos peleados con ellos, con nadie, ni con la plantas, ni con los homeópatas o los alópatas, al contrario, siempre cuando una persona trae una tipo de enfermedad, ya sea que yo le recomiendo un cierto tipo de planta, pero siempre le recomiendo ‘si usted está tomando medicamento, siga tomando su medicamento o vaya con el doctor’, porque a veces inclusive vemos enfermedades que la misma persona ni la siente, y yo les he dicho usted está enferma de esto, vaya y chéquese con el doctor y se checan y [...] está ese tipo de enfermedades que les dije ...” (Don Guillermo, comunicación personal)

Discusión y conclusiones

El curanderismo incorpora elementos de la medicina alópata y tradicional, tales como la clasificación de enfermedades y su respectiva terapéutica, sincretizando aspectos culturales, religiosos, comunitarios y biográfico-históricos.

Lo primero que resalta en este estudio es que el curanderismo aprovecha e incorpora elementos de la medicina alópata y de la medicina tradicional, junto con una mezcla de tradiciones culturales arraigadas como la religión y procesos históricos y familiares. Así, el sincretismo entre la religión oficial y las prácticas alternativas de culto se presenta de una manera cotidiana, y no genera al practicante de la medicina tradicional ningún conflicto, este fenómeno se presenta de una forma consiste en diversas regiones del país y ha sido reportado por varios investigadores (Berenzon y Saavedra, 2002; Bartoli, 2005).

Otro aspecto importante, es que el curanderismo es una alternativa para la salud que se ha conservado en el tiempo y que ha llegado en la actualidad a estar en una posición de medicina subordinada y no reconocida; a pesar de esto, forma parte de un grupo de saberes, conocimientos empíricos y, sobre todo, un bagaje cultural anclado en las sociedades industrializadas y urbanas salpicadas de creencias y religiosidad.

Uriostegui (2007) menciona que los conflictos entre la medicina oficial y la alternativa o tradicional, abarca un sinfín de fenómenos relacionados a la cultura, relaciones de poder, des-acreditación y hasta ideas de luchas de clases en términos de las prácticas médicas oficiales y subordinadas.

Otro punto a destacar es la experiencia de vida y el aspecto biográfico que se relaciona directamente con las concepciones en torno a la enfermedad y salud, así como el aspecto de cómo estas características individuales hacen que el oficio del curandero sea de suma importancia en relación a su función social, que en este caso es el de curar y proporcionar alivio a los pacientes que acuden a este tipo de terapéuticas. Lo anterior se complementa con Trotter y Chavira (1981), quienes argumentan que se acude con el curandero en su función como “sanador urbano”, más por problemas relacionados a la salud mental y no por problemas físicos, debido a la ampliación de los servicios de salud y de atención médica existentes en la ciudad.

Al mismo tiempo, se considera que los efectos emocionales o psicológicos de la vida moderna han dado posiblemente al curanderismo urbano un significado y una función más especializada. Es decir, funcionan como válvula de escape y alivio a las tensiones que se generan cotidianamente en los sectores urbanos.

De la misma manera, el curandero se complementa como un terapeuta enraizado en la población que está curando, formando parte de un especialista popular. Es decir, se mimetiza en el discurso de la gente con respecto a sus creencias y formas de pensar, y conoce y entiende las enfermedades o malestares relacionados a aspectos sociales, directa o indirectamente, conectados al diagnóstico occidental (Berenzon, Ito-Sugiyama y Vargas-Guadarrama, 2006).

Referencias

- Anzures y Bolaños, M.C. (1983). *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflicto*. México: UNAM.
- Aparicio, A. (2008). *Cultura tradicional de salud y etnomedicina en Mesoamérica*. Canadá: Trafford.
- Bartoli, P. (2005). ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de Antropología Social*, 14(1), 71-100.
- Berenzon, S., Ito-Sugiyama, E., & Vargas-Guadarrama, L. (2006). Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Publica de México*, 48(1), 45-56.
- Berenzon, S., & Saavedra, N. (2002). Presencia de la herbolaria en el tratamiento de los problemas emocionales: entrevista a los curanderos urbanos. *Salud Mental*, 25(1), 55-66.
- Berger, L., & Lukmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Geertz, C. (1991). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa Editores.
- Glasser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Nueva York: Aldine.
- Hsieh, H., & Shanon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277.
- Lopez Austin, A. (1984). *Cuerpo Humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas (Vol. 1)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mauss, M. (2006). *Manual de etnografía*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Mohd, K. (2008). Case study: A strategic research methodology. *Journal of Applied Sciences*, 5(11), 1602-1604.
- Ruiz, T. (2000). *Ser curandero en Uruapan*. México: El colegio de Michoacán.
- Trotter, R., & Chavira, J. (1981). *Curanderismo: Mexican American folk health system*. Georgia: University of Georgia.
- Uriostegui, A. (2007). Confrontaciones biomédicas ante el empleo de medicina tradicional en Taxco De Alarcon, Guerrero. *Ciencia Ergo Sum*, 14(1), 47-53.

Capítulo 2

Concepciones femeninas sobre el cuerpo a partir de la mastectomía

*María Luisa Ávalos Latorre, María Úrsula Palos Toscano,
Rita Berenice Miranda Álvarez y José Carlos Ramírez Cruz*

Autor para la correspondencia:

Alejandro Chávez Rodríguez

fenix6944@hotmail.com

cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

Capítulo 2

Concepciones femeninas sobre el cuerpo a partir de la mastectomía

*María Luisa Ávalos Latorre, María Úrsula Palos Toscano,
Rita Berenice Miranda Álvarez y José Carlos Ramírez Cruz*

El cáncer de seno es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse (Fernández y Reigosa, 2016). La *American Cancer Society* (2016), refiere al cáncer de seno como un problema de salud pública, es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial.

La incidencia y mortalidad [...] varía significativamente de un país a otro. Observándose que en países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra y España su incidencia se incrementó de 1973 a 2004 aproximadamente 0.94 a 4% por año sobre todo en mujeres mayores de 55 años. (Secretaría de Salud, 2009, p. 8)

De acuerdo a Secretaría de Salud (2009), “En países subdesarrollados como los de América Latina este cáncer es más frecuente en mujeres de 40-75 años de edad” (p. 8).

En nuestro país actualmente el carcinoma mamario es la neoplasia maligna invasora más común y es la causa más frecuente de muerte por enfermedad maligna en la mujer, constituyendo del 20 al 25% de todos los casos de cáncer en la mujer y contribuyendo con un 15-20% de la mortalidad (Secretaría de Salud, 2009, p. 8).

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), durante los últimos siete años, la tendencia en el porcentaje de cáncer de seno en mujeres, no es tan clara, debido a años de ligeros descensos y posteriores repuntes, pero destaca que en el 2012 se presentaron las cifras más altas del periodo con 26.64 casos nuevos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más (p. 4).

A veces el cáncer de seno es detectado después de que surgen síntomas, pero muchas mujeres no llegan a manifestarlos, por ello, la mayoría de las pacientes llegan en estadios II o III (Angarita y Acuña, 2008), pese a esta dificultad de detección, la posibilidad de curación y de mejora de la calidad de vida de las pacientes depende de la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico y de la aplicación adecuada de todos los conocimientos y recursos validados para su tratamiento.

Uno de los tratamientos más radicales (pero de los más efectivos), sobre todo, para casos más avanzados, es la mastectomía, la cual es una cirugía que se hace para extirpar el seno. El tipo de cirugía depende del tamaño y lo mucho que se ha expandido. La mastectomía radical modificada, se utiliza para tratar el cáncer invasivo, se extrae el tejido del seno, una franja de piel con el pezón y algunos de los ganglios linfáticos de la axila, dependiendo de los resultados de la cirugía y las pruebas de seguimiento, es posible que necesite continuar con el tratamiento (Caba, Alvarado y Cáceres, 2010).

El problema es que, si bien, con la mastectomía se minimizan o erradican los efectos del cáncer, ésta tiende a preservar e incidir únicamente en la dimensión física del cuerpo, dejando sin resolver los componentes subjetivos y culturales también afectados, debido a que una enfermedad es una realidad contextualizada en el marco socio-histórico que la determina por medio de la acción del cuerpo de concepciones inherentes a los sistemas médicos (Sánchez, 2015). Ante esta enfermedad, el cuerpo es el protagonista de ella, es en el cual recaerán las prácticas terapéuticas y será el repositorio de las experiencias, los significados y las representaciones de éstas. Por ello, resulta relevante analizar lo que sucede con la construcción de la corporeidad de todas aquellas personas que, a consecuencia de eventos inesperados, patológicos o traumáticos, sufren modificaciones radicales en sus cuerpos, tal es el caso de la mastectomía que se distingue por ser altamente lesiva e invasiva, tanto en el cuerpo como en el ánimo de un gran número de personas.

Corporeidad y enfermedad

Consideramos que la existencia humana es corporal, percibimos el mundo desde y por nuestro cuerpo, Sola (2013) afirma que el estudio del cuerpo, es imprescindible en cualquier acercamiento a la noción de sujeto, ya que éste es la condición esencial y primigenia de todas las experiencias vitales y de toda mediación social y comunicativa. El concepto de corporeidad implica la percepción del propio cuerpo, la conciencia de sí mismo, cuando se habla de ella, nos estamos refiriendo a una idea múltiple, plural, compleja y diversa. Esta percepción del cuerpo, se construye y modifica a lo largo de la vida, que suele ser influida por componentes de naturaleza espacial, sensorial, cultural y social, y que, frente a condiciones cambiantes, ya sean del orden físico o del social, ésta puede modificarse o alterarse realmente.

Segura, García y Saúl (2014) afirman que la percepción del cuerpo es global y parcial, como el movimiento y sus límites, las actitudes, los pensamientos, los sentimientos y las valo-

raciones que hacemos y sentimos, así como el modo de comportarnos que deriva de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Esta noción trasciende la representación de los límites o las dimensiones físicas y funcionales de nuestro propio cuerpo y que involucra el cómo pensamos, sentimos, percibimos y actuamos en relación al mismo.

La corporeidad es un concepto relativamente nuevo en el campo de la investigación psicológica y, por lo tanto, resulta ambiguo. Lo más acercado a éste son los estudios enfocados en la imagen corporal que, dicho sea de paso, es concebido de la misma manera que el término corporeidad. Gardner (citado por Contreras, Gil, García, Fernández y Pastor, 2012), afirma que la imagen corporal incluye por lo menos dos componentes importantes: uno perceptivo, que hace referencia a la estimación del tamaño y la apariencia, y otro actitudinal, que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Estos acercamientos, generalmente aspiran a explicar objetivamente los procesos psicológicos que tienen lugar en el cuerpo, sin tener en cuenta los estados subjetivos que los acompañan (De Castro, García y Rodríguez, 2006).

Por ello, creemos que el punto de partida para conocer y comprender la corporeidad está en poner atención a la experiencia que transmite una persona a través del cuerpo, en donde la expresión es parte constituyente de la emoción, y las intenciones no están detrás de los actos, gobernándolos, sino formando parte de los mismos (De Castro et al., 2006). El cuerpo es siempre un cuerpo en situación, por lo que otorga sentido a todas las cosas que le rodean y entran o no en contacto con él.

El interés sobre la imagen corporal se remonta a principios del siglo XX, y según Torres y Toro (2012), la primera persona en hablar al respecto fue el neurólogo Bonnier en 1905, quien se refirió al esquema corporal como una figuración topográfica de la corporalidad a la que llamó *schematía*, con el que se hacía referencia al fenómeno de representación en la corteza cerebral respecto a la dimensión del propio cuerpo, la localización de sus regiones y la función de cada una de sus partes. Explicando el asunto del cuerpo solo desde su componente perceptivo.

Aunque el interés por el cuerpo, según Muñoz (2014), no es nuevo ni propio de nuestro tiempo, es fácil apreciar que las sociedades contemporáneas suelen caracterizarse por un excesivo culto al cuerpo, otorgando al aspecto físico un valor por encima de muchos otros aspectos que también contribuyen a definir a las personas. Quizá por esto, en las últimas décadas, la percepción sobre el cuerpo en la cultura occidental, tiende a ser influida por un ideal de belleza asociado básicamente a la delgadez, la juventud y la sensualidad. Además, y tratándose del cuerpo femenino, este atractivo y sensualidad ha sido vinculado a los senos, por ser éstos una parte de la estructura corporal históricamente considerada como símbolo de femineidad.

Cuando el cuerpo enferma físicamente, sobre todo si nos referimos al cáncer de seno y a su tratamiento (la mastectomía), se ve alterada la percepción del cuerpo, ya que la corporeidad necesita del cuerpo material para sentirse vivo y así ser capaz de construir la intersubjetividad, ante la enfermedad, el cuerpo se objetiva, ya no es un instrumento y cobra toda la atención, un cuerpo enfermo impone límites. Ante la enfermedad, se hace necesario “reparar” el cuerpo, ello

surge entonces, como un intento de solucionar el asunto de la identidad que está en el centro de toda crisis, si no se resuelven pueden reforzar los elementos destructivos de la propia persona, de ahí la relevancia de esta investigación. Pastells y Font (2014), consideran que este tipo de tratamiento deja como secuela una percepción de desagrado en la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas, ya que tal como lo referimos en líneas anteriores, los senos son un símbolo femenino y vital para su vida.

Desde la disciplina de la psicología, no identificamos investigaciones como la que aquí proponemos, sobresalen algunas que dan cuenta del fenómeno de la corporeidad en mujeres mastectomizadas, pero desde abordajes cuantitativos y con un énfasis en establecer relaciones entre la imagen corporal con: el tipo de cáncer (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007), la satisfacción sexual (Lam, Li, Bonanno, Mancini, Chan y Or, 2012; Raggio, Butryn, Arigo, Mikorski y Palmer, 2014) y la calidad de vida (Ribeiro, Féres y Magalhaes, 2017); todos ellos coinciden en que estas variables, al igual que la corporeidad (también llamada imagen corporal, identidad del cuerpo, entre otros) se ven afectados tras la mastectomía. En nuestro caso, consideramos relevante atender este tema desde una perspectiva cualitativa que nos permita profundizar en el conocimiento del comportamiento femenino y las razones detrás del mismo, así como las condiciones que de diversas maneras lo influyen o moldean. Por ello, el objetivo de esta investigación fue describir las percepciones sobre el cuerpo que las mujeres con mastectomía viven y experimentan.

Método

Para el desarrollo del presente trabajo se optó por un abordaje metodológico de corte cualitativo, ya que permite profundizar en el conocimiento del punto de vista femenino sobre el cuerpo y las razones detrás del mismo, así como las condiciones que de diversas maneras lo influyen o moldean. Se adopta este paradigma considerando que la comprensión de los problemas de salud, actualmente rebasan los márgenes del cuerpo y que demandan mayor atención respecto a componentes psicológicos y sociales que también juegan un papel importante en los distintos procesos de salud o enfermedad.

Para acceder al punto de vista de las mujeres, se desarrolló un proceso indagatorio, a través de un estudio de tipo fenomenológico, lo que ofreció la posibilidad de recuperar en voz de las participantes, información sobre diversas vivencias que suelen experimentar las mujeres que se somete a la mastectomía como alternativa de intervención, a partir de los efectos que a nivel físico, psicológico y social ésta les produce.

Como es sabido, los estudios de tipo fenomenológico tratan de comprender cómo las personas construyen significados acerca de la realidad en que viven (De Souza, 2010), por lo que se examinan para ello, todos los contenidos de la consciencia, determinando si estos son reales, ideales o imaginarios al dejar momentáneamente suspendidas las teorías o ideas previas en torno al fenómeno en cuestión, para centrarse a explorar simplemente lo que está dado en un contexto y tiempo determinados.

Participantes

En este estudio participaron dos mujeres adultas que padecieron cáncer de seno en algún momento de la vida y recibieron como tratamiento una mastectomía radical en la que se les retiró alguno de los senos. En ambos casos, las personas decidieron contar sus experiencias voluntariamente después de informarles sobre los propósitos de esta investigación y de la libertad que en todo momento tendrían para abandonar el proceso si lo consideraban pertinente, además al ofrecerles respeto irrestricto y el resguardo de su anonimato.

La elección de las informantes se realizó considerando básicamente que estuvieran en condiciones de comunicar lo que les sucedió a lo largo de su tratamiento y que estuvieran dispuestas a hacerlo. Otros criterios técnicos fueron los teóricos e intencionales, sin establecer previamente quiénes o cuántas personas participarían, ya que este proceso se emprendió solamente con la finalidad de trascender el punto de vista profesional para conocer más de cerca las vivencias desde la mirada de los afectados, quienes son “los expertos” implicados en el tema.

La primera de las participantes fue una mujer de 39 años de edad que, al momento de la recolección de la información, se desempeñaba como docente de educación preescolar, tenía dos hijos, no tenía cónyuge y compartía vivienda sólo con uno de sus hijos (en lo sucesivo S1). La segunda participante fue una mujer de 65 años de edad que, al momento de la entrevista, se ocupaba como ama de casa, tenía siete hijos, tampoco tenía cónyuge y vivía sola (en lo sucesivo S2). Ambas participantes tuvieron un diagnóstico de cáncer de seno y fueron intervenidas quirúrgicamente para realizarles una mastectomía, desde hace tres años en S1 y cinco años en S2, en los dos casos lograron superar el riesgo biológico de esa enfermedad y hoy forman parte de este estudio.

Técnicas para la obtención de la información

Se recurrió a la técnica de entrevista, en este caso informal y flexible, orientada a estimular la conversación sobre temas relacionados, sólo con indicadores que revelaban la calidad de vida propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947), que en este caso son los que remiten a la condición física, el estado psicológico y las relaciones sociales principalmente, así que por un lado, se habló de antecedentes físicos, el contexto en el que desenvolvían y respondían ante distintas demandas de la vida cotidiana, la vivencia frente al diagnóstico y el tratamiento de cáncer de seno. Por otra parte, sobre la percepción de imagen que poseían respecto a sí mismas, el auto concepto, lo que sentían y esperaban de la vida y, finalmente sobre las actitudes o respuesta de los demás, antes y después del evento quirúrgico, las redes de apoyo en las que se sostenían, así como los cambios experimentados en su vida material, afectiva y social.

Se trató de encuentros que adquirieron la modalidad de intercambio entre iguales y que fueron útiles para establecer y enlazar el discurso entre las distintas sesiones, así como para estimular la producción verbal. Finalmente, también se recabaron datos a partir de la observación que fue posible realizar sobre las actitudes durante la escucha y grabación de las narraciones por parte de las personas involucradas.

Procedimiento

Los encuentros e intercambios que dieron origen a los relatos que sustentan este trabajo se llevaron a cabo en el domicilio de las participantes a petición de ellas mismas, la propuesta inicial fue reunirnos a conversar una vez por semana acerca de sus vivencias con la mastectomía, las sesiones tuvieron lugar en la sala de sus hogares e implicaron el tiempo comprendido entre los meses de octubre y noviembre del 2016.

La aproximación a las participantes inicialmente se produjo primero en un hospital público de la ciudad de Guadalajara, derivadas por la asistente médica, posteriormente procedimos a presentarles el proyecto de investigación los objetivos de la misma y el uso que se haría de su información. Toda vez, que se les invitó y que decidieron colaborar voluntariamente, se les solicitó autorización para grabar los relatos reiterándoles nuestra disposición para ajustarnos a los tiempos y espacios que nos indicaran para reunirnos a conversar y a escuchar sus relatos.

Las historias por lo general se completaron a través de varias reuniones o entrevistas y su documentación o registro fue apoyado mediante el empleo de una videograbadora. El contenido de sus discursos y testimonios posteriormente fueron convertidos a texto mediante la transcripción inmediata y lo más fiel posible, recurriendo para ello al uso de procesador de texto, estos son los que más tarde se constituyeron en documentos primarios en un proceso recursivo de análisis. La cantidad y la profundidad de las historias no se estipuló previamente, sino que quedó definida hasta que consideramos que se había alcanzado la saturación teórica, después de lo cual procedimos a reducir la información y a clasificarla conforme a los ejes anteriormente citados.

Análisis

Esta etapa en el proceso implicó en primer término, un trabajo de búsqueda sistemática y reflexiva sobre la información obtenida, organizar los datos en unidades o códigos para hacerla más manejable, reduciéndola y buscando regularidades ante los mismos para lograr descubrir qué es lo importante y de qué manera estos datos pueden ser útiles para responder a las interrogantes de nuestra investigación. Debido a esto, la reducción y comparación se tradujeron en una constante a lo largo de todo el proceso, la técnica analítica que se empleo fue la del método inductivo de análisis semejante a la que proponen Strauss y Corbin (2002) para generar conocimiento a partir de los datos, el cual se caracteriza por ser un procedimiento empírico que va de lo particular a lo general.

El análisis final se centró en: a) Antecedentes y condición física, b) Independencia y autonomía personal, c) Estado psicológico o subjetivo y, c) Participación y desempeño social, por considerar que estos aspectos guardan similitud con indicadores que actualmente son considerados como indicadores de calidad de vida y porque se relacionan además con puntos clave asociados a la imagen corporal que saber deriva de: 1) el resultado de cómo nos vemos noso-

tros mismos, 2) la manera en la que otros nos ven, 3) lo que suponemos que los demás piensan sobre nosotros mismos y, 4) el trato a lo largo del tratamiento por parte del personal de salud, familiares, conocidos y demás personas de la sociedad. En esta investigación nos centramos en estos puntos, ya que la percepción del propio cuerpo resultó ser muy importante para las informantes, especialmente aquella que fue relevante para tomar decisiones a lo largo de su tratamiento y también para su propia vida.

Resultados

A continuación, presentamos algunos fragmentos de la historia de cada una de las participantes que permitirán apreciar algunos hallazgos que evidencian afectaciones importantes que la mastectomía provoca a la percepción del propio cuerpo de mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de seno.

La historia de S1

S1 es una persona que se percibe a sí misma como una mujer fuerte, autónoma e independiente, sin embargo, los efectos secundarios del tratamiento oncológico han logrado hacer mella en la imagen que había construido sobre sí misma, la pérdida de cabello, el “mirarse peloncita” o el “cambio en el color de la piel” le obligaron a admitir que su condición física implicaba cambios importantes a nivel subjetivo que ella experimentaba como algo sumamente dramático.

“me bajó mi humor, mis ganas de reír o de sonreír o algo, fue un decaimiento como tal que [...] no me lo esperaba y [...] no tenía ganas de comer [...] o sea, ya sentí mi vida pues muy ¿cómo te puedo decir?, pues muy diferente, te cambian todo tu organismo, tus emociones... te las cambian totalmente”. (S1, comunicación personal)

Por otra parte, las excesivas muestras de apoyo o aliento de sus familiares cercanos solían ser interpretadas por ella como falta de sensibilidad y consideración a sus propias capacidades o fuerza.

“mi pelo lo tenía así largo y... no querían que nadie me lo cortara... no se estaban poniendo en mi lugar, me decían ‘es que te compro el mejor shampoo’... mi hermano me decía ‘te compro el shampoo para que no se te caiga’, no...yo sabía que se me iba a caer el pelo... decían ‘es que no te lo quites, es que no se te va a caer’, seguían testarudos y un domingo me fui al patio y me lo fui quitando... si veía que lo agarraba y se me caía... yo decía no tiene caso que yo me esté martirizando, ¿no? Y me lo empecé a quitar... mi pelo estaba muerto... hasta que quedé totalmente pelona”. (S1, comunicación personal)

La curiosidad o falta de empatía por parte de la familia o los familiares cercanos parece haber contribuido a que ella fuera cambiando esa imagen de fortaleza que tenía sobre sí por una imagen más vulnerada y expuesta.

“Mucha gente ... estaba yo estudiando la prepa... mis compañeros vinieron, se me hicieron bien lindos y todo, ¡pero lo primero que hacen es que te ven y te observan el área donde te operaron... o sea! te incomodas y quedas tan cohibida en esa parte... y quedas tan lastimada por tu operación... porque te quitan todo, te quitan tus ganglios, te quitan todo” (S1, comunicación personal)

La despersonalización aparente respecto algunos protocolos para la atención en las instituciones de atención y cuidados médicos, así como la respuesta desinformada por parte de la sociedad en general, parecen reforzar esta percepción subjetiva de las personas que enferman en un sentido que les lleva a vivir ciertas formas de trato como expresiones de exclusión, de maltrato y de rechazo.

“en el mismo seguro que tienen ética [sucedió algo que] me marcó [...] muchísimo; me mandaron a rehabilitación a mi brazo para poderme mover y desgraciadamente me tocó una señorita que no quiso tomar mi parte operada... ¡me tocó con asco! ¡No quería tocarme! Volteé y me le quedé viendo y le dije imagínate, a ti te da feo tocarme... imagínate yo... mi cuerpo que tengo que verlo diario, le dije ‘te entiendo’, fue lo único que le dije, sí, sí... salí llorando de rabia, de impotencia... ¿cómo una persona del seguro?” (S1, comunicación personal)

Para algunas personas las secuelas de este evento constituyen una marca imborrable, inscrita no sólo en las dimensiones del cuerpo sino especialmente en la percepción que gradual y accidentalmente van reconstruyendo en torno a sí mismas.

“Te quedas marcada... hasta la fecha pienso día a día... ¿Qué pasó? Entonces, así le dejo ya... lo que ahora tengo que hacer es... ver la vida diferente y asimilarlo y... asimilarlo de veras” (S1, comunicación personal)

“Mi anhelo es mi reconstrucción... y no por vanidad ni nada... si no por uno mismo, porque es otra parte que tú necesitas, lo necesitas porque... pues tu ropa simplemente... y salía a la calle y... tenía que verme, que no se me movía ni una, es lo primero que ve la gente... los pechos” (S1, comunicación personal)

"Yo me vestía como viejita porque tenía que usar chaleco para taparme... no se me hacía justo, hasta que encontré la forma de... todo, de sentirte tú misma, no sé... no te acostumbras a que te vean así y... yo admiro a las mujeres que pierden sus dos pechos...yo digo 'híjole'". (S1, comunicación personal)

La historia de S2

Actitud positiva ante el diagnóstico

"Muchas personas creen que el cáncer es muerte, dice '¡ay! ¡Me voy a morir!' y yo no, yo lo tomé [...] como cualquiera, cuando me operaron yo me bañé, me peiné y así. Entré al quirófano con todas las ganas del mundo, no deprimida, ni llorando, ni nada. [...] lo tomé [...] como que todo iba a salir bien y gracias a Dios todo salió bien". (S2, comunicación personal)

Influencia del uso de prótesis

"Yo traigo mi prótesis. Me siento muy a gusto y si no me la pongo da lo mismo, para mí no es ninguna, decir ¡ay! Me van a ver y me van hacer una pregunta... ¿Por qué no tienes tu pecho? ¿Qué te pasó? ¿Para nada! Yo como siempre, cuando quiero me lo pongo y cuando no, no. Lo único que si [...] desde la operación no me gusta verme en el espejo cuando me termino de bañar, no me gusta verme al espejo, [...] no sé". (S2, comunicación personal)

"Yo tengo amigas [...] que las han operado de lo mismo; del busto. Y ellas se deprimen y yo les digo que por qué, nada tiene que ver; no te cortaron un pie, una mano, te cortaron algo que quizá hasta a lo mejor hay operaciones que te lo pueden reconstruir, yo ya no, porque ya estoy grande y ni pareja tengo (sujeto sonríe) para qué". (S2, comunicación personal)

Importancia de la valoración de la pareja (aspectos culturales)

¿Cree usted que si tuviera pareja le hubiera afectado de diferente forma?

"Yo digo que sí, [...] un hombre ya no quisiera una mujer así, ¿no?" (S2, comunicación personal)

"Al hombre le gusta tocarle los pechos a uno y pues ya uno no es igual; hace falta el otro (el sujeto luce con los ojos irritados)". (S2, comunicación personal)

Discusión

La información obtenida en la presente investigación confirma que la mastectomía es un tratamiento con secuelas importantes en el plano psicológico, en la narrativa de las informantes se puede identificar la dificultad que implica modificar la imagen corporal, ya que como lo señalan Hernández, Díaz y Abreu (2012), ésta no solo representa la objetividad de otros, sino lo aprendido acerca de sí mismo a través de las experiencias, del contexto y de la cultura. Ribeiro et al. (2017) afirman que la extirpación de uno o ambos senos, afecta principalmente la identidad del cuerpo femenino.

La imagen corporal resulta importante para procesar la información sobre eventos que son relevantes en la vida, en la participante S1, se observa una mayor afectación, la percepción de autonomía e independencia entró en juego ante la reestructuración de la imagen corporal, de tal forma que se aumentó la sensación de minusvalía y soledad. Así también, destaca el hecho de percibir exclusión y rechazo no solo de las personas cercanas, sino también del personal sanitario.

Por otro lado, la imagen corporal determina la actitud ante la vida, nuestras capacidades y motivaciones ante los eventos (Juárez y Landero, 2011), por ejemplo, en el caso de la participante S2, hay una percepción de optimismo ante su vida y el futuro, principalmente debido a que tal parece, no hay expectativa acerca de tener una pareja y porque hay una sensación de bienestar con su prótesis, de tal forma que refiere seguridad y confianza.

Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007) y Cunyer (2014), demuestran que entre más agresivo es el tratamiento, mayor es la afectación en la imagen corporal, siendo los tumores más visibles los que comportan un mayor impacto del individuo, esto lo confirman ambas participantes; la S2, pese a su optimismo, sigue latente un rechazo hacia su propio cuerpo, al no poder verse al espejo; como se evidencia en el caso de S1 al referir repulsión sobre su propio cuerpo.

Finalmente, consideramos que el factor edad juega un papel importante en la percepción del propio cuerpo, ya que, tal parece, que las expectativas sobre su futuro resultan ser más amplias a edades adultas más tempranas. Las cirugías reconstructivas y las prótesis juegan un papel trascendental en la recuperación o reconfiguración de la imagen corporal, sin embargo, no todas las pacientes tendrán esa oportunidad, igualmente, no todas las cicatrices y marcas desaparecerán por lo que es imprescindible comprender y acompañar a estas pacientes en la reestructuración de su imagen corporal a fin de alcanzar una adecuada calidad de vida.

Referencias

- American Cancer Society (2016). *Tratamiento del cáncer de seno (mama) Versión para profesionales de salud*. Instituto Nacional de Cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/pro/tratamiento-seno-pdq>
- Angarita, F., & Acuña, S. (2008). Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. *Universitas Médica*, 49(3), 344-372.
- Caba, F. E., Alvarado, M. S., & Cáceres, D. D. (2010). Caracterización epidemiológica y evolución del cáncer de mama. *Salud Pública*, 13, 398-409.
- Contreras, J., Gil, M., García, L., Fernández, B., & Pastor, V. (2012). Incidencia de un programa de educación física en la percepción de la propia imagen corporal. *Revista de Educación*, 357, 281-303.
- Cunyer, A.M. (2014). Procesos oncológicos y afectación de la imagen corporal. *Tesis de Enfermería*. Universitat Internacional de Catalunya. Recuperado de http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/242793/Anna_Maria_Cunyer_Comenge.pdf?sequence=1
- De Castro, A., García, G., & Rodríguez, I. (2006). La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial. *Psicología desde el Caribe*, 17, 122-148.
- De Souza, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251-261.
- Fernández, T., & Reigosa, Y. (2016). Cáncer de mama hereditario. *Comunidad y Salud*, 14(1), 52-60.
- Hernández, D.D., Díaz, M.O. y Abreu, V.R. (2012). Cirugía conservadora del cáncer de mama. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 1, 117-133.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *Estadísticas a propósito del... Día Internacional contra el cáncer de mama (19 de octubre)*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/mama0.pdf>
- Juárez, G., & Landero, H. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia*, 4(7), 17-34.
- Lam, W., Li, W., Bonanno, G., Mancini, A., Chan, M. y Or, A. (2012). Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Research Treatment*, 131(3), 957-967.
- Muñoz, L. (2014). La imagen corporal en el Siglo XXI. *Trabajo de fin de grado*. Universitat Internacional de Catalunya. Recuperado de http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/242794/Ana_Mar%C3%ADa_Mu%C3%B1oz_L%C3%B3pez.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (1947). The Constitution of the World Health Organisation. *WHO Chronicle*, 1, 1-29.
- Pastells, P.S., & Font, G.A. (2014). Mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11, 19-29.

- Raggio, G., Butryn, M., Arigo, D., Mikorski, R., & Palmer, S. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychology Health, 29*(6), 632-650. <http://doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>
- Ribeiro, A., Féres, C., & Magalhães, A. (2017). Representaciones sociales del cáncer de mama, su etiología y tratamiento: un estudio cualitativo en mujeres en el estado de Río de Janeiro. *Avances en Psicología Latinoamericana, 35*(1), 95-106. <http://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3754>
- Sánchez, S. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo, 36*, 62-73. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=2490>
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud, 18*(2), 137-161.
- Secretaría de Salud (2009). *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/Oncolog%C3%ACa/IMSS-232-09_Ca_Mama_2oN/EyR_IMSS-232-09.pdf
- Segura, V., García, N., & Saúl, A. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología, 11*(1), 45-57.
- Sola, M. (2013). El cuerpo y la corporeidad simbólica como forma de mediación. *Mediaciones Sociales, 12*, 42-62. http://doi.org/10.5209/rev_MESO.2013.n12.45262
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría Fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Torres, O., & Toro, A. (2012). Las representaciones corporales: Una propuesta de estudio desde una perspectiva compleja. *Eureka, 9*(1), 88-97.

Capítulo 3

Significado del trabajo en la vejez:

un estudio con adultos mayores en Guadalajara

*Isis Eréndira Medina Román, Alejandro Chávez Rodríguez, Patsy Jaquelin Córdova Ramírez,
Noemí Elizeth Hernández Solano y María Fernanda Mireles Hernández*

Autor para la correspondencia:

Alejandro Chávez Rodríguez

fenix6944@hotmail.com

cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

Capítulo 3

Significado del trabajo en la vejez:

un estudio con adultos mayores en Guadalajara

*Isis Eréndira Medina Román, Alejandro Chávez Rodríguez, Patsy Jaquelin Córdova Ramírez,
Noemí Elizeth Hernández Solano y María Fernanda Mireles Hernández*

Es indiscutible la relevancia que posee la actividad laboral en la vida de los seres humanos; tanto por los beneficios inmanentes a la ocupación como por su relación directa con la subsistencia, a través de la obtención de recursos para la satisfacción de necesidades.

El trabajo forma parte de la estructura de la vida diaria, toma una tercera parte del día, limita horarios y, por consiguiente, también el resto de las actividades da acceso a la posesión de bienes; otorga estatus e incluso puede influir en el cuidado de la apariencia personal, por lo que la importancia que las personas le atribuyen no puede ser una temática generalizable.

Existen diversos aspectos en el individuo y en el trabajo mismo que convergen para la conformación de su significado, por tanto, no debería ser analizada de forma reduccionista. En este sentido, la motivación para insertarse al mercado laboral, la preparación y las circunstancias bajo las que se trabaja, crean en conjunto una experiencia llena de matices; la interpretación del trabajador, sumada a la interpretación de sus pares como miembros de una sociedad con rasgos culturales específicos, dentro de un momento determinado de la historia, conforman su significado.

La vejez es un constructo que puede determinar la forma en la que se percibe esta actividad. Situaciones negativas con mayor incidencia en esta etapa, aunadas a múltiples condicionantes a lo largo de la vida, contribuyen a la diversificación de la óptica hacia este fenómeno.

Desde mediados del siglo XX, se ha realizado una gran cantidad de investigaciones sobre el significado que los trabajadores atribuyen al empleo (Morse y Weiss, 1955; Astin, 1984; Hayward, Hardy y Liu, 1994; Ros, Schwartz y Surkiss, 1999; Gracia, Martín, Rodríguez y Peiró, 2001; Aleksandrowicz, Fasang, Schömann y Staudinger, 2009; Munir y Jamali, 2009; Dutra-Thomé y Koller, 2014; Anuradha, Srinivas, Singhal y Ramnarayan, 2014; Long, 2016; Romero, 2016), sin embargo, son pocas las abordadas desde un enfoque que permita comprenderlo desde la voz del actor, como puede lograrse a través de la metodología cualitativa.

Por otra parte, las investigaciones sobre trabajo en población adulta mayor son perfiles frecuentemente hacia las implicaciones del retiro laboral, por lo que la centralidad que el trabajo tenía en la vida de los jubilados cuando aún eran activos pasa a segundo plano.

Por ende, surge la necesidad de estudiar el significado del trabajo desde la perspectiva de los adultos mayores, con el fin de comprender sus experiencias e interpretaciones, así como conocer las implicaciones en la realización de esta actividad.

Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio es analizar el significado que las personas adultas mayores atribuyen al trabajo en Guadalajara, Jalisco además de los condicionantes que a él se encuentran relacionados.

Marco teórico

La conceptualización del trabajo

Para hablar del significado del trabajo, es necesario partir de una revisión sobre la conceptualización de esta actividad con dos propósitos: en primer lugar, acercar al lector hacia la definición de trabajo y, en segundo lugar, homologar el término que se utilizará a lo largo del presente capítulo.

Desde una corriente antropológica, Marx (1867) conceptualizó el trabajo como una característica de la especie humana donde se produce un intercambio entre el hombre y la naturaleza. Esta definición toma en cuenta los efectos de la corporeidad del hombre en la materia, así como los cambios que la naturaleza provoca al hombre. Se concibe el trabajo como una actividad inherente a la existencia humana. Con base en la sociología del trabajo, Friedmann y Naville (1963), difieren de la postura anterior, al considerar que debería existir una separación entre el concepto del trabajo y la actividad humana en general, ya que, si bien el trabajo es una acción con “finalidad útil”, se encuentra bajo la influencia de elementos de imposición extrínseca que regulan su estructura interna, periodicidad y coordinación. Refutan el hecho de que “El proceso desemboca y se extingue en el producto” ya que el trabajo no es un fin sino un medio que no consiste solamente en la “transformación de la materia”. Este concepto considera más ampliamente el trabajo asalariado¹ industrial y deja descubierto el trabajo atípico², por lo que surge la necesidad de un concepto *ampliado del trabajo*, que considera para su construcción social, la articulación del proceso de trabajo con determinadas relaciones sociales, económicas,

de poder y culturales (Garza, 2012), por lo que su estudio no puede separarse de los grupos sociales y el contexto donde se lleva a cabo.

Por último, Noguera (2002) utiliza el término desde dos vertientes. El *concepto amplio del trabajo* como una actividad laboral con recompensas intrínsecas, mientras que el *concepto reducido del trabajo* sólo considera las recompensas extrínsecas a la actividad. Se infiere entonces que, además de tener compensaciones por su realización, el que lleva a cabo la actividad laboral recibe ganancias que no son tangibles, ya que éstas se relacionan con cuestiones más subjetivas como la satisfacción, la identidad y hasta el significado vital del individuo.

A partir de las definiciones anteriores, en este capítulo se conceptualiza el trabajo como: una actividad humana productiva, que además de otorgar remuneración por su realización, aporta recompensas inherentes a la actividad en sí.

Los tipos de empleo y la categorización de la ocupación

El trabajo se puede categorizar de acuerdo al tipo de economía, por medio del bien conocido binomio formal-informal:

1. El obrero cede su trabajo a cambio de un salario a través de un contrato.
2. Trabajo que, por sus condiciones, difiere de los trabajos habituales.

El trabajo informal está compuesto por dos dimensiones: la primera hace referencia a la unidad económica, cuando se opera sin llevar registros contables básicos. La segunda hace referencia a cualquier trabajo que se realice sin el amparo de un marco legal o institucional; este binomio es aplicable para los trabajadores independientes y asalariados (Varela, Castillo y Ocegueda, 2013; OIT, 2014). Por otro lado, la economía formal, se caracteriza por costos tributarios y regulatorios (Varela et al., 2013).

La economía informal se presenta principalmente en contextos con altas tasas de desempleo y desigualdad y la mayoría de sus trabajadores no gozan de protección social. Es muy fácil de acceder a este sector a causa de que la mayoría de sus empleos no requieren altas exigencias en preparación académica o habilidades en el uso de la tecnología, sin embargo, la mayoría de los ingresos se relacionan con la precariedad económica, así como elecciones involuntarias (OIT, 2014).

Para esta investigación se reclutaron ambos tipos de trabajadores, en busca de la comprensión del fenómeno desde todos sus vértices.

Además, la ocupación puede ser categorizada de acuerdo a las actividades que se realicen y las competencias necesarias para estas (figura1).

Figura 1. Categorización con base a las diferentes ocupaciones existentes en la república mexicana, según el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (INEGI, 2011).

La ocupación en la vejez a través de las teorías de envejecimiento

A lo largo del tiempo diferentes teorías han tratado de explicar la etiología de los fenómenos relacionados al envejecimiento, dentro de estas se encuentran las teorías psicosociales, encargadas de explicar los cambios más comunes en esta etapa, por ejemplo, la viudez, la muerte y los cambios en la ocupación (Belsky, 1996; Hernández y González, 2013). Se han desarrollado cuatro teorías que abordan la relación entre la ocupación y la satisfacción durante la última etapa de la vida.

1. Teoría de los roles

Esta teoría fue formulada por Burgess (1960) y afirma que los roles representados definen al individuo social y personalmente; en la vejez se presenta una pérdida de roles y la disminución de expectativas que llevan al individuo hacia la inutilidad progresiva (Belandro, 2006). Actualmente, se sabe que en la vejez pueden desaparecer con mayor frecuencia roles específicos, sin embargo, estas pérdidas no son normativas; por otra parte, es posible que el adulto mayor adquiera nuevos roles que le permitan mantenerse activo.

2. Teoría de la desvinculación

Esta teoría fue postulada por Cumming y Henry (1961), establece que el envejecimiento normal es un proceso en el que el individuo disminuye sus niveles de actividad y decide separarse de algunas obligaciones, de esta manera obtiene una mayor satisfacción vital. Esta desvinculación es voluntaria y no se explica debido a ningún déficit (Neugarten, 1965). Un ejemplo de esto podría ser la jubilación, por el contrario, como hemos observado en el fundamento mismo de esta investigación, no todas las personas dejan de trabajar entrada la vejez, incluso hay quienes

se integran a nuevas actividades dentro de voluntariados o grupos comunitarios, donde establecen nuevas relaciones y desarrollan nuevas actividades; realidad contraria al postulado de la teoría de la desvinculación.

3. Teoría de la actividad

Fue formulada originalmente por Havighurst, Neugarten y Tobin (1964) y es la contraposición de la teoría de la desvinculación. Establece la existencia de una relación positiva entre la actividad y el mantenimiento del funcionamiento general en la vejez, genera un mayor nivel de satisfacción (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990). La actividad debe producir algún rendimiento y ser útil a otras personas. Su pérdida puede llevar a la marginación (Belandro, 2006).

Desde este enfoque, el retiro laboral marcado por la edad puede tener repercusiones no sólo a nivel económico sino también personal, pues representa un cambio radical en la vida del trabajador para el que puede no estar preparado. Por otro lado, esta teoría no puede explicar el bienestar reportado por algunos jubilados a pesar de interrumpir la actividad laboral que han desempeñado durante años, este fenómeno en cambio, puede ser interpretado a partir del significado que los individuos le otorgan a su trabajo.

4. Teoría de la continuidad

Fue desarrollada por Atchley (1971), concibe a la vejez como una prolongación de las etapas vitales anteriores donde se mantienen elementos principales útiles para que el adulto mayor se adapte a nuevas situaciones, por lo que la mejor manera de saber cómo el sujeto va a reaccionar ante situaciones de cambio como la jubilación es mediante la consideración de su conducta previa (Berando, 2006).

A diferencia de las teorías presentadas anteriormente, la teoría de la continuidad parte de los fundamentos biográficos del individuo, por lo que podría explicar el hecho de que no todos los adultos mayores se encuentren laboralmente activos, siendo esta una condición que depende de diversas situaciones a lo largo del ciclo vital, sean adversas o voluntarias. También explica la ausencia de un nivel de actividad homogéneo en la vejez e incluso puede explicar hábitos más allá de actividades, arraigados desde etapas anteriores que continúan después de los 60 años.

El trabajo en la vejez: de las teorías a la realidad de nuestro contexto

El envejecimiento demográfico representa retos muy diversos para los sistemas de salud y de seguridad social en países como México, donde factores socioeconómicos, socioculturales, políticos y ambientales condicionan la dinámica de la población. A nivel más individual, la vejez es un momento de cambios físicos, psicológicos y sociales. El tiempo, el momento histórico, la cultura, la historia personal del individuo, además de los condicionantes ambientales y los recursos de los que se dispone marcan la manera en que se vive esta etapa (Arroyave, 2015). El

resultado de la suma de condicionantes hace de los adultos mayores un grupo heterogéneo y, a su vez, estas diferencias se encuentran conectadas con la ocupación.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), para el año 2014, en México los adultos mayores representaban un 9.7% del total de la población nacional, casi 1 persona de cada 10 tiene 60 años o más en el país, con una proporción de 112 mujeres por cada 100 hombres. Con frecuencia este grupo es asociado con representaciones negativas como la inactividad, la dependencia y la improductividad, como si fuera una situación homogénea al llegar a los 60 años (Miralles, 2011). Esta concepción desvaloriza la adquisición de roles sociales, además de limitar la oferta en actividades como el trabajo, donde los cambios físicos, psicológicos y sociales que trae el envejecimiento como parte de un proceso natural y normativo pesan más que la experiencia adquirida a lo largo de la vida, en contraste con el desempeño de adultos más jóvenes, estos cambios se traducen en desventaja, por lo que pareciera que la actividad laboral se vuelve exclusiva de la juventud, situación que en la cotidianeidad dista mucho del derecho a laborar que tienen todos los ciudadanos mayores de edad en México (Peces-Barba, 2004), y del derecho a la no discriminación laboral por edad de la Declaración Universal de Derechos Humanos, expedida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1948).

No obstante, la esperanza de vida es cada vez más alta, y las personas llegan en mejores condiciones a los 60 años, lo que les permite continuar con el desempeño de actividades remuneradas que contribuyen al desarrollo y bienestar propio y de la sociedad (Miralles, 2010). La tasa de participación económica entre las personas de 60 años y más es de 33.7%; el 50.5% de ese total trabaja por su cuenta y el 9.1% son empleadores. El porcentaje en los hombres mayores laboralmente activos es de 50.7%, mientras que en mujeres es del 19.4% (INEGI, 2014). Estos datos rompen con la visión de los viejos como un sector poblacional estático y dependiente.

Entre los estados de la república, las tasas de participación económica de los mayores tienen un aumento inversamente proporcional con respecto a los porcentajes de adultos mayores que reciben pensión; se infiere entonces que, la falta de ingresos económicos suficientes para cubrir sus necesidades, puede convertirse en una motivación para que los adultos mayores mexicanos se inserten al campo laboral (Garay y Montes de Oca, 2011). Esta relación entre la escasez de ingresos y la entrada al mercado laboral, además de factores como la discriminación laboral por edad y la falta de preparación, colocan al adulto mayor de nuestro contexto en una situación especialmente vulnerable, que lo hace más proclive a tomar la opción de insertarse en el mercado laboral informal. El 74.3% de los adultos mayores que se insertan al mercado laboral, lo hacen bajo estas condiciones (INEGI, 2014). Además, la informalidad limita el acceso a servicios de salud y protección social. Sólo un rango de 7 a 31 de cada 100 adultos mayores en zonas de alta y muy alta marginación eran derechohabientes de un sistema de protección social en salud (Vega, González, Arias, Cabrera y Vega, 2011).

Se observa desventaja en oportunidades con respecto al género femenino. Garay y Montes de Oca (2011) refieren que la situación de las mujeres mayores es más precaria que la

de los hombres, como consecuencia de la menor proporción en el porcentaje y la cantidad de ingresos, esto las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad que tiende a aumentar con la edad. La brecha es evidente también en las oportunidades de acceso a la educación, en 2010 el 28.7% de las mujeres de edad eran analfabetas, en contraste con un 19.9% de hombres; en la ocupación, el 62.8% de las mujeres adultas mayores se dedicaban a los quehaceres domésticos, actividad por la que no reciben remuneración económica (INEGI, 2014), situación que puede orillarlas a depender económicamente de la familia o la pareja, además de ser un factor de riesgo en el maltrato. Desde un panorama más positivo, dentro del contexto latinoamericano, la mayor fuente de recursos para los adultos mayores es la familia, las transferencias incluyen la ayuda monetaria, el cuidado y el apoyo emocional a través de visitas o llamadas telefónicas (Guzmán, 2002). Este apoyo ayuda a paliar la situación de precariedad económica, consecuencia de la falta de ingresos por la ausencia de una pensión.

Otro condicionante negativo con mayor incidencia en la vejez (no normativo al igual que los otros) puede ser el deterioro funcional. Del total de personas con discapacidad a nivel nacional en el 2012, 51.4% tiene 60 años o más (INEGI, 2014). Este porcentaje aumenta en poblaciones más viejas, por lo que el nivel de complejidad en actividades diarias incrementa (por ejemplo: el trabajo).

Es común el uso del término adulto mayor como un sinónimo para jubilado (Medina-Román, Ramírez, Díaz-Ramos y Leal, 2015). En 2010, sólo un 26.1% de los adultos mayores era pensionado, 8.7% de las mujeres mayores era jubilada o recibía una pensión, a diferencia de una cuarta parte de los hombres (INEGI, 2014). Estas cifras van contra la concepción de la vejez como una etapa pasiva e improductiva, además de que el porcentaje de jubilados deja en claro que *vejez*, no es sinónimo de *jubilación* o de cese laboral en este país.

La teoría del significado y la construcción del significado del trabajo

El estudio del significado del trabajo, exige tener en cuenta la relación de las experiencias del individuo y su interpretación de la actividad dentro de un tiempo-espacio determinado. Para lograrlo, retomaremos la “teoría del significado” de Alfred Schütz (1932), quien fue el primero en trasladar la fenomenología al campo de las ciencias sociales.

Para este autor, el significado es la mediación entre el mundo y el actor (Hernández y Galindo, 2007).

El pensamiento está enfocado sobre los objetos del mundo espacio-temporal; la vida pertenece a la duración. La tensión existente entre los dos se vincula con la esencia de la significatividad de la vivencia. Es equívoco decir que las vivencias tienen significado. El significado no reside en la vivencia. Antes bien, son significativas las vivencias que se captan reflexivamente. El significado es la manera en que el yo considera su vivencia, reside en la actitud del yo hacia esa parte de su corriente de la conciencia que ya ha fluido hacia su duración transcurrida. (Schütz, 1932, p. 99)

Para Schütz, la acción misma carece de significado hasta que es trasladada a la conciencia. Sin embargo, el significado no sólo puede ser construido desde las interpretaciones del yo. Si bien, al atravesar la conciencia las personas “interpretan” sus acciones y sus motivos, las construcciones mediante las cuales se desarrolla este proceso parten de las experiencias que alcanzan la conciencia del otro (Salas, 2006). Para entender la construcción del significado, hay que comprender la estructura del mundo social.

Pero los fenómenos del mundo externo no sólo tienen significado para usted y para mí, para F y para S, sino para cualquiera que viva en él. Sólo hay un mundo externo, el mundo público y se da igualmente a todos nosotros. Por lo tanto, todo acto mío con el cuál doto al mundo de significado, se remonta a algún acto de dotación de significado de parte de usted con respecto al mismo mundo. El significado se constituye por lo tanto, como un fenómeno intersubjetivo. (Schütz, 1932; p. 62)

El significado del trabajo se construye a partir de creencias, valores y actitudes que las personas poseen hacia su empleo (Gracia et al., 2001). Desde un proceso subjetivo, la construcción del significado del trabajo debe comprender la historia del individuo y su inserción social, que pone en contacto con las experiencias significativas de los otros, para conformar también la significación de las propias (Rosa, Chalfin, Baasch y Soares, 2011), por lo que otro componente importante al hablar del significado del trabajo es el tiempo en el que se realiza la interpretación. A lo largo de la historia, el valor del trabajo ha sido regulado por el contexto, el sistema de valores y creencias de la época (Peiró, Salanova, Hontangas y Grau, 1991). El trabajo ha sido relacionado con la religión y hasta con esclavitud, en la era industrial el trabajo se transformó desde lo artesanal e individual hacia la organización colectiva (Ozamiz, 2005). Factores como la edad, la cultura y el tipo de trabajo pueden influir también en la composición de su significado subjetiva e intersubjetivamente.

Metodología

Esta investigación se trabajó desde el enfoque cualitativo, caracterizado por buscar la comprensión, la etiología y las interpretaciones que los individuos otorgan a un fenómeno desde todas sus perspectivas (Martínez, 2012). El paradigma interpretativo permitió concebir la realidad del fenómeno de forma construida y holística, sin separar al objeto de estudio del campo conocido por el investigador (Lincoln y Guba, 1985). Los fundamentos teóricos de la investigación se sustentan en la fenomenología y la teoría del significado (Schütz, 1932) con el fin de describir, interpretar y analizar el significado que los adultos mayores de Guadalajara atribuyen a la actividad laboral a través de su experiencia.

La selección de la población se realizó a partir de un muestreo por conveniencia, en instituciones de educación pública y comercios dentro de Guadalajara. Los criterios de inclusión

fueron tener 60 años y más, ser laboralmente activo, vivir dentro de Guadalajara, y participar voluntariamente. No se incluyeron entrevistas incompletas ni fragmentos de participantes que decidieron salir durante el estudio.

Se entrevistó en total a siete adultos mayores laboralmente activos, sin embargo, se descartaron dos entrevistas (salidas voluntarias del estudio), por lo que la población se redujo a cinco (tabla 1).

Tabla 1. *Descripción de datos sociodemográficos de los participantes*

Participante	Edad	Género	Trabajo	Tipo de Trabajo	Estado Civil	Escolaridad
P1	81	F	Auxiliar de limpieza	Formal	Viuda	6 años
P2	73	F	Comerciante	Informal	Viuda	0 años
P3	70	F	Vendedor ambulante	Formal	Separada	0 años
P4	65	M	Guardia de seguridad	Formal	Separado	0 años
P5	77	F	Comerciante	Informal	Viuda	10 años

El conocimiento se obtuvo a partir de entrevistas cara a cara semiestructuradas; con una guía dividida por ejes temáticos, obtenidos de una revisión teórica previa. Las entrevistas fueron audio grabadas con el fin de conservar los detalles referidos por el informante clave, además de actuar como auxiliar para su transcripción, proceso necesario para el análisis.

Se utilizó la técnica de observación participante, desde una perspectiva de participante como observador (McKernan, 1999; Gold, 1958), que consiste en contemplar el fenómeno con el conocimiento de la población estudiada sin participar en sus actividades. Con la información obtenida en las entrevistas se realizó un análisis de contenido, que consiste en analizar la comunicación humana por medio de un procedimiento sistemático que incluye la selección del modelo de comunicación, pre-análisis, definición de las unidades de análisis, generación de códigos y categorías que describan el contenido de los mensajes y, finalmente, la síntesis de la información obtenida (Cáceres, 2008).

Se trabajó bajo los principios bioéticos sugeridos por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010), de no maleficencia y máxima beneficencia, fidelidad, responsabilidad, integridad, y respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Según el artículo 17 del

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1984), esta investigación es clasificada como “Investigación sin riesgo”, pues se emplean técnicas y métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se considera la entrevistas, donde no se identifican o tratan aspectos sensitivos de conducta.

La confidencialidad de los informantes fue preservada mediante el uso del consentimiento informado.

Resultados

Los resultados de la investigación fueron obtenidos por medio de un análisis de contenido. Las entrevistas fueron audio grabadas para posteriormente ser transcritas y codificadas. A partir de la generación de códigos, se construyeron categorías útiles para la elaboración de conocimiento basado en la significación del fenómeno desde el punto de vista del actor y sustento teórico proporcionado por otros autores (figura 2).

Figura 2. Categorías y códigos obtenidos de las entrevistas. Los códigos fueron elaborados por medio del análisis del contenido de las entrevistas en relación a los temas del discurso.

Con base en el Sistema nacional de clasificación de ocupaciones, en la figura 3 se presentan las ramas a las que pertenecen los trabajos desempeñados por los participantes de esta investigación.

Figura 3. Categorización de las ocupaciones de los participantes según el Sistema nacional de clasificación de ocupaciones (INEGI, 2011).

A continuación, se presentarán las categorías obtenidas a través de la agrupación de códigos en el análisis de las entrevistas.

Antecedentes laborales y de preparación

Si bien este estudio se basa en el significado del trabajo en una etapa del ciclo vital con características muy específicas, la perspectiva de la continuidad exige considerar los antecedentes laborales de los participantes, con el fin de conocer su desarrollo en etapas previas. Los antecedentes laborales son las ocupaciones en las que se desempeñaron los participantes en etapas previas a la actual, mientras que la preparación será entendida como la escolaridad.

Las entrevistas muestran que la mayoría de los participantes comenzaron su vida laboral en el desempeño de trabajos informales, entre ellos el arreglo de llantas, el trabajo de campo o la hechura de calzado.

"[...] en el 41 me llevó mi papá para el grullo que fue cuando yo anduve en cosas del campo que me llevaba mi mamá, él murió en el 44, iba con el siglo, entonces ya del 44, mi mamá nos empezó a acarrear al campo". (P1, comunicación personal)

“Yo empecé a trabajar como los 15 años, 14, 15 años, hacíamos huarache.” (P2, comunicación personal)

“Trabajaba de arreglar llantas ahí en la piedad, pero pues ganaba 50 centavos al día. Nos venimos de allá porque se murió mi padre [...]” (P4, comunicación personal)

La mayoría comenzó a trabajar en la niñez o adolescencia. Se observa que el contexto rural y las modificaciones en la dinámica familiar, especialmente la muerte del padre, quien generalmente tenía el rol de proveedor, propiciaron la entrada al trabajo de los participantes. Los conocimientos proporcionados mediante la educación durante las primeras etapas de la vida son herramienta útil en el desempeño del trabajo en etapas posteriores.

IM: ¿Hasta qué grado estudio?

P1: Hasta Sesto

IM: ¿Sexto?

P1: De primaria...

IM: ¿Hasta ahí había?

P1: Antes hasta ahí había. No había secundaria no había nada (golpea la mesa) nomás pura primaria

IM: Y ¿Actualmente trabaja?

P1: Si

IM: ¿En qué?

P1: Pos el que no estudia trabaja de cualquier cosa, yo soy intendente

En el caso de los participantes, desarrollarse en un medio de limitadas oportunidades educativas, así como la falta de educación en etapas posteriores, se tradujo en menos oportunidades laborales.

Género y actividad laboral: su interacción a lo largo de la vida

El género, se encuentra relacionado con roles y actividades desempeñadas por los individuos según su sexo. Generalmente, se le atribuye al género femenino la tarea del cuidado, incluso como una imposición cultural. Se encomendaba a las hijas las tareas domésticas como la limpieza del hogar y la preparación de alimentos.

“[...] mi mamá en paz descanse, porque decía que ella estaba enferma, que le hacía daño acercarse a la lumbre y ‘Que tu ponte a hacer los frijoles, la sopa’ pues todo yo hacía. Barría, trapeaba, hacía todo lo que es de la casa [...]” (P5, comunicación personal)

Además de la asignación inequitativa de tareas, con respecto al resto de integrantes de la familia, es evidente la limitación en las oportunidades de preparación para la mujer.

"[...] porque cuando vivía aquí me dijo 'Fulanita tuvo que salirse de estudiar, de trabajar para cuidar a su mamá' (risas)". (P5, comunicación personal)

En la vejez, la falta de preparación se traduce en desventajas, especialmente para las mujeres mayores que enfrentan situaciones que las hacen más vulnerables como la viudez.

"Porque pues como ahorita, uno, yo tengo 20 años sola, para sacar la renta, comer" (P2, comunicación personal)

Por otro lado, los hombres tenían el rol de proveedores.

"[...] nos venimos de allá porque se murió mi padre y pos teníamos que mantener a mis 9 hermanas [...] Tuve que fletarme para darles de comer a mis hermanas [...]" (P4, comunicación personal)

Se observa que incluso a edades tempranas, los hombres tenían el deber de velar por el bienestar de la familia al proporcionar el sustento, actividad que no tenían algunas de las mujeres participantes, hasta que enviudaron o la figura masculina estuvo ausente.

Apoyo social para los adultos mayores laboralmente activos

El apoyo social, es entendido como los recursos con los que una persona cuenta para superar una crisis, estos pueden ser brindados por entornos formales como las instituciones o informales como la familia (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

El apoyo informal por parte de los compañeros de trabajo, de la familia y los vecinos es de vital importancia para los adultos mayores trabajadores que tuvieron participación en este estudio. El trabajo se convierte en un espacio donde se construyen vínculos, que actúan como un soporte en situaciones cotidianas como la realización de la actividad laboral misma, hasta situaciones adversas.

"[...] Viene una señora [...] y ella me ayuda a veces, ya cuando salgo que abro ya anda acabando ella de barrer aquí la calle, saca las mesas y mientras yo saco las cosas que voy ocupar de comida y ella me ayuda a todo, a machucar los papas, a deshebrar la carne y ya se va y luego después da otra vuelta como de las 12 en adelante y dice y 'ya te meto' en la mañana, como ayer todavía no venía y cuando vino 'yo te meto el comal' [...]" (P2, comunicación personal)

En otros momentos, el trabajo aporta apoyo emocional, confianza, cuidado y la oportunidad de convivir con otras generaciones.

“Muy bonita es mi relación con mis compañeros, te voy a decir todos están al pendiente de mí y ‘Doña vengase a comer, y Doña esto, Doña el otro’ me da gusto que me traten así, me llevo muy bien con ellos, claro, son personas jóvenes y los admiro porque ellos son jóvenes, yo ya estoy grande. ¡Soy la más vieja de ahí de la escuela! Y yo admiro a todos maestros y todos jóvenes (tose). Pero me la paso muy bien”. (P1, comunicación personal)

Fuera de la grabación, la participante P1 compartió que sus compañeros de trabajo la han ayudado en situaciones adversas como caídas o enfermedades, a cuidarla, contactar con sus familiares o trasladarla a recibir atención médica.

La salud en la vejez y su influencia en la realización del trabajo

Las condiciones de salud también resultaron un fenómeno que influye en el trabajo de los adultos mayores.

“[...]Me duelen muchos los huesos ya no puedo caminar mucho, ando aquí con una hora o más que tenga que estar parada pues ya no aguanto mis piernas [...] todo el tiempo me gustó trabajar, en una cosa u otra, ahorita pues ya no puedo hacer otra cosa más que esto y por eso ya” (P2, comunicación personal)

“Mira pues para qué te voy a negar, para que no me duelan mis huesos ni mis rodillas porque hay veces que, si me duelen, porque dejo de tomar, yo me tomo un diclofenaco y un paracetamol diario después de almorzar y duro días que se me pasa y no me las tomo digo ‘Ay me duelen mis rodillas’ hay veces que voy en el camión y me duelen y ahí me las tomo, llevo siempre mi botella de agua y que llego al trabajo ya llego bien” (P1, comunicación personal)

La presencia de enfermedades, especialmente el dolor relacionado al desgaste articular, actúa como limitante en la realización de las actividades laborales, sin embargo, los participantes utilizaban fármacos o cambios de posición para tratar de lidiar con ellas, sin embargo, no representaban impedimento suficiente para dejar de desempeñar su trabajo.

Significado del trabajo en la vejez

Las personas mayores del estudio dieron diferentes significados a su trabajo, en general positivos. Algunos de los códigos que emergen a la hora de preguntar qué representa el trabajo para ellos son: *estabilidad económica, medicina, satisfacción, terapia, ocupación y distracción.*

Para una de las participantes, cuya condición de enfermedad no le permitía seguir con su ritmo de vida previo, el trabajo le ayudaba a distraerse de la ansiedad producida.

"[...] por eso digo que es terapia de que ya con atender a las personas e ir acomodando las cosas ya eso te sirve de distracción de lo que estás haciendo, de tu edad, ya no puedo salir, pues ni modo se aguanta uno". (P5, comunicación personal)

Para la participante P1 el componente más importante en el significado del trabajo no era el económico.

"el trabajo es medicina [...] Te alivia de muchas cosas, te olvidas de muchas cosas y tienes el provecho de recibir algo, de recibir un 5, que te sirve para comprarte algo, entonces el trabajo es muy importante" (P1, comunicación personal)

Así mismo, el trabajo es una fuente de interacción social. Las desventajas de no trabajar fueron: el aislamiento, la soledad y no enterarse de hechos importantes para su comunidad.

"[...] si porque nomás me estoy muy a gusto aquí viendo a la tele, divirtiéndome con la gente que viene y me platica 'ay que mira pasó esto' 'Ay mira pasó el otro' tiene uno a enterarse de cosas que a veces no sabes, 'que se murió fulanita, a qué se murió sultanita' y tú ya 'y cuándo' pues ya es sorpresa para ti y si estuvieras adentro no te enterarías de nada [...]" (P5, comunicación personal)

A través la propia percepción con respecto a sus acciones en el trabajo, las personas mayores abonan a su auto concepto, pues en sus acciones se reflejan valores y costumbres.

"El trabajo para mi es una satisfacción, que me da hacer las cosas bien [...] Yo represento la seguridad [...]" (P4, comunicación personal)

"[...] que les guste [...] a los que me están mandando! Que les guste a ellos porque pues tiene uno que hacer la lucha para que... ¿Cómo te quiero decir? ¡Para que no te digan que eres floja! Porque a mí eso no me gusta que me digan que soy floja". (P1, comunicación personal)

El trabajo también resultó beneficioso para las necesidades de reconocimiento.

Retiro laboral y jubilación

No se puede hablar de trabajo en la vejez sin hablar del retiro laboral. Este implica el cese de las actividades remuneradas.

Esta temática, tuvo relación con códigos como: *tristeza, soledad, aislamiento, enfermedad y muerte*; el surgimiento de estos es preocupante. A pesar de que, para las personas con acceso a un trabajo formal, la jubilación representa seguridad económica y es privilegio de pocos, no discrimina tipo de trabajo a la hora de afectar la identidad y la ocupación. Al hablar del cese laboral, los participantes pensaban también en la muerte propia y compartían las experiencias de otros.

“[...] a la gente que está acostumbrada trabajar deja y pues pronto se jubila (refiriéndose a morir) pronto nos vamos; te digo porque mi papá todo el tiempo trabajó [...] ya no lo dejaron [...], duró poco y por eso digo yo deje una de trabajar y por eso ya se jubila, ya hizo ocho años que murió”. (P2, comunicación personal)

La temática en ocasiones estuvo relacionada con la voluntad de la familia, quienes temen por la seguridad de los participantes ya que la disminución de capacidades pone en peligro sus vidas camino a su lugar de trabajo.

“[...] “Porque casi la mayoría de personas allegadas a mí, dicen que es mejor que me jubile, por mi edad, y no nomás por los camiones, también en la calle, y yo mi contestación es, no nomás en los camiones”. (P1, comunicación personal)

La jubilación no se presenta como una opción para las personas del sector informal debido a la necesidad económica, lo que hace evidente la disparidad y las condiciones vulnerabilidad que los adultos mayores de nuestro contexto enfrentan de manera cotidiana.

“[...] yo digo ¿Cómo me jubilo yo sola? tengo que ganar dinero. Nadie me va a dar verdad así es que digo, hasta que Dios me dé licencia de seguir trabajando, pues entonces ya será mi jubilación”. (P2, comunicación personal)

En ambos sectores se observa relación entre la pérdida de capacidades, el cese laboral y la religión.

Discusión

Sin duda muchos condicionantes tienen influencia en el desempeño del trabajo de los adultos mayores que participaron en esta investigación, una de ellas fue la temprana inserción al mercado laboral adoleciendo de preparación académica. Muñoz (2001), refiere que teorías econó-

micas como la de *funcionalidad técnica de la educación*, establecen que la escolaridad influye en la calificación de los trabajadores. La educación sirve como entrenamiento previo por la adopción de conocimientos teóricos y prácticos, útiles para optimizar el desempeño laboral (Peiró et al., 1994), por tanto, a mayor educación, mejores deberían ser las condiciones de trabajo; en el caso de los adultos mayores entrevistados, la falta de preparación fue una limitante en las oportunidades para obtener a un empleo formal.

En una investigación sobre el sentido del trabajo en adultos mayores en la economía informal realizado por Meza (2014), se encontró que la actividad laboral se encontraba condicionada por el estado de salud. La autora refiere que, un buen estado de salud en los participantes era necesario para poder trabajar y obtener un ingreso necesario para la subsistencia, resultados similares a los reportados por nuestro estudio.

Otro condicionante que influyó en la preparación para el trabajo y la vida laboral fue el género. Para Montes de Oca (2010), el género actúa como un marcador cultural en la forma de envejecer, estructura las oportunidades de educación, trabajo, salud y seguridad social a lo largo de la vida. Los resultados muestran que las mujeres mayores de este estudio se encuentran en desventaja, ya que la mayoría carece de un ingreso fijo como el proporcionado por la jubilación, a consecuencia de la ausencia de un empleo formal, este fenómeno es similar al reportado por Meza (2014); sin embargo, por el número reducido de población masculina, en futuras etapas de la investigación se explorará la influencia del género a mayor profundidad.

Con respecto al apoyo social informal percibido por los mayores en el contexto laboral, los hallazgos de esta investigación concuerdan con lo postulado por Miralles (2010), quien refiere que las redes de apoyo que los adultos mayores establecen en los lugares de trabajo donde se desempeñan, favorecen al desarrollo de actividades productivas y reconocimiento de sus potencialidades. Las redes informales tienen un alto componente afectivo, mientras que las formales proporcionan servicios que ayudan en la satisfacción de necesidades específicas.

Respecto a la construcción del significado del trabajo, Jonsson, Borell y Sadlo (2003) refieren que el trabajo implica un proceso interpretativo que incluye experiencias percibidas, simbólicas y afectivas, como se observa en los discursos de los participantes de esta investigación. Refieren también que aporta significado a la existencia y al propósito de vida ya que “Los individuos experimentan y expresan significado en sus vidas debido a sus ocupaciones” (p. 2).

Díaz, Godoy y Stecher (2005) indican que el trabajo aporta sentimientos de satisfacción, lo que coincide con la información arrojada en los resultados de la investigación. El trabajo ayuda a los mayores a hacer frente a sus necesidades ocupacionales, además de mantener el nivel de actividad que tenían en etapas anteriores (Miralles, 2010). Si bien el dinero y la estabilidad económica se presentan como beneficios prioritarios y de especial importancia en la vejez, también se hace evidente que para los adultos mayores el trabajo es fuente de ocupación y distracción, lo que abona al paradigma de la vejez productiva formulado por Buttle y Gleason (1985). Díaz et al. (2005) mencionan también que el trabajo es un referente en la construcción

de identidad personal y colectiva debido a la importancia que se le atribuye, con el tiempo su realización crea un vínculo con la institución en la que se labora y con el empleo mismo.

El retiro laboral es una etapa de cambios. Para las personas que no están en disposición de dejar su empleo puede convertirse en una transición difícil pues tiene repercusiones a nivel psicosocial. El cese laboral se relaciona con la vejez y con la improductividad, sin embargo, existen diversas formas de concebir la jubilación que dependen de la historia personal. La jubilación puede mejorar su calidad de vida o convertirse en una crisis (Ramos, Salinas, Colín, Mora y Maldonado, 2012), en ocasiones las personas mayores reingresan al mercado laboral después de jubilarse, lo que quiere decir que este proceso no es una barrera uniforme o irreversible (Hayward et al., 1994). Al igual que en nuestro estudio, Meza (2014) refiere que las trayectorias laborales informales de los adultos mayores los colocan en situación vulnerable, por lo que no cuentan con un fondo económico para poder retirarse de la vida laboral. La concepción del cese laboral depende de factores como la historia personal y la historia del trabajo de las personas, en este caso, representa para los participantes una ruptura de roles, de rutinas y redes que pueden afectar directamente su satisfacción vital.

Conclusiones

El significado del trabajo en la vejez, a diferencia de las poblaciones más jóvenes, tiene diferentes condicionantes que influyen en la experiencia de cómo se vive la realización de la actividad laboral y todos los fenómenos alrededor de esta.

Estos condicionantes pueden ser intrínsecos. Un ejemplo de ellos es el estado de salud de las personas, pues las enfermedades impactan su nivel de funcionalidad y esto limita la realización de las actividades.

Al hablar sobre vejez como una etapa más del ciclo vital, así como del envejecimiento como un proceso, se toman en cuenta condicionantes extrínsecos que tuvieron incidencia a lo largo de la vida, pero que tienen consecuencias en cómo se vive su etapa final. La dinámica familiar en la niñez y la escasez en la cobertura de necesidades, tuvieron influencia en la inserción temprana al mercado laboral, en su mayoría hacia el sector informal.

Otra temática abordada es el género. Las mujeres generalmente se ven en mayor desventaja que los hombres, siendo más vulnerables a eventos vitales en la vejez como la viudez. Tampoco tienen mejor panorama frente a las posibilidades del desarrollo profesional debido a que, en edades tempranas, se les limitó el acceso a la educación con la intención de que desarrollaran otras actividades como el cuidado y las tareas domésticas. Esta falta de preparación se puede traducir en una limitante para obtener un mejor puesto profesional y una pensión que ayude a mantener la seguridad económica en la vejez.

Respecto al apoyo social, para los adultos mayores que trabajan, los procesos de socialización adquieren mayor importancia, puesto que además de representar soporte para la asistencia de la realización de actividades, también cumplen la función del cuidado y aportan a cubrir la necesidad de reconocimiento.

El trabajo en la vejez tuvo un fuerte significado ocupacional. Este fenómeno podría actuar acorde la teoría de la continuidad, como un suplemento de actividad y socialización que sustituye fuentes perdidas en la vejez. Permite al individuo mantener niveles similares a los de etapas anteriores.

El cese laboral tuvo implicaciones económicas. Para los trabajadores formales mayores implica años de servicio para recibir el cien por ciento de su pensión, mientras que para los adultos mayores que pertenecen al sector informal el cese laboral representa la ausencia de ingresos. Finalmente, dentro de los discursos de los participantes, se relaciona el cese de actividad laboral con la muerte y el aislamiento debido al cambio en la rutina, además de la ausencia de actividades que les resulten satisfactorias y centrales en la vida. Este estudio permite comprender que el trabajo en la vejez aporta múltiples beneficios a diferentes áreas en la vida del adulto mayor, por lo que debería contemplarse su inclusión al mercado laboral formal, como capital humano útil que beneficia a toda la sociedad.

Referencias

- Aleksandrowicz, P., Fasang, A., Schömann, K., & Staudinger, U.M. (2009). Die Bedeutung der Arbeit beim vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben [The meaning of work during early retirement]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45, 324-329.
- Anuradha, M.V., Srinivas, E.S., Singhal, M., & Ramnarayan, S. (2014). To Work or Not to Work: Construction of Meaning of Work and Making Work Choices. *VIKALPA: The Journal For Decision Makers*, 39(2), 7-19.
- Arroyave, M. (2015). La legibilidad y la comunicación visual de las etiquetas con los adultos mayores en Buenos Aires. *Trabajo de asignatura*. Universidad de Palermo, Buenos Aires. Recuperado de http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyectograduacion/archivos/3278_pg.pdf
- Asociación Americana de Psicología (APA). (junio1, 2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/>
- Astin, H.S. (1984). The Meaning of Work in Women's Lives. A Sociopsychological Model of Career Choice and Work Behavior. *The Counseling Psychologist*, 12(4), 117-126.
- Atchley, R. (1971). Retirement and Leisure Participation: Continuity or Crisis? *The Gerontologist*, 11, 13-17.
- Belando, M.R. (2006). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e Ciudadanía*, (4), 1-18.
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Burgess, E.W. (1960). Aging in Western Culture. En E.W. Burgess (ed.), *Aging in Western Societies*. Chicago: University of Chicago Press.
- Butler, R., & Gleason, H. (1985). *Productive aging: enhancing vitality in later life*. Nueva York: Springer Pub.
- Cáceres, P. (2008). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 11, 53-82. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old*. Nueva York: Basic Books.
- Díaz, X. Godoy, L., & Stecher, A. (2005). *Significados del trabajo, identidad y ciudadanía: La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer.
- Dutra-Thomé; L., & Koller, S.H. (2014). O significado do trabalho na visão de jovens brasileiros: uma análise de palavras análogas e opostas ao termo "trabalho". *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(4), 367-380.
- Friedmann, G., & Naville, P. (1963). *Tratado de Sociología del trabajo*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Garay, S., & Montes de Oca, V. (2011). La vejez en México: una mirada general sobre la situación socioeconómica y familiar de los hombres y mujeres adultos mayores. *Perspectivas sociales*, 1-22.
- Garza, D.I. (2012). Hacia un concepto ampliado de trabajo. En E. Sader, *El mundo del trabajo en América Latina, Tendencias y resistencias* (pp. 111-140). Buenos Aires: Ciccus.
- Gold, R. (1958). Roles in Sociological Field Observations. *Social Forces*, 36(3), 217-223.
- Gracia, F.J., Martín, P., Rodríguez, I., & Peiró, J.M. (2001). Cambios en los componentes del significado del trabajo durante los primeros años de empleo: un análisis longitudinal. *Anales de Psicología*, 17(2), 201-217. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v17/v17_2/06-17_2.pdf
- Guzmán, J.M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
- Guzmán, J.M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo social de personas mayores: marco teórico. *Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*. 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf
- Havighurst, R. Neugarten, B., & Tobin, S. (1964). Disengagement, personality and life satisfaction in later years. En P.F. Hansen (Ed.), *Age with a Future*. Dinamarca: Munksgaard.
- Hayward, M.D., Hardy, M.A., & Liu, M.C. (1994). Work after retirement: The experiences of older Men in the US. *Social Science Research*, 23, 82-107.
- Hernández, C.D., & González, J.F. (2013). Teorías del envejecimiento. En Rocha (Comp.), *La vejez en movimiento. Un enfoque integral* (pp. 43-50). Buenos Aires: Dunken.
- Hernández, Y., & Galindo, R.V. (2007). El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. *Espacios Públicos*, 228-240. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/676/67602012/>
- Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Sistema nacional de clasificación de ocupaciones*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de estadística y Geografía (INEGI). (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática.
- Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198.
- Jonsson, H. Borell, L., & Sadlo, G. (2003). Jubilación: una transición ocupacional con consecuencias en la temporalidad, equilibrio y significado de la ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (3), 1-14.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. London: Sage.

- Long, Z. (2016). A Feminist Ventriloquial Analysis of Hao Gongzuo ("Good Work"): Politicizing Chinese Post-1980s Women's Meanings of Work. *Women's studies in communication*, 36(4), 422-441.
- McKernan, J. (1999). *Investigación-acción y curriculum*. Madrid: Ediciones Morata.
- Peces-Barba, G. (2004). *Lecciones de derechos fundamentales*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(3), 613-619.
- Marx, K. (1867). *El capital*. Hamburgo: Verlag von Otto Meissner.
- Medina-Román, I., Ramírez, M., Díaz-Ramos, J.A., & Leal, D. (2015). Educación y vejez: la alternativa dorada ante la jubilación. *Revista de Educación y desarrollo*, 36, 49-52. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/36/36_Medina.pdf
- Meza, A. (2014). Sentido del trabajo en adultos mayores vendedores ambulantes del centro de Guadalajara, Jalisco. *Ponencia. Congreso Latinoamericano de Estudiantes de Posgrado en Ciencias Sociales*, Ciudad de México.
- Miralles, I. (2010). Vejez productiva: El reconocimiento de las personas mayores como un recurso indispensable en la sociedad. *Kairos: Revista de temas sociales*, (26), 1-14.
- Miralles, I. (2011). Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trabajo y sociedad*, 137-161.
- Montes de Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, (62), 159-181.
- Morse, N., & Weiss, R. (1955). The Function and Meaning of Work and the Job. *American Sociological Review*, 20, 191-198.
- Munir, Y., & Jamali, D. (2009). The Egyptian Worker: Work Beliefs and Attitudes. *Journal of Business Ethics*, 92(3), 433-450.
- Muñoz, C. (2001). Implicaciones de la escolaridad en la calidad del empleo. En E. Pieek (Coord.), *Los jóvenes y el trabajo. La educación frente a la exclusión social* (pp. 155-161). México: UIA/IMJ/UNICEF.
- Neugarten, B.L. (1965). Personality and patterns of aging. *Gawein*, 13, 249-256.
- Noguera, J.A. (2002). El concepto de trabajo y la teoría social crítica. *Papers*, 68, 141-168. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25717/25551&a=bi&pagenummer=1&w=100>
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2014). *La transición de la economía informal a la economía formal*. Ginebra: OIT.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. París: Asamblea General de las Naciones Unidas. Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

- Ozamiz, A. (2005). *El significado del trabajo en la sociedad informatizada. Reflexiones sobre la incidencia de la salud mental en las empresas del conocimiento*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Peiró, J.M., Salanova, M., Hontangas, P., & Grau, R.M. (1991). Patrones de significados del trabajo antes y después de las transiciones desde la formación profesional. *Revista de Educación*, (303), 127-148.
- Ramos, J., Salinas, R.J., Colín, G., Mora, Á., & Maldonado, I. (2012). Representaciones sobre la jubilación y la vejez en personas mayores jubiladas y pensionadas de la Ciudad de Morelia, México. *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 71-79.
- Romero, M.P. (2016). Meaning of Work and sense of profession at the Academy in Colombia. *Athenea Digital*, 16(2), 427-435.
- Ros, M., Schwartz, S., & Surkiss, S. (1999). Basic Individual Values, Work Values, and the Meaning of Work. *Applied Psychology, an international review*, 48(1), 49-71. Recuperado de <https://alingavreliuc.files.wordpress.com/2010/10/schwartz2.pdf>
- Rosa, S. Chalfin, M., Baasch, D., & Soares, J. (2011). Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teórico-epistemológicas en Psicología. *Universitas Psychologica*, 10(1), 175-188. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/415/790>
- Salas, R. (2006). El mundo de la vida y la fenomenología sociológica de Schütz. Apuntes para una filosofía de la experiencia. *Revista de Filosofía*, (15), 167-199.
- Schütz, A. (1932). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós.
- Secretaría de Salud. (1984). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. *Diario Oficial de la Federación*, 07-02-1984. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Varela, R., Castillo, R., & Ocegueda, J. M. (2013). El empleo formal e informal en México: un análisis discriminante. *Papeles de población*, 19(78), 111-140.
- Vega, M.G., González, G.J., Arias, E., Cabrera, C., & Vega, L. (2011). ¿Vivir más o vivir mejor? Marginación y condición de seguridad social en el adulto Mayor en México. En M. E. Flores, M.G. Vega y G.J. González (Coord.), *Condiciones sociales y Calidad de Vida en el adulto Mayor: Experiencias de México, Chile y Colombia* (pp. 13-35). Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/258442745_CONDICIONES_SOCIALES_Y_CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR_EXPERIENCIAS_DE_MEXICO_CHILE_Y_COLOMBIAz

Capítulo 4

Percepción de la muerte en adultos mayores en contexto urbano no institucionalizado

*Patsy Jaquelin Córdova Ramírez, Alejandro Chávez Rodríguez, Isis Eréndira Medina Roman,
Noemí Elizeth Hernández Solano y María Fernanda Mireles Hernández*

Autor para la correspondencia:

Alejandro Chávez Rodríguez

fenix6944@hotmail.com

cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

Capítulo 4

Percepción de la muerte en adultos mayores en contexto urbano no institucionalizado

Patsy Jaquelin Córdova Ramírez, Alejandro Chávez Rodríguez, Isis Eréndira Medina Roman, Noemí Elizeth Hernández Solano y María Fernanda Mireles Hernández

El crecimiento poblacional en México experimenta una transición demográfica acelerada e irreversible en la proporción de edades avanzadas, ocasionado por el incremento de la esperanza de vida y el descenso en la tasa de fecundidad del país.

De acuerdo con el censo 2015 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y según las proyecciones 2010-2050 del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), en México viven 12 millones 85 mil 796 personas adultas mayores, lo que representa el 10% de la población nacional. Mientras que el Consejo Estatal de Población (COEPO) informa que, en Jalisco a mediados de 2010, había un total de 466 mil 350 adultos de 65 años y más, de ellos 215 mil 321 eran hombres y 251 mil 029 eran mujeres, este grupo representó el 7.2% de la población total y se espera que en el 2030 alcance el 11.9% (INEGI, 2014).

En términos absolutos, de acuerdo a González, Vega, Cabrera, Arias y Muñoz (2011), hay más personas que rebasan los 65 años de edad, “lo que ha generado una amplia gama de desafíos económicos y sociales, que van desde atender las crecientes demandas sanitarias” (p. 37), la creación de nuevos conocimientos referentes a la elaboración y planeación de futuros programas de intervención, así como la solución a problemas reales expresados por los actores sociales “hasta garantizar condiciones de vida digna para la misma” (p. 37).

México es un país de grandes contrastes y contextos socioculturales que han llevado al adulto mayor a adaptarse, en la medida de lo posible, a los cambios que la urbe ha experimentado a lo largo del tiempo, por lo que la influencia de estos escenarios ha suscitado que la ancianidad se convierta en objeto de estudio desde diversas perspectivas, transformando a la población adulta mayor como el actor social referente (Rivera y Mancinas, 2007).

El proceso de muerte ha sido uno de los ámbitos estudiados en el envejecimiento debido a que, en la vejez, la muerte se vivencia con la pérdida de seres queridos, amigos y pareja, lo que puede significar un cambio de percepción entre el proceso dual muerte-vejez (Rivera y Mancinas, 2007).

El envejecimiento y la muerte han sido procesos caracterizados y vivenciados por los escenarios y el contexto social-cultural en el que se desarrollan, dentro de este marco de referencia se incluyen los sentimientos, las emociones, la conducta y el sentido que se le da a la propia existencia (Vázquez, 1999) y que se construye, modifica y permanece a la par de los cambios y las circunstancias de cada entorno.

Morin (1994, citado por Rivera y Mancinas, 2007) refiere que la muerte se presenta para el hombre como un hecho fisiológico o natural, y puede ser un fenómeno que integra una doble dimensión; 1) la muerte individual y su afectación directa al sujeto que la experimenta y, 2) la circunstancia social como un evento que afecta a aquellos que se relacionaron directa o indirectamente con el fallecido.

Para entender la importancia de estudiar la percepción de la muerte en el proceso de envejecimiento, revisaremos una serie de definiciones con el objetivo de contextualizar la presente investigación. El primer concepto es propuesto por Fernández-Ballesteros, experta en el área gerontológica; la segunda por Vladimir Jankélévitch, ensayista, filósofo y estudioso en el tema de la muerte; y la tercera propuesta por Vargas-Melgarejo, antropóloga y experta en investigaciones sobre el concepto de percepción y su relación con la visión del mundo de los diferentes grupos sociales.

Fernández-Ballesteros (2011) define el concepto de envejecimiento como “un proceso y un fenómeno multidimensional bio-psico-social; que aborda las tres dimensiones que posee cada individuo y que forman a un adulto mayor” (p.117). Debido a que es un concepto de envejecimiento individual, permitió observar al adulto mayor desde un enfoque multidisciplinar y único.

Fenomenológicamente, la muerte propia surge de la existencia en el mundo intersubjetivo. Otros envejecen y mueren, el mundo continúa y uno continúa en él. Si otros envejecen y mueren, entonces yo envejezco y muero, sé que moriré y sé que el mundo continuará sin mí. Reconozco que mi duración en el mundo tiene límites y eso permite controlar el mundo de vida, trazar planes y llevarlos a cabo (Schutz y Luckmann, 1973).

A lo largo del tiempo, la muerte ha sido definida desde la perspectiva biológica, antropológica, cultural y social en la sociedad occidental; sin embargo, Jankélévitch (2004) define este fenómeno desde una postura bio-psico-social, primordial dentro de este trabajo.

[...] la muerte es un fenómeno demográfico, médico y la cosa más banal del mundo. Es también la tragedia personal, única en su género, incomparable para aquel que ha perdido a un ser querido, incluyendo a la muerte como parte social de ser vivo, reconociendo la muerte del otro y el estilo único de cualquier individuo. (p.14)

[...] la muerte es irrevocable, irreversible; este acontecimiento sella la existencia de cualquiera, el hecho de que ese cualquiera existió, un hecho que es inalienable, imperecedero e indestructible. (p.35)

Por otro lado, Vargas-Melgarejo (1994) explica de una manera sintetizada cómo es que la percepción llega a ser biocultural y depende tanto de estímulos físicos y sensoriales, como de la experiencia del individuo para conseguir interpretar y proveer un significado mediado por las pautas culturales, ideológicas y una serie de conductas relacionadas con la muerte. Lo que ha permitido que el grupo poblacional envejecido recree y perciba este proceso de una forma biocultural.

Con la finalidad de describir en su totalidad este fenómeno, se tomarán en cuenta los dos niveles que Vargas-Melgarejo (1994) propone sobre la percepción. El primero trata de la existencia consciente que involucra apreciar, darse cuenta y reconocer los acontecimientos. Mientras que, el segundo nivel corresponde a la parte inconsciente, donde explica que todo se aprende desde el inicio de la vida y desde este punto depende la construcción y significado que se le dé a una serie de conductas ante un estímulo.

Autores como Blanco y Antequero (1998) y Cuello (2002, citado en Hernández-Eloisa, Oñate-Ramírez, Rodríguez-Ramírez, Sánchez-León, Bezanilla y Campos, 2011) hacen referencia al vínculo que existe entre la idea de deterioro (relacionado al envejecimiento) y muerte. Esta comparación ha generado miedo y, en consecuencia, la negación del proceso de muerte como algo natural y evolutivo propio del ciclo vital.

Este vínculo engloba dos cosas, la primera hace referencia a la “irreversibilidad del futuro, y la segunda, a la usura cualitativa que hace que cada existencia posea cierto ritmo, estilo y actitud” (JanKélévitch, 2004, p.19) que va ligado al proceso de envejecimiento, personal y único.

Debido a la aproximación de este fenómeno, se considera un acontecimiento inalienable que no puede ser medido o cuantificado en términos generales, sino que debe ser analizado desde la experiencia propia del actor y con una metodología que permita acercarse, comprender e interpretar este fenómeno en toda su naturalidad.

Así, la relevancia de este estudio es analizar, comprender e interpretar la percepción sobre la muerte, debido a la importancia del fenómeno en el contexto personal e interpersonal de la población, mismo que será abordado desde diversas perspectivas: la muerte propia, la del otro y ésta como hecho sociocultural desde una aproximación fenomenológica en adultos mayores en contexto urbano de la zona metropolitana de Guadalajara. Se considerarán áreas poco estudiadas, que serán analizadas desde la metodología cualitativa y se hará hincapié en las experiencias-vivencias al proceso de muerte desde la vejez.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con una aproximación fenomenológica en la ciudad de Guadalajara, México. Se realizaron entrevistas a profundidad a adultos mayores hombres y mujeres durante el periodo de tiempo 2016-2017, basadas en una guía que incluyó las siguientes temáticas: significado de muerte, el adulto mayor ante la muerte, vida, muerte como medida de curación, religiosidad, espiritualidad y muerte, enfermedad y muerte, la muerte en el otro, ámbito sociocultural y, por último, vivencia de muerte, desde la perspectiva de la vejez. Todos los informantes clave se entrevistaron en lugares seleccionados por ellos, con el objetivo de que se sintieran cómodos y lograr apertura al hablar.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y categorizadas posteriormente, para realizar el análisis de contenido. Debido a las características de la población y el difícil acceso que supone el abordaje de la temática, se optó por usar la técnica de entrevistas a profundidad y semiestructuradas, con el objetivo de obtener información única para el estudio. Se incluyeron a personas de diferentes edades y ambos géneros (tabla 1), bajo los siguientes criterios de inclusión: 1) que fueran adultos mayores inmersos en el contexto urbano, 2) que no estuvieran en situación de institucionalización y, 3) que fueran independientes, con la finalidad de encontrar diversidad en la información recolectada, misma que se apoyó en la observación participante.

Para llevar a cabo el análisis de contenido fue necesario tener: 1) la transcripción completa de todas las entrevistas, 2) la categorización y la recuperación de códigos en vivo, mismos que se seleccionaron a partir de las frases o palabras exactas de los participantes. Y, finalmente, la codificación guiada por los datos (Graham, 2014).

El acopio de información, se extendió hasta saturar todo el campo de temas que compensaron los objetivos específicos de la investigación (Strauss y Corbin, 1998), se alcanzó este punto cuando la información se tornó repetitiva y dejó de aportar nuevos conceptos y categorías que ayudaran a la investigación (Álvarez-Gayou, 2003).

La participación fue totalmente voluntaria, y se consideraron las normas éticas correspondientes, sugeridas por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2013). La presente investigación se encuentra bajo la clasificación de “Investigación sin riesgo”, pues las técnicas, estrategias y metodología utilizada no realizan ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos participantes. Así mismo, se utilizaron seudónimos y claves para mantener el anonimato de los colaboradores, siguiendo los criterios de respeto, dignidad, bienestar y protección de sus datos y derechos.

Tabla 1. *Perfil de los informantes*

Ciudad	Edad	Género	Estado Civil	Escolaridad	Institucionalización	Enfermedades crónico degenerativas
Tonalá	66	F	Casada	Licenciatura	No	DM y HTA
	60	F	Casada	Secundaria	No	Ninguna
	60	M	Casado	Licenciatura	No	Ninguna
	60	F	Casada	Ingeniería	No	Ninguna
	72	M	Viudo	Primaria	No	Ninguna

Nota: DM = Diabetes Mellitus; HTA = Hipertensión Arterial.

Resultados

Los resultados han sido organizados en las siguientes categorías: 1) percepción inicial sobre el concepto de muerte; 2) el anciano ante la muerte; 3) la muerte propia; y 4) la muerte como hecho sociocultural.

El análisis del discurso permitió identificar las categorías que integran la percepción de la muerte en adultos mayores que corresponden al contexto urbano y que no están en situación de institucionalización.

Dicho análisis proporcionó una diversidad de opiniones en cada una de las categorías.

Percepción inicial sobre el concepto de muerte

El discurso de los participantes refleja la idea de la muerte desde un sentido biológico, pensado y reflexionado a la par del cúmulo de años y el deterioro que el proceso de envejecimiento ha inducido.

Se muestra una carga importante de la información biológica, reestructurando al ser como un ente físico. En el discurso se reafirma esta idea cuando se hace referencia a la “vida”, así mismo, se mantiene una idea preconcebida sobre un significado que va de generación en generación.

“el término muerte significa el fin [...] de algo, [...] se acaba la vida, ya no respiramos... mmm... por ejemplo también de un [...] tiempo, o sea, que ya hay un límite para todo, los seres vivos, tanto humanos como animales... Cualquier, cualquier ser vivo...” (SCC, comunicación personal)

“el final de la vida, ya no se puede respirar, o el corazón, o el cerebro ya no sirve” (ROS, comunicación personal)

“Es un proceso o deterioro; en ocasiones es un proceso larguísimo y aun, cuando no es tan largo, (meses, semanas) es un proceso difícil y se va perdiendo poco a poco la vida (TF, comunicación personal)

En el extracto siguiente, podemos apreciar la parte consciente sobre el morir algún día, y se genera una carga importante sobre los significados aprendidos por las circunstancias de lo que conocemos como ciclo vital.

“La muerte es nacer y sabemos que tenemos que morir. No es [...] vivir, multiplicarse y vivir, y morir más bien y a eso le llamamos muerte” (CCC, comunicación personal)

El contexto en el que se desarrollan los adultos mayores ha proporcionado herramientas que (experiencias y vivencias) han logrado constituir un concepto inicial sobre la muerte, este discurso es generalizado y secundado uno por otro.

“pues es [...] el final de una etapa de la vida [...] el paso a la otra [...] dimensión, no sé...pues es que si, el final [...] de la vida terrenal, más bien dicho (MRR, comunicación personal)

“Un proceso que tenemos que... pasar, como somos, ¿cómo? como nacemos, tenemos que morir, es el proceso, tarde o temprano tiene que suceder. Si, [...], porque no es eterno uno, porque le va a llegar a uno su tiempo [...] y si, por eso soy consciente” (ROS, comunicación personal)

“Pues la muerte significa [...] el final de tu vida, ya hasta donde tu cuerpo te dio, tu corazón y todo eso ya... Tu alma o lo que tú quieras ya es un término de tu vida, siempre y cuando tu estés tranquila, [...] o que tu hayas hecho que te sientas satisfecha de toda tu vida” (CCC, comunicación personal)

“La muerte es el fin de [...] un ciclo de vida...y que es el fin [...] de las cosas terrenales [...] es el fin de dejar este mundo para pasar, creo yo, a otro mejor... y [...] el final de todo, de lo que hiciste aquí en la vida terrenal” (MRR, comunicación personal)

“La muerte es [...] que todos tarde o temprano vamos a llegar a ese fin...” (SCC, comunicación personal)

Por otra parte, existe una percepción que incluye el sentido religioso y dentro del marco de esta investigación es lo que ha generado ansiedad y miedo al final de la vida; algunos de los informantes expresaron fuera de las sesiones grabadas que *“Dios era el camino a la muerte, a una muerte prometedora y el inicio de una vida mejor, sin dolor, sin sufrimiento, una vida llena de amor”* y de aquí surgen algunos conceptos sobre el tema que se pueden relacionar directamente con la importancia de la religión en su vida.

“Yo digo que es una parte de [...] cumplir nuestro ciclo de vida y que nos tiene que llegar y pos aceptarla como Dios nos la mande, ya sea en sufrimiento o no, en enfermedades o no; aceptará y ser conscientes de que llegará y es una cosa normal que nos tiene que suceder (ROS, comunicación personal)

“Es un encuentro con Dios que no sé lo que me espere. Porque lo he ofendido y sé que algo me tomará en cuenta, pero es un encuentro” (DL, comunicación personal)

“Es el final de una vida terrenal pero no, no es el final [...] tu cuerpo deja esta vida para iniciar una nueva, pienso yo que [...] vas a otra vida mejor, quizás espiritualmente hablando y pues no, no le tengo miedo a la vida, a la muerte” (MRR, comunicación personal)

La muerte es percibida también como el final de una vida ya realizada, el final de algo que se conoce como existencia. Se habla de ella sin traspasar el límite entre lo propio y lo que conocemos como la muerte de los otros.

“...el final [...] de la existencia. La no existencia, sería lo negativo, una definición en negativo ¿no?, lo que no es, eso es lo que está muerto, lo que no existe...” (TF, comunicación personal)

“[...] muerte significa... como fin [...] de la vida de una persona... y el fin de la vida de uno también...” (CCC, comunicación personal)

Pero, es también una tragedia individual, hasta este momento no se había expresado la intensidad con la que una persona es capaz de percibir a la muerte, la influencia del medio en el que vivimos todos los días nos ha llevado, quizás a pensar en respuestas que reflejen lo que sabemos, contrario a lo que unas de ellas expreso por la muerte:

“Es que la muerte es un terremoto, es un golpazo, un golpe terrible...” (TF, comunicación personal)

“Pues la muerte significa ya es el final de tu vida, ya hasta donde tu cuerpo te dio, tu corazón y todo eso ya... Tu alma o lo que tú quieras ya es un término de tu vida, siempre y cuando tu estés tranquila, [...] o que tu hayas hecho que te sientas satisfecha de toda tu vida...” (MRR, comunicación personal)

“Es un proceso humano, y como todas las cosas humanas es complejo...” (TF, comunicación personal)

Se concibe una idea biológica que ha desintegrado al individuo de todas las esferas, recreando una percepción sobre la muerte, que tiene que ver con el cese de las funciones vitales.

Sin embargo, es catalogada como algo que debe pasar, pero conserva un matiz impersonal. En otro sentido, se observa la muerte como algo propio de la naturaleza humana y se apropia del sentido y la finalización de un proceso biológico que crece a la par de la vejez.

El anciano ante la muerte

La muerte y el envejecimiento han sido procesos caracterizados y vivenciados por los escenarios y el contexto social-cultural en el que nos desarrollamos.

Los participantes han manejado un discurso colectivo muy parecido, que involucra o conecta la vejez y la muerte en un sentido de pertenencia, por ejemplo:

“...pues para uno [...] que ya vivió y todo eso pues si... ya vivió, ya no... y pues, aunque uno a veces se retraiga, de que no, [...] cómo me voy a morir, pero creo que debemos de pensar en eso.” (CCC, comunicación personal)

“...pues no verdad, pero si ya me tocara ese momento pues yo pensaría que, a mis años, pos ya, ya viví bastante, realicé mi vida, mi esposo, hijos no tuve, pero al menos tuve a mi familia, familiares que los considero como mis hijos, mis sobrinos, etc.” (SCC, comunicación personal)

Se observa en el siguiente extracto, una postura con un grado de aceptación mayor, que reflexiona sobre las circunstancias en las que el individuo participa y que ha permitido la recapitulación de todo aquello que se ha vivenciado, formando una clase de conciencia que aparece a la par de la experiencia.

“Lo vamos haciendo consciente a lo largo de la vida y te digo, no tiene que ver con el tiempo, sino con las circunstancias de las personas.” (TF, comunicación personal)

Afirmar y negar el proceso de muerte fue parte importante de los hallazgos de la investigación puesto que, la planeación de metas a largo plazo se ve mermada por una serie de condicionantes sociales y estereotipos que sancionan o prohíben esta conducta, tal como en el caso de la siguiente frase.

“...que tengo 60 años y estoy en la tercera edad, no hay de otra. Lo que queda de vida es poquito, no vamos a decir ‘dentro de 50 años’ ya no, no podemos hacer planes a futuro, aunque hipotéticamente podemos hacerlos, pero no... Cuando menos para mí es claro que ya estoy más cerca de la muerte.” (TF, comunicación personal)

Pensando en proyectos para el futuro es la forma en la que se expresa nuestra despreocupación por morir, en el caso de los adultos mayores una manera de minimizarla, es pensar que no hay posibilidad de hacer proyecciones futuras pues se sabe que, contrario a lo que se piense, esta cercanía es inevitable.

El final se reconoce como parte de la ancianidad y se vivencia con la forma de expresar todo lo aprendido a lo largo del ciclo vital y que pertenece a una cultura propia de la etapa; en los extractos que se presentan a continuación es posible encontrar la apropiación del concepto como una cuestión superficial y como la posibilidad de reflexión que desencadena una serie de conductas.

“...mmm en lo que respecta a mí no, pero sí he visto a personas que sí tienen miedo cuando empieza uno a tener una edad mayor, porque dicen que piensan que a lo mejor entre más mayores sea uno... es [...] como de la enfermedad, de morirse pues; aunque como te vuelvo a repetir la muerte es pareja, se lleva a todos, recién nacidos y todo.” (MRR, comunicación personal)

“... yo pienso que sí, nosotros sí le tenemos miedo, pero muchas personas no, algunas sí porque te digo, si están tranquilos, su consciencia bien con su casa, pos no creo... pero, si algo lo detienen por alguna cosa u otra, pues a la mejor si están con eso, ‘hay me voy a morir’ y no arreglé esto y esto otro” (CCC, comunicación personal)

La aproximación estereotipada sobre “esperar la muerte” ha creado a lo largo del tiempo una serie de interrogantes que se han intentado responder.

La muerte propia

En esta categoría, se habla de la muerte propia como aquella que pertenece a nosotros mismos, como un hecho inigualable y una experiencia introspectiva; y como tal, se puede reflexionar sobre ella y elegir la conducta que podemos desarrollar ante la misma.

A lo largo de las entrevistas, se ha conceptualizado la propia muerte como el fin de la vida de una persona y, con ello, finalizar el propósito por el cual existimos. Algunos han mencionado que el ciclo de la vida es nacer, crecer, reproducirse y morir.

“Pues no, porque se supone que ya [...] vivimos y la muerte es nacer y sabemos que tenemos que morir. No es [...] vivir multiplicarse y vivir, y morir más bien y a eso le llamamos muerte.” (CCC, comunicación personal)

Lo que hace más fácil reconocer que se ha de morir, puesto que se han cumplido esas expectativas.

La conciencia sobre la muerte propia y el miedo implícito en “la idea de morir” puede significar dos cosas: amar la vida y, con ello, tal como lo menciona uno de los participantes, adoptar un estilo de vida beneficioso para cada persona.

“La idea de que me voy a morir, hace que viva de cierta forma, que adopte una manera de vivir.” (TF, comunicación personal)

O, por el contrario, el miedo a morir. En esta parte se identifica la relación entre enfermedad y la propia muerte y cómo ello genera una especie de recelo que configura la visión del mundo desde esta perspectiva.

“... pues no, se supone que si está enfermo uno de algo y así y eso es de lo piensa uno que de eso va fallecer porque en otros casos pues no.” (SCC, comunicación personal)

Es así como la enfermedad influye en el pensamiento sobre la muerte, que puede estar presente a lo largo del ciclo vital y se nutre con las experiencias previas cercanas a la muerte.

“... si dijeran se va a morir tal día... pues es una cosa de pensar, si me dijeran ...ah [...] voy a tratar de resolver esto y esto otro, pero [...] nadie queremos hablar de la muerte y que le dé a uno miedo [...], a la mejor sí, cuando ya uno se esté dando por vencido a la mejor sí, pero [...] mientras estamos con vida.” (MRR, comunicación personal)

Hay quienes relacionan las cuestiones de acompañamiento, economía y rol social, con pensar o no en la muerte; como lo expresa el participante a continuación.

“... cuando alguien está bien así, pienso yo que no... que no le llega [...] a preocupar el cómo morir, ni la muerte en sí, porque si llevas una vida... en paz, tranquila, pues, [...] más bien hora si como dicen ‘se va, como, tu conciencia’, [...] es el temor a la mejor que

tienes tú de la vida... la percepción que tienes de la muerte más bien.” (ROS, comunicación personal)

Es así como la propia muerte pasa a un segundo plano, si el acercamiento o experiencias ante esta no han sido significativas y el espacio-tiempo no coincide con una serie de cambios progresivos que planteen la posibilidad de la cercanía a morir y es percibido como un futuro lejano, el más lejano de todos.

La muerte como hecho sociocultural

La muerte es un proceso individual que se percibe y se vive de diversas maneras, aspectos socioculturales influyen directamente en la forma en la que vemos la muerte, algunos individuos pueden rechazar el término rotundamente, mientras que otros aceptan y viven su proceso de muerte.

Uno de los participantes menciona que:

“...pues posiblemente porque a la vez la persona tiene más apego a [...] las cosas materiales y... por eso teme o... [está] contenta, [...] al menos de estar feliz y pues no quiere pensar en eso en ese momento.” (SCC, comunicación personal)

Podemos confirmar que la muerte sigue siendo desplazada de la sociedad y que se le atribuye pensar o no en las cosas que tenemos alrededor y cómo nos hacen sentir.

No podríamos ahondar en el tema sociocultural, si no examinamos la diversificación que se tiene sobre la forma en la que podemos observar la muerte desde este espacio.

Un punto importante que se mencionó en el discurso de los participantes es la religión en el contexto urbano, esta parte nos permite crear una idea que se transforma en una creencia que corresponde a nuestro espacio de desarrollo y que se nutre de las experiencias previas que se conectan con las tradiciones.

“...no todos somos correctos en esta vida, tenemos varios defectos, unos... cualidades, otros que no y por eso, a veces el remordimiento de no haber cumplido [...] algo en su corazón que hubiera sentido que dijera [...] lo pude haber hecho y no lo hice.” (TF, comunicación personal)

La imposición religiosa que se tiene en nuestro país llega a ser parte de una promesa de trascendencia, de reencuentro con los otros y de una mejor vida, uno de ellos habló sobre cómo esta elección religiosa crea una concepción distinta y toda una sociedad se apropia de algo ya preestablecido.

“Pues no, yo creo que, [...] como uno que es católico y todo piensa uno que la muerte, de la muerte pasa uno a otra vida...y pues es el concepto que yo tengo.” (CCC, comunicación personal)

Es también una dependencia que sanciona lo que es bueno y malo, y con ello, una proyección del temor que morir podría causar, si no se está cumpliendo con una regla religiosa.

“Según mi religión, pues yo creo que no, no estoy preparado, pues porque... a veces [...] uno con su religión no cumple todo lo que [...] nos dice.” (ROS, comunicación personal)

“... si no hago según mi religión lo que yo tengo que hacer, [...] a la mejor sí voy a tener miedo, porque no estoy cumpliendo con las cosas que... me está dictando la religión... y... no, porque pienso que a la mejor llevo una vida bien, una vida normal de no hacer daño a nadie... Así es lo que yo percibo sobre eso.” (MRR, comunicación personal)

Por otra parte, algunos participantes hacían una conexión interesante entre nuestra cultura, los ritos y las creencias y cómo la incertidumbre es resultado de un sistema de autoprotección que la sociedad ha creado.

“...sí, se sobresaltan (hace ademan con las dos manos) pero pues sí, sí tiene uno que pensar no de andar diciendo uno, porque [...] mucha gente si [...] tú lo platicas se sobresalta.” (CCC, comunicación personal)

Algo que no se debería conversar, pero sí mantener un acercamiento mediante una serie de festejos, que en la cultura mexicana se han llevado a cabo a lo largo de los años.

¿Qué significa entonces la muerte en la cultura mexicana y por qué celebramos la muerte? Una serie de interrogantes parecidas podrían responderse desde la teoría de la construcción social de la realidad de Berger y Luckman (1968), o desde los estudios antropológicos sobre la muerte en la cultura de Thomas (1983); pero es el testimonio del actor, el principal medio de investigación de este trabajo, y la percepción que ellos han construido a lo largo de los años mediante una serie de representaciones que han sido sinónimos de experiencias y vivencias en el contexto en el que habitan.

“...Según tengo entendido eso ... de celebrar la muerte aquí en México se da de notar que no le tenemos miedo a la muerte, pero ya [...] cuando la ve uno (risas) cercas [sic]... posiblemente ya es cuando piensa uno diferente, más difícil.” (CCC, comunicación personal)

“...los rituales de la muerte y todo lo que se hace alrededor de la muerte y que, en el caso de los que no tenemos religión, tenemos que buscar otro método para sobrellevar eso que siempre es triste.” (TF, comunicación personal)

Es la cultura la que moldea nuestras experiencias de pérdida, los rituales que le rodean y la preparación que tenemos ante esta situación, la forma en la que se está permitido expresarse, mostrarse y en qué momento deben contenerse en todos los sentidos con respecto a la muerte, como un hecho sociocultural, individual, espiritual, religioso, filosófico, entre otros.

Algunos participantes hicieron hincapié en que la cultura mexicana por alguna razón prefiere burlarse e ignorar este proceso de muerte, en lugar de aterrizar una preparación adecuada, que permita vivir este proceso con tranquilidad y en compañía.

“No hay en general una preparación previa, la sociedad misma no la da.” (TF, comunicación personal)

“No, para nada... yo pienso que para eso debes estar preparado y, y miedo a la muerte en sí, no, a la mejor es [...] la intriga o la curiosidad de ver qué es lo que hay después de la muerte, pero [...] miedo a la muerte en sí, no... Es algo natural.” (CCC, comunicación personal)

“...la muerte es [...] que todos tarde o temprano vamos a llegar a ese fin y por lo tanto... ya que lleguemos [...] dejar todo, todo ya arreglado, [...] si tiene uno pendientes o algo que haya hecho mal en la vida y lo quiere remediar [...] dejarlo todo bien para que no haya ningún problema.” (MRR, comunicación personal)

“...no tiene tiempo de la reflexión hasta que te das el golpe frente a la realidad, estuve trabajando tanto tiempo para tener esto y resulta que es tan finito que me voy y qué, no tuvo sentido.” (TF, comunicación personal)

Por último, debemos recalcar que el contexto mexicano es una expresión artística brutal, por lo que la percepción de la muerte, dentro del marco cultural, resulta ser un eje importante en la recolección de interpretaciones y esquemas que proporcionan una serie de conocimientos, con los que podemos vivir durante generaciones, y que, además, resulta ser un factor protector y una conducta aprendida para hacerle frente a este proceso. Pero, desde la mirada de los actores sociales resulta ser un evento “silencioso”, por lo tanto, la sociedad se ha encargado de contemplar a la muerte como una realidad-fantasma, que lejos de pertenecer a un sistema de apropiación, se mantiene externo a un futuro que no pertenece a todos los individuos.

La concepción que se tiene sobre la naturalidad del proceso, la cercanía y la realización de una vida ya completa, ha dotado de una forma especial que muestra estos atributos de carácter impaciente y temeroso, que pasan de generación en generación.

Figura 1. Códigos y temáticas encontradas durante el análisis de la información.

Discusión y conclusiones

Por medio de lo expresado por los individuos que participaron en esta investigación, fue posible observar un discurso colectivo que permite percibir de forma austera la concepción que se tiene sobre la muerte.

Para constituir una opinión o juicio sobre el concepto de muerte, desde la percepción de las personas adultas mayores, es necesario comprender que el contexto en el que se desarrollan les ha proporcionado y dotado de experiencias y vivencias, que llevaron a la construcción de un concepto que se ha generalizado y secundado entre uno y otro (Roca, 1991).

La mayor parte de los trabajos empíricos que estudian el tema relacionan el deterioro provocado por el envejecimiento con el significado que se le otorga a la muerte.

Vázquez (1999), Rodríguez (1998) y Thomas (1983) hablan desde una postura biológica, misma que fue posible percibir en el discurso de los colaboradores, desde la misma postura. Esto se conecta directamente con la construcción de un juicio sobre el concepto de muerte, que se ha aprendido y desarrollado durante años, siendo partícipe de un contexto urbano y mediado por cuestiones culturales y de educación.

Con este estudio, coincidimos con los hallazgos de los autores mencionados, que han referido en sus obras, que la percepción del grupo poblacional envejecido conlleva un sentido biológico. Es decir, se ha convertido al ser humano en una entidad biológica, mermando las esferas de desarrollo y haciéndolo participante activo de esta postura.

Como Roca (1991) refiere, a lo largo del ciclo vital se nos enseña a percibir al ser humano como un ser únicamente biológico, que respira y se mueve, siempre y cuando las funciones vitales lo permitan. Un individuo que deja de ser independiente, atraviesa un proceso de pérdida de identidad que conlleva a la aproximación de la muerte por parte del medio social y, por ende, se forma una concepción distinta sobre el tema.

Vázquez (1999) afirma que la vejez constituye un proceso de identidad y es el resultado de la prolongación de un proceso y la muerte un asunto de trascendencia, en este punto, Roca y Vázquez hacen una referencia inminente al sentido biológico que se le da a la muerte y la trascendencia durante el ciclo vital y que se acentúa durante la etapa de la vejez.

Al igual que Vázquez (1999), resulta acertada y se visualiza en las palabras de los participantes el impacto de aquello que percibimos individualmente, lo que conocemos como sociedad y aquello que se nos impone como divinidad.

Por otra parte, autores como Rodríguez (1998) y Thomas (1983) hablaban de la muerte como el resultado de un punto (la vida) y el último paso de un proceso (la última etapa del ciclo vital).

Desde una visión gerontológica, es posible rescatar una noción estereotipada que ha llevado a la muerte a transformarse y complementarse con la vejez, como si de ello dependiera automáticamente un individuo al cumplir un determinado número de años.

Siendo así, podemos hablar de la muerte en sus tres esferas primordiales. La primera de ella es la muerte propia, que en palabras de Jankélévitch (2004) y de Thomas (1983), es aquella que mantenemos oculta porque se trata de nosotros mismos y que genera una conciencia que se elabora a partir de una conceptualización completa sobre la percepción de este proceso, desde un contexto definido en el que se han desarrollado a lo largo de los años.

La muerte es percibida también como el final de una vida ya realizada, el final de algo que se conoce como existencia. Se habla de ella, sin traspasar el límite entre lo propio y lo que conocemos como la muerte de otros.

Esta misma tiene una contraparte que ha sido reflejada en lo expresado por los colaboradores. Se desarrolla una parte que se justifica con el hecho de “es lo que se debe hacer” y “es lo que queda por hacer”, evitar la muerte como objeto de pensamiento y acciones, Baudrillard (1980) reafirma esta postura haciendo mención a la existencia de dos tendencias: la primera tiene que ver con el nulo tiempo que hay para pensar en la muerte y que conlleva una especie de ocultamiento y, por otra parte, se le ignora por miedo a morir.

Pero es Thomas (1983) quien habla sobre esta experiencia como un proceso único y que se vivencia de la mano con aquello que se reestablece con la reestructuración de la perspectiva individual y personal sobre el proceso.

Es necesario vivenciar la muerte del otro para conocer y experimentar la cercanía con morir, que corresponderá a la enseñanza práctica que se tiene en ese contexto.

Tal como lo muestran algunos autores, para experimentar nuestra propia muerte es necesario transitar por el sendero de la pérdida de aquellos que están a nuestro alrededor, pues de esta forma se crea un pensamiento flexible que propicia el desarrollo de la planeación y representa la toma de conciencia, desde la experiencia de algo que se asemeja a nuestra propia muerte, pero no es nuestro (Limonero, 1996; Picabia y Jurado, 1998; y Thomas, 1993).

La muerte, como hecho sociocultural, es una parte fundamental en la explicación que se tiene sobre la muerte y cómo el hombre ante ella ha formado parte de las interrogantes a lo largo del tiempo.

Thomas (1993) dice que existen tres características con las que los sistemas culturales logran tener una visión única: 1) Mi propia muerte, 2) La del otro, y 3) El hombre ante este fenómeno.

Con la inclusión de lo señalado anteriormente y la teoría de la percepción social que refiere Roca (1991) podemos interpretar los significados, la estructura, y los atributos desarrollados en un lugar determinado, que trascienden de generación en generación.

La aportación trascendental de este autor, permite reconstruir la forma en la que se está permitido expresarse, mostrarse y en qué momento deben contenerse, en todos los sentidos, con respecto a hablar de la muerte como un hecho sociocultural, individual, espiritual, religioso, entre otros.

Es a partir de la aportación de Roca (1991) que se tiene una percepción desarrollada y propia de cada grupo poblacional, en este caso, el adulto mayor, que pertenece a la misma cultura, pero que permanece rezagado y separado de la sociedad, conserva una tendencia que va de lo general a lo particular, a la par de conductas evitativas que desarrollan un sentido de pertenencia inflexible y único.

Con los hallazgos encontrados en artículos empíricos y en las obras de los autores mencionados a lo largo de esta investigación; fue posible crear una conexión interesante y multidisciplinar entre las diferentes escuelas y corrientes de investigación descritas.

En la mayoría de los extractos de entrevistas presentados, se estuvo de acuerdo con los autores, debido al impacto que el tema generó en los entrevistados, el difícil acceso que supone hablar sobre ello y los marcados estereotipos que corroboraron la visión y percepción del grupo poblacional envejecido sobre la muerte.

Así, podemos concluir que la muerte crea un conflicto emocional cuando se trata de la propia forma en la que lo vivenciamos, experimentamos y elegimos la conducta ante esta situación.

Existe la consciencia de la presencia de la muerte en el otro y se observa como una oportunidad de reflexión y pensamiento flexible, pero que conserva pautas culturales que se desdeñan a una edad determinada.

Por último, se percibió lo holístico de la muerte en función de la trascendencia y la religiosidad, en un contexto sociocultural urbano y cómo ha sido constituido a lo largo del tiempo. El cambio de pensamiento y la cultura ante ella, ha de ser posible mediante una propuesta que intervenga desde edades tempranas.

El cúmulo de años de una persona representa sin duda una parte de la cultura y la sociedad en la que está insertado un individuo; de esta forma su pensamiento, sus conductas y su juicio están determinadas por algo que ya prevalece y existe con una mínima elucidación desde el punto de vista del actor social.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Baudrillard, J. (1980). *El intercambio simbólico y la muerte*. Venezuela: Monte Ávila, Editores. C.A.
- Berger, P.L., & Luckmann, T. (1998). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Blanco, A., & Antequera, R. (1998). La muerte y el morir en el anciano. En L. Salvarezza (Comp.), *La Vejez: una mirada gerontológica actual* (pp. 379-406). Argentina: Paidós.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2012). *Proyecciones la población de México 2010-2050*. México: CONAPO.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Libro blanco de las personas mayores y del envejecimiento (Vol. III)*. Madrid: IMSERSO.
- González, G.J., Vega, M.G., Cabrera, C.E., Arias, E., & Muñoz, A. (2011). Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México. En M.E. Flores, M.G. Vega y G.J. González (Coord.), *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Graham, G. (2014). *El análisis de los datos cualitativos en investigación cualitativos*. Madrid: Morata.
- Hernández-Eloisa, M.A., Oñate-Ramírez, D., Rodríguez-Ramírez, D.J., Sánchez-León, L., Bezanilla, J.M., & Campos, J.E. (2011). El adulto mayor ante la muerte: Análisis del discurso en el Estado de México. *Revista de Psicología, GEPU*, 2(1), 64-78.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Aguascalientes, México: INEGI. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825056643>
- Jankélévitch, V. (2004). *Pensar la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Limonero, J.T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revistas de psicología general y aplicada*, 49(2), 249-265.
- Picabia, A.B., & Jurado, R.A. (1998). *De la Vejez. Una Mirada Gerontológica Actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Rivera, J. y Mancinas, S.E. (2007). El anciano ante la muerte: análisis del discurso en el noreste de México. *Estudios Sociológicos*, XXV(74), 341-367.
- Roca, J. (1991). Percepción: Usos y teorías. *Edicacio Fisica i Esports*, (25), 09-14. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277272299_Percepcion_usos_y_teorias
- Rodríguez, F. (1998). La vejez y la muerte. *Anales de psicología*, 14(1), 127-135.
- Schutz, A., & Luckmann, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Argentina: Amorrortu editores.

- Secretaría de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para salud en seres humanos. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 04-01-2013. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Newbury Park, CA: Sage.
- Thomas, L.V. (1993). Antropología de la muerte. En L. V. Thomas, *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Vargas-Melgarejo, L.M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
- Vázquez, F. (1999). Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México. *Papeles de la población*, 5(19), 65-75.

Capítulo 5

Percepción del abandono en el adulto mayor institucionalizado:
un acercamiento al fenómeno a través de los ojos del adulto mayor

*María Fernanda Mireles Hernández, Alejandro Chávez Rodríguez,
Noemí Elizeth Hernández Solano, Isis Eréndira Medina Roman
y Patsy Jaquelin Córdova Ramírez*

Autor para la correspondencia:

Alejandro Chávez Rodríguez

fenix6944@hotmail.com

cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

Capítulo 5

Percepción del abandono en el adulto mayor institucionalizado: un acercamiento al fenómeno a través de los ojos del adulto mayor

*María Fernanda Mireles Hernández, Alejandro Chávez Rodríguez,
Noemí Elizeth Hernández Solano, Isis Eréndira Medina Roman
y Patsy Jaquelin Córdova Ramírez*

En este capítulo, se presenta un estudio realizado en torno a la situación de abandono que experimenta la población de adultos mayores institucionalizados en asilos.

El fenómeno fue estudiado de una manera holística¹, bajo una metodología cualitativa, considerando que los aspectos a tratar (emociones, sentimientos, experiencias) no son susceptibles de medición.

El abandono en los adultos mayores es un problema cada vez más visible en nuestra sociedad, convirtiéndose en un panorama poco alentador y poco explorado por los profesionales en la materia; por lo anterior, la construcción del conocimiento acerca de la condición de abandono es de gran relevancia para la gerontología².

En la última década, se ha observado un crecimiento importante en la población de adultos mayores en el contexto mexicano. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI, 2014), se estima que este crecimiento continuará, y que para el año 2050, uno de cada cuatro habitantes será considerado adulto mayor.

Consecuencia de las necesidades que enfrenta nuestro país, los miembros de cada familia se ven obligados a integrarse a la vida económicamente productiva. Ante este panorama, la población de adultos mayores se ve poco favorecida y los asilos surgen como alternativa para subsanar las necesidades de apoyo y cuidado en el área física, psicológica y social que requieren (Pérez, 2014).

1 *Modo de ver las cosas, apreciadas en su totalidad, como un todo, sin reducirlo a sus partes integrantes.*

2 *Disciplina científica que estudia el envejecimiento, la vejez y al adulto mayor bajo la perspectiva biológica, psicológica y social.*

De acuerdo a Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010), quienes abordan la situación de los asilos desde una perspectiva de trabajo social, afirman que estos lugares permanecen como consecuencia de las crisis económicas, sociales y culturales, destacándose sobre todo en las familias que ya no pueden proveer de cuidados a los adultos mayores por distintos factores: la reducción del tamaño de la vivienda, disminución del número de los integrantes de la familia y las carencias económicas; lo que origina la búsqueda de otras personas que puedan brindar esta función de cuidado, propiciando una situación de abandono.

En otro estudio, Banda y Salinas (1991), más que tomar en cuenta a los residentes de los asilos, se centran en la evaluación de las áreas que se encargan de los servicios en estos lugares, como atención médica, de enfermería, nutrición y psicología. Por otro lado, Martelo, Galván y Vázquez (2015) realizan un análisis acerca de la relación que existe entre la autoestima y la autonomía de los adultos mayores que se encuentran dentro de un asilo, mediante escalas e índices de funcionalidad.

Hasta el momento, se han efectuado una serie de investigaciones sobre la condición de abandono que enfrenta el adulto mayor, sin embargo, lo han hecho bajo una metodología cuantitativa, apoyándose en escalas e índices, evaluando otros aspectos de esta condición, sin centrarse o considerar al actor que la experimenta.

Por lo anterior, es relevante llevar a cabo un estudio cualitativo de este fenómeno, centrado en el adulto mayor, evaluando aspectos subjetivos como las experiencias, emociones y sentimientos, que permiten percibir esta problemática desde otra perspectiva.

Marco teórico

Para este estudio, fue necesario llevar a cabo una revisión en torno a la percepción, y cómo ha sido conceptualizada en diferentes áreas. Asimismo, adentrarnos al concepto de institucionalización y, finalmente, a la situación de abandono.

De acuerdo a Vargas (1994), en los últimos tiempos, el estudio de la percepción ha sido objeto de gran interés en diferentes áreas como la antropología, la sociología, la filosofía, por mencionar algunas.

La psicología es una de las disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción, en esta área se conceptualiza la percepción como un proceso cognitivo, en el cual interviene el reconocimiento, la interpretación y, finalmente, el significado para formar juicios, en donde también las sensaciones del ambiente y otros procesos, como el aprendizaje y la memoria, juegan un papel importante (Vargas, 1994, p. 48).

Merleau-Ponty (2002) puntualiza la percepción como un proceso parcial, ya que el observador no percibe las cosas en su totalidad, dado que las situaciones y perspectivas en las que se tienen las sensaciones son variables, y lo que se obtiene es tan sólo un aspecto de los objetos en un momento determinado. Para este autor, la percepción consiste en un proceso cambiante, que permite la reformulación de las experiencias y, por ende, de las estructuras

anteriormente construidas. Además, señala que en este proceso no influyen las experiencias pasadas, se refiere a una constante construcción de significados, meramente en tiempo y espacio.

Por lo anterior, para interpretar los resultados de esta investigación, se consideró como referencia a Vargas (1994), quien concibe la percepción desde un punto de vista antropológico:

[...como] la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos, construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad. (p. 48)

Por otra parte, para referirnos al proceso de institucionalización, citaremos a Hidalgo (2001) quien define el término “como el proceso social de ubicar a las personas bajo la jurisdicción de una institución formal o semiformal” (p. 141). Además, menciona que, en la población de adultos mayores este proceso se da especialmente en lugares como hospitales, asilos o centros diurnos, en donde atienden mayormente a pacientes con enfermedades crónicas, y cuyos servicios y cuidados resultan limitados.

Cualquiera que sea el tipo de institución, dicho proceso se genera casi siempre por la falta de apoyo social, escasez de recursos económicos, abandono familiar, enfermedades y/o discapacidades, así como a la pobreza y marginalidad en que se encuentra esta población y sus familias (Hidalgo, 2001).

Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) explican que, el ingreso de los adultos mayores en asilos tiene implicaciones negativas; estimula o promueve el deterioro y agudiza el estado de dependencia, como resultado de hallarse alejados de su familia. Además, los adultos mayores residentes de dichos lugares muestran una mayor negación a realizar actividades en estos lugares, dando lugar al sedentarismo y el aislamiento.

El proceso de institucionalización de los adultos mayores, de acuerdo a Mora et al. (2004), puede tener consecuencias positivas, bajo ciertas características. El encontrarse dentro de un asilo puede lograr subsanar las necesidades del adulto mayor, además de proporcionarle comodidad, tranquilidad, y la compañía de otras personas. Sin embargo, dadas las características económicas y socioculturales, esto no sucede, propiciando sentimientos de tristeza, soledad, falta de intimidad, incluso dificultades al convivir con personas extrañas, que se enfrentan ante la misma problemática de abandono (Castro, Iglesias, Puñal, Rodríguez y Taboada, 2002).

Bajo esta lógica, el proceso de institucionalización origina que los adultos mayores experimenten un sentimiento de despedida del pasado, una situación de exclusión y desvinculación con el entorno y, una vez dentro de estos lugares, ausencia del contacto con la gente de la comunidad, como los amigos, vecinos y, principalmente, la familia. De forma adicional, se conoce que muchos adultos mayores son institucionalizados en contra de su voluntad, fomentando que al mismo tiempo surjan algunas características negativas de las organizaciones, como el maltrato y el desarraigo (Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, Osorio y Chavarriaga, 2013).

Otro de los aspectos fundamentales en esta investigación es el término negligencia o abandono, el cual se define como “todo comportamiento que tienda al descuido, desatención u omisión del cuidado de una persona que no está en condiciones de valerse por sí misma por razones de edad, enfermedad o discapacidad” (Corazzari y Taylor, 1998).

Según González, Pérez y Barrantes (2008), en el informe acerca del estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, el abandono es el tipo de abuso más frecuente, aunque a menudo es el más difícil de detectar. En esta situación, suele presentarse repercusiones tanto físicas, psicológicas o emocionales. Además de la ausencia en la atención de las necesidades básicas, como la alimentación, la protección o los servicios de salud.

De acuerdo con los razonamientos anteriores, la teoría que aborda o explica este fenómeno que experimenta la población adulta mayor es la teoría de la desvinculación, propuesta por Cummings y Henry (1961), quienes afirman que a medida que las personas se aproximan o se encuentran en la etapa de la vejez, tienen a separarse de manera natural de la sociedad y, por consiguiente, de su entorno y de sus actividades.

A pesar de que estos autores proponen que esta desvinculación resulta ser de manera satisfactoria, esta misma situación puede provocar el aislamiento y la segregación de esta población con la sociedad, generando otras problemáticas o escenarios como el abandono.

El tema de envejecimiento y de la etapa de la vejez conlleva una serie de situaciones y acontecimientos importantes de abordar; por lo tanto, es indispensable conocer la percepción de los adultos mayores en diferentes contextos y condiciones; como en el caso de la institucionalización en situación de abandono.

La comprensión que se tenga de este fenómeno será fundamental en materia de gerontología, debido a que el impacto y la calidad de los programas de intervención, en gran medida, están determinados por el entendimiento que se logre del contexto en que viven los adultos mayores. Al respecto, Hernández (2004) señala que los servicios que ofrece este tipo de instituciones se realizan bajo un enfoque caritativo, que es indispensable modificar para ofrecer una mejor atención, tanto en el área médica como en la psicológica y la social.

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa, bajo un enfoque fenomenológico, formulado por Edmund Husserl, retomado y explicado por Lambert (2006), que se fundamenta en que la

percepción es un estado psíquico del ser humano real. Por consiguiente, se estudian las vivencias o fenómenos concebidos por el individuo (suspendiendo el juicio), para precisar si tales contenidos son reales, ideales o parte de la imaginación. Con la finalidad de describir, comprender e interpretar la perspectiva que tienen los adultos mayores en torno a este fenómeno.

Técnica de recolección de datos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: la entrevista en profundidad y la semiestructurada. La entrevista en profundidad, consta de continuos encuentros entre el investigador y el informante, en donde se tiene como finalidad, conocer la opinión y comprender la perspectiva en torno a sus experiencias, situaciones, y la manera en cómo las viven (Campoy y Gomes, 2015).

Para llevar a cabo la recolección de datos, se informó a la institución (asilo) sobre el estudio a realizar. Posteriormente, se elaboró un consentimiento informado, que incluía los objetivos de la investigación, la manera en la que serían manejados los resultados obtenidos, además de asegurar la confidencialidad de las personas sujetas a este estudio, utilizando pseudónimos.

Población

Se eligió una institución (asilo) de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. En este lugar se encuentran 35 adultos mayores, de los cuales cuatro fueron entrevistados (tabla 1), mediante un muestreo teórico, ya que fue intencionado, buscando a aquellas personas que cubrieran las necesidades de dicho estudio (Crespo y Salamanca, 2007). Este lugar funciona gracias a la asistencia y la beneficencia pública; aunque cuentan con agua potable, luz y drenaje, las condiciones en las que se encuentra no son óptimas.

Las entrevistas se llevaron a cabo durante el año 2016, realizándose dentro de la institución y tomando en cuenta el área de mayor comodidad para los participantes (habitaciones y área de recreación), con la finalidad de crear rapport.

Tabla 1. *Descripción de las características de los informantes*

Participante	Edad	Género	Estado Civil	Escolaridad	No. de hijos	Estancia	Discapacidad
María	65	F	Separado	Primaria	Ninguno	2 años	Ninguna
Laura	79	F	Viuda	Ninguna	Ninguno	5 años	Ninguna
Flor	82	F	Soltera	Primaria	Ninguno	7 años	Sensorial
Juan	75	M	Sotero	Primaria	Ninguno	6 años	Motriz

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido, el cual consiste en una técnica basada en la lectura (textual o visual) de lo recogido durante la investigación, que permite comprender los diferentes aspectos del fenómeno estudiado, considerando el contexto en el que se desarrolla (Schettini y Cortazzo, 2015).

El procesamiento y análisis de los datos se desarrolló en tres etapas: la primera, por medio del ordenamiento, transcripción y contextualización de testimonios, y lo obtenido mediante la observación. La segunda, consistió en la codificación y la construcción de categorías y, por último, el análisis con base a las categorías emergidas, apoyadas en el sustento teórico, con la finalidad de construir la representación social y así comprender el fenómeno ampliamente. Lo anterior, se llevó a cabo mediante una discusión con los autores implicados en esta investigación.

Aspectos éticos

Respecto a las consideraciones éticas, se tomó como base el *Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud* (1987), en el cual, se establecen los lineamientos y principios considerados al llevar a cabo un estudio, considerando los aspectos éticos que deben ser atendidos durante el desarrollo de este, que aseguren el bienestar y la dignidad de las personas sujetas a la investigación. Además, se tomó como referencia dicho reglamento para la elaboración del consentimiento informado, en donde se menciona que se debe explicar de una manera clara y completa los siguientes puntos: los objetivos y la justificación del estudio, los procedimientos y técnicas que deberán usarse, la seguridad de recibir respuesta ante cualquier duda surgida durante el proceso, libertad de retirar su consentimiento, y por lo tanto, dejar de ser parte del estudio cuando lo decida, además de garantizar en todo momento la confidencialidad de los participantes (art. 21).

Resultados

A continuación, se dan a conocer los resultados obtenidos, con base en el análisis de los discursos de los participantes. Para lo cual, se elaboraron una serie de categorías y códigos (figura 1).

1. Sentimientos en torno al abandono

Para abordar el fenómeno del abandono se tomará en cuenta la percepción de los adultos mayores en torno a este, analizando las experiencias y sentimientos que estos experimentan.

El abandono conlleva una carga afectiva muy importante, que constituye un elemento fundamental en la experiencia de las personas entrevistadas.

Los sentimientos manifestados por los adultos mayores dan muestra de la percepción que tienen acerca de este fenómeno, que en general es negativa, como se observa en los siguientes fragmentos:

Figura 1. Categorías y códigos obtenidos a partir del análisis de contenido.

“... ya soy viuda... y abandonada. [...] triste, muy triste [...] no hago nada más que estar sentada” (María, comunicación personal)

“No, de mi familia no, mi hermana tiene muchos hijos, pero no se acuerdan de mí. [...] nadie viene a visitarme, tengo muchas sobrinas, pero nadie viene.” (Laura, comunicación personal)

“Me siento mal, nadie me viene a ver, nadie, nadie, de mi gente, nadie. [...] No, mi familia casi no viene. Está muy regada mi familia.” (Flor, comunicación personal)

El estudio realizado por Ramos (2009) acerca de las representaciones sociales del abandono y la vejez, muestra que esta situación se refleja como una experiencia enmarcada en sentimientos de tristeza y soledad, existiendo una estrecha relación entre ambos sentimientos.

Asimismo, aunque con menor frecuencia, se presentan sentimientos como el sufrimiento y el coraje.

Con lo obtenido en la presente investigación, y de acuerdo con Ramos (2009), se infiere que la tristeza y la soledad, es el sentimiento y la percepción que mayormente se experimentan en una situación de abandono.

2. Causas de institucionalización

El abandono se estructura principalmente como consecuencia de la falta de apoyo ante una serie de situaciones que enfrentan los adultos mayores. Convirtiéndose así, en los principales factores de institucionalización; la presencia de una enfermedad, una discapacidad (que a su vez provoca dependencia) y falta de recursos económicos.

“Aquí en este lugar me trajo una que se llama Lupe como yo, es alta, y me dijo ‘¿tú que estás haciendo aquí en tu casa solita?’, estaba en mi casa, pero pues sola como un birrote, ‘te voy a llevar a un asilo pero que va a tener muchas compañeras’, así me dijo.” (Laura, comunicación personal)

“[...] a mi aquí me trajeron hija, un sobrino me trajo.” (Flor, comunicación personal)

“Aquí llegue... como se dice.... sin pensarlo, porque yo padecía un dolor que me daba aquí (señala el lugar) de este lado, y toda la noche de ese domingo para amanecer en lunes estuve mala no pude dormir nada del dolor, y en la mañana me levanté y les dije ‘yo voy a ver si encuentro un médico que me [...] inyecte algo’... iba pasando por aquí y vi hospital de ...sabe que, o sabe que dice ahí en la puerta y dije ‘ay voy a entrar a ver si me hacen el favor de inyectarme algo’. Y ya entré y me tocó suerte que estaba el médico y un doctor y una doctora, serían esposos, ‘pásate muchacha’ me dijo el doctor... muchacha de ochenta años (ríe), ‘pásate muchacha’, y pos yo me pasé, ‘¿qué tienes?’ ‘ay doctor un dolor que me da y no me dejo dormir’, ‘a ver pásate’, y ya me examinó y dijo ‘¡ay esta muchacha viene muy mala, hay que encamarla!’ y le dije ‘¡ay no doctor, no quiero!, porque no avisé a mi familia, solo dije que venía a ver que me inyectaran o algo’, ‘ándale así pásate’, y pos ya me pasé, y como me pusieron una inyección para el dolor, me quedé dormida, y desperté tres días después, y ya me habían operado.” (María, comunicación personal)

“Me trajeron aquí porque me mocharon una pata, por ahí me encontré un montón de madera y la andaba juntando para ponerla en un carrito pa’ traérmela, para la leña, pero ahí me enterré un clavote, ahí en medio del talón, y como estaba diabético no me dolía ni me salía sangre, y traía unos zapatos todos madriados, y así andaba, hasta que

una señora me invitó a que le barriera su calle y me dijo, 'Don José, hay algo que aquí huele muy feo, como muerto, ¿qué trae de muerto?'; no pos nada, yo diario aseo mi cuarto, y ya cuando me quité el zapato, ya me hedía el pie, ya tenía todo el pie feo, y ya me llevaron al hospital... al hospital civil, y ahí me dijeron 'pues le vamos a lavar muy bien, pero eso sube pa'riba usted sabrá, se va a ir pudriendo poco a poco, usted dice, o quiere morir o quiere vivir'". (Juan, comunicación personal)

Parece ser, que las causas de institucionalización han sido las mismas a lo largo del tiempo, y no han cambiado significativamente; un estudio cualitativo realizado por Bazo (1989) acerca de la institucionalización de adultos mayores, arrojó que algunas de las causas de este proceso, son la carencia de familia (hijos), la muerte de las hermanas, o la soltería, además de la presencia de alguna enfermedad.

Otros aspectos encontrados en la investigación de Bazo (1989), que resultan diferentes a lo obtenido anteriormente, es la condición de viudez de muchos de sus participantes, que dio como resultado el ingreso por voluntad propia, para no convertirse en una carga para los hijos. Un panorama muy distinto al que mencionaron los adultos mayores entrevistados en esta investigación.

3. Familia

El abandono se debe, en gran medida, a la falta de apoyo o atención de aquellas personas que están vinculadas con las personas adultas mayores, principalmente la familia.

La familia es una institución que lleva a cabo una serie de intercambios entre sus miembros, por ejemplo, de afecto, apoyo, amor y respeto, lo cual favorece el crecimiento personal. Cabe señalar que, si esta relación se da de manera negativa, el resultado supondrá situaciones de abandono, desprecio o maltrato (Musitu, 1999).

Esta serie de intercambios juega un papel importante en torno a esta situación; las relaciones que se hayan formado a lo largo de la vida, serán fundamentales en la etapa de la vejez. Se abordan dos aspectos fundamentales para la formación de estas redes: el estado civil, así como el número de hijos y la relación con estos.

"Sí, tuve hermanos, pero esos se murieron, y ya mi familia, familia materna todos se murieron ya, y yo que soy la más grande aquí me tienen todavía batallando conmigo, porque también cada rato estoy enferma. Pero hijos no tuve, nunca me casé." (Flor, comunicación personal)

"Sí, tuve tres hijas, crecieron y se casaron y tuvieron hijos, pero hubo una epidemia de... ¿no sé? quizás ustedes se acuerden o se darían cuenta, y les tocó que se murieran ellas. Me quede sin nada... y no cuento con nada, [...] nadie me frecuenta a mí." (María, comunicación personal)

“Sí, solo mi mamá y mi hermana... mi hermana se echó a perder, supe que se murió, ahí donde estaba un charro, ahí por el parque Morelos, ahí hay un charro que está arriba de un caballote negro, ¡ahí se murió! Después se murió mi mamá. Cuando murió mi mamá, yo andaba pisando unos 56 años, 57 por ahí. Nunca fui casado, quedé solo toda mi vida.” (Juan, comunicación personal)

Delgado (2012), realizó una investigación cuantitativa acerca del abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores. A diferencia de los resultados obtenidos en su investigación, en donde la mayoría de los entrevistados tuvieron hijos (solo uno de ellos no), en los participantes de este estudio, tres de los cuatro entrevistados manifiestan nunca haber tenido hijos, convirtiéndose en un factor importante en el proceso de institucionalización y la experimentación de abandono, al no contar con los vínculos y lazos consanguíneos más importantes, que son los hijos, disminuyendo con esto la falta de apoyo.

Por otro lado, respecto al estado civil de los participantes, la mayoría de los entrevistados se encuentran solos, ya que nunca se casaron; solamente una de ellas lo hizo, pero actualmente se encuentra separada de su pareja.

En los resultados de Delgado (2012), la mayoría de los participantes contrajo nupcias, pero actualmente no conviven con su pareja; otro porcentaje significativo se encuentra divorciado y, finalmente, un porcentaje menor se encuentra casado aún.

Los adultos mayores de esta investigación, no formaron redes familiares sólidas, al no contar con una pareja, ni tener hijos, por lo que esto ha marcado significativamente de manera negativa la etapa de la vejez, dando como resultado la falta de apoyo, que se relaciona estrechamente con el abandono.

4. Envejecimiento y vejez

El envejecimiento y la vejez se encuentran envueltos en una serie de estereotipos. Entendiéndonos

Mientras que la vejez, se refiere a un estado o etapa de la vida. Concebida como una etapa de pérdidas, enfermedad, declive, y hasta de muerte.

“Es la vida, se va llevando y ni la sientes, como la pasas... estás joven la disfrutas en esa etapa, estás enferma, [...] también la soportas y todo, pero la vida es igual, hay que saberla vivir como venga, como me decía mi mamá, pero yo me la imaginaba diferente la vejez. Yo me la imaginaba que cada vez que pasaba me iba haciendo vieja iba a estar sufriendo más y no, fíjate que no, será porque soy muy conchuda, la he llevado feliz. Pensé que sufrirías mucho, pero no, digo, [...] claro el cambio de vida va siendo diferente, entonces se va uno adaptando.” (María, comunicación personal)

“Yo le decía a mi mamá cuando estaba muchacha ‘ay yo no me quiero, yo no me quiero hacer viejita’. Se me hace una vida muy triste.” (Laura, comunicación personal)

En los resultados que obtuvo Roldán (2008), se muestra la diferencia en el significado que cada adulto mayor tiene respecto a la etapa de la vida, y cómo esta percepción se ve reflejada, tanto en sus pensamientos como en sus conductas. Casi siempre estos se encuentran resignados a dicho proceso, considerándolo como algo natural e inevitable, por lo cual tratan de sobrellevarlo de la mejor manera.

En la presente investigación, son los mismos adultos mayores entrevistados los que mencionan haber tenido una visión negativa de la vejez y del proceso de envejecimiento desde antes de encontrarse institucionalizados y en condiciones de abandono. Sin embargo, esta percepción ha ido cambiando, pese a experimentar sentimientos de tristeza y soledad, han logrado sobrellevar esta situación de la mejor manera, adaptándose.

5. Adaptación

En un proceso de institucionalización, actitudes como la adaptación juegan un papel importante; esta se encuentra relacionada con la obtención de apoyo, tanto emocional como económico, que brindan estos lugares, logrando satisfacer las necesidades básicas de los adultos mayores, que estando en otro contexto no podrían hacerlo.

“Mira, yo aquí me siento bien, porque las personas son muy buenas, y son muy atentas y lo ayudan a uno, si no tienes pa’ la medicina aquí te la dan y no te la cobran, y yo [...] ya hice concha y ya estoy aquí.” (María, comunicación personal)

“... nada, que solo aquí uno se la pasa encerrado en cuatro paredes, pero [...] no hay de otra, no hay donde ir.” (Juan, comunicación personal)

“Pues me la he pasado bien, cuando me enfado de estar aquí, me voy a caminar, ya me encuentro una guayaba, una lima o un aguacate ¡están bien buenos! me la he pasado a gusto aquí.” (Flor, comunicación personal)

“[...] en mi casa estoy a gusto, pero también me enfermo y no tengo con que curarme, porque mi esposo... me tocó un esposo que no sirve pa’ nada, [...] tengo dos años aquí hospitalizada, me operan y me puse grave y todo, y ni se paró... ¿cuentas tú con un esposo así?, y ni quiero verlo.” (Laura, comunicación personal)

En contraposición con Roldán (2008), quien afirma que el envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en la cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios, en los resultados obtenidos se muestra lo contrario; los adultos mayores entrevistados, mencionan y actúan de una manera en donde la adaptación se ha convertido en una herramienta indispensable para sobrellevar esta situación.

La mayoría de los adultos mayores antes de ingresar a este asilo ya experimentaban abandono, por lo que, al llegar a este lugar y lograr subsanar algunas de sus necesidades, logran fortalecer esta actitud.

Con la finalidad de visualizar el fenómeno del abandono de una manera holística, se presenta la figura 2, con las categorías y códigos surgidos, así como su relación.

Figura 2. Visualización holística del fenómeno en torno a la percepción del abandono en el adulto mayor institucionalizado

Conclusiones

Este estudio contribuyó a crear un cuerpo de conocimiento acerca de la percepción del abandono que experimentan los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, especialmente en asilos.

La percepción que tienen en torno a esta situación se manifiesta con una serie de experiencias, actitudes y emociones, que experimentan a lo largo de su estancia en este lugar, y se encuentran explícitas en los discursos obtenidos mediante las entrevistas realizadas. Aspectos como el papel que juega la familia, la etapa de la vejez, el proceso de envejecimiento, así como, la actitud de adaptación que llegan a fortalecer durante este proceso, forman parte de este fenómeno.

Cabe mencionar que, esta investigación se llevó a cabo en un asilo que subsiste gracias a la beneficencia pública; para próximas investigaciones es importante abordar esta situación dentro de ámbito privado.

Una limitante de la investigación es que los participantes no tenían hijos, o estos habían fallecido; una investigación futura podría incluir adultos mayores institucionalizados que sí tengan hijos, lo cual permitiría tener otro panorama.

El fenómeno de abandono de adultos mayores dentro de asilos se ha convertido en una realidad cada vez más evidente dentro de nuestra sociedad, por lo tanto, es indispensable seguir estudiando esta situación y lograr un acercamiento del fenómeno a través de los ojos del adulto mayor.

Referencias

- Banda, J., & Salinas, R. (1991). Asilos de ancianos en el Estado de Nuevo León. *Salud Pública de México*, 33(1) 56-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633108>
- Barraza, A., & Castillo, M. (2006). El envejecimiento. *Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar*. Universidad Austral de Chile. Recuperado de http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf
- Bazo, M. (1989). Personas ancianas: Salud y soledad. *Reis*, (47), 193. <http://doi.org/10.2307/40183413>
- Campoy, T., & Gomes, E. (2015). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. In A. Pantoja, *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (pp. 273-300). España: EOS.
- Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M., & Cabrera, J. (2010). Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. *Margen*, 59. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen59/cast.pdf>
- Castro, N., Iglesias, S., Puñal, R., Rodríguez, C., & Taboada, A. (2002). Envejecer en casa, ¿es posible? *Artículo*. Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Corazzari, G., & Taylor, F. 1998. La problemática del abuso en el seno familiar de los adultos mayores asistentes a centros de atención diurnos de Pavas. *Tesis de Licenciatura en Psicología*. Universidad de Costa Rica.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Crespo, M., & Salamanca, B. (2007). El Muestreo en la investigación cualitativa. *Nure*, 27, 1-4.
- Delgado, J. (2012). Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; centro del buen vivir mies fedhu-2012. *Tesis de Licenciatura*. Universidad de Guayaquil, Ecuador. Recuperado de http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A.M., Ordóñez, J., Osorio, J.J., & Chavarriaga, L.M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94. Recuperado de <https://www.cop-cv.org/db/docu/130715110112ILbs6w6tcQYj.pdf>
- González, Y., Pérez, M., & Barrantes, L. (2008). *1er. Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Costa Rica: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.
- Hernández, E. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2) 303-319. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290207>
- Hidalgo, J. (2001). Procesos sociales y aspectos relacionados con el envejecimiento. En *El envejecimiento* (343). Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Recuperado de: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/componentes/previsualizador/vista.aspx?arch=/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf&tipo=1
- Lambert, C. (2006). Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y Vida*, XLVII(4), 517-529. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32214685008>
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (1987). *Diario Oficial de la Federación*, DOF 06-01-1987. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Martelo, M., Galván, G., & Vázquez, F. (2015). Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. *Psicogente* 18(34), 296-303.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of perception*. London: Routledge Classics.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1, 12.
- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: un análisis intercultural. *Anuario de psicología*, 31(2), 15-35.
- Pérez, I. (2014). Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos. *Neurama, revista electrónica de psicogerontología*, 1(10). Recuperado de <http://46.29.49.1/~creanete/neu/articulos/1/articulo2.pdf>
- Ramos, J. (2009). El abandono y la vejez: un estudio de representaciones sociales en personas mayores de 60 años de la ciudad de México. *Tesis de Maestría*. Universidad Autónoma de Querétaro, México.
- Roldán, A. (2007). Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/541/1/Roldan_ma.pdf
- Schettini, P., & Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4, 47-53.

Capítulo 6

Bulimia y anorexia. Una construcción social de un cuerpo perfecto:
una aproximación cualitativa desde la salud pública

*Noemí Elizeth Hernández Solano, Alejandro Chávez Rodríguez,
María Fernanda Mireles Hernández, Isis Erendira Medina Roman
y Patsy Jaquelin Córdova Ramírez*

Autor para la correspondencia:

Alejandro Chávez Rodríguez

fenix6944@hotmail.com

cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

Capítulo 6

Bulimia y anorexia. Una construcción social de un cuerpo perfecto: una aproximación cualitativa desde la salud pública

*Noemí Elizeth Hernández Solano, Alejandro Chávez Rodríguez,
María Fernanda Mireles Hernández, Isis Erendira Medina Roman
y Patsy Jaquelin Córdova Ramírez*

El siguiente capítulo pertenece a un trabajo desarrollado de investigación cualitativa que se realizó en el Centro Universitario de Tonalá. Dentro del proyecto se analizó la realidad de estudiantes de género femenino de las licenciaturas en Salud Pública y Gerontología, que han vivido o viven un trastorno de la conducta alimentaria (*anorexia* y *bulimia*) y la idea de cómo se sienten con su cuerpo; así mismo, se analizaron las diferentes experiencias y conductas relacionadas con la imagen que tienen de un cuerpo perfecto y la importancia social que para ellas representa ser delgadas.

El objetivo de esta investigación fue tener un acercamiento a la representación del cuerpo y los trastornos de la conducta alimentaria, desde la perspectiva de estudiantes involucradas en el ámbito de la salud. Partiendo de esa idea, resulta importante que las estudiantes de ambas licenciaturas sean conscientes del desorden alimentario que presentan, ya que en una y otra disciplina se prepara a los estudiantes para fomentar, principalmente, estilos de vida saludables en grupos comunitarios vulnerables.

Durante el proceso de formación académica, se analizan diferentes trastornos, tanto mentales como alimentarios y físicos. Las estudiantes tienen conocimiento de que la bulimia y la anorexia son caracterizadas por una descompensación en la ingesta de alimentos y una obsesión sobre el control y el aumento de peso (Vaidominos y Palacios, 2017). Por lo anterior, es importante conocer su percepción respecto a los trastornos alimentarios.

En una descripción general, los dos trastornos alimentarios representan el mismo objetivo, mantener a la persona delgada; sin embargo, las características y síntomas de cada uno son diferentes.

La anorexia se caracteriza por distorsiones y alteraciones de la figura corporal, es decir, no existe correspondencia entre lo que ve y lo que piensa en torno a su cuerpo y aspecto corporal, de tal modo que, la persona simplemente deja de comer o realiza ayunos prolongados (Chávez, 2005).

La bulimia, por su parte, se manifiesta con atracones compulsivos de comida, ocasionando que la persona sienta una culpabilidad y recurra a tomar laxantes o inducir el vómito para deshacerse de todo lo que ha ingerido (Chávez, 2005).

En los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria (*anorexia y bulimia*) han sido la tendencia de las mujeres que deciden tener un cuerpo perfecto (Behar, 2010).

Actualmente, los indicadores de belleza suelen ser más estrictos y competitivos para las mujeres, parece ser que la delgadez forzosamente tiene que estar relacionada con la belleza femenina y con la idea de que una mujer delgada siempre será más bonita, reconocida e incluso aceptada ante la sociedad.

La imagen corporal distorsionada y la no aceptación del cuerpo está ligada con las siguientes interrogantes: ¿cómo quiero que me acepten y me vean?, ¿cómo soy y cómo debo verme ante los demás?, ¿qué debo hacer y cómo debo comportarme? y ¿qué está prohibido? (Cruzat, Díaz, Aylwin, García, Behar y Arancibia, 2014).

En ese sentido, es importante analizar por qué no se puede aceptar la idea de que el cuerpo es cambiante, por qué se tiene que seguir un cuerpo ideal construido con base en medidas y tamaños.

Existen factores personales, genéticos y sociales que influyen para que el cuerpo tome su figura. El cuerpo una vez que entra en contacto con el entorno (la escuela, el trabajo, los amigos) está mediado por diversos significados que son utilizados para conseguir poder, estatus, trabajo, incluso aceptación o pertenencia (Salinas, 1994).

En nuestra cultura, las mujeres ya no perciben el verdadero sentido de la belleza y la esencia, propiciando una competitividad entre lo que es aceptado y lo que es bonito¹ (Salinas, 1994).

Las generalidades respecto a la belleza han cambiado, ahora todo gira en lo exterior de las personas, eso no quiere decir que antes no fuera así; sin embargo, en estos tiempos los estándares de belleza son cada vez más estrictos y, en algunas ocasiones, inalcanzables para algunas personas.

Es complejo para una persona con inseguridad, baja autoestima, problemas familiares, problemas con amigos o la pareja, aceptar y hacerse consiente que tiene un problema y tratar de salir de él (Cruzat et al., 2014).

1 *Bonito: concepto que usan las entrevistadas para un cuerpo delgado.*

Marco teórico

Es importante mencionar que el principal objetivo de este análisis estuvo puesto en la representación social del cuerpo como abordaje a cierta dimensión simbólica y cultural. En ese sentido, es necesario plantear algunos conceptos que sirvan como ejes para apoyar la lectura interpretativa.

Entenderemos el concepto de representación social del cuerpo, el cual es definido por Lé Breton (2002), quien realizó una investigación antropológica y social sobre la modernidad del cuerpo. El autor resalta las ideas de que no hay unión en las sociedades frente al significado del cuerpo y que, además, son cambiantes de un lugar a otro, incluso de persona a persona.

Es fácilmente notable que las sociedades occidentales siguen basándose en un prejuicio del cuerpo que se traduce en diferentes situaciones y que para que un cuerpo sea aceptado debe estar joven, hermoso y sin problema físico (Lé Breton, 2002).

[...] Las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de esta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo. De ahí la mirada de representaciones que buscan darle un sentido ... (Lé Breton, 2002, p. 13)

Este autor menciona que además de los tributos sociales, el cuerpo utiliza un modelo de “posesión”² y surge a partir del individualismo y voluntad de dominio y se posiciona en las ideas de: “es mi cuerpo y hago con él lo que sea”.

Ahora bien, Martínez (2004) afirma que el cuerpo se convierte en un símbolo de la situación, el cual se comporta de manera diferente de acuerdo al entorno social, a las personas presentes y la situación.

[...] De este modo, el cuerpo se expresa simbólicamente y se convierte en un símbolo de la situación. Según esta idea, el cuerpo transmite información sobre la situación. (Martínez, 2004, p. 130)

En relación a esta definición, Martínez (2004) menciona que el cuerpo es usado para exhibir marcas, estatus, rango social y poder; esta posición la aprovechan muy bien las sociedades modernas para fijar de manera permanente atributos sociales irreales a los cuerpos actuales. Se ha sugerido la presencia de la imagen corporal como principal característica de la presencia de trastornos alimentarios (Baile, 2002).

2 *Posesión: Mi cuerpo como voluntad de dominio de manera positiva o negativa.*

[...] La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc. (Baile, 2002, p. 6)

Para Chávez (2005), la imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que dan lugar a patrones estéticos corporales específicos.

[...] con frecuencia los adolescentes se enfrentan a presiones sociales y factores socioculturales que les afectan psicológicamente hasta asumir conductas de imitación que los llevan a modelar su personalidad en función de lo que ven en sus iguales, lo que hace que se mantengan en constante búsqueda del perfeccionismo, situación que se refleja en una preocupación excesiva en su imagen corporal. (Chávez, 2005, p. 2)

El cuerpo es la prueba visible de que una mujer con bulimia o anorexia tiene un trastorno, esos cuerpos delgados son confrontados ante la sociedad y el ideal de belleza femenino, lo cual representa un poder simbólico y refuerza la tendencia y la aceptación de la delgadez, así, perder peso se convierte en una necesidad (Marín y Bedoya, 2009).

La talla representa entonces un factor relevante en la distorsión del cuerpo. Marín y Bedoya (2009) realizaron un estudio con mujeres diagnosticadas con anorexia y bulimia; obtuvieron como resultado una preocupación por la talla y el peso, la idea arraiga del cuerpo perfecto e indica que el cuerpo “bonito”³ debe pesar 48 kilos, el problema radica en que se ven flacas, pero se sienten gordas.

[...] Las prácticas sobre el cuerpo son tanto individuales como colectivas; lo cual sugiere que operan como configuraciones intersubjetivas y que, aunque sean llevadas a cabo por individuos sobre su propio cuerpo, tienen un componente social. (Marín y Bedoya, 2009, p. 223)

El entorno social y las prácticas colectivas compartidas obligan a los cuerpos a perder peso para sentirse integrados o aceptados por un grupo determinado. Los métodos para adelgazar están sujetos a estándares de belleza estrictos y a veces inalcanzables que buscan la perfección del cuerpo (Marín y Bedoya, 2009).

3 *Bonito: concepto que la dan las mujeres entrevistadas al cuerpo delgado y que pesan 48 kilos o menos.*

Metodología

Los trastornos de la conducta alimentaria representan un problema social de salud pública, durante el proceso de revisión bibliográfica nos dimos cuenta que la mayoría de los estudios encontrados son cuantitativos, lo que da apertura a utilizar para el presente trabajo una metodología cualitativa, utilizando la fenomenología como base principal para la interpretación y análisis de los datos obtenidos durante la investigación. El método fenomenológico, se centra en el abordaje de la realidad, partiendo del mundo subjetivo de experiencias, percepciones y recuerdos del sujeto que las vive y experimenta.

El método fenomenológico nació y se desarrolló para estudiar estas realidades como son en sí, permitiendo se manifiesten por sí mismas sin dañar su estructura desde afuera, sino representándola en su totalidad.

La percepción juega un rol importante dentro del método fenomenológico, permite conocer las actitudes personales de adentro hacia afuera, conociendo de manera específica los componentes y características de fenómeno de estudio (Cardoso, Pascual, Moreno, Figueroa y Serrano, 2007).

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista, esto permite que el investigador no solo haga preguntas sobre las temáticas de interés, sino que da pie a la interacción con otros factores que no habían sido percibidos, además se involucra de manera directa en el lenguaje corporal de las participantes, lo cual permite conocer detalles más específicos de los entrevistados (Troncoso y Daniele, 2004).

Las entrevistas fueron semiestructuradas, es decir, se eligieron categorías previamente consideradas de importancia en la investigación con el objetivo de delimitar de forma concreta los datos necesarios e importantes para obtener información que muestre la realidad de las entrevistadas, con base en lo anterior se incluyeron los siguientes criterios de inclusión: 1) ser mujer y estudiante de las licenciaturas en Salud Pública y Gerontología, 2) tener más de 18 años, 3) estar pasando o haber pasado por un trastorno de conducta alimentaria y, 4) querer ser entrevistadas.

Una de las estrategias que se utilizó para identificar a posibles estudiantes con trastorno de la conducta alimentaria fue el *"efecto bola de nieve"*⁴ (Cardoso et al., 2007) el cual nos permite hacer contactos más confiables y rápidos, ya que son las mismas estudiantes quienes se interesan en la investigación y comentan que su amiga, compañera o alguna conocida está pasando por el mismo problema y te ayudan a acercarte y a crear empatía.

El proceso de análisis de los datos se dividió en tres etapas: 1) grabación de la entrevista con previo consentimiento de las participantes, 2) transcripción, codificación y análisis, para

4 *"Efecto bola de nieve" técnica que se utiliza en la investigación cualitativa para la recolección de datos, es decir te acercas a una persona creas un ambiente de confianza, haces la entrevista y ella misma te dice quien más está en la misma situación.*

conocer de manera precisa la percepción, la conducta y los sentimientos que rodean a las estudiantes en relación al fenómeno estudiado y, por último, 3) sustento teórico, con la finalidad de entender de manera amplia el fenómeno.

Se eligieron dos licenciaturas del Centro Universitario de Tonalá, Licenciatura en Salud Pública y Licenciatura en Gerontología, con el fin de obtener diversidad en los resultados. La investigación se llevó a cabo durante febrero de 2016 a julio de 2017.

Características de las categorías seleccionadas

Con el objetivo de obtener información clara y transparente, se decidió dividir la guía de entrevista en tres categorías: a) Construcción social del cuerpo, b) Alimentación y dietas c) Sentimientos y emociones. Esto permitió dirigir las preguntas de la entrevista y contextualizar la información que era de interés.

La categoría de *Construcción social del cuerpo* se desarrolla en la idea social de los cuerpos aceptados, y de cómo al pasar de los años las tendencias y la moda ganan territorio, fortaleciendo las ideas de que el cuerpo obligatoriamente tiene que ser delgado, esbelto y bonito. Se tomó en cuenta la concepción del propio cuerpo y las ideas de un cuerpo perfecto.

La categoría de *Alimentación y dietas* daba pauta para identificar varias cosas: 1) qué tipo de trastorno tenían, 2) conocer las dietas que les funcionaron para bajar de peso y, 3) qué tan consientes eran de comer y la importancia que le daban a esta actividad. Además, se tenía una idea de los ayunos prolongados, la influencia que tiene las redes sociales y las páginas de ayuda mutua, en donde otras chicas apoyan las ideas de bajar de peso fácil y rápido intercambiando dietas.

Emociones y sentimientos es una categoría que profundiza en el sentir de las entrevistadas, en ocasiones se consideraba una categoría fuerte para las participantes porque les costaba responder, sin embargo, al final de las entrevistas se podía notar, que algunas de ellas se sientan desahogadas, expresaban tal cual sentían las cosas sin miedo ni vergüenza. Nos centramos en la idea del sentir, ¿qué pasaba cuando por alguna razón subían de peso? o cuando las llamaban *gordas*, ¿qué les provocaba? Nos interesaba saber su experiencia y su percepción a no estar seguras de su cuerpo.

Características de la población estudiada

Todas las participantes cuentan con seudónimos, se percibió que cuando se les mencionaba que sus nombres no iban a ser revelados les generaba confianza y seguridad para hablar en la entrevista. Todas eran estudiantes activas del Centro Universitario de Tonalá, lo que permitía realizar observación no participante en puntos estratégicos del Centro Universitario (baños de mujeres, laboratorio de nutrición, paradas del camión y bancas) con el objetivo de indagar y conocer la problemática.

Las informantes vivían con su familia, dos de ellas nunca tuvieron la figura paterna, mencionan que su mamá las sacó adelante y las restantes tenían a sus padres juntos. Todas tienen hermanos, lo que les creaba un lugar diferente en la familia y por ende responsabilidades incomparables.

Así mismo, tres de las informantes en el tiempo que se les entrevistó contaban con pareja sentimental y, en ocasiones, mencionaron que más de una vez insinuaban palabras hirientes respecto a su cuerpo.

Resultados

I. Construcción social del cuerpo

En esta categoría se relaciona la concepción del propio cuerpo, las ideas preconcebidas del cuerpo perfecto y la aceptación del mismo cuerpo.

Figura 1. Esquema de resultados de la categoría “Construcción social del cuerpo”.

Concepción del cuerpo

El cuerpo se manifiesta como una variable de cambios constantes de acuerdo a las sociedades y culturas que lo rodean, la idea de ser bonita está sumergida y limitada solo al exterior de las personas. La convivencia entre iguales (mujeres) va más allá de un intercambio de ideas y actividades en común, es decir, la relación de mujer a mujer, a veces es de competencia por lograr tener el cuerpo más delgado y bonito.

En este sentido y desde esa postura comienzan las concepciones de su propio cuerpo, las cuales siempre son negativas, de asco y de querer tener el cuerpo delgado de alguien más; de tal manera que, las mujeres son vulnerables a cualquier expresión dirigida a su cuerpo, a la forma y las proporciones, lo que da pie a desear lo que en ese momento no se puede tener.

"No me gusta mi cuerpo, no... no me gusta, yo lo veo y por eso no tengo espejo en mi cuarto, porque no me gusta ni siquiera verme la cara..." (Ana, comunicación personal)

"...mi cuerpo no me gusta, yo cuando me lo veo, lo veo todo lleno de estrías, la piel estirada lo que te queda entonces no..." (Ana, comunicación personal)

Ana, una de las informantes le costaba mucho aceptar su cuerpo, ella decía que siempre había querido ser delgada, toda su adolescencia pesó al redor de 90 kilos, cuando comenzó con el proceso de bulimia y anorexia comenzó a bajar de peso, de tal manera que en el momento que fue entrevistada pesaba 69 kilos; sin embargo, no estaba del todo satisfecha pues su piel estaba cubierta por estrías y literalmente ella lo decía "la piel le colgaba".

La concepción de un cuerpo bonito no solo está dirigida al exceso de grasa en ciertas partes del cuerpo, sino que también existe la preocupación de cosas estéticas como las estrías, la piel de naranja, y la flacidez, lo que en ciertas situaciones agrava el proceso de trastorno alimentario por el cual están pasando.

"mi cuerpo es lo más grande que he tenido en toda mi vida, así es lo más gorda que he estado en toda mi vida, [...] no me siento delgada, no me siento flaca, no me siento esbelta..." (Amanda, comunicación personal)

"Pero si es así como de que estás gorda, estás gorda, estás gorda..." (Amanda, comunicación personal)

Amanda es una mujer que todo el tiempo se repite así misma que está gorda, ella es de caderas anchas, tiene la ideas de que las personas con esa complexión son gordas, ella presenta un trastorno de la conducta alimentaria (bulimia) desde los 12 años; para ella ya es un método seguro y rápido para bajar de peso dado que no es constante, sino que adelgaza, se mantiene por un tiempo, sube de peso y deja de comer para volver a adelgazar.

Las palabras bajar de peso o estar delgada se presentan repetitivamente en todas las participantes y es que experimentan un miedo gradual por ser gordas, esto no quiere decir que las demás mujeres no lo tengan, pero ellas lo adoptan como estilo de vida que las impulsa a mantenerse en el trastorno de la conducta alimentaria.

"mis amigas me han dicho 'es que nunca te hemos visto gorda', pero hay ocasiones en las que, sí me siento, me veo en el espejo y me siento gorda..." (Adela, comunicación personal)

Aunque la imagen corporal es de estar delgada, la concepción que tienen es difícil de cambiar. Adela es una participante que, cuando le hicimos la entrevista, aseguraba que ya es-

taba bien, que antes sí tenía bulimia, pero que entendió que se estaba haciendo daño; sin embargo, las ideas que tiene de su cuerpo y de que está gorda no se han ido del todo.

“en mi infancia sucedieron muchas cosas que me hicieron sentir culpable [...] de mi cuerpo, yo desde niña fui una persona como muy caderona ¿no?, y entonces era como ‘aaay estás bien caderona’ y [...] ese tipo de comentarios a mí me molestaban...” (Alicia, comunicación personal)

Alicia desde su niñez soportó las constantes burlas hacia su cuerpo, siempre ha sido una mujer de caderas anchas, lo que ha representado un problema para ella, coincide con las ideas de Amanda, las mujeres caderonas, como ellas las mencionan, necesariamente son gordas.

“del cuerpo de aquí para acá no, era así como también mi cara, mi panza, mis brazos, mis pompis, o sea no mmmm... puedo decir que casi, [...] nunca me gustó, sí hay cosas que de repente [...] me empezaron a gustar más, pero ahora creo que sigue sin gustarme un poco...” (Amalia, comunicación personal)

La concepción del cuerpo no solo está en función de la grasa acumulada en ciertas partes, sino que también se añade la forma de cara, el largo de los brazos y pies y hasta color de ojos. Amalia pasó por un proceso de bulimia y anorexia, comentaba en la entrevista que casi toda su vida ha practicado ballet, lo que la obliga a mantenerse delgada, pero nunca ha sido feliz –durante la entrevista ponía mucho sus manos en el abdomen–. A pesar de haber ido a terapia por un tiempo, sigue con la tendencia de una concepción distorsionada de su cuerpo.

Aceptación del cuerpo

El significado que le dan las participantes al cuerpo sobrepasa por mucho la idea de aceptarlo y quererlo como es. Siempre buscan tener más glúteos, más senos, más piernas y menos abdomen, menos estrías, menos cadera (en algunas de ellas), el mínimo detalle o imperfección basta para que exista el rechazo y no ser conscientes del daño que le causaron o le están causando, tanto interna como externamente.

“siento que no me puedo poner la ropa que [me] ponía hace tiempo, o que me quedaba y se veía bien, o que me veía... sí, tengo que aceptarlo... me veía bien con esa ropa, ahorita ya no me pongo esa ropa, siento que estoy gorda o me incomoda porque me aprieta mucho, entonces no me siento a gusto con mi cuerpo...” (Amanda, comunicación personal)

“uno como mujer sí le gustaría ser más voluptuosa, pero pues si no se puede, pues te aguantas a fuerzas...” (Adela, comunicación personal)

“No me siento a gusto, no me gusta ni es algo que no me causa felicidad, me siento bien cuando veo todo lo que he bajado porque si es un logro que digo ¡wow! todo lo que he perdido, pero no me siento cómoda, porque al mismo tiempo siento que a pesar de todo lo que hice para bajar no [...] ha sido suficiente, no me siento a gusto, y quisiera seguir haciendo, o sea, bajar y bajar, porque no sé, siento que es una manera en la que yo pudiera quererme a mí misma, porque así siento que no es que no me acepte, pero no me gusta verme así ¿no? y [...] yo sé que no está bien, o sea, querer ser como las demás, pero no sé, es algo como... nunca he estado delgada...” (Ana, comunicación personal)

Si no les queda la ropa que les gusta, si no son tan voluptuosas como algunas mujeres o, simplemente, no siguen bajando de peso, son razones suficientes para rechazar su cuerpo, esto las mantiene en una depresión, frustración e infelicidad constante, porque nada de lo que hacen o se ponen las mantiene feliz.

“subí cinco kilos, entonces sí estoy, así como de que no debes de subir de peso, estoy como en ese proceso de odio y amor a mí misma...” (Alicia, comunicación personal)

“De mi cuerpo no me gusta nada, porque yo, o sea, pienso que estoy gorda, pienso [que] estoy como aguada, pienso que las proporciones de mi cuerpo no están bien, es que es muy raro, porque verás [...] en un momento yo me veo y digo no inventes, o sea, por ejemplo, ya ves [...] cuando te cambias, o [...] estás en ropa interior, [...] me veo y digo, [...] no me gusta lo que veo, y digo, bueno se arregla con ejercicio, puedes hacer esto o pues nada más deja de comer esto...” (Amalia, comunicación personal)

“en la mañana como que me gusta más cómo me veo que en la tarde, cuando ya, o sea, como con el transcurso del día que ya comí esto, que ya comí aquello, o así, ya es como que no me gusta tanto...” (Amalia, comunicación personal)

Perfección y Cambio

El fenómeno de perfección está ligado a la medida que toda mujer desea tener, las participantes decían que el cuerpo perfecto debía de medir 90,60,90, esto deja claro y reafirma la idea de que la belleza exterior es más importante, están pegadas a esta realidad y desean cambiarle todo a su cuerpo.

Nos atrevimos a preguntarles en la entrevista ¿Si tuvieran la oportunidad de cambiarle algo a su cuerpo que sería? quedamos sorprendidos de la felicidad que les causaba esta pregunta, las informantes y nosotros sabíamos que solo era una pregunta, pero ellas disfrutaban cuando expresaban sus ideas.

“el trasero, las chaparreras, no sé, lo que es la parte grasosa de mi cuerpo, donde siento que se acumula la grasa, es lo único realmente. Todo lo demás yo sé que haciendo poquito ejercicio se me quita, pero es lo que más me frustra lo que es la cadera, lo que es el trasero me siento muy incómoda, no me gusta, siento que las personas que tienen mucho trasero son gordas...” (Amanda, comunicación personal)

Amanda se paró de la silla, nos enseñó y se tocaba lo que quería cambiar, verdaderamente odiaba sus caderas.

“me veía gorda, pero de hecho no he estado así gorda, gorda, no he estado jamás, pero no, me da miedo también si llegara [...] a meterme a una operación o algo, que tal que [...] salen las cosa mal o mi cuerpo lo rechaza, es el miedo...” (Adela, comunicación personal)

Adela tiene más control respecto a los cambios que le haría a su cuerpo, como lo mencionamos en un principio, ella ya estaba recuperada de la anorexia que vivió en la adolescencia, esta pregunta no le emocionó del todo, como a las otras informantes.

“quitaría mi panza [se vuelve a tocar su panza] mmm sería lo primero, lo primero sería mi panza...” (Amalia, comunicación personal)

Ella refiere que su mayor problema siempre ha sido su “panza”, –en toda la entrevista se la está tocando, se agarra las “lonjas” y nos las enseña–, dijo que sin ellas empezaría a ser feliz.

“... no me quedaría con nada, yo creo que, desde mis piernas, mis brazos, mi abdomen, no me quedaría con nada, incluso ni mi cara, estoy súper cachetona, entonces no...” (Ana, comunicación personal)

“está lleno de estrías por cómo estaba y todo lo que llegué a bajar, que está aguado y que está gordo todavía, [...] mis piernas están enormes, o sea, no me gusta verme”. (Ana, comunicación personal)

Ana es la informante que más enojada esta con su cuerpo, tanto que no lo puede tocar, durante la entrevista mencionaba que hay cosas que no consideró cuando decidió bajar de peso, dejando de comer y vomitando, decía que pesaba mucho y cuando comenzó a bajar de peso, la piel le colgaba, las estrías se hicieron más presentes, del tal modo que, aunque ya era delgada como siempre lo había querido, aún no estaba del todo satisfecha, lo que la mantenía sumergida en la bulimia.

II. Alimentación y dietas

A continuación, se desarrollan los resultados relacionados a la categoría “Alimentación y dietas”, en la cual se observa la percepción de las participantes respecto a una buena alimentación, así como las dietas para bajar de peso y los atracones.

Figura 2. Esquema de resultados de la temática “Alimentación y dietas”.

Percepción de una buena alimentación

“en la escuela [en] muchas materias nos enseñan el plato de buen comer, ¿Qué es lo que tengo que comer? ¿Qué es lo tengo que desayunar? ¿Cuántas calorías tengo que consumir al día?” (Amanda, comunicación personal)

Con esa lógica es que surge el interés de conocer la percepción de las participantes en cuestión de la comida, si bien, en sus clases de nutrición les informan de la importancia de comer sanamente, no está bien racionalizado en cuestión de la “buena alimentación” y su relación con la alimentación “sana”. Esto resulta interesante porque todas saben cómo deben alimentarse, sin embargo, llega un punto en donde se pierden y no saben cómo hacerlo con ellas mismas. Al preguntar ¿Para ti que es una buena alimentación?, respondieron lo siguiente:

“... comer cinco veces al día, combinar proteínas, cereales, grasas, obviamente lípidos, todo, o sea, tener una alimentación balanceada, mi problema es que no lo hago...” (Amanda, comunicación personal)

“Realmente nunca lo hago, si hay algo que nunca he hecho es medir mis calorías, medir qué es lo que como no, simplemente me llegan así unos ataques de hambre extremoso

y puedo comerme [...] muchos panes o galletas o papitas y no se me quita el hambre, pero hay momentos en los que simplemente digo no voy a comer, no voy a comer y no como...” (Amanda, comunicación personal)

Claramente se percibe un desequilibrio entre lo que Amanda piensa en función de comer bien y lo que hace; presenta episodios de atracones, en los cuales necesita comer, en su mayoría, cosas dulces; después de esto no hace mención de vómitos, pero en su lugar opta por los ayunos prolongados (dejar de comer).

“esta semana he estado así ... como y no me lleno, ceno bien, luego me dan ganas de un pan, me dan ganas de cenar, vuelvo a comer algo, voy al refri y me como otra cosa y así...” (Amanda, comunicación personal)

“pero después me llega el proceso de culpa, no manches comí demasiado, comí esto, comí lo otro, comí aquello, cuántas calorías consumí, cuánto me va costar bajar esto...” (Amanda, comunicación personal)

El sentimiento de culpa representa un papel importante para tomar decisiones, es decir, en función de lo que siento y lo que he comido es la “consecuencia que deben pagar” y, al final, o dejan de comer o vomitan.

“sería como algo que incluya los cinco grupos de alimentación y que esté básicamente equilibrado, no sé, sin privarte nada tampoco, porque no se trata de eso, pero con medidas exactas que son necesarias para tu cuerpo y acordes a tus necesidades, eso lo definiría...” (Alicia, comunicación personal)

Alicia tiene presente que debe alimentarse bien, menciona los cinco grupos de alimentación, incluso dice que todo debe ser con proporciones y medidas, continuando con el discurso hace énfasis en que esto debe ser lo real, pero que en la vida cotidiana o al menos en su vida diaria no pasa así. Comenta el miedo que tiene cuando le preguntan ¿comiste? y hace diferencia entre la palabra alimentación y comida; por un lado, dice que alimentarse se refiere a una necesidad básica que se debe hacer y lo acepta como tal, y comer es sinónimo de comerte todo lo que haya, por eso no le gusta y tiene miedo cuando le preguntan.

“... por mi carrera puedo decir [...] que pues, una alimentación balanceada, que pongo todos [...] los grupos alimenticios, pero [...] no lo hago, yo sé cómo es una buena alimentación y sé cómo la debo de llevar, pero no lo hago, es decir, yo sé que en la mañana debo de consumir una ración de proteína, dos de cereales y una fruta y a media tarde

pues es un lácteo o una fruta, a media mañana perdón, y ya en la tarde son [...] como cuatro raciones de proteína, dos de cereales...” (Ana, comunicación personal)

“...de una buena alimentación, pues que incluyas todos los grupos para que tu cuerpo no se descompense, porque sí [...] es importante...” (Ana, comunicación personal)

Ana dice que por su carrera sabe la forma correcta que se tiene que alimentar, sin embargo, ella optaba por comer manzanas para mantenerse llena, porque si no, le ganaba la ansiedad de tener hambre y comía lo más rico que veía, pasteles, galletas o nieve.

“buena alimentación... yo creo que sería comer cinco veces al día, el desayuno bien, [...] una merienda, la comida, merienda y cena, pero la cena no debe ser pesada...” (Adela, comunicación personal)

“pues sería [...] balanceada y suficiente, y en los tiempos suficientes, o sea, los tiempos que debe ser, más seguido, porque por ejemplo en mi casa, sí es la costumbre así, como de todo, el tiempo comer carne o cosas, así como más pesadas...” (Amalia, comunicación personal)

En el caso de Adela y Amalia tenían el conocimiento de alimentarse correctamente, pero en casa las obligaban a comer, acción que no querían hacer, para Adela era importante cenar poco, lo repetía una y otra vez, decía que en su casa su familia estaba acostumbrada a comer bastante en la noche, esto tiene una razón lógica, era el momento en donde toda la familia se reunía para convivir y platicar. Amalia por su parte, mencionaba que en su hogar comían mucha carne y no incluían alimentos de otro tipo como frutas y verdura.

Ambas eran conscientes de que las dinámicas familiares no eran del todo “sanas”, sin embargo, para no tener conflictos participaban de ellas, siempre con un sentimiento de culpa.

Dietas para bajar de peso y atracones

Las dietas toman valor cuando el objetivo en mente se consigue, bajar de peso. En esta categoría no todas las participantes optaron por esta medida, algunas estaban convencidas que era mejor dejar de comer que estar sufriendo por la dieta. Pero quienes hicieron dieta, explican la forma de hacerla y en dónde las conseguían.

En este apartado las redes sociales y las amistades protagonizan el debut en el mundo de las dietas, de tal modo que explicaban con detalle si les funcionó o no, y todas las consecuencias negativas y positivas que conllevó.

Se les preguntó si consideraban que las dietas funcionaban para bajar de peso, contestando lo siguiente:

“Sí, porque lo he visto, he experimentado eso, de hecho, yo he hecho muchas dietas y me han funcionado, he bajado de peso; el problema de eso [es] que después se me olvida y como todo, [...] tacos y todo, o sea, me dan muchas ganas de comer...” (Amanda, comunicación personal)

Para Amanda era sumamente fácil hacer dietas dado que su madre, todo el tiempo las ha hecho para bajar de peso desde que ella nació; comenta que siempre ha sido la compañera de su madre y que tenía que comer lo que hacía de acuerdo a la dieta en turno. Por tal motivo, sabe cómo hacerlas, pero no está del todo contenta cuando está a dieta, comenta que, se le olvida después de un tiempo que está a dieta y come de todo, le da mucha hambre y siente mucha ansiedad.

“no, no creo en realidad, no creo que las dietas funcionen para bajar de peso, creería más bien que están cubriendo una parte, a una necesidad psicológica de todas las personas, no creo que sean para bajar de peso porque juega muchísimo tu mente y tu imagen como [te] ves, no las dietas, cómo te ponen las imágenes no en la misma mercadotecnia, o sea, te invitan a participar en una dieta y es la cinta métrica apuntando en el 60 y cuerpo súper delgado, creo que por eso no funcionan tanto...” (Alicia, comunicación personal)

En el caso de Alicia menciona que las dietas no sirven para bajar de peso, esto por la presión de la mercadotecnia y de vender siempre el cuerpo delgado de 60 cm de cintura, sin embargo, en el análisis del discurso en alguna etapa de su vida tuvo que hacer dieta por condiciones patológicas.

“Depende de cómo las uses, porque hay dietas que sí te ayudan mucho la verdad, pero lo que bajas no es grasa y tú lo [que] quieres bajar pues es grasa y sí, sí te ayudan mucho, siempre y cuando la sepas llevar [...], por ejemplo, yo cuando llegué a hacer la dieta de la manzana... con esa en una semana, no, como en 15 días, llegué a bajar [...] como seis kilos, cinco kilos en 15 días...” (Ana, comunicación personal)

Ana asegura que las dietas funcionan para bajar de peso, de tal manera que ella las hacía constantemente, el problema de esto es que nunca acudió con un profesional (nutriólogo) para que le diera la dieta indicada, de acuerdo a su peso, talla y estatura; de tal modo que las dietas que siempre realizó las veía en internet y sin ningún problema las hacía.

“yo antes, a veces, sí comía una manzana y una barrita, la manzana la partía en cuatro y la barrita me la comía en la mañana y durante [el] resto del día me comía los cuatro

pedacitos de manzana, un pedacito como cada cuatro horas comía...” (Ana, comunicación personal)

“Bueno, en mi caso, yo llegué a ver blogs o páginas...” (Ana, comunicación personal)

La informante pasaba por periodos de ayuno que la llevan a someterse a etapas de ansiedad, lo cual provocaba los episodios de atracones.

“...es que te llega así como [...] ansiedad, como no comí nada [...] en todo el día, tenía desde la tarde del domingo hasta ayer por la tarde que no había comido nada, [...] creo que había comido una manzana o algo así, [...] entonces como eso de las 5 o 6 empecé a sentir mucha [...] ansiedad y por más que tomaba agua [...] es algo que no lo controlas... y compré gomitas y había pan en mi casa, mermelada, leche, y de todo lo que había me preparé cosas y es algo que arrasas... bueno yo me acabé todo, como en menos de 10 minutos me hice como tres sándwich de mermelada con [...] mantequilla, [...] me comí unas galletas con leche, [...] un pan de nata también con leche [...] tostadas con crema, [...] me tomé un jugo y [...] me comí gomitas y cacahuates... así mucho, mucho, mucho y mi mamá había llevado como un pedacito de pastel con helado, [...] y me lo acabé también, y [...] vendo dulces, entonces me atasqué también de dulces y de chocolate, pero así en un ratito y [...] después me sentí mal y sí, vomité... ahí sí me provoqué el vómito y sí, pero sabes que no vomitas todo y te queda, es muy desgastante porque después te duele, te duele de estar así, es mucho lo que consumes en un ratito es mucho, mucho, mucho y te agotas la verdad, te agotas, yo termine así súper [...] cansada, ese fue el que tuve” (Ana, comunicación personal)

Ana sostiene que durante muchos años ha sido así, hace ayuno y cuando no puede tiene atracones y después vomita, resulta una rutina y un estilo de vida que le funciona para bajar de peso.

“fíjate que dietas no, más bien dejo de comer en grandes cantidades, empiezo con una cierta cantidad...” (Adela, comunicación personal)

“...esa ansiedad de comer demasiado, a veces me sentía llena, me veías así con una panza, pero seguía comiendo de la desesperación, en varias ocasiones me llegué a enfermar del estómago la verdad...” (Adela, comunicación personal)

La ansiedad para Adela es algo que no puede controlar, aunque ella deja de comer para mantener su peso, la desesperación la lleva a comer mucho.

“... de que bajas en algunas, o sea, se supone que sí bajas, y es lo lógico [...] se supone que no estás comiendo tanto como antes, pues vas a bajar, pero [...] no está bien...”
(Amalia, comunicación personal)

“blogs, había también grupos de Face, nada más que una vez en un grupo de Face me cachó mi familia, o sea, me cachó mi hermana, y [...] nunca me lo había dicho hasta [...] tiempo después, porque así dure buen rato en la página, hablé con otras chavas y todo...” (Amalia, comunicación personal)

“... por ejemplo, venían cosas, así como de toma [...] muchísima agua para que no te de tanta hambre porque te llena...” (Amalia, comunicación personal)

Amalia optó por meterse a blogs y páginas de Facebook, donde se puso en contacto con más chicas, compartiendo experiencias y consejos para bajar de peso, durante la entrevista menciona que, en ciertas ocasiones, seguía la dieta de la manzana, que se basa en comer manzanas y tomar agua durante todo el día hasta conseguir bajar de peso.

III. Emociones y sentimientos

Esta categoría se relaciona con las experiencias subjetivas de las informantes, conectadas con la percepción en torno a su padecimiento.

Figura 3. Esquema de resultados de la temática “Emociones y sentimientos”.

Percepción de Autoestima

“... hay días en los que me siento bien conmigo misma y digo ‘ay hoy me veo bien’, pero, por ejemplo, como hoy, hoy no me siento nada bien, hay días en los que me siento gorda, gorda, gorda, que me siento y me desparramo por la silla...” (Ana, comunicación personal)

La inestabilidad emocional, en la cual están interactuando las informantes todos los días, resulta ser una lucha interna que sufren a diario, es evidente que, cuando sufren un “bajón” en el estado de ánimo, hacen presente el rechazo a su cuerpo, lo que las hace susceptibles a retomar las dietas que ya habían dejado de hacer, los ayunos prolongados y las rutinas de ejercicio diario.

Al cuestionarlas respecto a cómo definían su autoestima en ese momento, realizaron comentarios como el siguiente:

“muy mala, porque no sé, antes, o sea, de la forma en que yo me veía no me gustaba, yo veía otras niñas y decía ‘ay es que esa niña’, o sea, no me gusta ver otras niñas y decir ‘ay mira está bonita’ ...” (Amalia, comunicación personal)

Amalia define su autoestima en dos etapas, señala que desde que era niña, antes de los 10 años aproximadamente, ella se comparaba con otras niñas, pero no le gustaba hacerlo porque eso la ponía triste, después de un proceso de terapia psicológica su percepción cambió:

“mejor que antes, mejor que antes...” (Amalia, comunicación personal)

“he visto cosas muy diferentes a como estaba antes, estoy súper contenta, [...] desde la forma de mi cara, me preocupo por cuidar más mi ropa, [...] mis zapatos, aunque me gustan mucho los tenis, muchas cosas, creo que estoy mejor...” (Amalia, comunicación personal)

Cabe señalar que, este cambio se logró porque ella decidió acudir al psicólogo, menciona que en ocasiones no se puede sola y aunque le costó mucho ir a terapia en ese momento, la hizo sentir feliz, sentimiento que no había experimentado por mucho tiempo.

“creo que la definiría como [...] una novela negra, porque está bien, pero de pronto sucede algo que hace que se me baje completamente [...] y no estoy tan segura qué sea, [...] mi peso está influyendo, estoy segura, pero tampoco es como [...] todo el paquete [...] se lo estoy achacando [...], pero si consideraría que está así... de pronto está tranquilo, todo está pasando bien y luego pasa algo y se va hasta abajo, pero luego de repente está hasta arriba y luego está más arriba y luego de pronto me da el bajón y otra vez para abajo [...], y entonces creo que está como en ese proceso de intentar estabilizarse, pero que todavía no lo logra...” (Alicia, comunicación personal)

Alicia menciona que su peso influye para que su autoestima esté en el proceso de altas y bajas, pero tampoco es del todo responsable, dice que también tiene que ver con la no aceptación de su cuerpo.

“... mi autoestima siempre ha sido baja, siempre he sido algo insegura, pero ante todo siempre trato de ser positiva, de salir adelante, hay veces que, en situaciones, la vida se vuelve muy complicada, muy difícil, pero tampoco me voy a dejar, tampoco me voy a dejar caer...” (Adela, comunicación personal)

“siempre busco la mejor manera para sacar adelante la familia y a mí misma, porque si me dejo caer ¿qué va a ser también de mi familia? ...” (Adela, comunicación personal)

La autoestima de Adela siempre ha sido baja, ella es la mayor de tres hermanos, de los cuales siempre se ha hecho cargo; dice que, aunque a veces se siente mal, siempre trata de ser positiva por su familia. Siempre ha sido una responsabilidad, la cual no le corresponde, sin embargo, su familia la motiva para estar bien.

“No sé, [...] por qué nunca [...] me ha gustado demostrarle a la gente cómo me siento [...] siempre me ha gustado y he sido esa persona invisible ...” (Ana, comunicación personal)

“no me gustaba como me veía o como me aceptaba, o cuando me veía en un espejo era un llorar y un llorar, o cuando me subía a la báscula y seguía igual, como me pesaba seguido [...] si no veía el número que yo quería ver, sí me daba el bajón cañón...” (Ana, comunicación personal)

Para Ana, el hecho de no ver el resultado que ella esperaba era causa de baja en su autoestima, además, agrega que siempre ha sido una mujer que le cuesta expresar lo que siente, eso la ha llevado a problemas de convivencia y socialización, lo que la hace sentirse insegura con las demás personas.

“Mi autoestima... (Silencio) en un nivel del de 1 al 10, un 7 más o menos, no, menos, como un 6, por la situación de que ahorita no estoy trabajando, no estoy yendo a la escuela, no siento que estoy haciendo algo productivo de mi vida, ahorita no estoy haciendo ejercicio, bueno, apenas ayer empecé a hacer, pero me quedé sin empleo, en mi casa todo el tiempo, problemas con mi mamá, problemas aquí, problemas allá, entonces sí, mi [...] autoestima baja muchísimo ...” (Amanda, comunicación personal)

El hecho de tener una percepción de no “estar ocupada”, provoca el desequilibrio de Amanda, menciona que casi siempre tiene problemas en su casa y con su mamá, de tal modo que la ha hecho ser agresiva con las demás personas, actuando siempre a la defensiva, lo cual le ha provocado ser una mujer aprensiva e insegura.

“Yo soy una persona muy insegura, [...] a pesar de que me he enseñado a ser una persona fuerte, me enseñaron hacer una persona que tenga liderazgo, que tenga motivación, que tenga [...] ideas muy claras en su mente, para seguir adelante, ha sido muy difícil porque, desde hace casi tres años, mi familia no quería que siguiera estudiando, o sea, terminé la preparatoria y me dijeron ‘sabes que, pues ya te vas a tener que poner a trabajar’, a pesar de que ellos ya están casados, hicieron su vida como quisieron, era como que... ‘ya te tienes que poner a trabajar para que mantengas a mi mamá’, entonces no, espérate, yo quiero seguir estudiando, entonces fue como ir contra la corriente, ir en contra de mi familia, de seguir una carrera...” (Amanda, comunicación personal)

La falta de apoyo por parte de su familia de Amanda la desequilibra, pero al mismo tiempo la mantiene fuerte para seguir adelante.

Miedo y Tristeza

“tristeza, pero era como decepción, o así, como de repente que era por mi culpa, no sé, a tener o no estar, así como con cierta anatomía, de ser así como ... a ver si sigues tragando, a ver si ya te pones a hacer ejercicio, pero no sé, pues cuando me siento así, [...] muy ansiosa, o que si eso no es así, como estar observando mi cuerpo y encontrar algo que no me gusta, o como en ese momento era más como cuando estaba en el cuarto, por ejemplo, así que te estás cambiando o que empiezas a ver [...] todo lo que no te gusta y cómo lo arreglarías [...], me siento como triste y a veces [...] me ponía ansiosa y empezaba a llorar ...” (Amalia, comunicación personal)

El sentimiento de tristeza para Amalia era provocado por verse al espejo cuando se estaba cambiando y observar que no tenía el cuerpo que siempre había deseado, de tal modo que, se hacía reproches de la comida y del porqué hacía ejercicio.

“era automático, pero siempre me llegaba como un sentimiento... no estoy segura si era tristeza, no creo que fuera tristeza, era [...] como un estado de confusión, no era tristeza, me empezaba a sentir confundida, cuando lo hacía por esa lucha interna que tenía no, de está bien o está mal, pero nunca me llegué a sentir [...] tan triste, más bien, me sentía triste por [...] lo que estaba pasando, porque sabía que estaba mal, pero sí era como un estado de confusión, [...] porque no sabía si lo que estaba haciendo era porque quería, o si lo estaba haciendo porque estaba comenzando a tener un vacío interno...” (Alicia, comunicación personal)

Alicia menciona qué sentía cuando tenía que provocarse el vómito; aunque sabía que estaba mal, se estaba convirtiendo en un “vicio interno”, entre hacerlo y no hacerlo.

“evito estar triste, no me gusta, es como sentirte vacía, sentirte sola, entonces, no me gusta la soledad, casi no busco la soledad, casi no me siento sola, también porque tengo a mi familia y a mis amigos, pero sí, [se] da la ocasión que te sientes muy mal, cuando a veces, dependiendo de las circunstancias, te sientes que no hay nadie, que no tienes a nadie, pero evito eso...” (Adela, comunicación personal)

Por ser la líder de la familia, Adela evita estar triste. Menciona que no le gusta estar sola; además, siente apoyo cuando está con su familia y sus amigos.
Cosas que hace Ana cuando se siente triste:

“Por lo regular, me quedo en mi cuarto y no salgo para nada, me quedo en mi cuarto, me pongo pijama o un blusón y no salgo para nada [...] ni siquiera me baño...” (Ana, comunicación personal)

Además, en la universidad experimenta sentimientos que todavía no puede controlar:

“tengo un compañero ahorita en la universidad, a veces me agarra este pedazo de brazo (Ana toma de su brazo derecho lo que le sobra de piel) y me dice ‘tiembla’ y [...] me siento súper mal, porque ve, ya sé que estoy gorda, gracias por recordármelo... y ya me dice ‘no, era broma’, pero sí, durante todo el día es algo que le empiezas a dar vuelta y vuelta [...] y te comparas con las demás, yo me comparo con mis amigas...” (Ana, comunicación personal)

“lloro si estoy muy muy alegre, lloro si estoy muy muy enojada, lloro si estoy muy muy triste, [...] es como mi desahogo [...], no gritar ni desquitarme con todos los demás, es como mi desahogo...” (Amanda, comunicación personal)

“porque no afecto a nadie y llorando es como voy, me encierro, lloro, lloro todo lo que quiera, me desahogo y no afecto a terceras personas...” (Amanda, comunicación personal)

Discusión

Las entrevistadas tenían procesos de ayunos o dietas particulares en las que solo tomaban agua y comían manzanas; después de varios días, tenían hambre y provocaba periodos de atracones, una combinación de ambos trastornos.

El cuerpo es una construcción simbólica que está dada a partir de las sociedades modernas; en los últimos años, la tendencia gira en relación a lo estético, lo perfecto, lo delgado y lo socialmente aceptado, con el fin de sentir identidad y pertenencia.

En este sentido, existe una conexión entre la construcción social del cuerpo y los trastornos de la conducta alimentaria: el cuerpo es el principal actor en el proceso de un trastorno alimentario, ya que el objetivo es mantenerlo “bonito” para ser aceptado.

Construcción social del cuerpo

En esta categoría se les preguntó a las entrevistadas: ¿si tuvieras la oportunidad de quitarle algo a tu cuerpo qué sería?, en repetidas ocasiones, las respuestas oscilaban en “todo” “yo le quitaría todo”. Existe una discrepancia entre lo que piensan y lo que ven, la realidad se maneja en la idea de un cuerpo delgado y esbelto.

El significado simbólico que las entrevistadas le dan a la perfección sobrepasa por mucho la idea de aceptar y querer su cuerpo, tal y como es, cayendo fácilmente en los estereotipos socialmente aceptados, así como realidades falsas.

La interacción con los medios de comunicación, con grupos de “ayuda” para bajar de peso rápidamente, alimentan las ideas mal enfocadas del cuerpo perfecto, lo que perjudica negativamente los pensamientos y sentimientos, trayendo como consecuencia la incapacidad de tocarse.

El ideal estético corporal, en la actualidad, fomenta que “ser bella es igual a ser delgada”, lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo, la insatisfacción corporal” (Behar, 2010, p. 320).

Los estereotipos corporales constituyen uno de los aspectos fundamentales para la alteración de la percepción corporal; el modelo cultural de belleza, los patrones de belleza irreales, el modelaje, la globalización y la publicidad se han vuelto enemigos de las mujeres con trastorno de la conducta alimentaria (Behar, 2010).

En ese sentido, de acuerdo a Behar (2010), “surge la noción de ‘mujer moderna’, de raza blanca, ejecutiva” (p. 321), vanguardista y delgada. El acceso tecnológico fue configurando este perfil, creando identidades personales falsas, “produciendo cuerpos irreales, donde las fronteras entre lo natural y lo artificial, se encuentran totalmente desdibujadas” (p. 321).

Alimentación y dietas

En esta categoría las entrevistadas siempre llegaron a un punto de comparación con personas, modelos e, incluso, artistas delgadas, que reafirmaban la idea de que ser delgadas y tener cierto peso es lo que importaba.

Hacían lo posible por bajar de peso, dañando su cuerpo con ayunos permanentes y dietas extremas, adaptando este comportamiento como un estilo de vida, en el cual el único propósito era pesar 55 kilos.

Todas las entrevistadas mencionaron haber hecho una dieta para bajar de peso, sin la ayuda de un nutriólogo; además, agregaron que la “dieta” la encontraron en internet.

El miedo de subir de peso y el recuerdo de saberse gordas, imposibilita a las participantes a tener una buena relación con la comida, de tal modo que, comer –lejos de ser una actividad placentera– se convierte en algo sumamente doloroso de realizar.

La idea de que la delgadez representa belleza y aceptación ante los demás, está arraigada y normalizada; lo anterior provoca sentir rechazo por su cuerpo si en alguna parte tiene más proporción o grasa.

Existe una idea generalizada, entre las participantes, que se conecta con lo que Behar (2010) habla, ser esbelta es la única manera de conseguir propósitos laborales, sociales y sentimentales, reafirmando la idea de que estar gorda significa no alcanzar metas y el fracaso.

Sentimientos y Emociones

El anhelo de perfección corporal esta sistematizado en un sentimiento negativo, lo que les impide a las entrevistadas aceptar su cuerpo como es, esta idea es alimentada por la baja autoestima que tienen, arraigada desde años atrás, lo que mantiene a las participantes en el trastorno alimentario por mucho tiempo.

Todos los días experimentan sentimiento de inseguridad y falta de confianza en sí mismas, lo cual provoca dificultad para relacionarse con los demás.

En el caso de las entrevistadas que mencionaron tener atracones, después de hacerlo sentían culpa y rechazo; la culpa era por todo lo que se habían comido minutos antes y el rechazo porque sabían que, con ese atracón de comida, indudablemente, subirían de peso, lo cual las mantenía un en círculo vicioso de ingerir alimentos y vomitar, sin la posibilidad de parar.

Todas las informantes manifestaron tener baja autoestima; solo una de ellas, en algún momento de su vida, acudió con un psicólogo, lo cual resulto ser favorable, logrando quitar algunas ideas erróneas que rondaban su mente todo el tiempo.

El miedo a subir de peso y la tristeza que sienten por no tener el cuerpo idealizado, son sentimientos experimentados todos los días en sus vidas, siendo incapaces de sentir un sentimiento positivo, y si lo sienten es porque bajaron de peso o talla.

Conclusiones

El significado del cuerpo y la representación simbólica de la belleza se han fortalecido en las ideas del poder y la facilidad de conseguir el éxito y la realización como persona, por medio de la delgadez y el cuerpo perfecto. El desarrollarse en un medio “competitivo” y la necesidad de crear una identidad o pertenecer a un grupo socialmente representativo, provoca que las mujeres sean más vulnerables a experimentar algún trastorno de la conducta alimentaria, como la bulimia y la anorexia.

Ante este panorama es importante que se generen programas eficaces de ayuda mutua, así como estrategias en salud pública para prevenir casos nuevos.

La idea de que ser delgada es igual a belleza, está en función de pensamientos irracionales que se construyen a partir de los estándares de belleza estipulados por la mujer vanguardista moderna, las modelos, las marcas de ropa, la globalización y la sociedad. La industria se empeña en producir solo tallas pequeñas y cuerpos perfectos.

Por otra parte, se estima que los medios de comunicación contribuyen a la aparición y mantenimiento de trastornos de la conducta alimentaria; por lo tanto, es importante que se identifique el tipo de información que se sube a la red y se cuide el acceso a los blogs de información en donde cualquier persona puede entrar, participar e incluso interactuar con gente desconocida. A través de estos medios, es fácil tener acceso a información de dietas, consejos para dejar de comer, consejos para vomitar sin que nadie se percate, medicamentos para adelgazar y más información que puede perjudicar la estabilidad emocional, mental y física de las mujeres.

Los trastornos de la conducta alimentaria son bastante comunes; cuando se presentan, el apoyo de la familia debe ser integral y constante; una vez que la familia está consciente, debe evitar comentarios críticos sobre el peso, la figura, la alimentación y/o la apariencia.

Referencias

- Chávez, H. (2005). Actitudes y conductas alimentarias en adolescentes y su relación con su índice de masa corporal. *Tesis de Maestría*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León.
- Cardoso, M., Pascual, R., Moreno, G.M., Figueroa, M.E., & Serrano, C. (2007). Investigación Cualitativa y Fenomenología en Salud. *Revista especializada en ciencias de la salud*, 10(1-2), 25-32.
- Lé Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Cruzat, C., Díaz, F., Aylwin, J., García, A., Behar, R., & Arancibia, M. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 70-79.
- Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de Humanidades*, 2, 57-60. Recuperado de http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Marín, A., & Bedoya, M. (2009). Cuerpo vivido en la experiencia de las mujeres con diagnóstico de Anorexia y Bulimia. *Latria*, 22(3), 219-226.
- Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73, 127-152.
- Salinas, L. (1994). La construcción social del cuerpo. *Revista española de investigaciones sociológicas*, (68), 85-96.
- Troncoso, C., & Daniele, E. (2004). *Las entrevistas semiestructuradas como instrumentos de recolección de datos: una aplicación en el campo de las Ciencias Naturales*. Argentina: Universidad Nacional del Comahue-Consejo Provincial de Educación de Neuquen.
- Vaidominos, A., & Palacios, B. (2017). Más allá de un cuerpo perfecto: Anorexia y Melancolía. *Uaricha*, 12(29), 145-160.

Capítulo 7

Intervención psicológica en salud:
una revisión para la formación de psicólogos

José Carlos Ramírez-Cruz y Ricardo Pedraza-Medina

Autor para la correspondencia:

Alejandro Chávez Rodríguez

fenix6944@hotmail.com

cualitativainvestigacionrev@hotmail.com

Capítulo 7

Intervención psicológica en salud: una revisión para la formación de psicólogos

José Carlos Ramírez-Cruz y Ricardo Pedraza-Medina

Durante los últimos años, alrededor del mundo ha existido un aumento de los problemas de salud, lo cual se ha vuelto una situación preocupante. De manera particular, se puede decir que esta situación es alarmante en América Latina, donde existen problemas crónicos de salud; violencia en sus diferentes esferas; obesidad; consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco; sedentarismo; y en materia de salud mental, los trastornos de ansiedad y afectivos están en las cifras más altas (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2017). Por ello, es necesario atender los planteamientos relacionados con la salud pública, los servicios y sistemas que mejoran la calidad de vida de las personas. Para ello, es necesario remitirse a la formación inicial de los profesionistas que se dedican a la intervención e investigación en estos sectores.

La salud es un derecho humano, al que toda persona merece acceso en las mejores condiciones, independiente a su condición socioeconómica, edad, etnia, educación o distribución geográfica, cultural o política. La salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 1). Por lo tanto, es necesario que las diferentes disciplinas científicas realicen estudios rigurosos que permitan mejorar las condiciones, políticas, servicios y sistemas en materia de salud.

Actualmente, la salud es un constructo que implica diversidad de factores políticos, sociales, económicos, culturales y científicos, entre sus paradigmas vigentes se encuentra la multidisciplinariedad que busca mejorar las condiciones, servicios y sistemas de salud. Al ser un concepto dependiente del momento histórico, este ha tenido un campo de acción variado, de

acuerdo a la prevalencia e incidencia de distintos problemas en el desarrollo del ser humano, algo que varía en gran parte a consecuencia de aspectos sociales (Alcántara, 2008). El conjunto de estas experiencias ha aumentado las estrategias de medición de la salud, volviéndolo un proceso en masa dentro de las ciencias de la salud, lo que ha provocado una orientación a los aspectos cuantitativos y prestándole menor atención a los cualitativos.

La psicología de la salud: un recorrido histórico

Durante los años sesenta y setenta, surgió la *psicología de la salud* como una nueva rama de la psicología, misma que tuvo un origen simultáneo en contextos socioeconómicos y geográficos distintos: Cuba y Estados Unidos, y a la cual se conceptualiza, de acuerdo con Matarazzo (1980), como el conjunto de contribuciones enfocadas a la promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención y tratamiento de las enfermedades, dirigida también a la optimización de los sistemas de salud y las políticas públicas, la cual se consolidó con el establecimiento de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud en 1974, y la 38 división (Health psychology) de la APA en 1978.

El desarrollo de dicha disciplina se difundió rápidamente por Colombia, Chile, Argentina, Europa y México, siendo este último el lugar donde se editó el primer libro en español sobre psicología de la salud (Torres-Fermán y Beltrán-Guzmán, 1986). De igual manera, comenzaron a publicarse revistas especializadas como la *Journal of Health Psychology* (1996), *Psychology and Health* (1987), *Psicología y Salud* (1991), *Psicología Hospitalaria* (1991), *Psicología y Salud* (1992). Asimismo, se crearon grupos, asociaciones, congresos, y se comenzaron a ofertar maestrías y doctorados en la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad de Guadalajara (Grau y Hernández, 2005).

Sin embargo, en México, de acuerdo con Piña (2005; 2012) hasta el 2004 la producción en cuanto a manuales, compendios y libros era escaso, en un periodo de 18 años (1986-2004) solo se publicaron 10 libros. Para el 2010, se resalta que la producción de revistas del área era deficiente y existía una ausencia de trabajos fundamentados sólidamente con modelos con un bagaje conceptual adecuado. No obstante, se destaca un incremento en los trabajos con diseños cuasi experimentales y propiamente experimentales.

Intervención psicológica en salud

Lo anterior permite reflexionar acerca de cuáles son aquellas sutilezas que implica la disciplina en cuestión, ya que la psicología de la salud se caracteriza por tener un amplio campo de actuación profesional, inclusive Piña y Rivera (2006a) mencionan que los límites están poco claros entre la dimensión psicológica y la salud-enfermedad, pues se basa en concepciones plurales en las que todo cabe sabiéndolo acomodar, por lo cual, se atribuyen a esta área, actividades que no le corresponden. Esto es de interés debido a la construcción de la identidad profesional, relacionada con la formación académica en las diferentes universidades públicas y privadas.

Sin embargo, para tener claro el rol del psicólogo de la salud es importante entender que la salud es un proceso subjetivo y de comportamiento, lo cual lo hace unitario, es decir, la persona no es un simple receptor de agentes patógenos externos, sino que es participante activo de su propio proceso de salud-enfermedad, entendiendo la integración de lo físico, psicológico y social, agregando a ello lo cultural y espiritual (Morales, 2015).

De esta manera, las funciones del psicólogo estarían enfocadas en elaborar, evaluar y contrastar programas de intervención, generar diagnósticos, planear, prevenir e investigar, todo ello en relación al componente psicológico del proceso salud-enfermedad (Piña, 2010). Dividiendo así la labor de aplicación de la salud en tres niveles de intervención o prevención: el primero, enfocado en la protección de la salud, mediante la disminución de factores de riesgo y aumento de factores protectores; el segundo, atendiendo el diagnóstico temprano y la prevención de la cronicidad de la enfermedad; y el tercero, aplicado para detener el progreso de la enfermedad y prevenir el deterioro del individuo (Cardozo y Rondón, 2014).

Con base en lo anterior, se puede mencionar que la psicología de la salud tiene su campo de trabajo en acciones como: la promoción de hábitos saludables; prevención de enfermedades cardiovasculares, pulmonares, de VIH, obesidad, entre otras; aumentar la adherencia a los tratamientos; generar propuestas para mejorar el sistema de salud; promover campañas para la disminución de factores de riesgo; y la generación de políticas públicas que favorezcan la salud de la población. Todo ello, mediante el uso de estrategias y técnicas óptimas para cada situación basadas en modelos teóricos adecuados (Cardozo y Rondón, 2014).

De acuerdo con Bados (2008), la intervención psicológica se caracteriza por la aplicación de principios, métodos, técnicas y estrategias de un cuerpo disciplinar sólido, por un profesional calificado en los diferentes niveles de prevención en salud, cuya eficacia ha sido probada, y tiene como finalidad disminuir, prevenir o mejorar alguna condición particular en los diferentes objetos de estudio en psicología de la salud.

En esta misma línea, Fronján y Santacreu (2001) sugieren que la intervención en salud se apoye de modelos que expliquen las variables involucradas en el mantenimiento de la salud o la prevención de la enfermedad. Para ello, en la evaluación de programas de intervención o en lo individual, se requiere indagar la eficacia de los mismos, aunque a su vez se considera complejo por las variables que interactúan: biológicas, psicológicas, del ecosistema, y el tipo de diseño que utilizan.

De igual manera, para Villalpando, Nacif y Vázquez (2007), la intervención psicológica en salud se agrupa en tres grandes ejes: 1) intervención en crisis, 2) educación para la salud y 3) terapia de apoyo. En la primera, se enfoca a que el paciente aprenda a manejar el distrés psicológico, desarrollar recursos personales y sociales, así como lograr un equilibrio emocional. Respecto a la segunda, prioriza el conocimiento sobre su situación de salud, así como la adherencia al tratamiento. La última se trata sobre la intervención terapéutica de corta duración para el paciente y su familia, generalmente de enfoque cognitivo-conductual que permite disminuir estrés y ansiedad.

Dentro de los modelos desarrollados en psicología de la salud para entender el proceso de cambio y adopción de hábitos saludables destaca, por ejemplo, el modelo de etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (1984), que propone la existencia de seis etapas en el proceso de cambio (Precontemplación, Contemplación, Determinación, Acción, Mantenimiento y Recaída); el modelo de creencias en salud de Becker y Maiman (1974); o el proceso de acción en favor de la salud de Schwarzer y Fuchs (1996). A partir de ellos, y algunos otros, surgen técnicas y estrategias aplicables para la modificación de hábitos y mejoramiento de la salud (Oblitas, 2010).

Las principales estrategias utilizadas dentro de la intervención en el área de la salud son entonces la psicoeducación, educación para la salud, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la ira, relajación, biofeedback, planificación de actividades placenteras, mejorar la autoeficacia, desarrollar la inteligencia emocional, entrenamiento en asertividad, autoreforzamiento, autocastigo, autoinstrucciones, contratos conductuales, establecimiento de metas, entre otras más (Cardozo y Rondón, 2014). Como se puede observar, dichas técnicas son muy variadas y sus resultados no siempre son medibles mediante técnicas cuantitativas, pues los resultados obtenidos mediante ellas serían mínimos, reduccionistas e irían en contra de la naturaleza individualista y subjetiva del proceso salud-enfermedad.

Ahora bien, ¿está el psicólogo de la salud preparado para planear, aplicar y evaluar intervenciones en el área de la salud?, este es, sin duda, un cuestionamiento muy interesante pues, de acuerdo con Guillarte (2011), si la salud es entendida desde un ajuste bio-psico-social y espiritual se vuelve necesario que dentro de los planes de estudios se forme acerca del desarrollo humano, de la dialéctica entre lo biológico y social, y no solo del aspecto psicológico, pues es imprescindible el conocimiento de los mecanismos subyacentes a funciones como memoria, atención, emoción y lenguaje, los cuales tienen sus bases en la biología humana. Asimismo, Piña (2010) resalta la importancia del entrenamiento en lo teórico-conceptual y metodológico, y enseñar contenidos aplicables desde el trabajo interdisciplinario. Por parte de los autores, se considera también importante entrenar al psicólogo de la salud para la aplicación de estrategias cualitativas y no solamente cuantitativas, pues las primeras permitirán un mejor entendimiento del carácter individual y subjetivo del proceso salud-enfermedad.

Aproximaciones a la formación en psicología de la salud: el desarrollo de competencias

Molina, Roméu, Gutiérrez y Dulzaides (2010) analizan la importancia del desarrollo de habilidades de comunicación y análisis del discurso en estudiantes de psicología, bajo el entendimiento de que la principal herramienta del profesional está en la utilización de la palabra para facilitar ciertos procesos, y que dentro de la psicología de la salud tomaría un papel muy importante al ser un instrumento para el cambio de conductas. Sin embargo, los resultados no son muy alentadores pues menos del 35.7% de los estudiantes creen que la inclusión de conocimientos gramaticales es de utilidad para el desarrollo de habilidades de comunicación o

uso correcto del lenguaje. Los autores resaltan la importancia de hacer conscientes a los profesionales en formación que el reconocer las intenciones comunicativas y los estilos de expresión de los sujetos con los que se interactúa son determinantes en el proceso de selección de las estrategias adecuadas para la promoción de factores que favorecen la salud y el desarrollo de potencialidades.

Tortella-Feliu et al. (2016) hacen un análisis de los retos dentro del área de la psicología, resaltando la necesidad de mejora y extensión de la prevención y promoción, no solo de la salud física, sino también de la mental, así como de la importancia de una mayor divulgación y comprensión de los tratamientos ofertados. Si bien la revisión de estos autores estuvo más enfocada a la salud mental, se puede hacer una transferencia de las necesidades, pues dentro de la psicología de la salud es también necesario no solo enfocarse en la prevención de la enfermedad, sino también en la promoción de las conductas protectoras. Es importante entender que las deficiencias en el área pueden estar basadas en las lagunas de información de los profesionales y estudiantes que con un bajo manejo conceptual y procedimental no se aventuran a la utilización de tratamientos o estrategias basadas en evidencia científica. Esto hace necesario el abordaje responsable de la formación de profesionales, así como del aumento del saber en la operacionalización de variables intersubjetivas, las cuales se resalta que difícilmente podrán ser entendidas por completo mediante técnicas cuantitativas.

Intervención en escenarios reales

Jiménez-Martínez, Álvarez-Gasca y Jiménez-Martínez (2012) evalúan las experiencias de alumnos de psicología, medicina y profesores de la Universidad Nacional Autónoma de México que participaron en la aplicación de un programa de tres fases para la promoción de estilos de vida saludable. Durante la primera fase, se revisaron los aspectos teórico-metodológicos, en la segunda, se realizó una investigación aplicando los aspectos revisados y, en la tercera, se diseñaron, aplicaron y evaluaron programas de intervención. Es interesante rescatar que, los participantes mencionaron que para mejorar el programa era importante poner mayor énfasis a los contenidos relacionados a estrategias y técnicas para modificar las conductas de salud, resaltaron la importancia de programas de entrenamiento para así mejorar sus habilidades profesionales. Asimismo, señalaron los aspectos relacionados al acompañamiento y trabajo colaborativo, lo cual los prepara para la inserción dentro de campos interdisciplinarios. Aunado a ello, los autores reconocieron que la exposición a programas de este tipo lleva a los estudiantes a conclusiones tales como que el estilo de vida y las conductas relacionadas a la salud son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, lo cual no se podría abordar desde un panorama meramente conceptual y su evaluación no se puede centrar en instrumentos cuantitativos elaborados exprofeso que no permiten la exploración de las propias ideas y creencias.

Villamizar, Becerra, y Delgado (2014), realizaron un estudio con el objetivo de identificar las autopercepciones de 85 estudiantes, quienes realizan prácticas profesionales en tres campos aplicados: salud, educativo y laboral. De manera particular en el área de la salud, los estudiantes se autoperciben medianamente competentes, esto se debe a múltiples factores, algunos relacionados con la formación, el semestre que cursan y la posible inmersión al campo laboral, que demanda particularidades dentro en el ejercicio profesional.

Alves et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de conocer el grado de conocimiento del psicólogo sobre su práctica en los servicios de salud, para ello aplicaron cuestionarios y entrevistas abiertas a 107 sujetos de Brasil, España y Portugal. Es de resaltar que dentro del planteamiento se exponen las deficiencias en la formación académica de los psicólogos brasileños, la cual no aporta los fundamentos teóricos y prácticos para la intervención en el nivel primario. Esto es relevante debido a que son estos mismos quienes dentro del estudio presentan mayores dificultades para delimitar las actividades realizadas dentro de cada uno de los niveles de atención en salud, confundiendo las acciones del nivel primario y secundario, mostrando incompreensión acerca de su trabajo y si este está siendo bien realizado. Por su parte, los españoles y portugueses mostraron un mejor conocimiento de las actividades realizadas, sin embargo, en el caso de los primeros sólo se desempeñan dentro del segundo y tercer nivel, lo cual los exime de las actividades más novedosas dentro de la psicología, que sería la prevención en el nivel primario, lo cual facilitará conocer la delimitación de sus funciones.

Como medida para contrarrestar las dificultades de la formación dentro de la psicología de la salud en Brasil, se han iniciado a ofertar programas de maestría y doctorado o cursos de especialización, en los cuales solo los profesionales más jóvenes se muestran interesados. Mientras que en Europa son indispensables los cursos de especialización para el reconocimiento oficial como psicólogo de la salud. Por ello, se considera importante que México comience a tomar medidas en este rubro, para evitar el rezago en comparación a otros países y asegurar una formación profesional óptima para el adecuado desarrollo laboral. Es sin duda esencial que se comience por fortalecer los programas universitarios, ampliando las metodologías y estrategias que se transmiten a partir de estos.

Formación universitaria en psicología de la salud

Londoño y Flórez (2010) analizaron las acciones de formación en psicología de la salud, así como los planes y programas de estudio en Colombia, se identificó que solo algunas universidades ofrecen actividades complementarias para la formación, a nivel curricular, en licenciatura o pregrado, en varias instituciones no se había considerado un programa para la formación de psicólogos, solo un posgrado en psicología de salud a nivel de maestría, y en doctorado no se apreció ninguno específicamente en ese cuerpo disciplinar.

Louro, Casal, Martín, Hernández y Aguilar (2009) narran cómo desde hace décadas la importancia de la psicología de la salud en Cuba se constituyó en la licenciatura y posgrado, sobre

los diferentes proyectos en los que ha intervenido, el mejoramiento de diversos servicios, así como el desarrollo de su identidad disciplinar, los autores apuestan a la formación de calidad y con un alto grado de especialidad en este campo aplicado por las sutilezas que implica.

Mas (2010) realizó un análisis de la formación de los profesionales de la salud de Mar del Plata, Argentina, donde fueron incluidas entre otras disciplinas la psicología, la enfermería y el trabajo social, a partir de ello se identificó que los estudiantes de las dos primeras son los que dedican mayor tiempo a prácticas en comparación a otras carreras dentro del estudio, algo que juega un papel decisivo dentro de la trayectoria profesional. Aunado a ello es importante reconocer que la complejización de los servicios de salud y la creciente demanda dentro del mismo representa retos en la preparación de los profesionales, los cuales deben ser capaces de dar respuesta a las necesidades de la población desde los cuatro niveles de atención.

Piña y Rivera (2006b), a través de una reflexión muy interesante, pone el foco de atención en las dicotomías existentes entre lo que se espera y lo que se obtiene en la aplicación de la psicología al campo de la salud, y en la preparación de los profesionales de esta misma área, pues por una parte se espera que el alumno aprenda conceptos básicos, aspectos metodológicos y que estos se integren materializándose en propuesta de intervención eficientes, lo cual deja en claro una visión causal del aprendizaje de la psicología, algo que dista mucho de ser la opción con mejores resultados. Esta transmite la idea de que la teoría y la práctica van a la par y que fácilmente se pueden aplicar los conocimientos de una a la otra, relacionando técnicas o procedimientos específicos de manera casi obligada a la identificación o resolución de ciertos problemas.

De esta manera, para formar profesionales competentes se necesita el conocimiento de una serie de técnicas y estrategias, así como la capacidad de poder decidir cuál es oportuna en cada problema específico que se presente al profesional. Sin embargo, la educación y la ciencia se ha enfocado a la creación de instrumentos en los últimos años, mismos que no siempre inician en la definición precisa de lo que se pretende medir, provocando así errores en el diagnóstico y generación de algunas variables, dejando de lado las técnicas cualitativas que resultan ser funcionales al intentar entender un concepto como el de salud-enfermedad, que tiene un componente subjetivo.

Sugerencias en la formación inicial

Tal como se aprecia en los estudios mostrados anteriormente, gran parte de la psicología de la salud se evalúa e interviene de manera cuantitativa, esto depende del tipo de variables que se midan, sin embargo, en el trabajo de grupos y de atención individual, tal como sugieren Villalpando et al. (2007), las técnicas cualitativas permiten apreciar mejor las variables psicológicas y las características de los pacientes.

Por lo anterior, es necesario realizar actividades de formación y capacitación continua en psicología de la salud. Incluir materias relacionadas con este campo disciplinar sobre las

competencias, funciones y actividades profesionales que realiza: diagnóstico, intervención, investigación dentro de la formación general de los psicólogos, esto debido al planteamiento de Roe (2002), quien argumenta que el desarrollo de competencias profesionales se logra por dos aspectos: el currículo y el tipo de actividades que realiza. Tal como es el caso de las prácticas in situ o escenarios reales, que tal como argumentan Rodríguez y Seda (2013), propician el desarrollo de la identidad profesional en diversos aspectos: desde la concepción de la ciencia, las funciones y actividades que realiza e incluso las estrategias de enseñanza y quizá podría aumentar los niveles de autoeficacia en campo laboral.

De lo anterior, en materia curricular, se muestra una clara tendencia a que, desde el nivel de pregrado, se forme como en algunas universidades del país lo hacen, con opciones o énfasis terminales del área en psicología, debido a la naturaleza de los diferentes objetos de estudio que abordan y a menudo se confunde con la psicología clínica. Incitan la formación a cursos de especialidad, maestría y doctorados específicos en psicología de la salud.

Además de lo anterior, es importante procurar el desarrollo personal del estudiante por medio de niveles óptimos de salud mental, incitar las habilidades de comunicación verbal y escrita, esto es, sin duda alguna, esencial para una preparación profesional óptima, pues el psicólogo no solo contará con las herramientas teórico-metodológicas necesarias, sino que además podrá interactuar con sus pacientes utilizando un lenguaje adecuado y teniendo una mejor comprensión de lo que este último quiere decirle; así como la capacidad de proporcionar acompañamiento psicológico sin que este resulte perjudicial para alguna de las dos partes.

Reflexiones finales

En este documento se describen las investigaciones recientes desde la formación inicial de los psicólogos de la salud, la cual debería incluirse en las materias generales de la psicología con diversos niveles de complejidad teórica y práctica, podría orientarse más desde el binomio evaluación-intervención a través de aspectos cualitativos, ya que estos permiten comprender, explicar y caracterizar mejor a las personas, así como su proceso de salud. Asimismo, el ampliar el entrenamiento de los psicólogos en distintas técnicas y su adecuada aplicación aumentará la eficacia de su labor profesional, impactando no solo en la esfera psicológica del desarrollo, sino también en el área físico y social, propiciando equilibrio entre estos rubros y favoreciendo el estado de salud como individuo bio-psico-social. Además, es importante no dejar de lado el entrenamiento de habilidades para la comunicación y aseguramiento de una adecuada salud mental del profesional, pues son factores que interfieren en la aplicación de adecuada de las técnicas y estrategias conocidas.

Por último, así como en otros estudios, será necesario realizar un análisis de los planes y programas de estudio que forman psicólogos en el país sobre este campo específico y, con ello, ofrecer mejoras al currículo y la construcción de la identidad profesional.

Referencias

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alves, R., Jiménez-Brobeil, S., Eulálio, M., Almedia, D., do Nascimento, E., & Araújo, P. (2016). Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología*, 34(2), 357-386.
- Bados, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. *Documento interno*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Becker, M., & Maiman, L. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health*(64), 205-216. Recuperado de <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.64.3.205>
- Cardozo, I., & Rondón, J. E. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 17(3), 1079-1107.
- Grau, J., & Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara-Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Guillarte, J. (2011). Caracterización epistemológica del proceso de formación inicial del psicólogo en la salud. *Centro Provisional de Información de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba*, 15(11), 1664-1673.
- Froján, M., & Santacreu, J. (2001). Evaluación de programas de salud. En R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 283-312). España: Síntesis Psicología.
- Jiménez-Martínez, C., Álvarez-Gasca, M., & Jiménez-Martínez, M. (2012). Experiencias preliminares a partir de la aplicación de programa sobre estilos de vida saludables desde la "investigación-Acción". *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 101-111.
- Louro, I., Casal, A., Martín, L., Hernández, L., & Aguilar, I. (2009). Formación de recursos humanos en psicología de la salud a partir de 1959 en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(1), 1-15. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100006&lng=es&tlng=es
- Londoño, C., & Flórez, L. (2010). Formación en psicología de la salud en Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), 55-61.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Mas, F. (2010). Formación en psicología para el ejercicio profesional en salud pública. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2), 89-94.
- Molina, A., Roméu, A., Gutiérrez, M., & Dulzaides, M. (2010). Estrategia didáctica para contribuir al desarrollo de la competencia comunicativa en estudiantes de psicología de la salud. *MediSur*, 8(6), 71-79.

Investigación cualitativa en Gerontología y Salud Pública:
una aproximación a la realidad del actor social

ISBN 978-607-97784-4-6

Esta obra se terminó de producir en enero del 2018.
Su edición y diseño estuvo a cargo de:

Qartuppi[®]

Qartuppi, S. de R.L. de C.V.
<http://www.qartuppi.com>

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>

Investigación cualitativa en Gerontología y Salud Pública:
una aproximación a la realidad del actor social es un libro
construido a partir de dos disciplinas relativamente nuevas en
el ámbito nacional como son la Gerontología y la Salud Pública,
con el fin de aportar experiencias de investigación, así como
posibles soluciones regionales y nacionales.

*Asimismo, se incluye a la Psicología que, como una ciencia
social cimentada, aporta lecturas complementarias e
interdisciplinarias, además de fungir como pilar conectivo entre
las diversas problemáticas planteadas en este libro.*

*Las investigaciones fueron planteadas desde una óptica
cualitativa, incluyendo aspectos metodológicos y teórico, e
incluyendo temáticas de vulnerabilidad como: el trabajo en
la vejez, percepción sobre la muerte, abandono de los adultos
mayores, curanderismo, trastornos de la conducta alimentaria,
intervenciones psicológicas en salud, entre otras.*

Qartuppi[®]

ISBN 978-607-97784-4-6