INVESTIGACIONES Y REFLEXIONES EN SALUD Y VULNERABILIDAD

Del sujeto a la problemática social

Alejandro Chávez Rodríguez
(Coordinador)

Qartuppi®

Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Esta obra fue sometida a un proceso de revisión por pares bajo la modalidad a doble ciego, por lo que el dictamen de aceptación cumple con los criterios de calidad científica y de evaluación.

INVESTIGACIONES Y REFLEXIONES EN SALUD Y VULNERABILIDAD

Del sujeto a la problemática social

1era. edición, enero 2022

ISBN 978-607-8694-27-3

DOI 10.29410/QTP.22.01

D.R. © 2022. Qartuppi, S de RL de CV
Villa Turca 17, Villas del Mediterráneo
Hermosillo, Sonora 83220 México
<http://www.qartuppi.com>

Edición y corrección: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Diseño: Arym H. Shepperd

Fotografía de portada: Liz Brenden, unsplash

Agradecimientos

A la Universidad de Guadalajara por su constante apoyo.
Al Conacyt y al Sistema Nacional de Investigadores (SNI).
A los informantes por su narrativa y su tiempo.
A Tonalá, por su arropo académico como personal.
A los autores por su confianza y sus productos para aprender.

Tabla de contenido

6	Prólogo	<i>Alejandro Chávez Rodríguez</i>
8	Motivos y condiciones de trabajo en mujeres mayores que viven en situación de pobreza en Tlaquepaque, Jalisco	<i>Yolanda de Jesús Hernández Delgado</i>
29	La actividad de las personas adultas mayores en el programa “empacadores voluntarios” en Guadalajara, Jalisco 2020	<i>Maricruz Remigio Figueroa y Teresa Margarita Torres López</i>
46	Análisis reflexivo sobre la cultura de prevención en salud sexual de jóvenes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar	<i>Dulce María Galarza Tejada y Carolina Limón Sánchez</i>
69	El adulto mayor y su participación laboral: una revisión de estudios empíricos	<i>María Fernanda Mireles Hernández y Alejandro Chávez Rodríguez</i>
85	El médico tradicional como curandero en Tonalá. Un caso paradigmático de pervivencia, brujería y salud comunitaria	<i>Alejandro Chávez Rodríguez</i>
102	Ellos también pueden. El fenómeno del cuidado desde las experiencias de cuidadores familiares hombres	<i>Isis Erendira Medina Román y Alejandro Chávez Rodríguez</i>
125	Sobre los autores	

Prólogo

Alejandro Chávez Rodríguez

Las nuevas transformaciones estructurales que ha traído consigo el siglo XXI nos obligan a no solo ver las problemáticas desde un análisis macro o social, sino desde una perspectiva micro, es decir, a partir de lo individual. Ante esta necesidad, nacen nuevas disciplinas científicas enfocadas en esta tarea, conscientes de la importancia y relevancia que toma el papel del actor social para comprender *el mundo*, en donde sus narrativas, sus discursos, sus historias de vida y experiencias son piezas cables que conforman este entendimiento de la realidad.

Poblaciones que históricamente han sido relegadas y no escuchadas, son ahora parte de la cuestión social que atañe a todos los contextos, y el mexicano no es la excepción. Así pues, los adultos mayores, las personas con algún padecimiento mental, estudiantes o personas con alguna carga cultural que impacte a su salud, nos han ofrecido elementos para enfocarnos en su discurso como parte importante de la búsqueda de solución de problemas desde una visión emic y poblacional. Siendo entonces, que ya no solo basta con conocer e identificar las problemáticas y las condiciones desfavorables que aquejan a estos grupos, sino que se vuelve indispensable la búsqueda de posibles soluciones ante dichas adversidades.

Dicho lo anterior, el objetivo de este libro es esclarecer y problematizar distintos tipos de tópicos alrededor de tres vertientes disciplinares, pero que no son reducidas al campo académico, sino que son abordadas desde la visión del participante como población que ha sido estudiada, comprendida, escuchada y ejemplificada como objetivo de estudio y como desarrollo de propuesta para el entendimiento científico. Es por ello, que partimos desde la psicología, la gerontología y la antropología psicológica, como propuestas de acercamiento que este libro busca ofrecer, y con ello, lograr adentrarnos a las poblaciones mencionadas, conectando con sus ideas, narrativas, discursos y saberes.

Como resultado de lo anteriormente expuesto, este libro se conforma de la siguiente manera; cuatro de los seis capítulos se centran en el entendimiento de la población de adultos mayores, abordando distintas problemáticas, pero poniendo un mayor énfasis en la situación laboral, cómo se entiende la problemática de la actividad remunerada o no, partiendo de la disciplina científica llamada *gerontología*. En este sentido, tres corresponden a trabajos empíricos y uno teórico, los cuales conforman el panorama de la situación de los adultos mayores en la postmodernidad y su relación con lo que algún día llamarían la actividad que “dignifica” al ser humano.

Por otro lado, los otros dos capítulos integran visiones de actores y sus experiencias con algún padecimiento, ya sea físico, psicológico o espiritual, en diversos contextos y situaciones. Lo que unifica las particularidades de estos capítulos es el abordaje cualitativo de la captación de las narrativas y la preponderancia de los discursos de los actores sociales sobre sus circunstancias socioespaciales y organísmicas.

Sirva este libro para acercarnos a problemáticas sociales, pero desde una óptica inductiva. Retomando los discursos sociales y culturales que están inmersos y guardados en los sujetos que amablemente colaboraron para compartir sus experiencias en salud y sus narrativas, que sirven para romper la tradición investigativa en la cual el sujeto/objetos de estudio es solo una variable más para entender un fenómeno, desde una visión antropocéntrica.

Capítulo 1

Motivos y condiciones de trabajo en mujeres mayores que viven en situación de pobreza en Tlaquepaque, Jalisco

Yolanda de Jesús Hernández Delgado

México se encuentra en un proceso de envejecimiento demográfico, que se observa en la modificación de la pirámide poblacional por el incremento de la proporción de adultos y adultos mayores; esto como resultado de la prolongación de la sobrevivencia derivada del descenso de mortalidad junto a la disminución de fecundidad y la migración (Partida, 1998). De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda 2020, en el país hay 15 142 976 personas de 60 años y más, lo que representa el 12% en comparación con el 9.1% para el año 2010 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

El envejecimiento poblacional es uno de los mayores logros de la humanidad pues, de acuerdo con Sánchez (2000), para 1930 la expectativa de vida media al nacer no superaba, en ningún lugar del planeta, los 50 años; hoy en día, en los países desarrollados la expectativa de vida supera los 70 años, lo que significa que se tiene mayor posibilidad de vivir más de 20 años con respecto al primer tercio del siglo XX. Sin embargo, cuando este fenómeno poblacional ocurre en un contexto en el que impera una alta incidencia de la pobreza, de inequidad social, afectado por la baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo (Guzmán, 2002), ser una persona mayor puede significar una situación de vulnerabilidad social, no como consecuencia de la vejez, sino por el contexto de desigualdad social en el que se fue envejeciendo y la concepción negativa y discriminatoria hacia la población envejecida.

El envejecimiento trae consigo consecuencias específicas para las mujeres. Este sector de la población conforma la mayoría entre la población de 60 años y más en casi todos los países del mundo, esto se conoce como la *feminización* del envejecimiento y se

relaciona con el hecho de que las mujeres llegan a vivir más que los hombres. Kinsella y Phillips (2005) señalaron que, a pesar de que a nivel mundial nacen aproximadamente 105 niños por cada 100 niñas, las mujeres rebasan a los hombres numéricamente alrededor de las edades 30 a 40 años, y esta ventaja numérica se hace mayor conforme avanza la edad. En México, del total de la población de 60 años y más, el 53.7% son mujeres y el 46.3% hombres (INEGI, 2020). No obstante, la feminización de la vejez no implica únicamente el mayor porcentaje de población femenina, sino que corresponde a las condiciones de mayor desventaja en las que se encuentran las mujeres mayores ya que, a pesar de ser más longevas que los varones, no necesariamente viven mejor que ellos (Aguirre & Scavino, 2018). Por lo general, las mujeres a lo largo de la vida tienen menor acceso que los hombres a la tierra y a otros recursos que podrían ayudarlas a mantener un nivel de vida adecuado en la vejez; además, en algunos países cuyos sistemas de pensiones ofrecen una cobertura elevada, las mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir pobreza en la vejez (Organización de las Naciones Unidas – MUJERES [ONU MUJERES], 2015).

En México, las mujeres mayores de las actuales cohortes de la población de mayor edad envejecieron en un contexto histórico marcado por la división del trabajo a partir del género de forma tajante respecto del trabajo productivo y reproductivo, una diferenciación en los roles sociales y culturales, estatus social, así como niveles de protección institucional otorgados por la sociedad (Hatch, 1995). Esto ha traído consigo que, durante la vejez, las mujeres se encuentren en una condición de mayor vulnerabilidad social relacionado con un bajo nivel educativo, una participación restringida en actividades económicas a lo largo de la vida, generación de recursos económicos, la muerte de su pareja que se acompaña en una pérdida económica y falta de protección institucional (Salgado-de Snyder & Wong, 2007).

Además, otro factor que coloca a las mujeres mayores en condiciones de vulnerabilidad es la carencia de recursos económicos, dado que la condición económica es un aspecto central en la calidad de vida. De esta manera, puede observarse que durante la vejez hay una disminución de ingresos (Salgado-de Snyder & Wong, 2007). En México, para el 2014, el ingreso promedio mensual en hombres mayores se estimó en \$4,800 y para las mujeres mayores fue de \$2,300, sobre los montos más altos en el caso de los hombres se ubica en el trabajo subordinado y para el caso de las mujeres en las rentas (Nava et al., 2016). Los ingresos de este sector poblacional son insuficientes y regularmente se cubren a partir de una combinación de diversas fuentes de apoyo por parte de las redes familiares o institucionales, rentas y la participación laboral (Águila et al., 2013; Huenchuan & Guzmán, 2007).

Respecto al tema de la capacidad de ingresos a partir de transferencias o apoyos, Nava et al. (2016) mencionaron que hay una desventaja femenina, puesto que el 80.5% de las mujeres y el 83.3% de los hombres obtienen ingresos por esta vía y, en relación con los programas gubernamentales, el 60.1% de las mujeres mayores recibe beneficios provenientes de esta red, en comparación de la población masculina que representa el 49.7%. Con respecto a los ingresos por jubilación, hay una escasa cobertura del sistema de pensiones: solo el 36.9% de los hombres tiene ingreso por jubilación, mientras que en las mujeres esta cifra se reduce al 18.6%. Las mujeres adultas mayores fueron excluidas de este derecho, ya que en su mayoría se centraron en la realización de trabajo doméstico y de cuidados.

En esta misma línea de ideas, cuando no se obtienen ingresos por pensión contributiva o transferencias familiares, la realización de un trabajo es la única forma de obtenerlos. En el caso mexicano, el 15.8% de las mujeres mayores de 65 años recibe un ingreso a partir del trabajo que realiza, frente a un 43.5% de los hombres, y se ha identificado que una gran parte de las personas de 65 años y más participa en actividades precarias del trabajo informal (Nava et al., 2016). Para las mujeres, generar ingresos económicos a partir de su trabajo les resulta más complicado y son más propensas a carecer de pensión por jubilación y depender de los apoyos de pensión vía programas sociales (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2008). Además, a lo largo de su trayectoria laboral, las mujeres se van a encontrar en desventaja respecto de los hombres, esto porque ellas “pasan menor tiempo en el mercado de trabajo, suelen tener carreras laborales discontinuas, reciben menores ingresos y trabajan con mayor incidencia en el mercado informal” (Millán-León, 2010, p.103).

Se ha resaltado en América Latina y Estados Unidos que, si bien la participación laboral de los hombres mayores es más alta que la de las mujeres en el mismo rango de edad, la de estas últimas ha venido en aumento (Hill, 2002; Montes de Oca, 2004). La participación laboral de las mujeres mayores se relaciona con la falta de ingresos económicos, sobre todo en contextos donde existe menor presencia de hogares multigeneracionales y un sistema de pensiones débil, así como por las condiciones de salud, transferencias y trayectoria laboral (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo [CEPAL/OIT], 2018; Millán-León, 2010). Para “el grupo de 60 y más años, 76.9% de las mujeres ocupadas están en la informalidad” (INEGI, 2020, s.p.).

Enríquez (2012) indicó que hay tres riesgos centrales ante el envejecimiento poblacional: la feminización de la vejez, las condiciones socioeconómicas y el trabajo. La des-

igualdad y restricción de recursos económicos a lo largo de la vida generan que, durante la vejez, se tenga la necesidad de desempeñar actividades remuneradas que les permitan sobrevivir y reducir los efectos de la vulnerabilidad (Navarro, 2017). Dentro de este escenario, se considera importante profundizar en los motivos y condiciones de trabajo en las que se encuentran las mujeres adultas mayores en situación de pobreza, objetivo que tiene este capítulo.

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa, bajo los criterios del método etnográfico, que Guber (2015) definió como “el conjunto de actividades que suele designarse como trabajo de campo, y cuyo resultado se emplea como evidencia para la descripción” (p.78). Este método permitió conocer y analizar los motivos y condiciones de trabajo en las que se encuentran mujeres adultas mayores en situación de pobreza en Tlaquepaque, Jalisco, a través de entrevistas semiestructuradas y observación participante.

La investigación se llevó a cabo con mujeres mayores que habitan en las colonias Buenos Aires y Francisco I. Madero en el Cerro del Cuatro, ubicado en Tlaquepaque, Jalisco, dentro de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Las mujeres que participaron en esta investigación forman parte de un grupo de adultos mayores que se reúne en un centro de desarrollo comunitario municipal. Durante el trabajo de campo, se identificó un subgrupo de mujeres que compartían la realización de una actividad laboral como forma de obtener recursos económicos, lo cual llevo a profundizar al respecto (Tabla 1). Las participantes de esta investigación fueron mujeres de 60 años y más, de un contexto rural, con niveles educativos bajos, ya que ninguna concluyó la primaria, casadas antes de los 20 años y que durante su adultez migraron a la ciudad junto a su familia y llevan viviendo más de 15 años en el Cerro del Cuatro.

El trabajo de campo se realizó en el periodo 2017-2019. Se usaron como técnicas de recolección las entrevistas semiestructuradas y entrevistas etnográficas, las cuales se desprendieron de esos momentos de participación dentro de la vida de las personas adultas mayores y que permitieron una conversación más cercana en diversos ámbitos de participación: en andar en las calles, el adentrarse en sus viviendas, el compartir el transporte público y visitar periódicamente su centro comunitario.

Se realizó un análisis temático a partir de ciclos de codificación a través del programa *Atlas.ti*; en primer lugar, se llevó a cabo la codificación abierta a través de un análisis detallado de los datos recolectados para categorizar los temas de los datos a través de

Tabla 1
Condiciones de trabajo de mujeres mayores en situación de pobreza

Nombre	Sexo	Estado civil	Edad	Lugar de nacimiento	Nivel educativo	Actividad laboral
Xochiquétzal	M	Casada	64	Querétaro	Sin estudios	Venta de dulces
Pita	M	Viuda	81	Ciudad Guzmán, Jalisco	Sin estudios	Empleada domestica
Meche	M	Casada	61	Atemajac de Brizuela, Jalisco	Sin estudios	Elaboración de dulces
Carmela	M	Casada	65	Jalisco	Primara trunca	Ama de casa
Eugenia	M	Casada	78	Guerrero	Primaria trunca	Ama de casa

códigos. Después, se hizo la codificación axial, que implica la agrupación de códigos que estaban relacionados entre sí en nuevas categorías. Se continuó con la codificación selectiva en la que se identificaron los temas que surgieron de los dos pasos anteriores; esta codificación implica seleccionar la categoría de los códigos y relacionarla con otras categorías para validar esas relaciones y completar aquellas categorías que necesitan un mayor refinamiento (Glaser & Strauss, 2009).

La investigación se guió por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, que en su artículo nueve habla sobre los principios de privacidad y confidencialidad de las personas participantes en la investigación. Al respecto, las mujeres participantes fueron informadas verbalmente sobre los objetivos de la investigación y se les preguntó si querían participar, de esa manera se obtuvo el consentimiento tácito. Por otra parte, se les pidió autorización para grabar las entrevistas cuando era requerido y, finalmente, se les indicó que su identidad estaba protegida y que la información otorgada es confidencial, por lo que únicamente puede ser utilizada para fines de investigación científica.

Resultados

A partir del análisis de datos, se encontraron dos temas centrales que permiten indicar las condiciones de trabajo de las mujeres mayores en situación de pobreza que viven en las colonias Buenos Aires y Francisco I. Madero en el Cerro del Cuatro ubicado en Tlaquepaque, Jalisco. El primero corresponde a las condiciones de trabajo en las que estas mujeres se encuentran; el trabajo que realizan se caracteriza por ser actividades informales, realizan esas actividades en su contexto más cercano y los ingresos que obtienen son

reducidos. Por otro lado, los motivos por los que estas mujeres trabajan se desprenden de su trayectoria laboral condicionada por una serie de situaciones de exclusión (niveles educativos, prácticas culturales y el sistema de seguridad social), su estado civil y la falta de apoyo económico. En la Tabla 2 se observan las categorías mencionadas.

Tabla 2
Condiciones de trabajo de mujeres mayores en situación de pobreza

Tema	Subtema
Condiciones de trabajo	Informalidad
	Contexto más cercano
	Ingresos reducidos e inconstantes
Motivos del trabajo	Trayectorias laborales discontinuas y en la informalidad, bajo nivel educativo, participación restringida en actividades económicas y condiciones del sistema de seguridad social.
	Falta de transferencias monetarias: viudez, enfermedad de la pareja, red familiar y falta de apoyo formal.

Condiciones de trabajo

Respecto a las condiciones de trabajo de las mujeres participantes, se identificó que llevan a cabo un trabajo informal, que se considera como aquel carente de seguridad y excluido por la ley, con un importante índice de vulnerabilidad, es decir, son personas con un déficit de trabajo decente (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2005 p.2). Las actividades que realizan estas mujeres son: en primer lugar, el comercio informal (venta de dulces o verdura) y reciclado de diversos materiales de desecho, trabajo que realizan por cuenta propia y, por tanto, sin prestaciones sociales y sin la certeza de un ingreso continuo. El siguiente fragmento ilustra la situación: *“Nada, nada más un acá mi chicle, dulce, o lo que sea para comprar la tortilla o para que coma porque si no, no hay dinero”* (Xochiquétzal, 64 años, Querétaro, indígena otomí).

Cata llega cuando la sesión ya ha iniciado, siempre lleva nopalitos para vender. El día que la encontré en el camión dijo que hoy no fue al grupo porque tuvo que lavar unas cosas que le llevaron y pues necesita sacar dinero, así que no pudo ir —por eso le dice a la encargada que llega más tarde, como a las 9 y

cacho, pues en las mañanas sale a vender sus nopales en la CONASUPO, y no puede ir antes al grupo. (Nota etnográfica, 11 de julio de 2018)

Otro trabajo que realizan es en la cadena de producción de una empresa local (empaquetado de dulces), lo cual implica un conocimiento técnico sencillo y la facilidad de poder realizarlo en casa:

Aprendió eso de su suegra, pues se dedicaba también a hacer cucharitas, pero allá todos participaban: el esposo, hijo y nueras, dice que ahí se sentaban, uno ponía el tamarindo, otro el celofán y otra amarraba, así que hacían mucho y les salía bien. Ella lleva haciendo esa actividad 10 años; fue a pedir trabajo a la empresa que está unas cuadras de su casa, así que fue y pidió trabajo, le preguntaron si sabía y le dijo que, pues había visto, así que más o menos, le dieron en ese momento un pedazo de tamarindo y sí le dieron el trabajo. Ella tiene que ir por el material y llevarlo, solo trabaja los miércoles, jueves y viernes, este último es el día en que les pagan, a ella le vienen dando 165 pesos. (Meche, 61 años, Jalisco)

Una segunda característica del trabajo que realizan estas mujeres mayores es el desarrollo de estas actividades en su contexto más cercano, en su mayoría van a trabajar dentro del perímetro de las colonias que integran el Cerro del Cuatro de lado de la Avenida 8 de julio, esto por las condiciones funcionales y de salud en las que se encuentran que hace difícil su movilidad por la ciudad. Como el caso de Pita, quien ya no ve muy bien y le duelen las piernas y la cadera.

Ella dice que sale a las 7 de la mañana de su casa a buscar latas, cartón o visitar a las personas que le juntan esos materiales y regresa a las 8 o las 12 a su casa. Su compañera de casa se dedica a lo mismo, ambas recolectan los botes, ella hacia arriba del Cerro y su compañera hacia abajo. (Nota etnográfica, Pita, 81 años, Ciudad Guzmán)

Finalmente, estas actividades laborales que realizan se caracterizan por darles ingresos insuficientes y discontinuos. Es necesario realizar una acotación al respecto, en general para las mujeres participantes de la investigación, que no tenían una pensión

contributiva, se encontró una falta de certeza respecto a la cantidad y fecha específica en que puedan disponer de recursos a través de otras transferencias como apoyo familiar, programas de gobierno o su trabajo. En la Tabla 3 se observa el monto y fuentes de ingresos que obtienen estas mujeres, se consideran aquellas que no trabajan para poder hacer un comparativo entre las que fueron seleccionadas para este capítulo: Xochiquetzal, Pita, Meche, Carmela y Eugenia, para quienes su trabajo es la fuente principal de sus ingresos.

Tabla 3
Montos y fuentes de ingresos económicos

Nombre	Ocupación	Trabajo	Pen- sión contri- butiva	Pen- sión no contri- butiva	Transfe- rencias familia- res	Otros ingre- sos	Ingreso mensual	Disposición de recursos económi- cos por día
Carlota	Ama de casa	00	00	1,274	2,400	00	3,674	122
Letizia	Afanadora	00	2,000	1,274	00	00	3,274	109
Xochiquétzal	Vendedora de dulces en la calle	1,200	00	00	00	00	1,200	40
Ixchel	Ama de casa	00	00	1,274	500	00	1,774	59
Verónica	Ama de casa	00	00	1,27	300	800	2,374	79
Pita	Reciclaje	600	00	00	00	00	800	20
Meche	Elabora dulces	1,000	00	00	S/I	00	1000	34
Carmela	Vende nopales	1,440	00	00	S/I	00	1440	48
Eugenia	Vende dulces	600	00	1,274	00	00	1,874	62

Nota. El monto de la pensión no contributiva fue actualizado en enero del 2021 y a los ingresos no se le restó el pago de renta en casos particulares. El gasto por día se realizó a partir de la división entre 30 días. S/I = sin información.

A partir de los datos de la Tabla 3, se puede ver que las mujeres que trabajan en la informalidad tienen un ingreso menor respecto a quienes no trabajan; además, para la mayoría, su trabajo es el único ingreso que tienen, a diferencia de las mujeres mayores que no trabajan, quienes tienen al menos otra fuente de ingresos como pensión contributiva, no contributiva o transferencias familiares.

Motivos de trabajo

En torno a los motivos de trabajo de estas mujeres mayores, se encontró que más que una decisión por gusto, el trabajo responde una necesidad generada por la condición de inseguridad económica en la que se encuentran ellas y sus familias; producto no solamente de las condiciones de trabajo en las que hoy se encuentran, sino como resultado de la trayectoria laboral restringida y discontinua en la que fueron envejeciendo. Tuvieron participación muy esporádica en la realización de trabajo productivo, pero cuando sucedió tampoco significó un ingreso para ellas, como el caso de quienes trabajaron el campo junto a su familia; tal es el caso de Eugenia y Xochiquétzal o las restricciones del trabajo que había en su contexto de origen.

Semos, éramos tres hermanas, semos... éramos cinco, pero en ese entonces éramos esas tres, yo y mi hermana la más grande, pero pues yo y ella trabajamos las dos con mi papá, porque éramos mujeres. No, este, no tenía hombres, no tenía hijos, entonces ya, entonces ya después que empezamos a crecer, pues así ya nos puso a sembrar a agarrar la yunta, a surcar las tierras, a barbechar, a todo nos enseñó. (Eugenia, 74 años, Guerrero)

No, no más que aquí en la casa a barrer, a lavar, a lavar mi traste, barrer la casa, a lavar, nada más. No tiene nada, no hay trabajo, no aquí en el rancho no hay trabajo. Pues nada más. (Xochiquétzal, 64 años, Querétaro, indígena otomí)

Quienes trabajaron se desempeñaron como empleadas domésticas; si bien, esto les permitió tener un ingreso propio, en ningún caso contaron con seguridad social; así que, cuando sus fuerzas disminuyeron fueron excluidas de los pocos espacios del mercado laboral en el que podían insertarse:

Desde el 2009 ya no consiguió trabajo: “tú sabes que trabajar en casa, cuando ya no le sirves a las personas te corren”. Debido a sus problemas de visión, la corrieron de su trabajo, [...] ‘Nomás me exprimieron toda como una naranja y después me aventaron por ahí, ya no sirvo para nada’ ...mientras cuenta esto, comienza a llorar, busca un papel entre sus bolsas de la falda que lleva y se limpia las lágrimas que brotan de sus ojos. (Nota etnográfica, Pita, 81 años, Ciudad Guzmán)

Esas trayectorias laborales estuvieron definidas por un bajo nivel educativo, efecto no solo de la limitada infraestructura educativa en ese momento histórico y geográfico, también por las cuestiones culturales que restringían la participación de las mujeres tanto en la escuela como en el trabajo: *“De la escuela nada, por eso no sabe leer nada, no más puro borrego, puerco, animales, burro nada más, lo que cuida”* (Xochiquétzal, 64 años, Querétaro, indígena otomí).

Por su parte, quienes formaron su familia se dedicaron al cuidado de los hijos, el hogar y sus parejas, trabajando únicamente ante momentos cruciales como la construcción de la casa, la entrada de los hijos a la escuela o cuando la pareja no cubría los gastos por falta de trabajo o alcoholismo. El trabajo que realizaron a lo largo de su vida no estaba considerado en el sistema de seguridad social.

Por tales situaciones, la muerte de su pareja durante la vejez se vuelve una razón por la que, en algunos casos, inician a trabajar durante esta etapa de vida. O bien, por problemas de salud que tienen sus parejas o ante los reducidos ingresos que pueden obtener, ya que ellos también han sido excluidos del mercado laboral por su edad o condición de salud.

Siguió trabajando hasta que lo sacaron del trabajo ya por los 60 años. No está jubilado. El ingeniero si le dijo que fuera, que fuera para que lo arreglara, pero nunca quiso ir: “fuimos con el ingeniero y ya nomás todo, todo le, como le digo, todo escribió el ingeniero, todo lo que le iban, pero lo que ya no quiso ir a firmar, y ya no quiso ir a firmar”. (Eugenia, 74 años, Guerrero)

Una última motivación del trabajo de estas mujeres es la falta de otros tipos de apoyos económicos, sea por transferencias familiares o bien por las restricciones burocráticas para recibir apoyo gubernamental. Se hizo evidente un perfil muy específico de adultos mayores que no pueden acceder a los apoyos que otorga el gobierno en sus diferentes niveles o por parte de la sociedad civil, ya que no cuenta con los documentos necesarios que acrediten su persona: identificación oficial, acta de nacimiento o comprobante de domicilio, porque no están registrados, sus actas de nacimiento están mal o no tienen comprobante de domicilio.

No recibe apoyo de gobierno porque su acta de nacimiento está mal, tiene dos letras mal y por eso no la aceptaron en el 70 y más, dice que es difícil que la encuentre en su casa, pues siempre anda en la calle, que una vez la fueron a

buscar dos veces en una camioneta unos que decían “bienestar”, pero nunca la encontraron, y a su vecina le dijeron que ella necesitaba firmar algo. (Nota etnográfica, Pita, 81 años, Ciudad Guzmán)

Discusión

De acuerdo con el análisis de las narraciones de las mujeres mayores, se identificó que la informalidad es la condición central del trabajo que realizan, desempeñando trabajos como vendedoras, recicladoras y trabajo manual; esto concuerda con lo que en otras investigaciones se ha reportado en población adulta mayor que vive en condición de pobreza, como es el caso de estas mujeres. Vázquez y Ramírez (2014) observaron que, entre las actividades más frecuentes, entre personas mayores que viven en situación de pobreza, son la venta de artesanías, chatarra o plástico para reciclaje, manualidades, dulces, frituras y alimentos.

Las mujeres se ven obligadas a trabajar en la informalidad y condiciones precarias para poder sobrevivir, ya que las oportunidades de empleo formal para este sector son escasas de acuerdo con la International Labour Office (ILO, 2008). En el caso de mujeres de 60 años y más, en Argentina, que presentan una baja y muy baja escolaridad, se observa que este sector se concentra en ocupaciones de los servicios domésticos, de la comercialización directa, del cuidado y la atención de las personas, de los servicios sociales varios, de los servicios de limpieza no domésticos, de la producción industrial y artesanal, y de servicios gastronómicos (Sala, 2013). Para el caso de las personas mayores en Colombia, se observa que las tasas más altas de informalidad tanto en las personas mayores como en los diferentes grupos etarios se ubican las mujeres (Martínez-Restrepo, 2015).

Por su parte, Escobar (2012) observó la misma condición de trabajo informal entre las personas mayores de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz en Bolivia, desempeñando trabajos como comerciantes o vendedoras, cocineras y meseras de restaurantes y artesanas. Estos trabajos informales que llevan a cabo las mujeres mayores durante la vejez, se desprenden de las desventajas que enfrentan en el mercado del trabajo y condiciones estructurales como su nivel educativo, determinado no solamente por el acceso a este derecho durante el curso de su vida, sino por los roles sociales en los que fueron asumiéndose como mujeres, las relaciones de poder, así como por los estereotipos de género (Longo, 2009), la edad y el deterioro físico que disminuyen de manera importante las distintas actividades que pudieran realizar en un contexto de trabajo formal (Vázquez & Ramírez, 2014) y el perfil ocupacional terciario y poco calificado (Escobar, 2012).

Al insertarse en el trabajo informal, estas mujeres se enfrentan a una situación de ingresos reducidos e inconstantes. La ONU Mujeres (2015) identificó que las mujeres que trabajan en la economía informal o sumergida, como se la denomina a veces, trabajan a diario por salarios más bajos y en condiciones inseguras. Los ingresos reducidos que el trabajo informal implica se consideran como factores que deterioran las condiciones de salud de las personas (Sotelo-Suárez et al., 2007).

La informalidad laboral está mayormente presente en los extremos de los grupos etarios de la población ocupada, 82.1% de los jóvenes de 15 a 19 años ocupados se emplean en la informalidad, así como 72.5% de la población de 60 y más años. (INEGI, 2020, p.1)

Y solucionar las condiciones de inseguridad económica resulta difícil por los propios individuos (Huenchuan & Guzmán, 2006).

Que las mujeres mayores que viven en pobreza continúen trabajando en las condiciones arriba mencionadas, se va a relacionar con dos circunstancias que las colocan en una condición de vulnerabilidad económica. En primer lugar, la falta de seguridad social como producto de una trayectoria laboral discontinua y en la informalidad; para el caso de América Latina, de acuerdo con Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018), la falta de una pensión surge como factor principal para la inserción laboral de las personas mayores; por su parte, Zúñiga y Gómez (2002) indicó que el empobrecimiento de los mayores se desprende de la falta de un sistema de protección social adecuado, debido al empleo informal o carente de prestaciones básicas al que estuvieron inscritos a lo largo de su vida. De esa manera, los datos aquí encontrados coinciden con lo que Huenchuan y Guzmán (2006) mencionaron, respecto a la relación directa entre la deficiente cobertura de sistemas de seguridad social y la participación laboral de las personas mayores.

Esta falta de seguridad social se desprende del tipo de trabajos que pudieron realizar durante su curso de vida; en el caso de las participantes, el trabajo que realizaron fue en la fabricación de dulces o como empleadas domésticas, lo que coincide con lo reportado por Vázquez y Ramírez (2014), quienes observaron que los trabajos que han podido realizar mujeres mayores en situación de pobreza en Guadalajara son: trabajadoras domésticas, vendedoras ambulantes de alimentos y artesanías. El restringido acceso al mercado laboral para las mujeres de esta generación, como se ha indicado líneas arriba, se relaciona

con cuestiones culturales que limitaron su oportunidad de educación, como la prioridad de desempeñar actividades de cuidado dentro de su familia de origen y, después de formar su propia familia, por las labores del hogar, lo cual, de acuerdo con Montoya-Arce y Montes de Oca Vargas (2009), coloca a las mujeres mayores en desventaja para insertarse en el mercado de trabajo formal y, por tanto, en peores condiciones económicas; lo que se hace evidente al reconocer que las mujeres mayores se encuentran en una situación más desventajosa que los hombres, porque un porcentaje mayor de ellas no percibe ingresos propios, no cuenta con pensión ni jubilación y, si goza de ese derecho, sus ingresos son más bajos (Rico, 2003).

Es necesario considerar las trayectorias laborales de las mujeres mayores para entender las situaciones de vulnerabilidad social en las que hoy se encuentran, ya que las condiciones de vida al inicio de esta determinan sus oportunidades, así como el entorno cultural y educativo adquiridos durante la infancia y la juventud. Además, la falta de un empleo formal durante sus años productivos les priva de un esquema de protección social en la vejez (Pelcastre et al., 2011). De esa manera, se puede observar que, a lo largo de su curso de vida, estas mujeres mayores se enfrentaron a diversas situaciones de riesgo tempranas, que hoy las colocan en una situación de pobreza: nacieron en un contexto rural de México entre la década de los 40 y 50 del siglo XX. Al respecto, Coubés et al. (2016) mencionaron:

los cursos de vida tomaron rumbos muy diferenciados entre el contexto rural —más tradicional y marginado de los procesos modernizadores del siglo XX— y el contexto urbano —donde se acuñaron las mayores transformaciones económicas y sociales del país y donde los cambios se efectuaron con mayor rapidez—. (pp.19-20)

Estas adultas mayores tuvieron un acceso a la escuela muy reducido, esto puede entenderse mejor al tener presente que, para las décadas en que ellas debieron cursar o cursaban la educación primaria, en México este servicio crecía incipientemente, pues durante el periodo comprendido “entre 1920 a 1950 el sistema educativo mexicano creció en forma constante pero moderada. Durante esos años, la enseñanza primaria se concentraba principalmente en el contexto urbano y los niveles superiores tenían un carácter restringido” (Sánchez, 2012, p.20). Las mujeres participaron en las labores del trabajo agrícola y cumpliendo las actividades de trabajo reproductivo, según la división sexual; no

se insertaron en el mercado formal que es el único en el que se podía acceder a la seguridad social y a lo largo de su vida los ingresos económicos que obtuvieron fueron bajos. Estas condiciones, vistas desde la teoría de la ventaja/desventaja acumulativa (CAD, por sus siglas en inglés), son entendidas como riesgos que traen consigo una vida llena de dificultades (Ferraro et al., 2016). Y se entiende que la desigualdad no es principalmente el resultado de decisiones y acciones individuales, sino que se genera estructuralmente. Incluso, antes de que nazca un individuo, las fuerzas sociales moldean la concepción, el desarrollo fetal y el nacimiento (Ferraro et al., 2009).

La teoría de la desigualdad acumulativa especifica que los sistemas sociales generan desigualdad, que se manifiesta a lo largo de la vida a través de procesos demográficos y de desarrollo, y que las trayectorias personales están determinadas por la acumulación de riesgo, recursos disponibles, trayectorias percibidas y agencia humana (Ferraro et al., 2009). Ya con estas condiciones de desventaja acumulada, otro factor que se hizo evidente en la determinación de la participación laboral de estas mujeres fue la viudez; en el conocimiento científico se ha distinguido que la situación conyugal de las personas adultas mayores es una característica determinante que influye en la toma de decisión sobre su participación en el mercado laboral. En el caso de los hombres, si estos están unidos o casados, asumen su rol de jefe de hogar y son responsables de los ingresos; en cuanto a las mujeres, no tener pareja, “ya sea por viudez o separación, los ingresos que hubiesen provenido de su pareja están ausentes o son escasos” (Ramos, 2016, p.93), lo que les implica insertarse en el mercado de trabajo, lo cual es consistente con otras investigaciones en las que se ha observado que entre las mujeres que participan en la actividad laboral, los porcentajes de divorciadas o separadas e incluso solteras, siempre son más altos en comparación con las cifras que aparecen entre la población femenina que no trabaja (Nava et al., 2014). De esa manera, estar sin pareja (soltero, separado o viudo) aumenta la probabilidad de trabajar, la jefatura femenina se considera el determinante más importante sobre la probabilidad de trabajar entre las mujeres en todas las edades (Nava et al., 2014); no obstante, no se puede considerar únicamente cuando no se tiene una pareja, a partir de los datos analizados, se debe considerar la incapacidad de sus parejas para generar ingresos económicos, ya sea por condiciones de salud o por las restricciones laborales que ellos también experimentan como una situación que motiva la actividad laboral de estas mujeres.

Finalmente, otro de los motivos por los que las mujeres mayores en condición de pobreza siguen trabajando es la falta de transferencias monetarias, por parte de otros ac-

tores como la familia o el Estado. Huenchuan y Guzmán (2006) indicaron que las fuentes formales de ingresos más importantes en la vejez son las jubilaciones y pensiones, apoyo familiar y el trabajo. Respecto a las transferencias familiares, en el caso de las mujeres que participan en esta investigación, el apoyo económico de sus familias en algunos casos es restringido y para otras no existe, lo que se relaciona con la condición de pobreza en la que viven. Además, aunque pueda existir coresidencia, esto no implica necesariamente la existencia de apoyo económico hacia el adulto mayor (Montes de Oca, 2004). La falta de apoyo familiar se puede entender por la falta de lazos familiares horizontales cercanos, ya que estas mujeres migraron de sus lugares de origen durante el periodo de vida económicamente activo; además, en el caso de las mujeres que cohabitan con sus familias comparten la condición de pobreza. Solís (2016) indicó que la existencia de diferencias duraderas en el acceso a oportunidades genera que las personas permanezcan en las mismas posiciones, sean desaventajadas o privilegiadas, para luego heredarlas a sus descendientes. Además, Pelcastre et al. (2011) expresaron que:

cuando el adulto mayor es acogido en la casa de alguno de los hijos y su familia, únicamente le proporcionan techo y alimentación, pues el apoyo económico es limitado, de manera que siguen trabajando para cubrir otros gastos como medicamentos y servicios básicos (agua y luz), que resulta una forma de contribución al hogar por parte del adulto. (p.127)

En lo que respecta al apoyo del Estado a través de programas sociales, no todas las mujeres participantes podían concursar en la obtención de la pensión no contributiva por su edad y, quien cumplía con ese criterio, no logró obtener dicho apoyo por la falta de documentos oficiales que son requisitos para ser beneficiarios. Aunque Vázquez y Ramírez (2014) indicaron que, ante la precariedad de sus empleos y de la falta de seguridad social, las personas mayores dependen de campañas y programas sociales para la atención y el cuidado de su salud, así como de transferencias económicas. Se puede observar que los criterios de selección de dichos programas vuelve a excluir a ciertos sectores de la población mayor, sobre todo a los más vulnerables, quienes por su situación de pobreza no cuentan con sus documentos oficiales o no pueden realizar los trámites para obtenerlos; por ello, Reyes (2002) indicó que los programas de apoyo gubernamental deberían estar dirigidos principalmente a ancianas viudas, pues lamentablemente son las más desprotegidas y están más expuestas a sufrir todo tipo de abuso.

Conclusiones

Las condiciones de desigualdad social en la que estas mujeres fueron envejeciendo, las colocan hoy en día, durante su vejez, en una situación de mayor riesgo para la obtención de recursos económicos. Los bajos niveles educativos, el conocimiento técnico, los roles de género y expectativas culturales, las colocaron en un mercado de trabajo informal de manera inconstante, careciendo de esa manera de un trabajo de buena calidad a lo largo de su curso de vida que les proporcionara seguridad social, remuneraciones adecuadas y dignas, a la formación y la capacitación (Longo, 2009).

Además, la lógica del sistema de seguridad social mexicano ha sido discriminatorio pues, de acuerdo con Díaz-Tendero (2012), el primer sistema de inequidades en nuestro país surge de la distinción entre la población asegurada y la no asegurada, ya que únicamente los trabajadores formales tuvieron acceso a la seguridad social. A esta situación, se le suma el género como eje articulador de dicho sistema de inequidades, dado que para las mujeres el rol central durante el siglo pasado era el desempeño de la reproducción social, limitando su oportunidad de emplearse de forma remunerada y, quienes lo hicieron, obtenían sueldos más bajos y poco valorados (Huenchuan, 2004); esto se hace evidente, al reconocer que de cada tres hombres pensionistas, hay una mujer en esta situación (Díaz-Tendero, 2012).

Los casos que aquí se presentan, dan cuenta de una situación latente en gran parte de la población femenina envejecida en América Latina, quienes se encuentran viviendo la vejez con una serie de riesgos derivados de la pérdida y reducción de ingresos económicos. Esto evidencia, como lo dicen Zúñiga y Gómez (2002), que trabajar en la vejez, más que una situación de productividad expresa la precariedad de los empleos donde no se garantizan los mínimos de sobrevivencia para la vejez.

Por otra parte, ahora sus condiciones de salud y las restricciones del mercado laboral en el que pueden insertarse vuelven más complicada la obtención de un trabajo; es necesario reconocer que las actividades laborales a las que pueden aspirar se enmarcan en un contexto de pobreza y marginación. Además, es necesario profundizar sobre las características cualitativas del trabajo que realizan las mujeres mayores, ya que no se logró identificar otros textos que dieran cuenta de esto, pero que es necesario conocer, ya que trae implicaciones amplias para la construcción de políticas de atención laboral y de protección social a este sector de la población.

Es necesario poner atención a las condiciones del mercado de trabajo y seguridad social en México, para comenzar a modificar sus modelos y que las personas que hoy están en su etapa económicamente activa tengan acceso a la protección social con una asisten-

cia sanitaria de calidad y una jubilación asequible en un futuro (ILO, 2008) o estaremos enfrentando situaciones como las que viven las mujeres mayores que hoy participan en esta investigación.

A partir de todo ello, es necesario considerar la planificación de políticas sociales dirigidas a este sector específico de la población desde un enfoque de género, para que se reconozca la feminización del envejecimiento y la pobreza, las restricciones de trabajo e ingresos para las mujeres, así como las consideraciones burocráticas de los apoyos gubernamentales, que podrían estar excluyendo a las personas más vulnerables.

Agradecimientos

A todas las mujeres que me permitieron conocer su historia de vida.

Referencias

- Águila, E., Mejía, N., Pérez-Arce, F., & Rivera, A. (2013). Programas de pensiones no contributivas y su viabilidad financiera. el caso de México. *Working Paper*. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR900/WR999/RAND_WR999.pdf
- Aguirre, R., & Scavino, S. (2018). *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay* (1ª. ed.). Doble clic editoras. <https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Vejecesdelasmujeres.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *La inserción laboral de las personas mayores en América Latina*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/la-insercion-laboral-personas-mayores-america-latina>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Pobreza y personas mayores en México*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Personas_Mayores.aspx
- Coubés, M. L., Solís, P., & Zavala de Cosío, Ma. E. (Coord.). (2016). *Generaciones, cursos de vida y desigualdad en México*. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA); El Colegio de México; El Colegio de la Frontera Norte. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01547839/document>
- Díaz-Tendero, B. A. (2012). *La teoría de la economía política del envejecimiento. Un nuevo enfoque para la gerontología social en México*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Enríquez, R. (2012). La construcción social del cuidado en la vejez y pobreza urbana:

- reflexiones y desafíos. En M. I. Rodríguez, M. Ibarra, & F. J. Senties (Coord.), *Los rostros de la pobreza*. Tomo VI. Universidad Iberoamericana León. ITESO.
- Escobar, S. (2012). *Los adultos mayores en el mundo del trabajo urbano*. <http://www.helpagela.org/silo/files/los-adultos-mayores-en-el-mundo-del-trabajo-urbano.pdf>
- Ferraro, K. F., Shippee, T. P., & Schafer, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Pulney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 413–433). Springer.
- Ferraro, K. F., Schafer, M. H., & Wilkinson, L. R. (2016). Childhood Disadvantage and Health Problems in Middle and Later Life: Early Imprints on Physical Health? *American Sociological Review*, 81(1), 107–133. <https://doi.org/10.1177/0003122415619617>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative Research*. Routledge.
- Guber, R. (2015). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.
- Guzmán, J. M. (2002). El proceso de envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe. En Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe* (pp. 9-12). Naciones Unidas-Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población, Serie población y desarrollo, 28. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>
- Hatch, L. (1995). Gray clouds and silver linings: women's resources in later life. In J. Freeman (Ed.), *Women: a feminist perspective* (pp. 180-199). Mayfield Publishing Co.
- Hill, E. (2002). The Labor Force Participation of Older Women: Retired? Working? Both? *Monthly Labor Review*, 125(9), 39-48. <https://www.bls.gov/opub/mlr/2002/09/art4full.pdf>
- Huenchuan, S. (2004). *Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género* [conferencia]. I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población (Alap), Caxambú, Brasil.
- Huenchuan, S., & Guzmán, J. (2006). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas. *Notas de Población*, 83, 99-125. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12824>
- International Labour Organization. (2008). *Rights, jobs and social security: New visions for older women and men*. https://www.ilo.org/gender/Events/Campaign2008-2009/WCMS_098840/lang--en/index.htm
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Comunicado de prensa núm. 166/20*. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/trabajoNal.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Comunicado de prensa núm. 24/21*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global Aging: The challenge of success. *Population Bulletin*, 60(1), 3-40. <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-17744370089&origin=inward&txGid=bb514010d7076fc9204df51baf18b327>
- Longo, M. E. (2009). Género y trayectorias laborales. Un análisis del entramado permanente de exclusiones en el trabajo. *Trayectorias*, 11(28), 118-141. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60712751008>
- Martínez-Restrepo, S., Enríquez, E., Pertuz, M. C., & Alzate-Mesa, J. P. (2015). *El mercado laboral y las personas mayores*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/pm_mercado_laboral.pdf
- Millán-León, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(64), 93-121. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200005&lng=es&tlng=es
- Montes de Oca, V. (2004). Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar. En M. Ariza, & O. Oliveira (Coords.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montoya-Arce, B., & Montes-de-Oca-Vargas, H. (2009). Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México. *Papeles de población*, 15(59), 193-238. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252009000500006&lng=es&tlng=es
- Nava, I., Ham, R., & Ramírez, B. P. (2014). Seguridad económica y vejez en México. *Revista Latinoamericana De Población*, 10(19), 169-190. <https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i2.n19.8>
- Navarro, A. (2017). Vulnerabilidad, trabajo y salud en mujeres de la tercera edad en Ameca, Jalisco. *Región y sociedad*, 29(68), 5-36. <https://doi.org/10.22198/rys.2017.68.a223>
- Organización de las Naciones Unidas — Mujeres. (2015). *El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016*. ONU-Mujeres. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/poww-2015-2016-es.pdf?la=es&vs=0>

- Organización Internacional del Trabajo. (2005). *Economía Informal en las Américas: Situación Actual, Prioridades de Políticas y Buenas Prácticas*. Documento para discusión. Reunión de los Grupos de Trabajo de la XIII CIMT, Lima, Perú. http://white.lim.ilo.org/cimt/nn/documentos/economia_informal__resumen.pdf
- Partida, V. (1998). Los determinantes demográficos del envejecimiento de la población, *Nueva Época*, 4(17), 15-22.
- Pelcastre, B. E., Ruelas, M. G., & González, T. (2011). “Ta’ la cuenta hecha: la experiencia de envejecer en el contexto de la globalización en el México urbano empobrecido”. En L. Reyes, & S. Villasana (Eds.), *Gerontología social Estudios de Argentina, España y México* (pp. 123-134). Universidad Autónoma de Chiapas.
- Ramos, E. (2016). *Análisis de la participación laboral de los adultos mayores con base en un modelo logit*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232090/04_Ramos.pdf
- Rico, M. N. (2003). *Los sistemas de pensiones y sus deudas con la equidad de género entre las personas adultas mayores*. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, CEPAL, Santiago de Chile, Chile. https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/nieves_rico.pdf
- Reyes, L. (2002). *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*. Universidad Autónoma de Chiapas/Instituto de Estudios Indígenas/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sala, G. (2013). *Trayectorias laborales y familiares de los trabajadores porteños de la tercera edad*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s515-s521. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es&tlng=es
- Sánchez, A. (2012). *Estudio comparativo de la educación matemática entre algunas instituciones educativas en la ciudad de Puebla y en algunas instituciones rurales del estado de Puebla* (Tesis de pregrado). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. <https://www.fcfm.buap.mx/assets/docs/docencia/tesis/matematicas/AnabelSanchezPerez.pdf>
- Sánchez, C. D. (2000). *Gerontología Social*. Espacio.
- Solís, P. (2016). Estratificación social y movilidad de clase en México a principios del siglo XXI. En P. Solís, & M. Boado (Coords.), *Y sin embargo se mueve...: Estratificación social y movilidad intergeneracional de clase en América Latina*. El Colegio de México/Centro de Estudios Espinosa Yglesias.

- Sotelo-Suárez, N., Quiroz-Arcentáles, J., Mahecha, C., & López-Sánchez, P. (2007). Condiciones de salud y trabajo de las mujeres en la economía informal Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 14(supl.1), 32-42. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/43936>
- Vázquez, K., & Ramírez, M. (2014). Hacia una caracterización de los adultos mayores en situación de pobreza en la Zona Metropolitana de Guadalajara. En R. Enríquez, & M. Villareal (Eds.), *Los retos de la política pública ante el envejecimiento en México*. INDESOL, CIESAS, ITESO.
- Zúñiga, E., & Gómez, C. (2002). Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México. *La situación demográfica de México*. CONAPO. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2312/19.pdf>

Capítulo 2

La actividad de las personas adultas mayores en el programa “empacadores voluntarios” en Guadalajara, Jalisco, 2020¹

Maricruz Remigio Figueroa y Teresa Margarita Torres López

Actualmente, la población adulta mayor con un estado funcional físico, cognitivo y psicológico, con la necesidad económica o de participación social, ha generado en este grupo etario la búsqueda de mantenerse o introducirse en el campo laboral; esto conlleva a generar programas de inserción laboral que se adecuen a las características y necesidades de dicha población.

La empleabilidad en la tercera edad genera la necesidad de estudiarla desde la perspectiva de los actores, es decir, de las personas adultas mayores incorporadas en el campo laboral; desde un enfoque cualitativo para una reconfiguración en el mercado laboral, que permita el desarrollo pleno del individuo en condiciones laborales dignas en su vida cotidiana, más allá de aspectos solamente económicos, sino de manera integral.

En México, existe el programa de “empacadores voluntarios”, coordinado por el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM); sin embargo, es ambiguo el conocimiento que se tiene acerca de la perspectiva de los participantes de dicho programa y la existencia de investigación dentro de este, en relación con la actividad laboral a desarrollar en los diferentes contextos de mercado laboral donde existe el convenio entre dicha institución y las empresas.

¹ Este capítulo se deriva de la tesis “La actividad de las personas adultas mayores en el programa ‘empacadores voluntarios’ en Guadalajara, Jalisco 2020” que permitió identificar los aciertos, las propuestas y los déficits por atender desde la perspectiva de los actores principales emergidos en el fenómeno.

Comenzó como un programa de inserción laboral y, en la actualidad, se define como una actividad de voluntariado, donde las personas adultas mayores participan y donde tienen que cumplir con el reglamento que cada una de las tiendas comerciales creen conveniente; sin embargo, ni el INAPAM ni la tienda comercial tienen responsabilidad civil o institucional con la persona adulta mayor que desarrolla esta actividad.

La presente investigación busca trazar las directrices de seguir con la investigación cualitativa respecto al tema de las personas adultas mayores que participan en el programa de “empacadores voluntarios” de INAPAM, con convicción de que coadyuve a la generación de propuestas en materia de salud y políticas públicas respecto a la ocupación laboral de las personas adultas mayores en México. Todo ello, con el objetivo de redefinir los puntos coyunturales en las actividades de participación laboral que se están brindando a este grupo poblacional.

Metodología

Se realizó un estudio metodológico cualitativo, con diseño de estudio de teoría fundamentada, en la zona centro de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, en el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2020.

Las entrevistas en un inicio de la investigación se realizaron de manera presencial, en el domicilio de los participantes, sin embargo, las condiciones del trabajo de campo se vieron modificadas a la mitad del proceso, derivado de la pandemia de SARS-CoV-2, por lo cual se optó por las entrevistas telefónicas, con la finalidad de respetar las medidas de distanciamiento social establecidas por instituciones nacionales e internacionales de salud.

Participantes

Seis personas adultas mayores (tres mujeres y tres hombres) insertos en el programa “empacadores voluntarios”, con una antigüedad no menor de seis meses, que se encontraran en una tienda comercial como empacador voluntario hasta la fecha de marzo del año 2020 cuando fueron retirados de su actividad por la pandemia.

Tipo de muestreo

Método de muestreo teórico por conveniencia (Rodríguez et al., 1999).

Técnicas de recolección de datos

Entrevista no estructurada en profundidad, memorandos descriptivos y material fotográfico (Sadín, 2013).

Plan de análisis de datos

El análisis de los datos cualitativos genera categorías para llegar a formular la teoría (Katayama, 2014). “Partiendo de los datos, el proceso de codificación lleva al desarrollo de teorías por medio de un proceso de abstracción. Se asignan conceptos o códigos al material empírico” (Flick, 2007, p.193). Se utilizó el programa de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti 9, así como sábanas analíticas realizadas manualmente por la autora, esto con la finalidad de no dejar libres datos por posible sesgo del software. Para realizar el análisis de los datos obtenidos, se transcribió en su totalidad cada una de las entrevistas y notas de campo descriptivas, para después continuar con los siguientes pasos (Charmaz, 1990):

1. Sistematizar los datos (codificación): revisando todo el material que se recolectó, para después proseguir a ordenar temáticamente la información.
2. Reducción de datos (codificación axial): categorizar y codificar, registrando dicha edición en un diagrama.
3. Establecer unidades de análisis (categorización): estas son líneas, frases, párrafos o textos completos de los datos recolectados.
4. Desarrollo de la conceptualización: estableciendo los hallazgos puntuales, la relación entre estos, nombrando los patrones e identificar uno o varios constructos que corresponden a estos últimos.

Resultados

Después del exhaustivo análisis de las entrevistas y las notas de campo, se hallaron cuatro categorías centrales y 20 códigos respecto al tema del núcleo central denominado *actividad del empacador voluntario* (Figura 1), que se describen a continuación.

Cada uno de los códigos refleja la perspectiva que tienen las personas adultas mayores, respecto a la actividad de empacador voluntario, del programa llamado “empacadores voluntarios” del INAPAM, por lo cual se ve reflejada la variedad de percepciones y los puntos en común que comparten respecto a las categorías centrales de calidad de vida, funcionamiento del programa “empacadores voluntarios”, propuestas de mejora y problemáticas; esto, en consecuencia, principalmente del escenario donde se desarrolla la actividad, el nivel educativo y las oportunidades ofrecidas por la empresa donde se encuentran realizando la actividad, además del conocimiento sobre el programa y su proceso de ingreso en este.

La actividad del empacador voluntario plasma claro-oscuros, consecuencia de lagunas de conceptos legales claros en la interpretación de las personas adultas mayores respecto al tema.

El tiempo que llevan los participantes como empacadores voluntarios oscila entre dos y cuatro años, el nivel educativo es desde educación básica hasta educación media superior o técnica. El más joven tiene 62 años y el más grande 72 años. De los seis participantes, dos trabajan en cada tienda comercial: Soriana, Walmart y Fresko; cada una de estas tiendas cumplen con características muy específicas en su manejo y esto permite plasmar un conocimiento más heterogéneo y general de la percepción de la actividad del empacador voluntario.

Figura 1
La actividad del empacador voluntario en Guadalajara, Jalisco 2020

Calidad de vida

La calidad de vida en relación con la actividad de empacador voluntario se relaciona desde el bienestar espiritual, físico, social, emocional e intelectual. El bienestar social es el área principal que satisface o ayuda a mejorar la calidad de vida del empacador voluntario, esto desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Otro de ellos, es el bienestar ocupacional y el bienestar físico.

Bienestar espiritual

El bienestar espiritual lo observan desde la oportunidad de poder seleccionar el día de descanso para dedicarlo a actividades de la religión que practican, como es el caso de VIC, quien considera su práctica religiosa como su trabajo formal y que la actividad de empacador voluntario le permite realizar; por lo tanto, esto contribuye a su bienestar espiritual. Al respecto, VIC menciona lo siguiente: *“yo tengo un día espacialmente que es el jueves, que la compañía Fresko me dio como día de descanso... yo soy evangelista, ese día salgo y predico el evangelio, ese es mi trabajo”*.

Bienestar físico

La actividad de empacador voluntario permite una percepción de bienestar en la percepción de la salud de las personas adultas mayores, como es el caso de JMN: *“Pues fíjate que yo me siento a gusto... si siento algo que me duele ya estando ahí, creo que hasta se me olvida... digo y estando en la casa estoy pensando a ver qué hago (se ríe)”*, representando la actividad un motivo para estar activo como lo expresa VIC: *“pero pues no estar acostado, no más tirado en la cama sin hacer nada, pues como no tiene lógica, para mí no...tengo 62 años y no me siento un viejito para estar tirado en la cama”*.

Bienestar social

El bienestar social es un área de la calidad de vida que más se vincula con la actividad del empacador voluntario, desde la perspectiva de las personas adultas mayores, ya que les ofrece un ingreso aparte de su pensión, la cual no es suficiente para subsistir. Al respecto, JMN comentó: *“Y mi seguro y me pensión...poquita, pero pus, del IMSS... Pues porque no nos alcanzaba se enfermó mi esposo y tiene que, él tiene apnea del sueño. Entonces, por eso inicié a trabajar”*.

Bienestar intelectual

La actividad como empacador voluntario no genera un nuevo conocimiento o el desarrollo de nuevas habilidades o competencias, simplemente permite la aplicación de conocimientos ya adquiridos antes, que son aplicables a la actividad de empacador voluntario como es al caso de JMN:

Desde el primer día que fui yo, ya llevaba un botecito de esos de medicamentos, con esponjita mojada, eh para que no se me complicara para la bolsa, y me decían ¿usted ya había trabajado antes?, y yo no, es que yo me fijaba y como a mí no me gusta que me revuelvan detergentes con comida, pues yo lo mismo hacía, separarles, no es porque ya estaba en otra tienda, pero no es porque yo, porque me decían que no me equivocaba, que yo ya había trabajado, ¡no!, es la primera vez.

Funcionamiento del programa “empacador voluntario”

El funcionamiento del programa de “empacador voluntario” del INAPAM es variable y poco definido, porque no existe un proceso de implementación definido y puesto en práctica; por ello, cada uno de los voluntarios son partícipes de diferentes experiencias, dependiendo de su grado de estudios y la cadena comercial en donde se encuentren.

Instituto Nacional de Personas adultas mayores (INAPAM)

Cuando las personas adultas mayores tienen que definir en su discurso cómo INAPAM los vinculó a la actividad de empacador voluntario, suelen ser comentarios muy ambiguos en los que refleja que la institución no se ve involucrada como lo que se esperaría, tal como lo indicó JMN:

INAPAM, lo único que hace es que te pone a escribir algo, tú lo haces y ya estas apto para trabajar... yo creo que lo de las preguntas y con lo que contestas, en eso se basarán ellos. No recuerdo qué tipo de preguntas hacen, pero te ponen a hacer varias preguntas... ahí que contestes tú, y según lo que contestes tú es lo que... son cuatro horas que trabajamos, y se me hace bien cuatro horas, entonces, no deberíamos más que empacar e irnos a sentar, nada más, eso me dijo el INAPAM, empacar e irte a sentar nada más, esperar tu turno y ya.

Pareciendo así, que el trámite con la institución solo es el llenado de documentos para bases de datos.

Tienda comercial

El programa de empacador voluntario tiene un funcionamiento muy variado según la tienda, por lo que las normas y tareas a realizar de las personas adultas mayores son muy variables. En el caso de JMN:

Y a empacar, llegas y te dicen tienes que vestir pantalón negro o azul marino, zapato negro, camisa blanca y lo único que te dan es un mandil. El mandil que me dieron ya tiene 5 años (se ríe), ya hice otro... no me daban otro, entonces tuve que hacer otro... Tiene como horas, como tres años que nos pasaron una en la pantalla cómo se debe empacar, pero desde hace como tres años, llamaron a junta y nos pasaron en la pantalla, todo cómo se debe de empacar (se ríe).

Actividad del empacador

Cada uno de los participantes describe las tareas que realiza como empacador voluntario, las cuales son variables, pero principalmente se concentran en tener que empacar los productos y coordinar en algún momento a sus compañeros en la jornada de la actividad.

Para VIC, lo principal en la actividad de empacador voluntario es la atención al cliente:

El servicio al cliente... es algo que muchas de las personas de aquí de Guadalajara, que trabajan como paqueteros que he visto como meseros o de lo que sea... si tu recibes bien al cliente no vas a recibir un mal trato, si bien no te dan nada, por lo menos te dan una sonrisa, no se necesita nada.

Además, VIC indicó que la organización se genera de la siguiente manera:

Nos dan 15 minutos en una caja y luego sale y así nos vamos rotando... como es la primera vez que trabajo como paquetero, es la primera vez que aprendo esto...yo llevé el rol de cómo rolarlos a ellos... y cuando les queda un minuto y es una cuenta grande, les digo dale permiso a la otra persona... llevamos el rol una semana cada uno...

Ingreso a la tienda comercial

El proceso de ingreso a la tienda es variado, algunos acudieron directamente a la tienda comercial, otros a INAPAM y otros más al DIF; sin embargo, el proceso no es sencillo ni su ingreso resulta rápido.

No todas las personas adultas mayores acuden directamente a la tienda para saber si hay un espacio para ellos, hacen el proceso directamente con INAPAM y esperan la respuesta de su asignación, llevando un proceso más administrativo, pero más lento. Al respecto VIC, comentó:

Se toma su tiempo... la decisión no es de uno, ellos te mandan y te dicen así y así, el proceso que se hace depende de los empleadores y el gobierno te manda y así que lo que te dicen tienes que hacer... ellos nos mandan a las tiendas.

Voluntariado

La palabra voluntariado es mencionada por cada uno de los participantes y lo definen con exactitud; sin embargo, dentro del discurso, hay una presencia fuerte de la palabra trabajo, porque para ellos es eso, un trabajo que la institución y la empresa les ha dejado claro que es voluntariado.

JMN está consiente de que su actividad es un voluntariado, sin embargo, le genera conflicto que la tienda le exija como si fuera empleada de esta y recibiera un sueldo fijo:

Ehhh... ahora que me preguntan clientes ¿Y cuánto les pagan aquí y tienen prestaciones? No, nada tenemos, somos empacadores voluntarios, lo que ustedes, el cliente, nos den es nuestro pago, así que los únicos patrones son ustedes. Pero pues no, allá nos exigen mucho los de la tienda.

Trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un elemento esencial en el desarrollo de la actividad como empacador voluntario, ya que de él depende la organización en la jornada de trabajo para que no exista un descontrol en las cajas de la tienda comercial. Así lo externaron:

Tememos una libreta y ahí nos anotamos, son 10 bolsas las que tomamos, son 10 bolsas, se te terminan las 10 bolsas y sales, y entra el que sigue, y pues llegas y te vuelves a anotar y así vas siguiendo. (JMN)

Un compañero de nosotros cuenta los 15 minutos que estamos en la caja y cuando debemos hacer el cambio... y esa persona nos coordina, ya si ese coordinador es muy legal y si se quiere meter 2 o 3 veces se puede meter, porque es quien nos está coordinando... Yo les apoyo a mis compañeros cuando se les juntan las cosas y la propina es de mi compañero que tenía el turno. (JOB)

Problemáticas

Unas de las principales problemáticas es la violencia laboral, el incumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores y el vacío institucional.

Violencia laboral

En algunas ocasiones, la violencia es generada por el personal de cajas de la tienda comercial hacia las personas adultas mayores que se encuentran como empacadores voluntarios.

Como que ahora ya se está dando cuenta más la gente, los cajeros que tratan de atacar y hay algunos... como yo compro chicles, y les llevo un chicle a los cajeros o una galletita o así... porque si no, no más no están poniendo en mal, no más agarran alguna persona que no los estén dando así cositas, porque luego te agarran a decirte que estás empacando mal, que estás esto, quedan en mal con la jefa de cajas. (JMN)

Ausencia de identidad laboral

Cuando las personas adultas mayores desarrollan la actividad de voluntariado, no tienen un referente de ser parte de la tienda comercial, por lo cual sienten que tiene un trabajo, pero es voluntariado y, aunque realicen actividades dentro del establecimiento, la tienda no es responsable de ellos. Esto ocurre porque legalmente las cadenas comerciales que participan en dicho programa emplean la palabra *voluntario* para no tener un compromiso con las personas adultas mayores. Al respecto, CAR indicó: “*pero no, aquí no, por eso se le llama voluntario, ellos utilizan la palabra voluntario, te están haciendo el ‘favor’ de tenerte como chicharo como quien dice... te están haciendo un favor*”. Las cadenas comerciales participan en el programa para cumplir con sus acciones de responsabilidad social.

Incumplimiento de derechos de las personas adultas mayores

En el desempeño como empacador voluntario, se está expuesto a eventos y agresiones del personal de las tiendas comerciales y cuestiones que vulneran sus derechos humanos.

Pues yo digo, que le tengan ya un respeto más a uno... Es más, te hacen ¡Oiga, tráigase eso!, ¡Oiga tráigase acá! a veces ni por favor, no, no, como que lo ven a uno muy... es lo que no se me hace bien pues. Pero pues, lo hace uno. Pero digo, yo si tuvieran ellos más respeto con uno estaría mejor. "Oiga si me hace el favor de traerme eso". (JMN)

Y no solo ven violentados sus derechos en el ejercicio de su voluntariado, sino que existe una discriminación en México por edad, que impide tener oportunidades de empleo u opciones de obtener un ingreso económico.

El hecho de tener más de 60 años yo he visto una discriminación aquí en México global... que o trabajas de eso o a veces hasta de afanadora, no hay por donde más, no hay por donde más, no tienes oportunidad de nada más... (CAR)

Vacío institucional

El INAPAM no representa una institución de referencia para los empadres voluntarios, ya que lo definen como el lugar gubernamental donde les dan su carta para poder ser empacadores voluntarios, pero nada más; es la única responsabilidad que, desde su perspectiva, tiene la institución con ellos y, en algunos casos, desconocen hasta el nombre de la institución donde les dieron su carta para ingresar a la tienda comercial.

Pues mira que te diré ahí no hay seguro, no hay nada, no hay ninguna responsabilidad de por ejemplo de Soriana... Nadie es responsable de nosotros, ni la empresa, ni la institución gubernamental. (CAR)

Propuestas de mejora

Ante las deficiencias que se presentan en el programa empacadores voluntarios, las personas adultas mayores que participan en él tienen sugerencia que podrían brindarles mejores condiciones en su actividad de voluntariado.

Regulación

La regulación de las normas, tanto para los empacadores como para las tiendas comerciales, que genere homogeneidad en el desarrollo correcto de la actividad es una propuesta que tienen las personas adultas mayores. Al respecto, a VIC le gustaría que cuando asistes

al INAPAM, especifiquen adecuadamente y de manera clara cuál es el reglamento para los empacadores voluntarios y qué responsabilidades tienen:

Obviamente cuando tú vas al INAPAM, ellos te dicen así y así, pero si tú no tienes mentalidad abierta... si usted va a ir voluntariamente capacitarle en ese sentido y en lo que debe y no debe hacer, para ir preparado dar una capacitación...

Opciones de contratación

El hecho de que no se cuente con oportunidades para encontrar un trabajo en la tercera edad y, además, no exista un compromiso mínimo de la empresa donde están como voluntarios, para las personas adultas mayores representa un riesgo y una situación de vulnerabilidad.

Hace realmente un año que caí en la realidad que era por la edad, más que nada y que ya tenemos las puertas cerradas, lo que no pasa en Europa... y aquí ya sabes cómo somos... a partir de los 55, yo creo por la falta de conocimiento en la tecnología... nadie acepta a gente mayor. (CAR)

Oportunidad de empleo

Una sugerencia sobre este tipo de programas es en referencia a que ser empacador voluntario no sea la única opción que se tenga al llegar a la tercera edad, que hubiera la posibilidad de poder elegir de entre varias opciones, de acuerdo con el perfil de cada persona.

Tener las posibilidades para ya estar uno en su casa o estar en un trabajo, pero más tranquilo, que no te estresara tanto que no estés “ay que me van a decir” o que esto eda; si trabajara uno, pero más tranquilo, es lo que necesita uno más tranquilidad. (JMN)

Visibilizar la actividad

La actividad de empacador voluntario se compone de más matices que solo empacar productos, por lo cual las personas adultas mayores insertas en este programa mencionan:

Pues yo lo único que diría que no nos exigieran tanto eda, es lo único, que estuvieran viendo la realidad de cómo esta uno y no le exigieran a uno tanto,

para eso está el supervisor de cajas, que estuviera al pendiente de ella, y no como vulgarmente dijera limpiarse en uno de ella, sus fallas ellos, quieren echárselas a uno... Un tiempo en que se enfermaron y solo había dos empacadores, la subgerenta se puso a empacar, no, no pudo empacar, pues es que tiene, parece sencillo, pero si tiene su chiste... (JMN)

Discusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la calidad de vida en las personas adultas mayores se compone de la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad, que son aspectos sociales y económicos determinantes para satisfacer necesidades y lograr una calidad de vida. Esto se vincula de manera directa con los resultados presentados, donde se observa que los empacadores voluntarios vinculan el programa de “empacadores voluntarios” a su bienestar social, haciendo énfasis en los ingresos económicos a los que tiene acceso para satisfacer sus necesidades básicas. Y, si bien, lo socioeconómico no es la médula de la calidad de vida, sí es fundamental para el desarrollo humano.

Independientemente de los ingresos económicos y el bienestar social que estos permiten, las personas adultas mayores también vinculan la actividad al bienestar ocupacional, en el cual el significado y sentido de las tareas productivas que se realizan son elementos que contribuyen al bienestar subjetivo (Francke, 2016) y, en el caso del voluntariado, este es visto como una estrategia de inclusión social (Fassio, 2010) y, en este caso, es parte de la percepción de los participantes respecto al bienestar emocional.

En el manual de procedimientos del servicio de vinculación productiva del INAPAM (2018), se menciona que el objetivo del programa empacador voluntario es brindar una actividad voluntaria para las personas adultas mayores, que les permita generar ingresos propios acorde a su disponibilidad funcional y horaria; esto coincide con lo mencionado por las personas adultas mayores entrevistadas en este estudio, quienes comprenden su rol como voluntarios y no como trabajadores de las cadenas comerciales; sin embargo, de acuerdo con la teoría de la actividad, cuando se aborda una actividad social o bien laboral se debe buscar que esta cumpla con algún tipo de remuneración y, en el contexto social donde nos desarrollamos primero, debe ser de tipo económica, ya que en la sociedad en la que nos encontramos inmersos, una primera necesidad es el ingreso económico y la sociedad valora el trabajo pagado, no siendo así el gratuito (Mishara & Riedel, 1995), pero cuando hablamos de voluntario, no siempre se ve acompañado de un ingreso económico,

esto debido a que no representa una actividad laboral formal, por lo cual sería importante redefinir entre actividad laboral y actividad de voluntariado.

Finalmente, cada uno de los participantes al preguntarles por su actividad, mencionaron que es una oportunidad de trabajo; no es percibida como una acción de voluntariado, para ellos en su vida cotidiana es el referente de un trabajo, donde pueden participar para lograr conseguir un ingreso económico, porque para aquellos que tienen pensión, no les es suficiente para satisfacer sus necesidades básicas, así como para aquellos que no cuentan con una pensión o ingreso económico fijo representa la oportunidad para subsistir.

En el formato de actividades del empacador voluntario del manual de vinculación laboral del INAPAM se estipula que:

- No deberá realizar actividades en otras áreas de la tienda que no sea la correspondiente a las de empacador voluntario.
- Bajo ningún motivo o circunstancia deberá haber adultos mayores coordinando a sus compañeros.
- En caso de que se rompa algún producto o exista un problema con un cliente de la tienda, relacionado con la falta de algún artículo, se deslindarán responsabilidades y si los empacadores voluntarios no tienen la obligación de pagarlo, la tienda absorberá el reembolso o cambio del mismo. (INAPAM, 2018, p.54)

Sin embargo, en la práctica diaria, ocurre todo lo contrario en las actividades que realiza el empacador voluntario.

No existe una reglamentación o seguimiento por parte de INAPAM, para proteger y hacer valer los derechos de los empacadores voluntarios; tampoco la empresa de la cadena comercial es responsable de los empacadores voluntarios, ya que no son parte de personal, pero estos deben cumplir con reglas y horarios establecidos por las empresas.

El INAPAM conviene que exista el Departamento de Gestión y Seguimiento, sin embargo, cuando se han presentado conflictos, los empacadores voluntarios no tienen a dónde acudir y otros más desconocen la existencia de dicho departamento. Lo que ha generado la problemática de vacío institucional, dejando a la deriva a las personas adultas mayores, colocándolas en un contexto de vulnerabilidad, donde sus derechos humanos y derechos como personas adultas mayores se ven ultrajados.

La ausencia de identidad laboral es derivada de una falta de compromiso de la empresa con la persona adulta mayor, ya que el INAPAM (2018) define al empacador voluntario como aquel que debe generar sus propios ingresos económicos y la empresa no tiene

ninguna responsabilidad de brindar un sueldo. Esto rompe el romanticismo que se ha generado en la sociedad, respecto a que la actividad de empacadores voluntarios es una oportunidad para las personas adultas mayores del país y la solución a la vulnerabilidad económica de este grupo etario.

Lo anteriormente explicado nos lleva a la revisión de las propuestas de mejora que expresan las personas adultas mayores para el programa de empacadores voluntarios, entre ellas la regulación; pero más que una regulación, es la aplicación de las normas ya escritas en los documentos oficiales de la institución.

La petición de opciones de contratación y oportunidades de empleo son el reflejo de lo que menciona la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018), que hacia el final del ciclo de vida las personas, estas comienzan a tener dificultades para contar con ingresos laborales, en la medida que no acceden a empleos bien remunerados o son excluidos del mercado de trabajo, a excepción de algunos colectivos menores como los profesionales altamente calificados. Y que la llegada de la jubilación, para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa, se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud, lo social, lo psicológico (Alvarado & Salazar, 2014).

Con ello, habría que revisar las condiciones económicas y de empleo que ofrece el país, para cada una de las cohortes generacionales, y la solución al problema de tener que seguir trabajando en la vejez, porque el dinero no alcanza, más allá de que sea por un gusto o placer el seguir activos en el mercado laboral. Finalmente, nadie tiene la estimación precisa de cuántos años vivirá, pero se tiene claro que el trabajo no es una actividad placentera o de ocio, es de cumplimiento, es la opción de obtener un ingreso económico para subsistir, solo subsistir, no viajar por el mundo o adquirir bienes y servicios fuera de los de necesidad básica.

Izquierdo y López (2013), en su estudio titulado “El rol de las actitudes en la inserción laboral de los desempleados mayores de 45 años”, mencionan que algunos de los determinantes para la contratación de las personas mayores es la experiencia laboral y el alto nivel académico. No obstante, en el presente estudio se observa a participantes con experiencias laborales extensas y formación académica alta y, en algunos casos, con habilidades en el manejo de más de un idioma, sin embargo, sus intentos por ser contratados han fracasado y solo se les brinda la oportunidad de ser empacadores voluntarios. Así, estos dos factores mencionados por Izquierdo y López (2013), no son aplicables en la realidad de las políticas públicas de México y sus programas.

Conclusión

A través de esta investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

- En el grupo de participantes, tanto los hombres como las mujeres que participan como empacadores voluntarios perciben que la actividad como empacadores voluntarios les permite mejorar aspectos de su vida como: bienestar espiritual, físico, social, emocional intelectual y ocupacional.
- Una de las principales razones para ingresar al programa de empacadores voluntarios es la búsqueda de ingresos económicos para sustentar el gasto de alimentación.
- La actividad de empacador voluntario no es percibida por los participantes como un trabajo formal.
- Las personas adultas mayores describen al programa como una oportunidad para obtener un ingreso económico y a una actividad laboral, lo cual resulta todo un reto conseguir en la tercera edad.

Este tipo de estudios permite analizar el fenómeno más allá del trabajo de escritorio del desarrollo de programas y su aplicación, permitiendo conocer cómo se desarrollan las personas adultas mayores en una tienda comercial, en una actividad que es considerada en su vida cotidiana como un trabajo; sin embargo, las condiciones de esta les recuerda y hace conscientes de que es una actividad de voluntariado, ya que legalmente no cumple con las características para ser un trabajo formal.

Propuestas

Es importante no solo visualizar la organización para realizar la actividad, sino también la organización para hacer cumplir sus derechos y mejorar las condiciones del lugar y de oportunidades en donde desarrollan su actividad. Por tanto, es importante gestionar el acceso al conocimiento de sus derechos humanos.

Se recomienda continuar explorando este campo de investigación, ya que existen diversos factores que participan en el fenómeno de la inserción de las personas adultas mayores al programa de empacadores voluntarios, además de la presencia de lagunas de conocimiento legal respecto a las condiciones laborales de este grupo etario.

La percepción de los empacadores voluntarios puede ser influenciada por las condiciones del establecimiento donde es empacador, la causa de su inserción en el programa, y la organización de la cadena comercial.

En medida de que sea posible el acceso a los recursos económicos y materiales es importante el generar intervenciones gerontológicas para este grupo poblacional y, también, generar también un estudio sobre la situación y proceso de las personas adultas mayores que han tenido que abandonar la actividad por causa de la pandemia de SARS-CoV-2.

Es importante redefinir las responsabilidades del departamento de vinculación laboral del INAPAM y las cadenas comerciales con las personas adultas mayores que participan en el programa “empacadores voluntarios”, esto con el fin de regular el programa más allá del escritorio, es decir, en la práctica y las necesidades reales de los involucrados.

También, es importante considerar el desarrollo de unidades de aprendizaje que aborden los aspectos legales y de economía en el área del cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores.

La principal limitante en la realización de este estudio fue las condiciones derivadas de la pandemia SARS-CoV-2, para lograr realizar el trabajo de campo, ya que esto representaba un reto para la localización de los participantes y la realización de las entrevistas, ya que los participantes son población en riesgo y fueron retirados de las cadenas comerciales donde eran empacadores voluntarios, con fecha indefinida para regresar.

Referencias

- Alvarado, A. M., & Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto envejecimiento. *Revista Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Charmaz, K. (1990). Discovering chronic illness: using grounded theory. *Revista Social Science and medicine*, 30(11), 1161-1172.
- Fassio, A. (2010). Exclusión, edad y género. Trabajo voluntario como una estrategia de inclusión social de mujeres adultas mayores. *Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnología*, 3(9), 34-43.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Francke, M. L. (2016). *El significado del trabajo y el bienestar subjetivo en la vejez el caso de los empacadores voluntarios mayores* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018). *Manual de procedimientos del servicio de vinculación productiva*. Secretaría de Desarrollo Social. <http://www.sedesol.gob.mx/work/models/INAPAM/Normateca/NormIntSus/ManualVinculacionProductiva.pdf>

- Izquierdo, T., & López, O. (2013). El rol de las actitudes en la inserción laboral de los desempleados mayores de 45 años. *Universitas Psychologica*, 12(3), 911-922.
- Katayama, R. J. (2014). *Introducción a la investigación cualitativa*. Fondo Editorial.
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (1995). *El proceso de envejecimiento*. Morata.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud*. <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
- Organización Internacional del Trabajo. (2018). Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe. *Panorama temático laboral*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_633654.pdf
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe.
- Sandín, M, P. (2013). *Investigación cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones*. McGraw-Hill.

Capítulo 3

Análisis reflexivo sobre la cultura de prevención en salud sexual de jóvenes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar

Dulce María Galarza Tejada y Carolina Limón Sánchez

En este capítulo se presenta un análisis reflexivo sobre la comprensión de la cultura preventiva en materia de salud sexual de jóvenes diagnosticados con *trastorno afectivo bipolar* tipo I (TAB). Para ello, se empleó un estudio cualitativo con diseño fenomenológico del construccionismo social de la realidad; participaron 11 informantes con el diagnóstico, ocho cuidadores y nueve profesionales de la salud. Se utilizaron, como estrategias de recolección de datos, entrevistas en profundidad, semiestructuradas y grupos focales. Se incorporó en el análisis los supuestos metodológicos de la teoría fundamentada de Charmaz (2006). Entre los resultados se aprecia la vulnerabilidad frente a riesgos relacionados con la salud sexual, se manifiesta una dificultad por acceder a un proceso de atención a su salud integral que reconozca el importante papel que tiene la salud sexual en sus vidas y en su propia estabilidad mental, que provea la información y apoyo socioemocional necesario para afrontar los desafíos sociales que demarcan su contexto socioeconómico y las normativas de género. Además, el estudio visibiliza la necesidad de mirar a la población de jóvenes que viven en condición de pobreza, en particular, por la mayor posibilidad de padecer abuso o intercambio sexual por condiciones económicas.

Las personas con TAB, particularmente con el tipo I, al igual que muchas otras personas que padecen trastornos mentales severos, sufren las consecuencias de la *vulnera-*

*bilidad*¹ junto a sus familias y redes de apoyo; principalmente como producto del estigma social, del abuso y la exclusión, que es provocado por los entornos sociales. Esta condición de vulnerabilidad genera pobreza, enfermedad y muerte prematura, ya que es una población invisible para el Estado, lo que merma la posibilidad de su participación social y desarrollo de sus comunidades.

Es importante plantear que el TAB tipo I es el trastorno afectivo más severo de los *trastornos del espectro bipolar* (TEB) que padece alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019); estudios de prevalencia realizados en diferentes países reportan que el 1% padece TAB tipo I y se estima hasta un 2.4% de la población que es afectada por algún TEB a lo largo de su vida (Carvalho et al., 2020). Estos trastornos se caracterizan por cambios drásticos en el estado de ánimo, el pensamiento, el comportamiento y la energía. Se sabe muy bien que los factores psicosociales tienen un impacto significativo en la variabilidad, en la evolución y curso de los síntomas afectivos (Morrison, 2015). Por ejemplo, hoy en día que se padece la pandemia por COVID-19 se ha reportado que las medidas de aislamiento social, dificultades económicas, entre otras condiciones sociales adversas, pueden ser un desencadenante de un curso de enfermedad más grave e inestable (Stefana et al., 2020), sin embargo, el énfasis de atención de esta población sigue siendo médico farmacológica y se descuidan otros aspectos psicosociales.

En lo que refiere a la salud sexual, algunos estudios han señalado disfunciones sexuales que disminuyen conforme mejora la estabilidad emocional, aunque suelen persistir en el tiempo y pocos médicos los reconocen (Grover et al., 2014).

Respecto a la salud reproductiva, estudios recientes señalan que, del grupo de personas con TAB que tenían una vida sexual activa, solo el 48.8% de las mujeres solteras admitieron usar anticonceptivos y un poco más de la mitad de los hombres afirmaron que usaban condón al tener relaciones sexuales. En general, de los pacientes con esquizofrenia y TAB, una cuarta parte de los embarazos no fueron planificados y la mayoría de los pacientes manifestaron que nunca habían recibido información sobre planificación familiar en las consultas con su psiquiatra (Correa et al., 2020).

1 El concepto Vulnerabilidad se entiende como la susceptibilidad a ser lesionado; es resultado de la interacción entre los recursos disponibles de las personas y comunidades, y los desafíos que enfrentan en sus vidas. La vulnerabilidad resulta de la interacción compleja de factores que se presentan en la vida, como el desarrollo de problemas, incapacidades personales, estatus social desfavorecido, insuficiencia de redes interpersonales y de apoyo, y de la degradación de barrios y entornos (Mechanic & Tanner, 2007).

Esa carencia en la información sexual y reproductiva es una constante en México, la mayoría de las personas con algún trastorno mental grave carecen del acceso a servicios de salud física y mental, particularmente en atención ambulatoria (Díaz-Castro et al., 2020). Además, el acceso a información de forma autónoma se ve mermada por la exclusión en espacios para el desarrollo de sus capacidades educativas y barreras en las oportunidades de empleo (Villegas et al., 2021).

La OMS (2013) enfatizó en la necesidad de implementar y desarrollar estrategias que mejoren la atención a la salud mental, que detenga el espiral descendente y cada vez mayor hacia la vulnerabilidad y marginación de estas personas. De esta manera, recomienda disminuir el padecimiento social e incrementar significativamente la participación de estas personas en el desarrollo de sus sociedades; por ejemplo, orientando políticas, estrategias e intervenciones para llegar a las personas que viven en los sectores más desfavorecidos. Kleinman (2009) explicó que cualquier cambio efectivo en la salud mental mundial deberá considerar el espacio cultural en que las experiencias de estas personas encuentran su sentido.

Con base en la evidencia reportada, realizamos un estudio cuya originalidad estriba en profundizar en la cultura preventiva de jóvenes que padecen TAB, hombres y mujeres que por medio de narrativas e intertextos nos muestran los desafíos y recursos para afrontar situaciones relacionadas a su salud sexual. Asimismo, para efectos de este documento, retomamos —aunque en menor medida— la voz de sus familiares y profesionales de la salud que les atienden, para profundizar un poco más en los elementos clave que se construyen de forma intersubjetiva (Schütz, 1993). Además, integramos de forma breve un análisis con perspectiva de género, lo que nos permitió identificar el vínculo entre la desigualdad de los sexos y el aumento de la vulnerabilidad en la práctica sexual entre las mujeres y los hombres (Galarza-Tejada et al., 2017). Finalmente, abordamos la condición socioeconómica en términos de estratificación social y de sus relaciones sociales, para comprender el contexto desde el cual el sujeto construye el riesgo y la prevención en sus prácticas sexuales. Para terminar con los procesos de atención a su salud mental y los alcances de atención a la salud sexual.

Metodología

Se presenta un estudio cualitativo con diseño fenomenológico del construccionismo social de la realidad (Berger & Luckmann, 2006), el énfasis es un análisis reflexivo sobre los principales sucesos narrativos e intertextos que los informantes construyen a partir de sus experiencias con dos temas que se interrelacionan: la salud mental y la salud se-

xual. El muestreo fue estratificado y se incluyeron como posibles participantes a jóvenes diagnosticados con TAB que acudían a una de las tres instituciones de salud pública que brindan servicio de internamiento psiquiátrico y una Asociación Civil (AC) que brinda principalmente apoyo psicoeducativo en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), Jalisco. El proyecto fue evaluado y autorizado para extender la invitación a los usuarios de esos servicios de salud y a profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras).

En total, 28 personas aceptaron participar con el consentimiento informado. Se entrevistaron en profundidad a cuatro personas (Ferrarotti, 2007), dos hombres y dos mujeres con el diagnóstico de TAB tipo I, un hombre y una mujer de estrato medio alto y un hombre y una mujer de estrato bajo, elegidos de esa forma por estrategia metodológica. Por otra parte, se integraron dos grupos focales (Yin, 2010) con siete personas diagnosticadas (4 mujeres y 3 hombres), para identificar las principales concepciones que tenían sobre la salud sexual; las siete habitaban colonias estratificadas en un sector socioeconómico medio y medio alto. A la par, se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho cuidadores familiares, cuatro de ellos eran familiares de los informantes entrevistados en profundidad y los otros cuatro asistían de forma regular a la AC. Además, se entrevistaron a nueve profesionales de la salud mental, seis psiquiatras especializados en atender a personas con TAB y dos psicólogos; los ocho, trabajadores de las instituciones de salud pública y un psicólogo de la AC.

El proceso descriptivo se utilizó para desarrollar categorías conceptuales en términos de normas, valores comunitarios, actitudes y opiniones que son similares entre los casos, con la finalidad de ampliar el conocimiento que respalda este estudio. Además, y compartiendo los supuestos de la teoría fundamentada de Charmaz (2006), este documento muestra la forma en que son contruidos los significados y acciones sobre la cultura de prevención en salud sexual, privilegiando para esta publicación la voz de las personas diagnosticadas con TAB. Para el procesamiento de la información, todas las entrevistas fueron audiograbadas y posteriormente se transcribieron en un procesador de textos, con apoyo del Atlas ti 8.2.4 se realizó la codificación abierta, posteriormente una selectiva y axial para encontrar relación entre las diferentes categorías (Frieze, 2017).

Se cuidó en todo momento las consideraciones éticas de respeto y cuidado a los participantes; además de los consentimientos y permisos correspondientes por las instituciones, se dio seguimiento a las personas entrevistadas, especialmente a quienes se entrevistó en profundidad; se platicó con uno de sus familiares y se contactó a sus médicos psiquiatras para tener la red de apoyo necesaria en caso de que se detectara una situación crítica.

Resultados

A continuación, se integran cuatro apartados que resultaron significativos para comprender cómo es que se construye la cultura de prevención en salud sexual de jóvenes con TAB: (a) resignificación de la vida cotidiana y de la sexualidad, (b) intersección de género y salud sexual en personas con TAB, (c) distribución desigual del capital sociocultural y (d) salud sexual una prioridad en los procesos de atención a la salud integral.

Resignificación de la vida cotidiana y de la sexualidad: ¡si te contara!

Desde el primer episodio relacionado con el diagnóstico de trastorno bipolar, los jóvenes elaboran explicaciones factibles a lo que experimentan, eso le permite una nueva forma de verse frente a la realidad experimentada, es una identificación que les “coloca en la vida cotidiana”, en el sentido de pertenecer socialmente en un lugar de la nueva realidad. Esta nueva identificación no rompe del todo con otras identificaciones conformadas colectivamente por género o bien condiciones socioculturales, sino se instaura como una nueva máscara frente a la teatralidad de esta realidad social, como postula Maffesoli (2007), una faceta diferente en la misma persona con funciones en los diferentes momentos de interacción social.

Los jóvenes de estrato medio alto que participaron en los grupos focales mencionan haber encontrado una identificación colectiva, con un grupo de personas que padecen trastornos mentales y que participan de forma activa en una asociación que brinda apoyo a estas personas; encontraron resguardo, certidumbre, complicidad y apego social. Ahí mismo instauraron creencias sobre el padecimiento y la actividad sexual, que basan sus supuestos en una evidencia científica que privilegia las explicaciones biologicistas sobre explicaciones sociales. Para este grupo de identificación, el trastorno mental es una manifestación orgánica debida a una alteración neurológica, una enfermedad que implica tomar un medicamento de por vida, verse diferentes, tener un cuidado propio y una sistemática de vida rutinaria. Los discursos que giran alrededor de la sexualidad en este espacio de identificación aluden a que en *la manía* se experimenta un aumento del deseo sexual y desinhibición en el orden social sobre su sexualidad o bien como un rompimiento con normativas sociales sobre la práctica sexual. Por ejemplo: relaciones con múltiples parejas sexuales en un corto tiempo, práctica sexual con desconocidos, práctica sexual sin uso de métodos de protección. Por su parte mencionan que, en los episodios depresivos, al igual que con el uso de algunos medicamentos, se experimenta una disminución del deseo y otras disfunciones sexuales. Durante ambos episodios se perciben vulnerables y expresan

ser otras personas en su interacción y su práctica sexual. Para ellos, el proceso de atención de su sexualidad se liga estrechamente con el manejo de la sintomatología asociada al TAB, refieren que solo con el apoyo farmacológico se puede contrarrestar, aunque no por completo, el sufrimiento que experimentan con las disfunciones sexuales.

Por su parte, en las entrevistas en profundidad los jóvenes de estrato socioeconómico medio alto que han sido diagnosticados con TAB tipo I, narran situaciones similares en el episodio maniaco:

En esa ocasión, quedé en evidencia de todos, porque ¡si te contara!... se me acercaban los hombres y empecé así con un novio, con otro novio y pues no eran novios solo era para tener sexo, pues como dicen —¡se te acelera la libido! —, no sé, ese síntoma me dio. (Alejandra, 29 años)

Por decir, en un estado normal soy tranquilo, o sea no busco relaciones sexuales así nada más, no busco, no salgo buscando una relación, y en hipomanía y manía siiiii, si salgo con la mentalidad de si ¡a ver si tengo hoy relaciones! (Rene, 26 años)

Por su parte los jóvenes de estrato bajo, menos familiarizados con conceptos relacionados al TAB y sin haber recibido procesos de psicoeducación, no identifican tales alteraciones como parte de episodios del trastorno, aunque refieren experimentar momentos en que su deseo sexual cambia de forma abrupta. La joven de estrato bajo —Ángeles— atribuye, por ejemplo, la necesidad de “estar con un hombre”, en términos sexuales, cuando está triste, supone que experimenta eso por ser un momento en que necesita de la expresión de afecto. Por el contrario, cuando se siente eufórica, refiere no necesitar del acto sexual, en general no necesitar de otra persona. La relación que ella encuentra entre el TAB y su sexualidad es durante la presencia de síntomas psicóticos, menciona que durante un episodio maniaco experimentó alucinaciones táctiles, donde sentía que alguien la tocaba y esto le provocaba satisfacción sexual.

Cuando andaba imaginando esas cosas locas, también sentía rico [ríe], así como cuando uno va a tener... así relaciones sexuales pues, [...], y yo, ¿será de lo mismo o qué será? Yo le decía a la doctora, le dije que yo sentía así y así, me dijo “no, es que todo está en tu cabeza”, me dijo así. (Ángeles, 25 años)

Al no estar tan inmersos en el ámbito institucional de la salud mental, que sin duda ejercen poder sobre el conocimiento y percepción sobre la sexualidad, tratan de dar una explicación por medio de sus experiencias previas o por lo que han escuchado de otros que consideran líderes en su vida cotidiana. Esto nos lleva a repensar qué tanto impacta el TAB, como la significación que se tienen sobre él, en su vida sexual. Se entendería entonces que padecer el TAB es una condición que vulnera frente a riesgos relacionado a la salud sexual y que conforma su cultura preventiva, sin ser *ipso facto* lo que la determina, como se discutirá a continuación en un análisis centrado en la perspectiva de género.

La intersección de género y salud sexual en personas con TAB

Mujeres y hombres experimentan realidades diferentes respecto a su sexualidad que se entrelazan en un mismo sendero, conocer las dos perspectivas nos permite conformar una estructura complementaria sobre los procesos implicados en las percepciones y prácticas sobre su sexualidad.

De estar guardaditas a ser cabronas

Los jóvenes que participaron en el presente estudio se identifican con el género que tradicionalmente se ha impuesto para el sexo femenino y masculino, aunque en sus narraciones, se aprecia el acceso a un espacio para la identificación con el género opuesto, principalmente en el caso de las mujeres, quienes consideran algunas de sus actitudes y comportamientos como prácticas sociales que se les ha atribuido a los varones; la joven de estrato medio alto —Alejandra— refiere que ha aprendido a defenderse de las agresiones derivadas del estigma social de TAB y, por tanto, se identifica no tan femenina, sino con tintes de masculinidad; atribuyendo a la primera imagen la sensibilidad y sumisión, y a la segunda, la racionalidad y la fuerza. Así lo expresa: *“pues no me considero que sea masculina ni marimacha ni eso, pero, pero tampoco soy así tan delicada; no, pues me tengo que adaptar a las circunstancias”* (Alejandra, 29 años).

Las mujeres entrevistadas, de ambos estratos socioeconómicos, coinciden en haber vivido violencia familiar, cuya dinámica consistía en el sometimiento de las mujeres a los deseos de los hombres, y el valor de la mujer se media por la obediencia de permanecer “guardaditas” relacionado a la virginidad o en el ámbito de lo privado, pasivas e incluso invisibles en defensa de la agresión experimentada.

el mayor [refiriendo a su hermano] era muy así vago y todo eso, pues él casi no estaba en la casa y todo eso, pero yo siempre estaba, así como guardadita, ¡no sales a la calle!, estas así cuidada o sobreprotegida o así. (Alejandra, 29 años)

Como era la única mujer en mi familia yo estaba, así como guardadita, él me dijo —no, sí, sí eres virgen—, le dije —sí, sí soy—, y no era [ríe], pero que bueno que así me vio. (Alejandra 29 años)

Ambas experimentan menor poder que sus parejas respecto a las decisiones del cuidado de su salud sexual, por ejemplo: en la negociación del uso de condón, las medidas de protección eran determinadas por los hombres con quienes se relacionaban, independientemente si fuesen sus parejas estables u ocasionales: “No pues yo le pedía que se pusiera condón, yo le decía —¿y si quedo embarazada?—, [él] decía: —¡no, pues es tu problema!” (Ángeles, 25 años).

También ambas experimentaron abusos emocionales por parte de sus parejas, cosificando su persona a un instrumento de satisfacción: “Ya no quisiera tener relaciones sin casarme, pero sabe, es que... has de cuenta que sientes como que estas utilizada, como que te sientes utilizada” (Ángeles, 25 años).

Finalmente, respecto a las ideologías consensuales, se hizo evidente la idea paternalista del cuidado de las mujeres en el acto sexual, donde el hombre debe salvaguardar la salud de sus parejas formales y que se puede expresar en actos sexuales desprotegidos: “Mmmm, él me cuidó, no usamos este... preservativo, no, pero pues, según que no se vino en mí y ya...” (Ángeles, 25 años).

Un hallazgo importante del estudio implica la condición del padecimiento mental en la conformación de prácticas sexuales y la transgresión de normas de género. Por ejemplo, ambas experimentaron un cambio en su interacción con los hombres con quienes convivían cuando el episodio maniaco se hizo presente, con sintomatología relacionada a comportamientos desinhibidos, agresividad y lo que Alejandra menciona como “acelere de libido”. Ambas pasan de llevar una vida de sumisión respecto a los mandatos de los hombres de su familia como mujer de su casa y guardadita; a manifestar conductas agresivas especialmente a los varones de su familia, quedando expuestas socialmente en el ámbito público. Esta afrenta a la normatividad social sobre su feminidad les ubica en una condición social discriminatoria como “cabrona o puta”.

La joven de estrato medio alto explica cómo es que en su familia a los hombres de su casa se les permite relacionarse con múltiples parejas y se le reconoce, y cuando ella manifiesta conductas parecidas se le señala como “puta” o mujer de la calle, en vez de estar guardadita como se le ha dispuesto a su género.

Pero, no sé por qué mis papás, o no les informaron a ellos directamente que yo podía tener ese tipo de conductas [refiriéndose a la desinhibición sexual que ella narra en su última crisis], es más, hasta mi mamá, este... cuando tuve mi última crisis me decía —Es que eres una [bajando la voz] puta, tú eres una puta. (Alejandra, 29 años)

La chica de estrato bajo —Ángeles— quien no refiere la presencia de esta sintomatología, pero que interactúa cotidianamente con un grupo de colonos en fiestas, donde el alcohol y la actividad sexual entre sus miembros era una práctica común, menciona que su padre la señalaba como “cabrona” por ir a esas reuniones: *“Aaahh fíjate que una vez me dijo mi papá... mira yo me iba para allá [refiriéndose al lugar de reunión de sus amistades] y me dijo: —No, ya van a irse de cabronas” (Ángeles, 25 años).*

Las mujeres valoran que sus parejas les reconozcan como mujeres que desconocen sobre la sexualidad, esa normalización social sobre la inocencia femenina ha sido descrita bajo el concepto de *marianismo*, que se expresa en la sumisión y obediencia de la mujer y que dicta que las mujeres deben ser ignorantes sobre el sexo y pasivas en las interacciones sexuales. “Para las mujeres funciona bajo la tradición marianista, el rol no les permite saber acerca de asuntos sexuales ni se les permite negociar sexo seguro” (Moreno, 2007, p.341).

La experiencia vivida en estas mujeres sobre la transgresión de la normatividad social sobre su feminidad les ubica en una condición social discriminatoria, sin embargo, ellas intentan restablecer la consideración de mujeres guardaditas, a través de las prácticas religiosas:

Y ya mejor me, me he dedicado al celibato, yo soy célibe [ríe], si, pues ya, y últimamente ya nadie me llama la atención como para tener pareja. (Alejandra, 29 años)

Hasta eso que, si tengo ahí mis preservativos, pero ya no lo quiero hacer porque... ya me da vergüenza con el padre, a poco voy a ir otra vez con el padre

[sacerdote]: —¡Aaayyy padre! es que así, así y así— Y es el mismo padre que nos confiesa cada ocho días, y noooo [ríe]. (Ángeles, 25 años)

Las informantes del presente estudio participan en grupos religiosos donde se transmiten creencias que ofrecen un campo de control social de sus relaciones sexuales, donde se fomenta la abstinencia sexual, lo que no resuelve la vulnerabilidad frente a riesgos relacionados a la salud sexual; por el contrario, las creencias sobre la virginidad y el marianismo se puede considerar un obstáculo para la percepción del riesgo de la violencia sexual.

Para las dos, la autonomía económica parece ser un fin que reivindicaría su posición, les da un mayor poder respecto a sus decisiones. Para la joven de estrato bajo —Ángeles—, esta autonomía es el medio para formar una familia donde puede prescindirse del acompañamiento de una pareja, tal y como lo observó en sus hermanas; sin embargo, las construcciones y experiencias sobre su padecimiento han influido en esta percepción, pues se percibe incapaz del cuidado y mantenimiento de la familia en la presencia de la sintomatología.

Luego dicen que los hijos son bendiciones de Dios, ¡pues bendíceme, no jodas! [ríe]. ¡ayyyy es que me encantan los bebés!, ya quiero que nazca el de mi hermana para cuidárselo, digo “aaayyy mejor uno mío”, sí, pero es mejor casada para que tengas el apoyo, pues de la pareja... ¿te imaginas que ande entrando en una pinche crisis y así con bebé y todo? no, esta difícil. (Ángeles, 25 años)

Por su parte, la joven de estrato medio alto —Alejandra—, quien está inmersa en un contexto donde la familia funda sus expectativas en su éxito profesional, deja en segundo plano la relación de pareja; que, si bien el deseo de conformar una familia y tener hijos existe en sus expectativas, la responsabilidad se incrementa, al igual que en la otra joven considerando la percepción que tiene sobre su padecimiento:

Noooo, pues es bonito. Me imagino y luego pienso, “¡aaay, pero imagínate!”, bueno... voy a tener a mi niño y veo todo lo romántico de la situación, pero luego pienso en la crianza, porque no todo, pues es muy bonito, pero también después viene la responsabilidad y luego educar al niño y todo, pienso en todo lo que implica [...] No nomás tenerlo y ya, hay que educarlo, yo creo que ya cuando, primero Dios, que me permita salud, y tener así estabilidad económica y emocional, y sí, yo si me aventaría por un hijo. (Alejandra, 29 años)

Finalmente, ellas comparten un mismo sufrimiento sobre su capacidad de embarazarse, ambas piensan que ahora no es recomendable embarazarse por los medicamentos que pueden afectar la gestación. Ninguna de las dos sabe los procedimientos que se pueden tomar para que el embarazo llegue a término de forma saludable y, cuando ellas han cuestionado esto a sus psiquiatras, no han obtenido sino una confirmación de la imposibilidad de embarazo.

Pues, si quiero embarazarme, tengo que suspender los medicamentos, creo... bueno, es que el que yo estoy tomando, la lamotrigina y... creo que hay una contraindicación para el embarazo, entonces tendría que suspender ese medicamento. Alguna vez comenté que quería tener un hijo y este... a un médico... y me acuerdo de que él me dijo: —¡Aaay! ¿Tú para que piensas en eso, en tener un hijo, si ni novio tienes? (Alejandra, 29 años)

ahorita con el medicamento que estoy tomando, me dijo mi doctora que no puedo ahorita embarazarme, y digo ¿entonces qué?, ¿verdad?, pues dice también ¡que es medicamento de por vida! (Ángeles, 25 años)

Ser un hombre de verdad

Las normas sociales de género masculino obligan a los hombres a sobresalir en comparación de otros hombres y en especial de las mujeres. Su papel como varones se define a través de las diferencias que los distinguen de las mujeres, tal como Scott (1997) lo identificó respecto a la oposición simbólica hombre/mujer en términos de división de trabajo y distribución de funciones sociosexuales.

Los hombres de estrato medio que participaron en grupos focales discuten diferencias sexuales en comparación a las mujeres, donde ellos se autoperciben más activos y con mayor necesidad del acto sexual, a diferencia de las mujeres a quienes consideran más enfocadas al afecto de sus relaciones de pareja.

Nosotros no nacemos igual, es que yo tengo una mente muy erotizada pues, muy, nosotros los hombres la tenemos más erotizada, creo que las mujeres, las mujeres lo relacionan o con el amor o con la fidelidad o con la confianza ¿verdad? (Intervención de hombres en el grupo focal)

La expresión de emociones consideradas propias de las mujeres se ven limitadas en estos jóvenes, solo cuando están alcoholizados se permiten a sí mismos expresar sin ser cuestionados sobre su fortaleza, temple y virilidad.

En el caso de estos jóvenes, que viven en un constante vaivén de emociones donde la euforia y la depresión se manifiestan y por momentos se confunden, aguantarse el sufrimiento, ocultarlo para conservar la imagen, conlleva también la pérdida de una estabilidad en sus relaciones de pareja, donde en profundas depresiones prefieren romper con sus relaciones de pareja que expresar sus sentimientos.

No, no hablo mucho de cómo me siento, ya cuando hablo de cómo me siento es porque estoy muy mal... (Rene, 26 años)

Me cuesta mucho trabajo llorar, tiene que pasar algo muy fuerte, fuerte, para... pero si lloro... (Humberto, 26 años)

Para algunos hombres, sus parejas estables deben estar “locas” para continuar con alguien como ellos, no existe otra explicación del porqué permanecer con alguien que no cumple con las expectativas de un “hombre de a de veras”, especialmente cuando se encuentran en los episodios depresivos.

Por eso te digo que esta relación ha durado por la persona que me ha aguantado, no tanto porque... bueno se siente a gusto ella conmigo, pero digo “se siente ella a gusto porque ella también está loca”, bueno yo estoy loco pues, pero ella padece de algo [ríe] (Intervención de hombres en el grupo focal)

En lo que respecta al funcionamiento sexual, que es un atributo también de virilidad, existe un sufrimiento común en los hombres de estrato medio con TAB, debido a que manifiestan experimentar disfunciones sexuales durante los episodios depresivos o en la toma de algunos medicamentos. Ellos ocultan esas disfunciones a sus parejas por la carga social que implicaría; esto propicia problemas de pareja, ellas esperan que siempre estén dispuestos para el acto sexual, pues de otra forma se sospecha de una infidelidad. Incluso para aquellos que logran expresarles la disfunción sexual a sus parejas, tampoco encuentran una comprensión de lo experimentado.

Estoy separado y mucho de los problemas que yo he tenido con mi esposa, ha sido porque en periodos de depresión, o en los previos, o posteriores, o después de una manía, no hay libido, y esa libido, si una mujer es temperamental, no se la va, no le va a echar la culpa a la enfermedad de su esposo, le va a echar la culpa a que su esposo anda con otra mujer, y empieza una serie de broncas, ya no sabía que decirle, nomás contigo y con mi mano, es todo. (Intervención de hombres en el grupo focal)

Respecto a la iniciación sexual, lo que se espera de ellos es una prontitud en la iniciación del acto sexual, donde no se vean involucrados sentimientos. Coincidiendo nuevamente con el planteamiento de Amuchástegui (1996), para los hombres las relaciones sexuales previas al matrimonio son un mandato que confirma la identidad masculina adulta y su estatus social. Para los varones, el encuentro con una trabajadora del sexo comercial es una opción de práctica sexual que se convierte en un evento social importante.

Aun cuando las mujeres parecen estar en mayor vulnerabilidad que los varones, por la menor oportunidad de negociar el uso de condón, resulta interesante que, en el caso de estos jóvenes, el uso de condón fue una opción cuando sus parejas sexuales así lo solicitaron. Phillips y Pirkle (2007) refirieron que las construcciones culturales de género, los roles de género y la identidad femenina forman el contexto que pone en peligro tanto a hombres como a mujeres. Los ideales culturales sobre la masculinidad que construyen las necesidades sexuales del hombre, por ejemplo, la valorización de múltiples parejas sexuales y la importancia de reforzar la dominación física y sexual masculina sobre las mujeres, aumentan considerablemente los riesgos de infección por el VIH tanto en hombres como en mujeres.

El joven de estrato bajo —Humberto— utilizó con más frecuencia el preservativo que el joven de estrato medio alto —René—, debido a las características de las parejas con quienes se relacionaba, en su mayoría trabajadoras del sexo comercial, quienes portaban y exigían su utilización, sin embargo, cuando se relacionaba con mujeres conocidas, el uso de preservativo no fue constante. En caso del joven de estrato medio alto —René— fue menos frecuente, especialmente en sus relaciones de pareja estables y con amistades, más refiere su utilización siempre que se relacionaba con trabajadoras del sexo comercial. Para él, la confianza en sus parejas resultó ser el factor de no protección y únicamente utilizó el condón para prevenir embarazos.

Las veces que fue con ella no fue con preservativo, como yo no terminaba (por eyaculación retardada), decía —ah, no pasa nada, ¡pero sí pasa! —, no la veía yo a ella, así como que loca o muy promiscua pues, también por eso me animé, por así decirlo. (Rene, 26 años)

El sexo comercial a diferencia de la percepción que se tiene como un grupo de riesgo, en el caso de los jóvenes resultó en relaciones sexuales más protegidas.

Distribución desigual del capital sociocultural

Tal como sugiere Scambler (2007), las estructuras sociales tienen un poder determinante en su salud mental, en el caso particular en las prácticas sexuales de estos jóvenes.

Los informantes de estrato bajo —Humberto y Ángeles—, vivieron condiciones de marginación en términos estructurales cuando eran pequeños. Ángeles estudió la primaria de forma regular y, posteriormente, la necesidad de trabajo le hizo interrumpir sus estudios; avanzada de edad, decidió estudiar la secundaria en un programa abierto, trabajando al mismo tiempo que accedía a este grado. Para Humberto, la migración prematura al país vecino interrumpió su desarrollo académico en un programa de educación formal y solamente estudió los primeros cuatro grados de la primaria.

El reducido nivel educativo, en parte determinado por la desigualdad social que experimentan en su estrato socioeconómico, se ha expresado en dificultades para encontrar un empleo mejor remunerado, el acceso a bienes y servicios educativos como en lo particular al acceso a información en salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, se debe resaltar que el acceso a la salud mental ha sido un bien de alto costo, en relación con los ingresos familiares, por lo que su atención en momentos de crisis se ha visto disminuida en diferencia con jóvenes de estrato medio alto. La condición de mayor riesgo en personas de estratos desfavorecidos que viven en pobreza ha sido registrada en la población general (Higgins & Browne, 2008). En este caso particular, estos jóvenes han experimentado abuso sexual por parte de familiares. Para Ángeles, la falta de recursos económicos mantuvo a la familia en condición de hacinamiento cuando era pequeña, uno de sus hermanos fue quien abusó reiteradamente de ella y algunas de sus hermanas; ella culpabiliza a la falta de educación por parte de sus padres y a la carencia de espacios físicos en su hogar.

Yo digo que es cosa de los papás, de que nos haiga dicho: —No deben de hacer esto y esto, y que él no te vaya a tocar tu cuerpo, ni tú a él, ni bañarse juntos,

ni nada de eso— Y separarlos pues, las mujeres con las mujeres y los hombres con los hombres. ¿Verdad?, ¡si así entre los hombres!, ¿verdad?

En el caso del joven de estrato bajo, vivió abuso por parte de amigos de su madre y en reiteradas ocasiones presencié relaciones sexuales de su madre con varios hombres. En su caso, el sexo comercial era una práctica habitual de su madre.

Los jóvenes de estrato medio alto —Alejandra y René— han recibido mayores recursos para acceder a información relacionada a la salud sexual y particularmente a la salud mental, incluso ambos han recibido información psicoeducativa en asociaciones civiles, ambos tienen una carrera profesional concluida y se informan por varios medios. Además, recibieron mayor acompañamiento familiar que incluía prácticas de cuidado a su salud sexual.

Como sabía que René salía continuamente a centros nocturnos “table dance”, buscaba que tuviera suficientes condones y que al regresar a casa trajera consigo su cartera e identificaciones, así como la receta médica del psiquiatra que le protegía de algún abuso policiaco si le encontraban medicamento controlado. (Madre de René)

En el caso de la familia de la joven de estrato medio alto —Alejandra—, era su padre quien cuidaba de ella, particularmente se encargaba de seguirla cuando ella “escapaba de casa y se perdía en la calle” durante los episodios maniacos. Asimismo, la experiencia de acoso sexual de uno de los profesionales de salud mental, que narró Alejandra, alertó a la familia y tomaron medidas de protección, cambiando de psiquiatra y evitando que acudiera sola a sus consultas médicas.

Desafortunadamente, las familias menos favorecidas económicamente hablando, también experimentaron menores recursos para el apoyo de los informantes en los episodios afectivos y no procuraron acciones de protección para su salud sexual o información al respecto. Las acciones particularmente se centraron en el internamiento psiquiátrico y en el caso de la joven de estrato bajo —Ángeles—, la madre daba cariño y comprensión cuando Ángeles llegaba a casa después de haberse perdido por días en la calle. La madre narra que ella procuraba abrazarla en cuanto la veía llegar, la metía a bañar y se quedaba a dormir con ella por la noche.

En el caso del joven de estrato bajo, la familia tenía aún menos recursos, su principal acción fue el internamiento continuo y el apoyo de una unidad policiaca especializada en la prevención de crisis; la abuela de 80 años se consideraba la principal cuidadora. Él, al igual que Ángeles, se relacionaron con parejas sexuales bajo los efectos del alcohol, que en su caso se asoció a tipos de parejas de riesgo para la transmisión de VIH, parejas ocasionales, con desconocidos y sin protección.

Salud sexual una prioridad en los procesos de atención a la salud integral

Las personas con trastorno bipolar, al igual que muchas otras personas que padecen trastornos mentales severos, sufren las consecuencias de la vulnerabilidad junto a sus familias y redes de apoyo. Por ejemplo, los jóvenes que participaron en el presente estudio carecen del acceso a servicios de salud integral, aunque todos fueron atendidos en su salud mental, las condiciones no siempre fueron las óptimas y se descuidaron otros aspectos de su vida, e incluso se manifiestan algunas experiencias donde la desatención de su salud sexual aumentó el sufrimiento.

Los jóvenes de estrato medio alto —Alejandra y René—, quienes tienen un mayor acceso a estos servicios, manifiestan un mejor apego al tratamiento y un mayor control de la sintomatología, pues incluso han aprendido a detectar síntomas prodrómicos a diferencia de los informantes de estrato bajo. Asimismo, la vulnerabilidad frente a riesgos es mayor en los jóvenes de estrato bajo —Ángeles y Humberto—, por ejemplo, las jóvenes —Alejandra y Ángeles— manifestaron el consumo de alcohol y actividad sexual y los varones —René y Humberto— el consumo de alcohol y drogas y la actividad sexual; sin embargo, esta práctica fue más cotidiana en los jóvenes de estrato bajo —Ángeles y Humberto— y en ellos se relacionó con el abuso sexual y el intercambio de bienes por la práctica sexual. Otro ejemplo es que todos los informantes refirieron las salidas constantes del hogar con síntomas psicóticos donde se vulneraba su vida física, emocional y sexual, pero los de estrato medio alto vivieron una mayor vigilancia por parte de sus redes sociales de apoyo. Los de estrato bajo tenían menos vigilancia, especialmente en el caso del joven Humberto, ella y él presentaron una mayor vulnerabilidad a riesgos relacionados al abuso sexual. Por ejemplo, la joven de estrato bajo —Ángeles— poco recuerda que en ocasiones llegaba semidesnuda a su hogar después de las salidas de días en los cuales no había seguimiento de la familia y el joven de estrato bajo —Humberto— en ocasiones comercializó la actividad sexual con hombres a cambio de dinero, drogas y en una ocasión para obtener un viaje de regreso a su casa; actualmente, este joven se encuentra desaparecido en una ciudad

del norte del país y lo último que supo su madre de él, fue que se reunía con un grupo de hombres con quienes consumía drogas y hacía favores sexuales a cambio de estas.

Una cuestión importante que emergió en las historias de vida fue la percepción de riesgo que los informantes tienen respecto a las instituciones de salud mental, que ofrecen estancias breves o prolongadas. Aunque no fue el objetivo del trabajo conocer a fondo el sistema de atención a la salud mental en el estado de Jalisco, surgen percepciones que limitan su confianza y apego al seguimiento de su tratamiento en estas instituciones. Todas las mujeres refirieron haber vivido una experiencia que vulneró su salud física y mental. Por una parte, narran haber vivido experiencias de acoso sexual por profesionales de la salud, la joven de estrato medio alto nunca volvió a internarse en una institución pública por esa razón. Es preciso considerar una vigilancia que les dé certidumbre tanto a los familiares como a ellos mismos. Por su parte, los jóvenes de estrato socioeconómico bajo coinciden en que hay un hospital público que maneja el sistema de puertas abiertas, lo cual permite que los familiares o redes de apoyo acompañen a la persona con el trastorno durante toda su estancia; esto además de brindar un espacio protector a nivel físico y emocional también apoya a la psicoeducación sobre el padecimiento. Lamentablemente tiene reducida capacidad y es poco probable que los atiendan en ese hospital.

En el caso del joven de estrato medio alto —René—, no ha tenido mayor problema en su internamiento, pero hay que destacar que siempre ha sido internado en hospital privado.

En el contexto de la escasa información institucional sobre la sexualidad, un aspecto que se aborda poco es el efecto de los medicamentos y en particular sobre la función sexual. En el caso del joven de estrato medio alto —René—, quien experimentó disfunción eréctil, asoció esta disfunción con el tratamiento farmacológico y conversó con su psiquiatra del asunto, sin embargo, no le fue atendida su preocupación y aún cuando él solicitó que se le canalizara a un centro especializado, el énfasis del psiquiatra se centró en la toma del medicamento y estabilidad de su trastorno; dicha respuesta propició que el joven dejara de confiarle sus experiencias y que buscara la solución por sus propios medios, en la autoadministración de fármacos.

Algunos jóvenes, hombres y mujeres, pedían a sus psiquiatras apoyo para la solución de sus inquietudes o disfunciones sexuales, sin embargo, en lugar de recibir una orientación sus respuestas se basaron en construcciones normativas sobre la sexualidad, con discursos como estos que recuerdan los informantes: *“¿estás casado? entonces ¿qué te preocupa?”*, *“ay, tú para que piensas en eso, en tener un hijo, si ni novio tienes”*.

Tales percepciones fueron identificadas directamente en el presente estudio cuando se entrevistaron a los profesionales de la salud, estos adjudican las disfunciones o insatisfacciones sobre su sexualidad a una sintomatología que deberá cesar con el tratamiento farmacológico, para ellos es una situación de menor preocupación. Por ejemplo, mencionan que al detectar una situación de *hipersexualidad* en mujeres se les sugieren métodos preventivos como anticonceptivos hormonales o la cirugía de oclusión tubaria bilateral. El uso de preservativo no es una opción en su discurso.

Algunos de los profesionales de la salud mental que laboran en instituciones de la ZMG han propuesto que se genere un trabajo psicoeducativo dentro de estas instituciones, que aborde el aspecto de la salud sexual y reproductiva, porque reconocen que es una prioridad para sus pacientes, aunque enfatizan que su trabajo es tan pesado por la carga de pacientes que no les da tiempo de profundizar en esos temas. Asimismo, enfatizan que dichos programas psicoeducativos se centran en personas que se ubican en una estratificación media alta, ya que los consideran como un grupo de mayor vulnerabilidad por la práctica común con trabajadores del sexo comercial, aun cuando refieren que es más común detectar VIH en sus pacientes de estrato bajo y marginal.

Discusión y conclusiones

Los informantes de estrato medio alto se conforman en un espacio psicoeducativo donde se versan los discursos de la clínica de profesionales de la salud mental, de tal forma que aluden sus disfunciones sexuales al TAB. Por ejemplo: dentro de los manuales diagnósticos como el DSM 5, se incluye como posible síntoma el aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (i. e., actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo). Asimismo, en la literatura científica se ha identificado que las personas con este diagnóstico refieren mayor incidencia de conductas sexuales de riesgo durante episodios maníacos en comparación con pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos, una disminución en su satisfacción sexual, con variabilidad en los niveles de interés sexual entre las polaridades, mayor incidencia de disfunción sexual durante los episodios depresivos y diferencias en la satisfacción en general entre los pacientes y sus parejas (Kopeykina et al., 2016). Además, el uso de medicamentos se relaciona con alteraciones en el funcionamiento sexual, como también ha sido descrita por estudios científicos en que se relaciona con el uso de antipsicóticos atípicos (Llover & Jiménez, 2017), algunos antidepresivos (Varcelino & Philippi, 2020) y eutimizantes como el litio, especialmente en pacientes con baja adherencia al tratamiento (Grover et al., 2014).

Si bien esta educación sobre el padecimiento y sus manifestaciones en la sexualidad puede ayudar a la comprensión de lo que experimentan las personas con TAB, puede también ser un laberinto sin salida dentro de un discurso que construye una sexualidad presa a la sintomatología, donde el único espacio de resolución está en la misma condición orgánica. Es importante subrayar que la evidencia científica sobre las alteraciones en el deseo sexual en personas con trastorno bipolar, con su peso como universo simbólico de legitimación, no atribuye tales afectaciones neurológicas a las prácticas sexuales como tal y aún menos a la prevención o el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) o VIH, ahí se versan los escenarios socioeconómicos y culturales, así se pudo apreciar en la comparación de los diferentes casos de jóvenes participantes del estudio.

En lo que respecta a la disfunción sexual, particularmente la disfunción eréctil que experimentan los hombres, se ha reportado como un síntoma del TAB o bien secundario a los medicamentos y que puede ser subsanado si existe apertura y comprensión por parte de los profesionales de la salud sobre las nociones culturales que los hombres tienen respecto al ejercicio de su sexualidad, una desatención afecta negativamente la calidad de vida y puede contribuir a reducir la adherencia al tratamiento (Krantz et al., 2018). En este sentido, no se trataría de que el médico atienda la disfunción con medicamentos, se trata de una atención integral en la que se puedan expresar las expectativas y las implicaciones que conlleva en las relaciones de pareja, un involucramiento de las redes de apoyo y la sensibilización sobre las prioridades del quien vive con TAB. Estudios han reportado que la falta de relaciones íntimas de los pacientes y el deterioro crónico de la salud mental y física pueden ir acompañados de una vida sexual deficiente o de un comportamiento sexual de riesgo más frecuente que en la población general (Montejo et al., 2018). Sin embargo, se deben atender otras dimensiones como el acceso a servicios de salud, las redes sociales de apoyo y las normativas de género, que no solo limitan a las personas con TAB, sino que obstaculizan los procesos de atención a la salud que ofrecen los profesionales.

Coincidiendo con estudios recientes, los comportamientos sexuales de riesgo se han relacionado con algunos factores demográficos y clínicos, por ejemplo, las personas jóvenes con TAB que viven en pobreza tienen mayor conducta de riesgo, particularmente las mujeres, así como un mayor riesgo para el abuso sexual (Krantz et al., 2018).

Bajo una perspectiva de género, las mujeres tienen menos poder que los hombres en las relaciones heterosexuales, considerando a su vez que la dominación social también reconoce las intersecciones entre otras dimensiones estructurales como la clase social (Rosenthal & Levy, 2010). Coincidiendo con lo propuesto por la teoría de dominio social,

estas mujeres tienen menor poder que sus parejas respecto a las decisiones del cuidado de su salud sexual, por ejemplo, en la negociación del uso de condón. La posición de desventaja económica respecto a las parejas masculinas se ha discutido como un riesgo para la transmisión de VIH en mujeres, ya que el sexo se ha utilizado como valor de cambio por muchas, que frente a las necesidades básicas de consumo o de supervivencia se someten a disposiciones de sus parejas (Rosenthal & Levy, 2010); en nuestro estudio encontramos que también los hombres que viven esa desventaja económica padecen del dominio social sobre sus cuerpos.

En este sentido y retomando el concepto de la *masculinidad hegemónica*, descrita por Connell y Messerschmidt (2005), se explica una forma de masculinidad dominante sobre la feminidad; sin embargo, las masculinidades son múltiples y pocas corresponden o cumplen con la masculinidad hegemónica. Se han descrito las masculinidades marginadas que representan configuraciones complejas donde interviene la situación socioeconómica y antecedentes etnoculturales. Agregaríamos a estas elaboraciones a masculinidades atravesadas por un padecimiento mental que le vulnera frente a la realidad social en su vida cotidiana.

Hay que considerar que la insatisfacción sexual y los riesgos en estas personas son un problema subyacente de menor prioridad y hasta aceptable, vislumbra una total injusticia social. Douglas (1996), en su tesis principal sobre el tema de aceptabilidad del riesgo, plantea que la percepción pública de cualquier política sobre el riesgo depende de ideas públicas estandarizadas acerca de la justicia, afirma que al dar más riesgos a las personas y a grupos que presentan mayores privaciones, se comete una injusticia social elemental, ya que la distribución de riesgos solo refleja la inequidad en la distribución de poder y la desigualdad de las posiciones sociales. El riesgo constituye entonces una categoría moral, que permite a la sociedad prescribir lo que se debe hacer o no, designar las conductas beneficiosas para el bien de todos y, al contrario, las conductas nocivas que entrañan un coste social elevado a quienes se atribuye el riesgo. En ese sentido, las personas con TAB son un ejemplo de la vulnerabilidad en su máxima expresión, particularmente mujeres que viven en situación de pobreza.

Los proveedores de la salud mental deben considerar un diálogo abierto sobre la salud sexual y reproductiva y un énfasis en los procesos de atención y cuidado de personas que viven condiciones de pobreza o violencia de género, esto repercutirá positivamente en la calidad de vida de la persona, se trata de mirar la salud mental más allá de los límites de la condición psiquiátrica o neurológica, como un ser social y vinculado con una realidad cultural demandante.

Referencias

- Amuchástegui, A. (1996). El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación. En I. Szasz, & S. Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 137-166). El Colegio de México.
- Berguer, P., & Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory*. SAGE.
- Connell, R., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the concept. *Gender and Society*, 19(6), 829-259.
- Correa, A. M. P., Carrillo, R. A. A., Vega, D. C. S., Cano, S. G., Arango, L. G. A., Builes, L. F. T., García, A. M., Villa, E., Aguirre-Acevedo, D. C., & López-Jaramillo, C. (2020). Sexual and reproductive health in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 15-22.
- Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., & Madrigal-de León, E. Á. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*, 62(1), 72-79.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Paidós.
- Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia*, (44), 15-40.
- Friese, S. (2017). ATLAS.ti 8 Windows Quick Tour. *ATLAS. ti Scientific Software*.
- Galarza-Tejada, D., Caballero-Hoyos, R., & Ramos-Lira, L. (2017). Factors associated with HIV transmission risk in people with a severe mental illness. A narrative review. *Salud mental*, 40(1), 29-42.
- Grover, S., Ghosh, A., Sarkar, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2014). Sexual dysfunction in clinically stable patients with bipolar disorder receiving lithium. *Journal of clinical psychopharmacology*, 34(4), 475-482.
- Higgins, J., & Browne, I. (2008). Sexual needs, control, and refusal: how “Doing” class and gender influences sexual risk taking. *Journal of sex research*, 45(3), 233-245.
- Kleinman, A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*, 28, 603- 604.
- Kopeykina, I., Kim, H. J., Khatun, T., Boland, J., Haeri, S., Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2016). Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: a review. *Journal of affective disorders*, 195, 1-14.

- Krantz, M., Goldstein, T., Rooks, B., Merranko, J., Liao, F., Gill, M. K., Diler, R., Hafeman, D., Ryan, N., Goldstein, B., Yen, S., Hower, H., Hunt, J., Keller, M., Strober, M., Axelson, D., & Birmaher, B. (2018). Sexual risk behavior among youth with bipolar disorder: Identifying demographic and clinical risk factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(2), 118-124.
- Llover, M. N., & Jiménez, M. C. (2017). Disfunción sexual causada por medicamentos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 24(5), 265-278.
- Maffesoli, M. (2007). *En el crisol de las apariencias*. Siglo XXI.
- Mechanic, D., & Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Affairs*, 26(5), 1220-1230.
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*, 17(1), 3-11.
- Moreno, C. (2007). The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for latinas. *Qualitative Health Research*, 17, 340-352. <https://doi.org/10.1177/1049732306297387>
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Phillips, A., & Pirkle, C. (2007). *From everyday culture to the culture of response: developing the sociology of the global HIV/AIDS pandemic* (pp. 11-14). New York: Medical Sociology Roundtable.
- Rosenthal, L., & Levy, S. (2010). Understanding women's risk for HIV infection using social dominance theory and the power bases of gendered power. *Psychology of women quarterly*, 34, 21-35.
- Scambler, G. (2007). Social structure and the production, reproduction and durability of health inequalities. *Social Theory & Health*, 5, 287-315.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Paidós.
- Scott, J. (1997). El género una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). Porrúa.

- Stefana, A., Youngstrom, E. A., Jun, C., Hinshaw, S., Maxwell, V., Michalak, E., & Vieta, E. (2020). The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 22(6), 641-643.
- Vercellino, M., & Philippi, R. (2020). Sexualidad, Depresión y Antidepresivos. ¿Cómo enfrentar este dilema? Revisión comprensiva del uso de psicofármacos en Trastorno Depresivo Mayor y Sexualidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 400-412.
- Villegas, C., Ibabe, I., & Arnoso, A. (2021). People at risk of social exclusion: mental health, structural-economic factors and sociocultural factors. *International Journal of Social Psychology*, 36(1), 122-148.
- Yin, R. K. (2010). Focus group interviewing as a method of collecting qualitative data. In, *Qualitative research from start to finish* (pp. 141-142). Guilford Press.

Capítulo 4

El adulto mayor y su participación laboral: una revisión de estudios empíricos

María Fernanda Mireles Hernández y Alejandro Chávez Rodríguez

En las últimas décadas, los países de América Latina han experimentado un cambio demográfico significativo. Factores como la baja en la tasa de natalidad, el aumento en la esperanza vida y la disminución en la mortalidad, como resultado de los avances tecnológicos en materia de salud, han propiciado el incremento de la población adulta mayor (Villegas & Montoya, 2014).

En el caso específico de México, de acuerdo con el censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020a), el 12% de la población era mayor de 60 años. Se estima que este porcentaje siga en aumento y que para el año 2050 este grupo etario represente el 31% (Muñoz, 2010).

En este sentido, el fenómeno de envejecimiento poblacional trae consigo modificaciones en las estructuras y dinámicas sociales, implicando una serie de demandas específicas en servicios de salud y atención médica, así como en aspectos relacionados con la economía, la seguridad social y el trabajo (Villegas & Montoya, 2014). En este último aspecto, el trabajo, es en el que se centrará este estudio.

El trabajo como actividad humana toma un papel importante más allá de una cuestión de producción de bienes y servicios. En la modernidad, se ha concebido como una actividad normal, natural y como algo deseable para los individuos. El trabajo se convierte en una parte importante y fundamental en sus vidas, más allá de cualquier otra actividad u ocupación, reduciéndose a un elemento intrínseco de las personas (Chapa, 2017).

Se tiene la creencia de que la población adulta mayor ya no se encuentra inmersa dentro del mundo laboral, ya que ha predominado una visión de dependencia de los ma-

yores de sesenta años; esta se encuentra vinculada con el contexto urbano y a un proceso de industrialización, que condiciona de manera negativa el pensamiento colectivo con relación a las capacidades de este grupo etario para desempeñar alguna actividad, sobre todo aquellas que implican mayor complejidad (Medina et al., 2018). Sin embargo, la realidad es distinta. Los datos muestran que en América Latina y el Caribe, hay una alta proporción de adultos mayores que se ubican dentro del mundo laboral. Específicamente, el 30% de esta población se encuentra activo económicamente; contrastando con otros países europeos, en donde este porcentaje es tan solo de 15% (Villegas & Montes de Oca, 2011).

En México, una tercera parte de la población adulta mayor se encuentra inmersa en el mercado laboral. Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el cuarto trimestre del año 2020, 5 149 237 personas mayores de 60 años se encontraban dentro de la población ocupada.¹ De los cuales, 3 069 660 eran trabajadores independientes, mientras que 2 079 577 se encontraban como trabajadores subordinados.

Después de lo anteriormente expuesto, surge la relevancia de estudiar el fenómeno en torno a la participación y relación del adulto mayor en el mercado laboral, desde los aportes empíricos sobre el tema, ya que se vuelve un punto de referencia el analizar la manera en la que se ha planteado esta situación, cuáles son los principales hallazgos encontrados y a qué conclusiones se ha llegado.

Resulta importante el abordar la participación que tienen los adultos mayores dentro el mundo laboral, con el propósito de reconocer la contribución que este grupo etario tiene para la sociedad, desde el trabajo remunerado como el no remunerado, que coadyuve a erradicar la visión y percepción que se tiene como un grupo pasivo e improductivo. Asimismo, tener conocimiento de las condiciones laborales que están vivenciado los adultos mayores en función a la estructura actual de los mercados de trabajo, para generar cambios y propiciar mejores espacios y condiciones laborales.

1 La ENOE define a la población ocupada, como “Personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora. Incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario” (INEGI, 2020b). Además, según la ENOE, un trabajador independiente es “la persona que dirige su propia empresa o negocio, de manera que no tiene un jefe o superior a quien rendirle cuentas de su desempeño o de los resultados obtenidos” (INEGI, 2020b). Por otro lado, define al trabajador subordinado como “Es la persona que trabaja (con o sin pago) para una unidad económica en la que depende de un patrón o un representante de él o de un trabajador por cuenta propia” (INEGI, 2020b).

Además, se encuentra presente el interés por dirigir la mirada a aquellas investigaciones que no se centran en estudiar a esta población desde un enfoque de medicalización. Es decir, que por medio de la misma producción científica propicien y refuercen la visión y la estereotipación de este grupo de edad.

De esta manera, el objetivo de la presente revisión se centra en analizar las investigaciones empíricas orientadas al estudio de la participación laboral del adulto.

Metodología

Para fines de localizar los trabajos más recientes sobre el tema, se partirá de las investigaciones realizadas en los últimos 20 años, es decir, un periodo que comprenda del 2000 al 2020, esto por cuestiones metodológicas y a partir del interés que ha surgido en algunos países acerca del tema de la participación laboral de los adultos mayores como consecuencia del fenómeno del envejecimiento poblacional (Marfan-Sánchez, 2007).

Los artículos que se incluyeron en la revisión fueron estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos, buscando conocer y analizar la participación laboral de los adultos mayores de una manera amplia.

Se inició con la delimitación de las palabras claves a usar. Se empleó la combinación de palabras claves “adultos mayores y el trabajo”, “*older adults and work*”, “mayores trabajadores”, “*older workers*”, “trabajo y vejez”, “*work and old age*”, “*labor participation of the old*”, “participación laboral de los mayores”. Estas composiciones resultaron necesarias debido a la especificidad de la temática.

Se realizó una revisión en las bases de datos científicas nacionales e internacionales (SciELO, Ebsco, Redalyc, Biblioteca UdeG y el buscador académico de Google).

Criterios de selección

Los criterios de selección de las referencias bibliográficas fueron: (1) que se hayan realizado dentro el periodo establecido; (2) que se tratara de estudios empíricos; (3) que las palabras claves descritas con anterioridad se encontraran en el título o resumen; (4) que se pudiera recuperar el texto completo. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron los artículos encontrados que no cumplieran con las características anteriormente mencionadas.

Selección final de los textos completos para incluíros en la presente revisión

Se encontraron 20 artículos empíricos relacionados con la participación laboral de los adultos mayores. En la Figura 1 se muestra el proceso de selección de los artículos en-

contrados y el criterio de inclusión o exclusión de estos. Se excluyeron 21 artículos de la revisión, ya que no eran estudios empíricos, no abordaban ninguna de las variables mencionadas, no era posible recuperar el texto completo, o bien, que después de revisar el resumen, no resultaran pertinentes para el abordaje del fenómeno.

Figura 1
Diagrama del proceso de selección

Extracción, análisis e interpretación de los resultados

Para la extracción, organización y sistematización de los datos relevantes, se realizaron matrices de información con el objetivo de lograr identificar elementos importantes, como el año de publicación, la metodología y método empleado, la población y lugar de realización, así como las temáticas abordadas. Esto para su posterior análisis y presentación de los resultados obtenidos.

Resultados

Análisis bibliométrico

El objetivo de este apartado es observar las tendencias temporales de publicación, las poblaciones en donde se llevó a cabo el estudio y el tipo de metodología empleada.

Para fines de la revisión se presenta la cantidad de estudios empíricos encontrados separados por lustros. Con el análisis de la producción de investigaciones realizadas, podemos ver cómo la tendencia va aumentando paulatinamente conforme va pasando el tiempo, lo que podemos explicar con el interés que ha tomado los temas gerontológicos en función al significativo envejecimiento poblacional que se ha dado en distintos contextos (Tabla 1).

Tabla 1
Resultados de la tendencia temporal de publicación

Período de publicación	2000-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	Total
Cantidad	2	4	6	8	20

Respecto a los resultados de la población donde se llevaron a cabo los estudios reportados, se encontró una tendencia a realizar estudios en Latinoamérica, mostrando un porcentaje de 75% concentrado en países como Chile, Argentina, Venezuela, Colombia, Brasil y México. Cabe mencionar, que en este último fue donde se encontró una mayor cantidad de estudios (30%). Estos datos sumados ofrecen un mayor porcentaje con respecto a estudios realizados en otros lugares del mundo como Europa (25%). Lo que se podría explicar con el proceso de envejecimiento que en los últimos años han experimentado los países de Latinoamérica, por lo que el interés es reciente (Tabla 2).

Tabla 2
Resultados de las tendencias de publicación de acuerdo con la población

Población	Total	Total	%
América	Sudamérica	9	45
	México	6	30
Europa		5	25
Total de artículos		20	100

Análisis metodológico

En relación con el abordaje metodológico con el que se realizaron los estudios, se presenta una marcada inclinación por realizar estudios cuantitativos (14 estudios) en comparación con los estudios cualitativos, ya que se encontraron en menor porcentaje (cinco estudios). También se hallaron investigaciones llevadas a cabo desde una metodología mixta (un estudio). La mayor proporción de estudios con metodología cuantitativa se han interesado en analizar estadísticas y bases de datos para formular algunas conclusiones en torno a indicadores que pueden explicar la participación laboral de la población adulta mayor. Mientras que el lado subjetivo se ha dejado de lado en torno a este fenómeno (Tabla 3).

Tabla 3
Enfoques metodológicos de los estudios

Tipo de metodología	Cantidad de estudios	Autores
Cualitativa	5	Aguilar-Fuentes y Cardona-Arango (2016); Brooke y Taylos (2005); Krajňáková y Vojtovič (2017); Ramos y Tirado (2019); Smyer y Pitt-Catsoupes (2007).
Cuantitativa	14	Carrillo (2012); Ferrada-Bórquez y Ferrada-Bórquez (2018); Grijalva et al. (2007); López y Bruno (2011); Matthijs y Smit (2012); McGregor y Gray (2002); Millán-León (2010); Montes de Oca (2016); Montoya y Montes-de-Oca (2009); Nava-Bolaños y Ham-Chande (2014); Salas (2011a, 2011b); Yáñez y Duque (2017).
Mixtos	1	Flores y Salas (2018).
Total	20	

Análisis temático

El objetivo de este apartado es identificar y analizar las tendencias respecto al objetivo, población y resultados. Se construyeron los siguientes grandes ejes temáticos identificados, que resultan pertinentes para abonar al fenómeno estudiado:

- a. Participación y situaciones de los adultos mayores dentro del mercado laboral.
- b. Participación laboral femenina.
- c. Significado del trabajo para los adultos mayores.
- d. Estereotipos y posturas de los empleadores acerca de los adultos mayores trabajadores.

De los 20 artículos recuperados, los estudios que mayormente se encontraron fueron los que se centraron en la participación y situaciones de los adultos mayores dentro del mercado laboral, seguidos de la participación femenina, así como los referentes al significado del trabajo para los adultos mayores y los estereotipos y posturas de los empleadores acerca de los adultos mayores trabajadores, encontrados en igual proporción. Temáticas que se abordaran con mayor profundidad a continuación (Tabla 4).

Tabla 4
Temática de los estudios

Temática de los estudios	Artículos encontrados	Descripción de la temática
Participación y situaciones de los adultos mayores dentro del mercado laboral	14	Centrados en identificar las características y condiciones que inciden y motivan la participación o inactividad laboral de los adultos mayores.
Participación laboral femenina	2	Centrados en analizar de manera específica lo que sucede en el caso de la situación de las mujeres en torno al trabajo.
Significado del trabajo para los adultos mayores	2	Centrados en conocer lo que representa para los adultos mayores seguir laborando aun llegada la vejez.
Estereotipos y posturas de los empleadores acerca de los adultos mayores trabajadores	2	Centrados en conocer las creencias acerca de los adultos mayores como fuerza de trabajo por parte de los empleadores.
Total de artículos	20	

Participación y situaciones de los adultos mayores dentro del mercado laboral

Los estudios que mayormente se realizaron versan acerca de la temática de la participación y la situación laboral de los adultos mayores. Con los resultados de estas investigaciones, se identificaron aquellos indicadores y elementos que determinan la participación de los adultos mayores dentro del mundo laboral.

Algunos de estos estudios partieron del análisis de una serie de encuestas y bases de datos, como la Encuesta Sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESE-DEM 2008) (López & Bruno, 2011; Millán-León, 2010; Montoya & Montes-de-Oca, 2009), el censo de población y vivienda (Nava-Bolaños & Ham-Chande, 2014), la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) (Yáñez & Duque, 2017), La Encuesta de Hogares (EH) (Carrillo, 2012), la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) (Sala, 2011a) o la Caracterización Socioe-

conómica Nacional (CASEN) (Ferrada-Bórquez & Ferrada-Bórquez, 2018), la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en las Américas (Sabe) (Montes de Oca, 2016), que como ya lo hemos mencionado anteriormente, la mayoría de estos estudios fueron realizados por medio de metodología cuantitativa.

Por otro lado, una menor cantidad de estudios se centraron en estudiar las cuestiones subjetivas de la participación laboral de los adultos mayores, más allá de los datos estadísticos, por medio de metodologías cualitativas (Aguilar-Fuentes & Cardona-Arango, 2016; Flores & Salas, 2018; Ramos & Tirado, 2019).

Tantos los estudios cuantitativos como cualitativos coincidieron en torno a los aspectos y elementos que han considerado como factores que determinan que un adulto mayor participe, o no, dentro del mundo laboral, aun llegada la vejez, logrando con esto la identificación de un tipo de perfil específico. Uno de estos determinantes, por no decir que el principal, se centra en la cuestión económica y las carencias, ya que se identificó que aquellos que no gozan de una pensión son los que aún se mantienen trabajando (López & Bruno, 2011; Millán-León, 2010; Montes de Oca, 2016; Montoya & Montes-de-Oca, 2009). Entre mayor sea la cantidad recibida por una pensión, menor es el grado de participación laboral. Aunado a esto, también se identificó que el rol y la configuración del hogar juegan un papel importante, ya que los que se identificaron como jefes o jefas de familias son más propensos a seguir trabajando (Nava-Bolaños & Ham-Chande, 2014; Yáñez & Duque, 2017). En cuanto al grado de escolarización, se determinó que los que cuentan con una menor educación se encuentran insertos en el mercado laboral y mayormente por sus cualificaciones, dentro de la informalidad. Otro punto importante se refiere a la condición de salud y la edad, ya que el gozar o considerar tener un buen estado de salud, se vuelve indispensable para lograr seguir trabajando. En cuanto a la edad, se mostró que, entre mayor edad, menor será su participación. Finalmente, en cuanto al género, se reporta una mayor actividad por parte de los hombres que de las mujeres (Flores & Salas, 2018).

Además de identificar un perfil de adultos mayores cuyas características físicas, económicas y sociales han determinado el continuar activos laboralmente, o no, también estos estudios han analizado las características y condiciones del contexto laboral, en donde mayormente se encuentran inmerso este grupo etario. Entre estas características, se encuentra que la mayoría de los empleos cuentan con horarios flexibles, pero también que la mayoría de estos se encuentran dentro de la informalidad, esto en función a las mayores cualificaciones que exige el mercado laboral actual, desplazando a la población de adultos mayores en aquellos trabajos menos cualificados y bajo condiciones de mayor

precariedad (Aguilar-Fuentes & Cardona-Arango, 2016; Carrillo, 2012; Ferrada-Bórquez & Ferrada-Bórquez, 2018).

Participación laboral femenina

Dentro de los estudios acerca de la participación laboral de los adultos mayores, si bien mencionan la diferencia que hay entre hombres y mujeres, la profundidad del análisis del género como determinante y diferenciador de las condiciones laborales se brinda de manera somera.

Por lo cual, para este trabajo es importante desarrollar este apartado con el objetivo de profundizar de manera más precisa en estos elementos que vuelve distinto el trabajo de los adultos mayores hombres y el de las mujeres.

Uno de estos estudios (Salas, 2011b) describe cómo la brecha de género que han experimentado las mujeres, a lo largo de su historia de vida, en la vejez se vuelve determinante para vivenciar de manera distinta esta etapa; esto se refleja en diferentes cuestiones como el acceso a una pensión, ya que hay una menor proporción de adultas mayores que reciben una pensión en comparación con la cantidad de hombres. Para el año 2010, únicamente el 26.1% de adultos gozaban de una pensión, pero solo el 8.7% era destinado para mujeres (INEGI, 2010 como se citó en Salas, 2011b). Esto debido, en gran parte, a la falta de oportunidades laborales que limitaron al acceso a un empleo formal en otras etapas de la vida y que podrían haber garantizado la obtención de este beneficio llegada la vejez.

Además, es importante señalar que las mujeres alcanzan una mayor esperanza de vida en comparación con los hombres, lo que provoca una mayor cantidad de años viviendo con un mayor grado de vulnerabilidad. Por lo cual, el no haber participado anteriormente dentro del mercado laboral y la escasa escolaridad se vuelven factores para que las mujeres se vean más expuestas a participar dentro de las actividades de cuidado y en trabajos no remunerados. Se ha clasificado las distintas actividades y los diferentes sectores en donde se desempeña este género de acuerdo con su escolaridad (Grijalva et al., 2007). Se ha encontrado que las que cuentan con estudios primarios incompletos, desempeñan mayormente trabajos relacionados a los servicios domésticos, servicios de limpieza doméstica y a la comercialización de manera directa, así como a la preparación de bienes de consumo y actividades gastronómicas. Por otro lado, las mujeres que contaban con nivel de estudio medio trabajaban dentro de la gestión, administración, planificación y control, en la comercialización de manera directa, en la producción manual y artesanal, y en la educación, además en servicios de limpieza y domésticos, así como en el cuidado y aten-

ción a personas de distintas edades. Finalmente, las mujeres con educación universitaria (que era la menor cantidad), se concentraban en ocupaciones relacionadas con la salud y sanidad, actividades referentes con la gestión administrativa, planificación y control, la dirección de medianas empresas encargadas de bienes y servicios, así como a la comercialización directa.

Como se puede observar con base en los estudios señalados, el género juega un papel importante en la manera en la que se vive la vejez, como consecuencia de las desigualdades y limitaciones que han experimentado las mujeres a lo largo del tiempo y que en esta etapa se evidencia de manera significativa la brecha de género existente y persistente.

Significado del trabajo para los adultos mayores

Como ya se ha venido abordando en los anteriores apartados, el mayor interés de los estudios enfocados al abordaje de este fenómeno se ha concentrado en la descripción y análisis de determinantes, así como de las condiciones laborales de los adultos mayores, dejando de lado las cuestiones subjetivas y el significado que llega a tomar el trabajo para los adultos mayores que se encuentran trabajando en la vejez. Por lo cual, en este apartado se muestran los resultados obtenidos referentes a ello.

Se ha encontrado (Smyer & Pitt-Catsoupes, 2007) que el significado del trabajo se ve modificado a lo largo de la vida, tanto por cuestiones individuales como por cuestiones externas. En este sentido, se ha identificado que aquellos adultos mayores con una mejor percepción y valoración de su trabajo son más factibles a que continúen laborando en la etapa de la vejez. Además, toma importancia el significado económico, pues consideran relevante la seguridad y la protección que se llega a tener por medio del trabajo para satisfacer las necesidades y los requerimientos que van aumentando en relación con la atención a su salud. Un elemento que consideran valioso los adultos mayores y le dan un significado importante es el poder utilizar sus conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo de su trayectoria laboral, además de la relevancia que le dan al mantenimiento de las conexiones y relaciones sociales por medio de su trabajo.

Finalmente, se encontró la manera en la que el trabajo les brinda un sentido de autonomía, independencia y una forma de seguir activos y mantener su salud tanto física como psicológica.

En otro estudio (Matthijs & Smith, 2012) se encontró que los adultos mayores tienen un mayor compromiso con su trabajo y el incumplimiento de contrato se da en menor medida en este grupo etario, en comparación con los más jóvenes. Además de contar con una

mayor estabilidad emocional, por lo que el trabajo toma otro significado, con un sentido de mayor estabilidad y mantenimiento, que les permite continuar activos y relacionarse con otros grupos de edad, lo que consideran benéfico para su salud.

Resulta importante conocer los motivos que causan que los adultos mayores se encuentren laborando, así como conocer y profundizar el significado que esto toma para ellos, ya que se tiene la idea que la vejez y el trabajo se encuentran en dos aristas totalmente distintas.

Estereotipos y posturas de los empleadores acerca de los adultos mayores trabajadores

Finalmente, otro punto importante en torno al fenómeno de la participación de los adultos mayores dentro del mercado laboral, no solo se centra en el individuo, sino que atraviesa a otros actores involucrados al respecto, como son los empleadores.

Por lo cual, este último apartado tiene el objetivo de mostrar los resultados que se han encontrado con relación a la percepción que tienen los empleadores acerca de los adultos mayores como fuerza de trabajo, conociendo los estereotipos que giran respecto a este grupo poblacional.

Entre los motivos que se encuentra en los discursos de los empleadores, mencionan que los trabajadores mayores ya no están dispuestos ni se encuentran en condiciones de trabajar con mayor rendimiento. Además, los empleadores destacan las dificultades con las que esta población se enfrenta, como las implicaciones de adaptarse a las nuevas condiciones de trabajo y la falta de cualificaciones frente a los nuevos retos que exige el mercado laboral. Otro obstáculo señalado es la falta de manejo de habilidades informáticas y usos de la tecnología (Krajňáková & Vojtovič, 2017).

Se encontraron estereotipos señalados tanto positivos como negativos (McGregor & Gray, 2002). Una de las creencias negativas acerca de los adultos mayores es que tienen una menor adaptabilidad a los cambios y una mayor resistencia a los mismos. Además, se considera que este grupo presenta mayores problemas con el manejo de las tecnologías de la información. Por otro lado, también hay estereotipos positivos centrados en este grupo etario, que se relacionan con aspectos como la confiabilidad, la lealtad y el compromiso.

Siguiendo esta misma lógica (Brooke & Taylos, 2005), se menciona la importancia de comprender las creencias y percepciones que giran en torno a los grupos de edad. Al respecto, las organizaciones deben gestionar y potencializar las habilidades y cualidades de cada individuo en las diferentes edades. También estas organizaciones deben tomar en cuenta los atributos y capacidades de cada persona y abrir espacios en función a esto, evi-

tando los estereotipos por la edad y, con ello, la discriminación, que coloca en desventaja a los adultos mayores en comparación con otros grupos de edad, al no brindar oportunidades de empleo dignas y no tomarlos como fuerza de trabajo capaz y capacitada.

No solo resulta importante conocer el fenómeno de la participación laboral de los adultos mayores desde una visión individualista, sino incluir a todos los actores e instituciones involucrados, con el objetivo de estudiar la problemática de manera holística y lograr crear soluciones que beneficien a todos y no solo a unos cuantos.

Conclusiones

El tema del trabajo se convierte, en cierta forma, en un fenómeno complejo y amplio de analizar, ya que atraviesa una serie de dimensiones, no solo desde una cuestión individual —tomando en cuenta el significado que toma en la vida de las personas—, sino más allá; el trabajo se convierte en un elemento que se encuentra en constantes modificaciones por cuestiones sociales, económicas, políticas, entre otras.

Si bien, han sido pocos los estudios que han abordado y analizado la participación laboral de los adultos mayores, a través de los que ya se han llevado a cabo se han identificado una serie de características y condiciones de los adultos mayores trabajadores, como aquellos que se consideran o son considerados como jefe de familia, los que no reciben ninguna pensión, que presentan un número menor de patologías y que tienen educación básica. También se ha señalado, que entre mayor es el monto de la pensión recibida —para los que sí gozan de ella—, menor es la presencia dentro del mercado laboral. Lo que permite tener un primer referente del perfil actual de los trabajadores envejecidos, que, sin duda, posiblemente se modifique en las siguientes generaciones.

Sin embargo, también se ha mostrado una clara tendencia por la realización de estudios cuantitativos, dejando de lado las cuestiones subjetivas que implican que los adultos mayores sigan laborando, como sus motivaciones, incentivos y estímulos que está propiciando este fenómeno. Con los escasos estudios realizados bajo esta óptica, se ha encontrado que el trabajo les brinda un sentido de autonomía, independencia y una forma de seguir activos y mantener su salud física y psicológica.

Otro de los vacíos que se pueden señalar, se relaciona a la importancia de hacer investigaciones tomando como sujetos de estudio a los adultos mayores que no se encuentran dentro de la informalidad ni en situación de carencia de una pensión, logrando hacer una diferenciación entre el significado que toma el trabajo realizado por necesidad al que no. Asimismo, hacer un mayor énfasis en las diferencias y determinantes de género.

Por otro lado, resulta pertinente abordar con mayor profundidad el papel de los empleadores, indagando cuáles son sus creencias y percepciones en torno a este grupo de edad, en donde el conocimiento y la transformación de estos pueda coadyuvar en la creación de vínculos para la contratación y capacitación de los adultos mayores, tomando en cuenta sus conocimientos, habilidades y experiencias, buscando el beneficio para todos. Lo que se ha reportado con los estudios realizados hasta el momento, es que se tiene la creencia que los adultos mayores presentan una mayor resistencia a los cambios, así como menor capacidad para el uso de las tecnologías, que los imposibilita de enfrentar las nuevas demandas del mercado laboral. Cabe mencionar, que hace falta seguir profundizando en el tema.

Finalmente, como ya se había mencionado al inicio del trabajo, es indispensable realizar una mayor cantidad de estudios que logren visibilizar y reconocer la contribución de los adultos mayores a la sociedad, no solo desde el trabajo remunerado sino del no remunerado, con el objetivo de combatir los estereotipos y prejuicios que han colocado arbitrariamente a este grupo de edad y que los han posicionado en un lugar de desventaja frente a otros grupos poblacionales.

Si bien, es importante realizar estudios en torno a las problemáticas de los adultos mayores en general, dado el fenómeno de envejecimiento poblacional que se está experimentando en América Latina, temas como el trabajo cobran relevancia al ser poco abordados y de donde se debe partir de las condiciones contextuales y estructurales que caracterizan a México y a su población.

Referencias

- Aguilar-Fuentes, S., & Cardona-Arango, D. (2016). Ingresos laborales, transferencias y seguridad económica de los adultos mayores de Medellín, Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 18(1), 34-45. <https://doi.org/10.22267/rus.161801.17>
- Brooke, L., & Taylos, P. (2005). Older workers and employment: managing age relations. *Ageing & Society*, 25, 415–429. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05003466>
- Carrillo, A. (2012). Situación del adulto mayor en la fuerza de trabajo: Venezuela 1975-2010. *Revista Latinoamericana de Población*, 6(11), 59-86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5349599>
- Chapa, B. (2017). *Las colonias industriales y el inicio de la relación salarial en Jalisco*. Universidad de Guadalajara. Jalisco.

- Ferrada-Bórquez, L., & Ferrada-Bórquez, M. (2018). Calidad del empleo de los adultos mayores en Chile, un factor de envejecimiento activo. *Papeles de población*, 24(95), 43-63. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.95.03>
- Flores, L., & Salas, I. (2018). Calidad del empleo en grupos socialmente vulnerables en México. El caso de los adultos mayores. *Economía, sociedad y territorio*, 18(56), 1-33. <http://www.scielo.org.mx/pdf/est/v18n56/2448-6183-est-18-56-1a.pdf>
- Grijalva, G., Zúñiga, M., & Zupo, M. (2007). Adultas y adultos mayores en Sonora: ¿dependientes, autosuficientes o proveedores? *Región y sociedad*, 19(spe), 117-145. <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v19nspe/v19nspea7.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020a). *Censo de Población y vivienda. Instituto Nacional de Estadística y Geografía*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020b). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Glosario*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>
- Krajňáková, E., & Vojtovič, S. (2017). Struggles of Older Workers at the Labour Market. *Economics and Sociology*, 10(1), 319-333. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2017/10-1/23>
- López, R., & Bruno, F. (2011). Una aproximación comparativa de la participación económica de los adultos mayores: el caso de la ciudad de Monterrey y el Estado de México. *Revista Kairós Gerontología*, 14(2). <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8205/6105>
- Marfán-Sánchez, J. (2007). *Adultos mayores en la fuerza de trabajo: Inserción en el mercado laboral y determinantes de la participación* (Tesis de maestría). Universidad de Chile. <http://hdl.handle.net/10533/179136>
- Matthijs, P., & Smit, P. (2012). The older the better! Age-related differences in emotion regulation after psychological contract breach. *Career Development International*, 17(1), 6-24. <https://doi.org/10.1108/13620431211201300>
- McGregor, J., & Gray, L. (2002). Stereotypes and Older Workers: The New Zealand Experience. *Social Policy Journal of New Zealand*, (18), 163-177. <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj18/18-pages163-177.pdf>
- Medina, I., Rodríguez, A., Marín, I., Córdova, P., Hernández, N., Mireles, M., & García, P. (2018). Trabajo y vejez: Significado del trabajo para los adultos mayores de Guadalajara. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 2, 186-200. <https://doi.org/10.33064/ippd2688>

- Millán-León, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, 16(64), 93-121. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n64/v16n64a5.pdf>
- Montes de Oca, N. (2016). Participación en la fuerza laboral de los adultos mayores en Latinoamérica y el Caribe. *Carta Económica Regional*, (89). <http://www.cartaeconomicaregional.cucea.udg.mx/index.php/CER/article/view/5730>
- Montoya, B., & Montes de Oca, H. (2009). Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México. *Papeles de población*, 15(59), 193-238. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v15n59/v15n59a6.pdf>
- Muñoz, R. (2011). Las políticas públicas de la vejez en México 2010. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (71),35-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39348325003>
- Nava-Bolaños, I., & Ham-Chande, R. (2014). Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México. *Papeles de población*, 20(81), 59-87. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n81/v20n81a4.pdf>
- Ramos, G., & Tirado, E. (2019). Hasta que el cuerpo aguante. Trayectorias, rutinas y motivaciones laborales de trabajadores adultos mayores de la ciudad de Lima, Perú. *Estudios de población en los países andino-amazónicos*, 48(3).
- Sala, G. (2011a). *Acceso a beneficios previsionales y participación en laboral en la tercera edad*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sala, G. (2011b). Envejecimiento demográfico y participación laboral femenina. *Trabajo y Sociedad*, (19). <http://www.unse.edu.ar/trabajoysociedad>
- Smyer, M., & Pitt-Catsoupes, M. (2007). The meanings of work for older workers. *Published in Generations*, 31(1), 23-30. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.960.5801&rep=rep1&type=pdf>
- Villegas, G., & Montoya, B. (2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de población*, 20(79), 133-167. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v20n79/v20n79a6.pdf>
- Villegas, 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*, 13(1), 143-165. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/8789>

Yáñez, M., & Duque, N. (2017). *Determinantes de la participación laboral de los adultos mayores jubilados en Colombia. Año 2014*. II Congreso Virtual Internacional Desarrollo Económico, Social y Empresarial en Iberoamérica. <https://www.eumed.net/libros-gratis/actas/2017/desarrollo-empresarial/62-determinantes-de-la-participacion-laboral.pdf>

Capítulo 5

El médico tradicional como curandero en Tonalá.

Un caso paradigmático de pervivencia, brujería y salud comunitaria

Alejandro Chávez Rodríguez

Los procesos de salud enfermedad y atención de una población semirrural están enmarcados por aspectos médicos, ideológicos, religiosos, espirituales y de identidad poblacional. Esto ocurre con Tonalá, que se enmarca como una ciudad en vías de crecimiento económico, pero con rezagos, sobre todo, económicos y en materia de salud comunitaria. La forma como la gente aborda diversos elementos de salud está relacionada con su visión del mundo. Las enfermedades son tratadas por especialistas que se enmarcan en formas de ver el mundo y, así, se vuelven fundamentales en las maneras de tratarlas, tanto en las formas de curación alternativas como tradicionales de abordar diversos padecimientos.

Los aspectos físicos se ven acompañados de elementos espirituales y cosmogónicos de entender la enfermedad y de la misma manera de configurar las terapéuticas. Una de las dolencias u padecimientos más comunes en el ámbito citadino/rural tradicional es la mal llamada *brujería*. Esta última es la forma en que una persona maldice o daña a otra, por medio de su fuerza vital (Chávez, 2016). Se logra por medio de la proyección de su deseo de daño, a través de un intermediario (*brujo*) o por medio de dotar a un objeto o comida de dicha maldición. Con el objetivo de que la persona, al ser *dañada*, su energía vital disminuya y pierda su equilibrio biopsicosocial.

Los síntomas de la brujería pueden ser variados, incluye dolencias físicas, mentales, psicológicas o sociales. Sin que los síntomas sean categorizados de esta manera, dichos síntomas solo pueden ser corroborados por un especialista (el mismo brujo que causó el mal o un médico tradicional), para que proceda con el buen diagnóstico y culmine con el tratamiento adecuado.

El objetivo del presente capítulo fue identificar y reconceptualizar la medicina tradicional, el curanderismo y la medicina alternativa en la zona centro de Tonalá, Jalisco, con el propósito de darle un giro a la concepción popular que se tiene de lo que comúnmente se llama *brujería* en el imaginario colectivo, concerniente a las situaciones cotidianas que se interrelacionan en las prácticas de salud comunitaria de la población. Por lo tanto, los procesos de salud enfermedad y atención estaban presentes en la misma reconceptualización y reclasificación.

La primera fase consistió en un mapeo participativo para la identificación de casos potenciales, así como su proceso descriptivo. Para la segunda fase, se utilizó un método de estudio de casos. Las técnicas empleadas fueron la entrevista semiestructurada junto con la entrevista a profundidad, para después realizar un análisis de contenido en busca de las temáticas relacionadas con el objetivo de investigación.

Metodología

Se realizó un estudio de corte cualitativo que se caracterizó por dos fases, en las cuales se utilizó en mapeo participativo, dividiendo la zona centro de Tonalá en cinco sectores para su descripción e identificación de casos potenciales (Crespo & Salamanca, 2007). El mapa que se muestra en la Figura 1 forma parte de la primera fase de la investigación.

Figura 1

Mapa de la estratificación de los médicos encontrados durante la investigación

Nota. Tomado de Chávez, 2021, p.87.

Se utilizó la técnica bola de nieve para la identificación de los practicantes de las diversas medicinas en la zona mencionada (Moriña, 2017). La aproximación también se logró gracias a previas investigaciones que se habían efectuado en el área, con relación a la migración indígena de la zona de Tonalá. Los contactos previos (Chávez, 2018) facilitaron las nuevas entrevistas en la presente investigación. De esta manera, se accedió a los practicantes y sanadores, así como a los diversos escenarios.

En la segunda fase, se logró un acercamiento particular con la mayoría de los contactos y se optó por seleccionar algunos casos paradigmáticos con el fin de profundizar las cuestiones de salud y su experticia pragmática en relación con el tema. En este capítulo, se presentará un ejemplo de caso paradigmático como forma de mostrar algunos aspectos y objetivos alcanzados del proceso de la segunda fase de la investigación.

Propuesta metodológica: del paradigma al método

Se implementó una metodología horizontal epistemológica¹ basada en las diversas situaciones de complejidad y su abordaje con el objeto de estudio. Las fases parten desde un nivel macrometodológico hasta su accionar en el proceso de recolección de datos y su proceso de análisis.

Se optó por un paradigma interpretativo basado en una búsqueda del significado de las acciones humanas; el paradigma se implementó como primera fase de la estrategia metodológica. Como consecuencia lógica, la propuesta de abordaje fue una metodología cualitativa, como segunda fase de entendimiento de la realidad, partiendo de una situación construida desde la visión del actor.

Mientras que la mayoría de las investigaciones cuantitativas se basan en hipótesis previas, la metodología cualitativa 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, el paradigma interpretativo examina a la gente y su hacer en busca de interpretar lo que está ocurriendo. (Chávez, 2018, p.16)

¹ Consiste en un acercamiento metodológico que aborda el estudio desde un paradigma cruzando por el método hasta llegar a las técnicas, que dotan a la investigación de un carácter circular y horizontal de análisis de un fenómeno (Chávez, 2020).

Creswell (1998) mencionó que, como parte de la investigación cualitativa, existen herramientas como el uso de la etnografía, que permite la descripción e interpretación de un grupo, sistema cultural o social, en pos de representar un patrón cultural específico. A su vez, Stiles (1993) propuso que se debe de analizar el contexto en el cual emergen factores culturales propios del grupo y analizar las historias personales tanto del informante como del investigador.

Por lo tanto, la propuesta interpretativa y, en concreto, la postura cualitativa, facilita el observar al participante en situaciones reales dentro de su contexto natural, permitiendo al investigador recopilar, analizar e interpretar la situación en la cual está inmerso. El resultado es la generación de un bosquejo holístico de un grupo cultural particular, que incorpora el punto de vista de los actores (visión emic) y las descripciones e interpretaciones del investigador (visión etic).

Como tercera fase se eligió el método biográfico, que busca captar la esencia de la narración personal que se conecta con el significado en su acción cotidiana, a través del relato/acción, y la importancia del individuo como un formador de realidad cultural, a partir de su conexión con la cotidianidad (Chávez, 2020).

Estudio de casos como proceso en la vida cotidiana

A partir del planteamiento de una metodología horizontal, fue pertinente emplear el método de estudio de caso como técnica, pero al mismo tiempo como un micro acercamiento metodológico por el énfasis en la profundidad de procesos complejos de la vida cotidiana y social (Mohd, 2008). El hermetismo del tema y el ser un fenómeno complejo y difícil de estudiar obligó a que el método fuese flexible y no como originalmente se concibe al estudio de caso. Pues el método empleado no fue un estudio de caso puro, debido a que el acercamiento tiene tintes de aproximación fenomenológica, que dota de una mayor riqueza a la investigación.

El estudio de caso se caracteriza por ser un método de investigación cualitativa que estudia a profundidad un pequeño número de casos, de forma holística y exhaustiva de las propiedades de un fenómeno. Puede utilizar múltiples fuentes de datos, la incorporación de diversas técnicas para la recopilación de evidencia en el contexto de la vida real, es decir, naturalista, para el análisis de la información; esta triangulación de fuentes de datos, técnicas y niveles de análisis resulta esencial para la verificación de los resultados (Gerring, 2007).

El producto final de un estudio de casos es una descripción “rica y densa” de los fenómenos sociales en una determinada cultura. Por ello, 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 a 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). (Chávez, 2018, p.16)

Como cuarta fase, se utilizó un acercamiento teórico fenomenológico, el cual se basa en la búsqueda del significado a partir del discurso. Mendieta y Ramírez (2015) mencionaron que la realidad es bifurcada y se observa como subjetiva y objetiva. La primera se caracteriza por poseer subjetividades que se expresan a través del pensamiento, acciones o creencias. La segunda, se crea por la realidad social que es compartida por los miembros de esta.

A su vez, existen diferentes niveles de legitimización, que se enfocan en el universo simbólico concebido como la interrelación entre los procesos objetivos y subjetivos. El lenguaje es el mediador por excelencia, tiene la capacidad de estabilizar la propia subjetividad, a través de los símbolos o de la interacción diaria. De esta manera, el lenguaje adquiere sentido con la experiencia, permitiendo que las acciones tengan un significado subjetivo y objetivo. Así, el lenguaje se transforma y trasciende más allá de la realidad del día a día. Se transforma en símbolo y por esta cualidad puede interactuar en una esfera de realidad similar y complementaria (Schütz, 1993).

Como quinto nivel de abordaje, se empleó un conjunto de técnicas pragmáticas derivadas de la etnografía y su esencia en busca del objetivo de la investigación, de tal manera que se trabajó con la observación participante y la entrevista a profundidad, técnicas pilares para la obtención del dato desde una postura subjetiva cultural.

La entrevista a profundidad se caracteriza por reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Mella, 2003; Chávez, 2020). La entrevista no estructurada se enfoca en la obtención de información cultural y antropológica, la cual consiste en entrevistas de manera informal, obteniendo amplia información sobre tópicos generales (Moriña, 2005). Finalmente, la observación participante se enfoca en la mirada cercana del fenómeno y la interacción constante entre el investigador y los informantes; con el objetivo de conocer los procesos que se llevan a cabo y obtener información de manera profunda y densa (Moriña, 2005).

Como último nivel, se implementó un análisis del contenido, de acuerdo con Gibbs (2012) y Rapley (2014), quienes buscaron analizar temáticas previamente construidas a través de la teoría y que complementaron o diversificaron los resultados encontrados en el discurso del participante.

Hsieh y Shanon (2005) mencionaron que para acercarse a un fenómeno en pos de analizarlo, se debe de iniciar con una base teórica sustentada en una revisión de la literatura, que ofrezca un marco de referencia en el momento de la entrada al trabajo de campo. De esta manera, se inicia con el análisis desde 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.

Consideraciones éticas

La presente investigación se sujetó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), Título Segundo denominado “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I. Que a través del artículo 13 y 16 protege la privacidad del individuo sujeto de investigación; en el artículo 14 considera que se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación; en el artículo 17 se considera investigación sin riesgo cuando no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en los individuos porque se trabajará con entrevistas.

Caso paradigmático

Don José, el curandero eficaz

Don José vive en las periferias del centro de Tonalá, en la zona suroeste. Tiene 55 años. Se dedica a la curación desde hace 30 años, empezó como ayudante de una curandera y comenzó a desarrollar sus habilidades de curación en compañía de sus hermanos, quienes se dedicaron al mismo oficio. Él se autopercibe como curandero de los que “no hacen limpias, sino de los que curan de verdad”. Se dedica principalmente a los daños espirituales y delega aquellos “trabajos” del amor a su hermana, quien menciona que es una experta en el arte de los tratamientos para atraer y conservar las parejas. Don José menciona que es necesario cobrar por las “curaciones”, debido a que el trabajo no es solo en el momento del ritual, sino que este continúa durante todo el proceso que la persona asiste con él para terminar el tratamiento, lo cual implica mucho gasto energético, vital y psicológico.

Resultados

Los resultados forman parte de temáticas encontradas que funcionan como un todo explicativo del caso y de su forma de relacionarse con el entorno y con su oficio. Estos parten de la conexión del desarrollo biográfico que se suma a las experiencias que lo forman, como un rol que ejecuta, ejerce e interactúa con la comunidad. Las temáticas nacen como explicaciones del accionar de Don José dentro de su labor como curandero, debido a aquellos aspectos a los cuales les da más importancia, como su formación como curandero y su percepción en el imago colectivo de su oficio.

Iniciación y años dentro del proceso de curación

Treinta años respaldan a Don José como curandero, quien inició su proceso de aprendizaje como ayudante de una curandera, junto a sus hermanos. Después, fue portero (cargo importante en el ritual de selección de los que esperan y pasan antes de ser curados y presentarse con el sanador a cargo). Interrumpió su aprendizaje debido a su proceso migratorio a los Estados Unidos. Regresó hace 10 años y continúa hasta la fecha en el camino de la curandería como oficio.

J: Empecé a trabajar en esto hace, 30 años. De 30 años, pero yo era escéptico. Para trabajar en esto, tú debes de ser escéptico, un escéptico de esos que tú dices, de hueso colorado. ¿Para qué? Para que no puedas, para que no te puedan engañar ni puedas tú engañar a la gente.

A: ¿Cuántos años tenía?

J: *Tenía 24 años...Y ya tengo 55. Y de aquí me fui, cuando estuve aquí, estuvimos mi hermana, mi hermano y yo con la misma persona.*

A: ¿Les enseñó?

J: *Sí, la misma persona nos enseñó. Pero ellos tenían un este, un camino diferente al mío. Cuando a mí me enseñó, yo era, era el portero o era el que dejaba entrar y salir todo lo bueno, lo malo del recinto, ese era mi... pues mi trabajo. Porque casi siempre me ponía yo en la puerta del recinto, yo dejaba entrar y salir lo bueno, lo malo. Y ahí es cuando me sacaron unos pinches pedotes (Risas) ... ¡que uta!, ahí sí. Y eso, ya después estuve un tiempo con la misma, estudiando con ellos, o más bien practicando, porque estudiar no. Esto no es de estudiar ni de libros, esto es de practicar.*

A: ¿Y fue por iniciativa propia o lo seleccionaron a usted? o ¿cómo fue?

J: *Yo fui nomás porque... por curiosidad, porque ya había ido mi hermano Memo, mi hermano empezó porque este... a él sí lo tenían jodido y por eso fue, y empezó a trabajar en eso.*

A: ¿Le habían hecho brujería por así decirlo?

J: *Sí. Y a él lo llevaron con esa misma persona, y él lo curó.... Pero bueno no, no cualquiera puede meterse a esto. No es de que ¡Ah! yo ahorita quiero aprender o quiero hacer cosas... Pero esa, la mujer esa, la que a nosotros nos escogió, y nos dijo el porqué. Y también es curioso que somos ocho hermanos y cuatro nos dedicábamos a esto, pero de diferente forma. Y eso es de herencia. Eso es de herencia.*

A: O sea, tienen un don por así decir.

J: *Sí. Pero ya es porque alguien de tu familia te lo heredó, eso es más fuerte todavía.*

A: ¿Y su maestra qué era? Este, ¿Cómo se consideraba ella? ¿Qué era?

J: *Ella era... ella se consideraba curandera.*

Etiologías y formas de diagnosticar

Don José diagnostica a través del *ver*, proceso de muchos curanderos que consiste en que *observan* o *escuchan* qué es lo que tiene la persona. Va más allá de *mirar* en el plano físico, buscan o ven el plano del espíritu y es lo que diagnostican. Sin embargo, Don José se enseñó a diagnosticar por medio de la lectura de manos, técnica milenaria que dota al curandero de mayor precisión, haciendo una línea temporal no lineal, pudiendo observar el presente, pasado y futuro de una persona, en relación con sus padecimientos:

A: ¿Usted cómo diagnostica las enfermedades? ¿Ve o cómo se le podría decir?

J: *A veces veo, pero casi siempre la mayoría...*

A: Explíquenos qué es ver...

J: *Ver, este, es como si yo estuviera viendo una radiografía de ti y ahí se ve lo que tú traes. Pero la mayoría de las veces me gusta mejor [ver] la mano. Ahí se ve todo, ahí está escrito todo. Pero yo siempre veo la [mano] izquierda, ahí es, ahí te dice el amor, cuántas veces te has enamorado realmente o que te han dejado huella en tu corazón. Cuántos hijos tienes o tuviste, este, enfermedades, enfermedades estas físicas. O sea, ahí se ve todo tu pasado.*

A: Y el futuro obviamente también, ¿No? ¿O no necesariamente?

J: *No necesariamente, porque si le dices el futuro a la mayoría de la gente, la mayoría de la gente se asusta. Porque todos quieren dinero y ser felices. (Risas) Pues es la verdad... Si no trabajas y no haces lo que debes de hacer ¿cómo vas a tener dinero? Entonces, así es mucho de estar, si tú le dices la verdad. Es más, a veces si les dices la pinche, la verdad de lo que ya les ha pasado se asustan, te recogen la mano y si no, te cierran la mano. O si no, acá mentalmente se cierran. Entonces, y tú sientes y si no espérate este, ya a veces cuando yo siento que se cierran mentalmente o acá en la mano, yo ya no le sigo, porque ya están asustados.*

A: O porque también les da vergüenza su pasado ¿no? ¿Puede ser eso también no?

J: *Pues sí, porque hay mucha gente que yo les he dicho que tienen doble vida y me dicen que no. No, sí, tú tienes doble vida, porque tú vives así, así, así... Y a ti no te gusta vivir así. A ti te gusta vivir así, así, así, y lo haces por complacencia por tu pareja. Y, a veces, pues sí hay engaño. Entonces, cuando mucha gente dice y le empiezo a explicar el porqué de doble vida y se asustan, o me dicen: "No, pero es que" No, no. Lo que yo te estoy diciendo aquí es aquí, yo no puedo salir y decírselo a alguien más...*

A: ¿En las líneas? o ¿también como una proyección de la mano? o ¿cómo?

J: *Es como si estuvieran, así como sacándote unas fotostáticas "Tá, ta, ta". Entonces, a veces te quedas, así como, a veces te quedas en cuatro, porque pues ves mucha información y a veces te dice pues, "Ah cabrón lo que pasa es esto" y ya la gente siempre "¿Qué pasa?, ¿qué vio?, ¿qué vió?" (Risas) Y tú acá, todo bien "lampareado", la verdad.*

A: Pues mucha información ¿no?

J: *Sí, es mucha información y te quedas, así como los venados... cuando, bien lampareado y ya después agarras tú la onda. "Ah mire, vi esto, esto y esto. A usted le pasó*

esto de tal año a tal año y tuvo una enfermedad, tuvo un accidente así, así...” Y a veces me contengo, porque a veces, hay mujeres que han venido u hombres que han venido y han perdido hijos y, a veces, les tengo que decir, ¿Por qué? Porque de ahí a veces vienen sus enfermedades.

A: Ahí sería lo psicológico.

J: *No. Es lo espiritual... Es lo espiritual*

Curación y terapéutica

La curación se da por medio de un intercambio de energía del curandero hacia la persona que atiende. En el ritual intercede el pedimento a los santos o al mismo espíritu con los sincretismos propios de la religión católica. La efectividad de la curación, por lo tanto, depende del vínculo que tenga el sanador con las entidades que curan y, de la misma manera, su capacidad de almacenar y trasladar su energía vital para poder curar:

A: ¿Pues qué se podría manejar? ¿Cómo se cura? ¿Cómo una persona puede curar a otra persona, por medio de qué?

J: *La gente, digo, cuando uno viene a curar, uno maneja, se puede decir, su fuerza vital o su humor... entonces, cuando tú haces una preparación de una veladora o empiezas a rezar, porque tú puedes rezar, así como cotorro y no pasa nada... entonces, cuando tú rezas o preparas una vela, lo que tú le estás poniendo a la vela es tu fuerza, tu energía, pero es tuya.*

A: Sí, que está compuesta por muchas cosas ¿no? Por la fuerza vital, por el olor, por la presencia, por todo.

J: *Entonces todo eso es el humor, el humor es lo que uno percibe de aquella persona. Porque tú vas, conoces gente que te cae muy bien. Entonces, su fuerza, su espíritu es muy calmado, o sea, es muy equilibrado... Y aparte para que tu... para que tu rezo, tu súplica llegué al padre, tiene que pasar varias capas para que llegue él. Entonces, por eso a veces los milagros son tan escasos. Pero de que hay milagros, hay milagros. Nomás que hay que saber el modo de pedir y el momento exacto de pedir.*

A: Entonces, se podría decir que una persona se enferma, ¿Porque pierde la fuerza vital? ¿Y la efectividad de la curación depende del curandero?, válgame la redundancia, o ¿depende de la fuerza vital que tenga? o ¿de las dos? o ¿del conocimiento? o ¿de todo?

J: De todo, porque al hacer una curación tú debes de ser como el doctor, ya vamos a hacer esto y esto y esto. Porque aquel que está haciendo el mal, me va a tirar el fregadazo así, así, así. Yo le voy a responder así, o voy a ocultar a aquella persona. Entonces, son diferentes factores de lo que tú debes de saber de mover. Eres tú, eres el Padre. Ante todo, es el Padre. Nosotros nos manejamos como si fuéramos un juguete que él dice tú haces esto, esto, esto y nosotros lo hacemos. Y a mucha gente dice, o se queja de que uno cobra. Sí, uno tiene que cobrar, porque [el recibo de la] luz, [el] agua, uno tiene que pagar. Y aparte, lo que ellos no saben, de cuando tú sales de hacer el trabajo, a veces sientes que te lleva la chingada, te sientes bien cansado... o sea, porque tú estás perdiendo mucho de ti aquí y, a veces, te cobra... y te cobra caro.

Brujería

El daño espiritual, psicológico o físico dirigido de una persona a otra sigue siendo la denominada brujería. Desde la capacidad o vitalidad que posee la persona que dirige el daño, o por medio de un intermediario (brujo), la proyección del deseo de dañar sigue siendo un motivo importante de consulta y terapéutica en el mundo del curanderismo:

A: ¿O la hacen perder la fuerza vital?

J: Nosotros la perdemos y otra persona hace que, te la quita o te tapa.

A: Que... eso sería la brujería como tal ¿no?

J: Eso es la brujería como tal. Mira, para hacer el mal es bien fácil. Facilísimo hijo de la chingada, con cualquier cosa tú chingas a una persona, aunque muchas personas digan que no es cierto, pero es verdad. Hasta los padres saben la verdad. Eso es, lo malo lo haces fácil.... enfocándote en la persona y en el daño, en el coraje y todo eso, en ese instante, tú aprovechas todo eso y ¡Bum! Te friegas a aquella persona. Y la persona va a empezar a sentir el dolor de cabeza, va a empezar la enfermedad, porque hay muchas personas que han venido aquí que van con los doctores, con especialistas, con mi amigo, con él. Y no tienen nada. Pero ellos se sienten bien mal y les dicen que están locos. Entonces, ya vienen con nosotros y nosotros ya vemos lo que él trae; empezamos la curación, por eso es la curación adentro del recinto, y empezamos a sacarle todo el daño que ya trae. Con oración, con velación, con enterramientos, con desalojos. Hay muchísimas formas y cada enfermedad se trata diferente en todas se tratan igual.

Daño y creencia

El daño realizado por medio de un trabajo o brujería se efectúa independientemente si la persona cree o no, o si practica algún tipo de medicina tradicional o posee una creencia en alguna entidad religiosa. El daño radica en la efectividad (poder personal o vitalidad) de la persona que quiere hacer daño, así como la que recibe el trabajo para ser lastimada:

A: ¿Es que aquí no es de creer verdad? ¿Te pueden hacer daño o no, sin que creas o no creas no?

J: *Es eso, la gente no entiende, de que si te chingan te van a chingar. Y, a veces, no porque te chingue, pero a veces hay gente que trae mucha energía o mucha luz, como quieran llamarle, y absorbe todo lo malo de las personas, esas personas más bien es que tú eres así, así, así, pero ahorita con la curación te vas a sentir bien. Ya se mete la curación, pum, sale y se siente bien. Te va a ir bien por un tiempo, ¿por qué? porque tú eres una persona así, así, así y absorbes o atraes muchas cosas.*

A: Muy aprensivas ¿no? Como le decimos nosotros ¿no?, acá, sobre todo.

J: *Entonces, a ti es lo que te hace falta es una protección, y con eso te hace sentir bien. Y mira, vas y compras la protección así, así, así, y me la traes, te la voy a preparar y ya es todo. Y que a veces mucha gente me dice ¿Usted a cuánto la vende? No, yo no lo vendo, tú me la traes, porque si yo te la vendo te la voy a vender cara, se te va a hacer caro, mejor tú ve y cómprala, yo nomás te la preparó y aquí está que te vaya bien.*

Lugar de trabajo

El lugar de trabajo sigue siendo una herramienta práctica y empírica del curandero (Figura 2). Le permite obtener la conexión con las entidades que le ayuden a sanar a los pacientes y, de la misma manera, potenciar su capacidad para diagnosticar, curar, proteger y protegerse. Se diría que es una extensión de su habilidad para sanar a través del cuerpo y le otorga una defensa espiritual y energética natural, innata, fluida.

J: *Y, a veces, ellos mismos te pueden ayudar, cuando a veces yo estoy adentro [en el lugar de trabajo], pues yo también pido y la mayoría de las veces me agacho y digo “Ángeles y arcángeles y a todos los seres de luz os pido su ayuda y su bendición” Y ya prendo el fuego, el fuego tiene un significado, el significado del Espíritu Santo, el círculo de curación se prende, pero pues se representa por el Espíritu Santo que es el*

Figura 2

Lugar de trabajo

fuego y es el que quema todo mal, toda energía, toda salación, todo ojo, todo hechizo, todo eso. Entonces, tú haces esa curación para que caiga todo esto al fuego y el fuego lo consume. Entonces, es eso. Y eso es una forma de curar, se hacen diferentes círculos, diferentes formas, o sea, de diferentes círculos y de diferentes firmas, para diferentes males. Pero hay una firma, la mía, que para mí es la más poderosa y que casi siempre es el último recurso o a veces el primer recurso, que digo, para que se acabe esto rápido.

A: Sí, sí. Pero ya estando uno ahí, ¿Uno decide no? Y dice bueno, voy a trabajar ahorita con esto otro.

J: Sí, es así, y con los santos, con los santos pues, yo no trabajo con santos es muy raro. Porque pues, mi Santo favorito, mi santo favorito es San Judas. No sé por qué, pero no trabajo con él, pero es mi Santo favorito... Entonces, ponerles agua, fruta, verdura, fruta.

A: Igual como las hierbas ¿no?

J: Exacto como las hierbas también, es como una pequeña ofrenda y si ya se acabó, igual las velaciones. Una velación es una ofrenda hacia Jesús, hacia el Espíritu Santo o hacia el Padre. Es una ofrenda. Es como yo lo manejo, es una ofrenda. Y les tiene que agradar. Entonces, tienes que preparar todas las cosas.

El curanderismo y la ciudad

Como mucha literatura lo confirma, la tradición del curandero está íntimamente ligada a su labor como sanador ciudadano. La explicación proviene de la conexión del sincretismo religioso y sus múltiples cambios culturales efectuados a través del tiempo. Procede de la transformación de las zonas rurales a urbanas y del cambio de la visión en torno a la salud, en el aspecto de la concepción de qué es estar sano y enfermo, que depende mucho de la comunidad y de las costumbres del imago colectivo:

J: *Y que es como la otra vez que yo te platiqué, aquí en las ciudades nunca vas a encontrar ni un brujo, en las ciudades no hay brujos.*

A: Hay curanderos.

J: *Hay curanderos, y mucho charlatán. Porque al ser, para ser curandero tienes que saber ciertas cosas. Y cuando la gente viene y me dice: “Quiero que me haga una limpia”. Creo que casi la mayoría de [las] veces los corro... porque no, yo no hago eso. Yo no hago “limpias”. Yo curo a la gente. Una limpia es muy diferente a la curación.*

A: ¿Cuál sería la diferencia?

J: *La diferencia es que te van a tallar con hierbas y un huevito, esa es la diferencia. Y no te van a hacer nada. Te quitarán lo que traes, pero por un ratito. Pero también depende de qué tipo de hierbas están usando y cómo las usen, y el permiso que les dé a las hierbas, porque las hierbas te tienen que dar permiso. No nomás arrancarlas y agarrarlas y pasarlas, no. Por eso mi hermano hacía las curaciones a veces con hierbas, pero él las trataba. Eso es mucha diferencia. Y la curación es cuando tú te metes adentro del recinto y empiezas a pedir por la curación: cuerpo, alma y esencia. Que son tres cosas distintas. Y eso es la diferencia de ser un curandero, a uno que dice que puede hacer una limpia. Pues no. Es como... Bueno, en todo... en todo trabajo, pues desgraciadamente en todo trabajo hay niveles y cuando tú vas con una persona a que te haga una limpia, pues es un nivel muy bajo. Y así se mantienen toda la vida ellos, haciendo limpias.*

Discusión y conclusiones

Mas allá de la situación de precariedad que vive la comunidad de Tonalá y su búsqueda de salud derivada de lo antes mencionado, los resultados abonan a entender y tener una caracterización de los practicantes de la medicina tradicional y el curanderismo. Sus prácticas relacionadas a las terapéuticas y sus concepciones de diversos aspectos ayudan a ver posibles formas de intervención en salud comunitaria.

Recordemos que los especialistas en esta forma de concebir la salud son, al mismo tiempo, expertos, practicantes y usuarios de este sistema de salud; por ello, las concepciones y su forma de tratar las enfermedades están relacionadas con los procesos históricos y fundacionales de la comunidad, es decir, forman parte de la cosmovisión de la población y sus particulares estilos de vida (Chávez et al., 2018).

La brujería sigue siendo uno de los motivos de consulta más solicitados en los modelos de la medicina tradicional o curanderismo (Chávez & Villaseñor, 2012). Se parte de que el agente patógeno que causa el mal se deriva de la envidia y de la forma como la gente quiere ejercer un daño hacia otra persona. No solo es una explicación desde la óptica psicosocial (catarsis, sugestión, etc.), sino que posee una carga simbólica en torno a las vicisitudes de las grandes urbes y el crecimiento relacionado a los espacios públicos y privados, así como el hacinamiento en el que vive la población.

Así pues, el uso y pervivencia de estos modelos de atención alternativos y contraculturales siguen siendo manifestaciones del fracaso de los modelos hegemónicos oficiales en salud, que desde diversas ópticas (salud mental, salud comunitaria, salud preventiva, etc.) han sido insuficientes (Aguirre, 1963; 1986); sobre todo, en las comunidades que aún no han dado la transición final de una semirruralidad hacia una urbanidad completa.

Finalmente, los resultados de esta investigación ayudarán a la conceptualización de los especialistas en medicina tradicional o curanderismo desde una lógica inductiva; y al mismo tiempo, un bosquejo de la población en la identificación de alguna situación de vulnerabilidad, así como el reconocimiento de factores individuales y socioculturales por los cuales las personas aún practican estos métodos de curación. Las ventajas de este estudio ofrecen una oportunidad de replicar la metodología y las propuestas de intervención para zonas cuyas características sean similares a las de Tonalá, tanto en cuestión demográfica como en aspectos socioculturales, económicos y de cosmovisión.

Referencias

- Aguirre, G. (1963). *Obra antropológica VII Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. FCE.
- Aguirre, G. (1986). *Antropología médica*. CIESAS.
- Chávez A. (2016). *El nahualismo y la medicina tradicional: un enfoque desde la salud pública*. Amate.

- Chávez, A. (2018). Concepciones de la enfermedad, terapéutica y el oficio del curanderismo en Guadalajara, Jalisco, México. Perspectiva de un curandero urbano. En A. Chávez, & M. L. Ávalos, *Investigación cualitativa en Gerontología y Salud Pública: una aproximación a la realidad del actor social*. Qartuppi. <https://doi.org/10.29410/QTP.18.01>
- Chávez, A. (2020). *Oficios del adulto mayor en Tonalá: investigaciones cualitativas con método biográfico*. Editorial página seis.
- Chávez, A. (2021). La “brujería” en Tonalá: reconceptualización de la medicina tradicional, la alternativa y el curanderismo. *Revista Psicología UNEMI*, 5(9), 85-97. <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1346/1311>
- Chávez, A., Orozco, I., & Córdova, P. (2018). Uso y percepción de la medicina tradicional, alternativa y curanderismo en migrantes indígenas de Guadalajara. En A. Chávez, *La juventud y la migración indígena: aproximaciones teóricas y estudios empíricos sobre población vulnerable*. Arlequín Editorial.
- Chávez, A., & Villaseñor, S. (2012). Una revisión narrativa de las enfermedades y terapéutica en la medicina tradicional. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*, 58(3).
- Crespo M., & Salamanca, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*, (27), 1-5. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage.
- Gerring, J. (2007). *Case study research. Principles and practices*. Cambridge University Press.
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Hsieh, H., & Shanon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277.
- Mella, O. (2003). *Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación*. Primus.
- Mendieta, G., & Ramírez, J. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 435-443. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14>
- Mohd, K. (2008). Case study: A strategic research methodology. *Journal of Applied Sciences*, 5(11), 1602-1604.

- Moriña, A. (2005). *Investigar con Historias de Vida*. Narcea.
- Rapley, T., (2014). *Los análisis de la conversación, del discurso y de documentos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987. Última reforma publicada, *DOF 02-04-2014*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Paidós.
- Stiles, W. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.

Capítulo 6

Ellos también pueden. El fenómeno del cuidado desde las experiencias de cuidadores familiares hombres

Isis Erendira Medina Román y Alejandro Chávez Rodríguez

El interés alrededor del fenómeno del cuidado en la vejez ha ido en aumento, debido a que el incremento en la esperanza de vida no siempre es sinónimo de independencia. Si bien, este fenómeno implica consideraciones específicas acordes a la etapa del ciclo vital en el que se presenta, también ha sufrido modificaciones extrínsecas relacionadas a las adaptaciones en los roles de cada miembro del núcleo familiar y que a su vez son compaginados con otros sistemas.

El proceso de envejecer

El envejecimiento es un proceso natural que inicia desde la concepción y solo es detenido por la muerte. Se trata de una serie de cambios fisiológicos esperados que tienen repercusiones funcionales y estructurales. Al ser un fenómeno inherente a los seres vivos, tiene repercusión en todas las esferas vitales del individuo, por lo tanto, ha sido estudiado desde distintos enfoques. Es universal, progresivo, irreversible y heterogéneo (Harman, 1981; Landinez et al., 2012; Villagordoa, 2007). Esta última característica es el resultado de factores intrínsecos, pero también de otros modificables que se encuentran relacionados al estilo de vida del individuo. La combinación de estos puede dar como resultado un envejecimiento exitoso, normal o patológico.

Envejecimiento demográfico, cada vez más adultos mayores

Actualmente, de los 652 millones de habitantes que conforman la población total de América Latina y el Caribe, el 12% es conformado por la población adulta mayor. Dicha proporción va en aumento, debido a las modificaciones que se producen en la fecundidad, la longevidad y el descenso en la mortalidad. La esperanza de vida aumentó en las últimas décadas. Para 1965, la esperanza de vida era de apenas 59 años, 17 años menos que en 2020 donde la esperanza de vida es de alrededor de 76 años. Se estima que para 2060, México será considerado un país envejecido, ya que la proporción de adultos mayores será superior a la de los niños (Huenchuan, 2018).

Existen repercusiones aunadas a estos cambios demográficos. Dentro de ellas, se encuentra la posible elevación de los costos en salud y bienestar para atender las necesidades de una vida más prolongada, además de la disminución de la población potencialmente activa en relación con la población dependiente.

Irremediablemente, existe una porción de población adulta mayor que vive la vejez con enfermedades que merman su bienestar e independencia. El envejecimiento patológico puede llevar a situaciones de dependencia en cuidados; esta ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo sin ayuda tareas básicas y cotidianas, incluso con ayuda en el entorno o el uso de dispositivos de apoyo (Barthel & Mahoney, 1965; Duran-Badillo, 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). El cuidado es la única opción para cubrir dichas actividades.

En México, se ha reportado que el 21.7% de los adultos mayores tiene limitaciones en actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 5.1% vive con dependencia (Salinas-Rodríguez et al., 2020). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), el número de personas de 60 años o más que requieren atención a largo plazo en América, se triplicará dentro de las siguientes tres décadas, de un aproximado de 8 millones a 27 millones para el 2050.

La dependencia funcional tiene implicaciones a distintos niveles. En lo individual, tiene implicaciones en la esfera física, pero también en la psicológica está relacionada con sentimientos de depresión, baja autoestima y desesperanza. A nivel familiar, hay un reajuste en los roles asignados para el cuidado. Socialmente, aumenta la demanda de servicios de salud y sus costos para personas dependientes (Salinas-Rodríguez et al., 2020).

El cuidado a lo largo de la vida

El cuidado es una necesidad que nos acompaña a lo largo de la vida durante las diferentes etapas. Hoy vivimos más años, pero estos pueden venir acompañados de enfermedades

crónicas que restan independencia. Covas et al. (2009) definieron el cuidado como la proporción de atención y recursos al otro con el fin de satisfacer necesidades básicas, así como procurar su bienestar.

La poca cobertura en servicios de salud y pensiones, además de la exclusión del mercado laboral formal de las que son víctimas las personas mayores, puede vulnerarlos hasta hacerles dependientes de sus familias. En la mayor parte de Latinoamérica, la familia es quien brinda cuidado a las personas mayores con dependencia funcional. Solamente del 8 a 20% vive solo y menos del 1% vive en instituciones de larga estancia, mientras que la proporción de adultos mayores que reciben servicios formales de cuidado es aún más baja y se concentra en hogares con ingresos superiores a la media (Arroyo et al., 2011; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2009).

¿Quiénes cuidan?

Tradicional y culturalmente, el cuidado es una tarea asignada a la mujer. Esta asignación se asocia casi de forma inmediata con justificación en bases biológicas y por su buen desempeño a lo largo de la historia en el cuidado de los niños y los enfermos (Arroyo et al., 2011). Sin embargo, el cuidado es una actividad con diversas implicaciones que repercuten en la salud física, emocional y en las relaciones sociales; por ende, las tareas de cuidado requieren de una buena organización y se benefician de una repartición equitativa con el fin de evitar la sobrecarga en el cuidador primario.

El cuidado a los adultos mayores dependientes se asocia también a un rol del género femenino, si bien hay excepciones en donde un hombre es quien toma el papel de cuidador primario, existe una fuerte inclinación por parte del imaginario social a vincular la identidad femenina como la cuidadora innata (Arroyo et al., 2011).

A pesar de todo esto, los roles de las mujeres, al igual que la estructura poblacional, han sufrido modificaciones. El envejecimiento poblacional también es resultado de la disminución en la natalidad, producto además de las estrategias de salud pública sobre el control natal y de la decisión de optar por una descendencia menos numerosa por la influencia de los cambios en contextos sociales, económicos y culturales en los que se han desenvuelto las mujeres durante las últimas décadas (Arroyo et al., 2011). Por supuesto, existen variaciones no solo entre países, sino dentro de las mismas regiones. La mayor inserción de la mujer al mundo laboral ha generado menos compatibilidad con las funciones estrictamente domésticas, por lo que se infiere que el tiempo antes dedicado al cuidado se dedica ahora a otras actividades relacionadas al trabajo. ¿Quién cuida entonces?

El cuidado a las personas mayores dependientes es aún una actividad desempeñada por las mujeres, pero si bien ellas se sirven más de la reorganización del tiempo para compaginar su vida laboral y el resto de las tareas domésticas, los cambios en paradigmas han permitido a los hombres involucrarse. Arroyo et al. (2011), citando al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2009), refirieron que del total de personas sin empleo remunerado que cuidan está conformado por mujeres en su mayoría, 91.4% contra un 8.6% de hombres. Además, las mujeres utilizan más horas destinadas a esta tarea que sus pares.

Por todo esto son abundantes los estudios e intervenciones con mujeres cuidadoras, pero pocos los estudios que hablan sobre cómo viven los hombres el fenómeno del cuidado, por lo que el objetivo de este capítulo es interpretar las percepciones del género masculino en relación con el cuidado de adultos mayores dependientes.

Metodología

Se utilizó la metodología cualitativa, caracterizada por buscar la comprensión de las interpretaciones que los individuos otorgan a un fenómeno desde todas sus perspectivas, para realizar un estudio de caso; este es definido como el abordaje intensivo de una unidad específica inmersa en un entorno particular. Con el fin de describir las experiencias del cuidado y entender los sentidos que otorgan los hombres a esta actividad, el estudio se abordó con enfoque fenomenológico (Martínez, 2006; Martínez-Salgado, 2012; Muñiz, s. f.; Olabuénaga, 2012; Taylor et al., 2015).

La población fue seleccionada mediante un muestreo por conveniencia y bajo los siguientes criterios de inclusión: hombres adultos de entre 40 y 55 años, laboralmente activos que ejercieran el rol de cuidadores primarios. No se incluyeron en este estudio participantes que superaran los 60 años y que no tuvieran relación filial con sus dependientes. Se excluyeron participantes que solicitaran su salida voluntaria del estudio o no aceptaran grabar el audio de las entrevistas. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas a profundidad que posteriormente fueron transcritas, así como observación participante y el diario de campo. Los resultados fueron obtenidos mediante un análisis de contenido. Se extrajeron códigos en vivo del discurso de los participantes, que posteriormente fueron organizados en categorías y, por último, dieron lugar a la creación de temáticas.

Se entregó un consentimiento informado a los participantes con el fin de explicar el objetivo de la investigación, su relevancia y confirmar su participación voluntaria. El estudio se encuentra catalogado por el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de

Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014) como “investigación sin riesgo” y 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.

Los participantes cuidadores fueron dos hombres de 51 y 54 años con relaciones y trabajos formales, que cuidaban a sus madres quienes padecen trastorno neurodegenerativo mayor de tipo mixto (por enfermedad de Alzheimer y vascular). Ambos llevan a sus madres a terapia de estimulación cognitiva, con el fin de enlentecer los efectos de la enfermedad y prolongar la independencia de los pacientes; aunque en el caso de la paciente del participante dos, ya se encuentra muy afectada. Ambos participantes fueron captados en la consulta de la investigadora junto con otros dos cuidadores hombres, solo ellos compartían características laborales, de la relación con la dependiente y el padecimiento de esta, por lo que se les incluyó en el estudio de caso. Las características de los participantes se observan en la Tabla 1.

Tabla 1
Características de los participantes

Participante	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Padecimientos	Relación y nivel de deterioro del paciente
1	51	Soltero	Supervisor de cajas	Educación superior	Diabetes tipo 1	Madre - GDS 4, correspondiente a demencia en estadio leve.
2	54	Casado	Gerente de materiales	Educación superior	Hipertensión	Madre - GDS 6 correspondiente a demencia moderadamente grave.

Resultados

A partir del análisis de contenido, la información se dividió en tres temáticas denominadas: (a) la caracterización del actor, (b) el constructo cuidado y (c) la masculinidad y las implicaciones en el cuidado.

La caracterización del actor

Dentro de la primera temática se revisan las percepciones del actor sobre sí mismo, partiendo de sus relaciones, roles y actividades actuales. Se revisa también su historia personal en relación con el cuidado.

Ellos son

El primer participante es un hombre de 51 años, soltero y con un puesto de seis días a la semana (48 h) en una importante empresa transnacional dedicada al rubro comercial. *“Cuido a mi más de 78 años...”* (Participante 1).

El segundo participante es un hombre de 54 años, casado con dos hijos y un puesto de gerencia en materiales, trabaja 5 de 7 días a la semana. *“Soy gerente de materiales, tengo 54 años, casado por 25, dos hijos, y tengo a cargo a mi mamá desde hace casi ya 10 años y vive conmigo”* (Participante 2).

El cuidado hacia los padres

Ambos participantes tienen una relación filial con su dependiente, ambos cuidan a su madre, lo que implica sentimientos específicos relacionados al desarrollo del vínculo a través de la vida y cómo se ha modificado a partir de la presentación de los síntomas y la evolución de la enfermedad. Definitivamente, los discursos muestran una modificación en las dinámicas de los holones familiares: *“yo no me siento con la suficiente confianza o capaz de decirle ¡Te me sientas y te terminas de desayunar!”* (Participante 1)

es una actividad que no estaba en la familia, ¿si me entiendes? Tú ves a tu abuelita o a tu abuelito y nunca lo ves enfermo. Tu abuelito que te consiente, que te cuida, en este caso no es así, es la hija malcriada que uno tiene [...] hace cosas que no permites que hagan tus hijos. No quiere comer, quiere aventar la comida. Es bien difícil cuidar a alguien como hijo o hija y de repente ver que ya no tiene tu respeto, que está bajo tu cargo [...] para mí no tienes ya su apoyo, no es alguien con quien tu platicas y es otra persona, no es esa mamá que te apapacha o esa consejera. Ya no está [...] tus problemas de casa están debajo de ti, pero tus papás arriba, ahora es en lugar de tu soporte tienes. Ahora es ver como tú los soportas y ver por los que ya tenías aquí y lo que se presenta en el trabajo y la vida. (Participante 2)

Esta situación ha traído a la conciencia experiencias que refieren como desagradables, que modifican estructuras en la relación, su comunicación y sentimientos.

El papel del cuidado en sus vidas

Los cuidadores reportaron cambios en sus actividades, costumbres y rutinas. Asimismo, las rutinas de las personas mayores dependientes también se adaptaron a las de sus cui-

dadores con nuevos horarios o el apoyo de nuevos recursos: “si le estoy llamando por teléfono para ver cómo van las cosas ...” (Participante 1).

La levanto, le doy sus pastillas, le doy un ensure, en ese momento nos paramos al baño, se lava los dientes, estamos poniendo la rutina de que haga pipí o esas cosas, en ese momento, porque en las mañana no es fácil el control de esa parte, prendo la regadera, se calienta el agua, le pongo champú en la cabeza, no la baño y la dejo para que se bañe, ya que el agua este tibia no caliente templada, para que pueda meterse a bañar, espero a que salga y le paso su ropa y le ayudo a vestirse, hasta peinarse, ya que ella se peina, le digo puedes recostarte otro rato porque es muy temprano. Hago esto entre 6:00 y 6:30 de la mañana que salgo al trabajo [...] A veces, ya estoy por irme y ya se orinó, entonces tengo que limpiar todo eso y ya voy súper tarde y aparte me voy oliendo a cloro... (Participante 2)

Las personas mayores a su cargo padecen trastorno neurocognitivo mayor en diferentes estadios (leve y moderado severo), producido además por diferentes etiologías, pero que les producen disfuncionalidad en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Los cuidadores han tenido que involucrarse con diferentes actividades.

Si me ha puesto en la situación de estar checando, porque puede ser peligroso, me ha dejado la llave del gas abierta [...] por ejemplo, yo le tengo que dar el medicamento, porque en la tarde se lo quiere volver a tomar [...] sí camina, pero no puede cargar mucho, surta despensa para que no cargue [...] yo hago el aseo, la lavadora no es la que ella conocía, entonces yo lavo la ropa... (Participante 1)

Comenzó a perder más cosas y, entonces, ya era darle sus vestidos y luego a darle y dejarle su ropa, al final elegía la que ella quería, luego evolucionando, yo he tenido que quitar hasta pudor, porque yo tengo que elegir todo y ayudar a colocarle todo y la peino, luego de doy su desayuno y su medicina. (Participante 2)

Al preguntar sobre el diagnóstico, se deja en evidencia el desconocimiento en relación con el mismo y a las posibles consecuencias fuera de las que ya están siendo testigos. No les es fácil pronunciar de manera correcta el nombre de la enfermedad o justifican

entre risas que jamás han sido buenos memorizando diagnósticos emitidos por médicos ni siquiera de sus propias enfermedades. Se cuenta con documentos emitidos por médicos y otros profesionales de la salud, que confirman los trastornos cognitivos de sus familiares con dependencia.

Recuerda muy bien su niñez y juventud, pero ayer lo que hizo o lo que comió ahora no lo recuerda [...] híjole de diagnósticos y cosas médicas has de cuenta que me hablan en ruso o en chino, siempre olvido los términos médicos, pero de siempre, también con mi diabetes [...] no sé cuál es su diagnóstico, me dijeron que no era reversible e irá bajando. (Participante 1)

Tiene aizjairmer (Alzheimer) mixto moderado, tuvo micro infartos, entonces perdió bastante su capacidad como persona, perdió varias palabras, varias cosas, empezó a mezclar muchas cosas hasta que fue diagnosticada, a quedarse desubicada y perderse en lugares que había vivido toda su vida. (Participante 2)

El participante número uno refiere que se convirtió en cuidador por asumir las reglas implícitas de la dinámica familiar. Refiere que su padre falleció hace años y sus cuatro hermanos (dos mujeres y dos hombres) se casaron y se fueron con sus parejas de la casa de sus madres como es esperado, al no haberse casado aún y comenzar a notar los síntomas amnésicos de su mamá, comenzó a asumir tareas para satisfacer sus necesidades de cuidado, sin embargo, refiere que no hay mucha diferencia con sus costumbres anteriores a las actuales.

Pues creo que me tocó la suerte. Mis hermanos se casaron rápido y en el momento en el que ella queda viuda, pues yo sigo aquí en casa ¿no? Y pues me llega el hecho de estarla cuidando. (Participante 1)

En el caso del participante dos, la situación de cuidado ocurrió de forma más inesperada y con más complicaciones. Su familia de origen estaba conformada por tres miembros más, su madre, su padre y su hermana, quienes vivían además en otro estado. Al fallecer su padre, su madre comienza a cruzar por una depresión mayor exacerbada por la muerte de su hermana y síntomas cognitivos que se sospecha estaban presentes antes de estos duelos, los cuales comienzan a hacerse muy visibles y afectar las actividades instru-

mentales. Además de los síntomas amnésicos, sufre abuso financiero por parte de otros familiares y su hijo decide traerla a vivir con él y su familia.

Por la situación familiar... yo soy su único familiar; mi papá y mi hermana ya no están. Fue algo que llegó en ese momento, no estuvo planeado, solo llegó conmigo y he aprendido a cuidarla, no sabía cuidarla [...] Empezó a los 72 y de ese lugar donde vivió... ¿qué te gusta, 50 años?, ya no sabía dónde estaba, ya no sabía cómo salir del estacionamiento, mi mamá manejaba, se fue debilitando, su mundo se fue cerrando hasta que estaba encerrada en su casa, con un desorden de documento, ropa, tarjetas [...] hubo un colapso en su vida, más todos los peligros que corre una persona mayor de asaltos robos, todo eso, tuvo todo eso, abuso de personas cercanas, yo pienso por la debilidad física que tienen las personas mayores, porque son vulnerables, ahí fue cuando yo decidí traerla. (Participante 2)

Ambos participantes saben que el diagnóstico no es reversible y han observado progresión, por lo que refieren temor a las complicaciones de este en el futuro: *“Cuando llegó, llegó más platicadora y cada año ha perdido más cosas más pláticas y ahora ya es alguien que cuido. No, no es reversible”* (Participante 2).

El constructo cuidado

En esta temática, se revisa el constructo cuidado definido desde sus percepciones y experiencias; además, los participantes narran cómo ha cambiado su vida y qué los motiva a proporcionar la satisfacción de necesidades, así como las implicaciones de dicha actividad.

¿Qué es cuidar?

Llamó la atención durante el desarrollo de la investigación que a los participantes les tomó tiempo poder definir qué entendían por *cuidar*, a pesar de estar inmersos en la actividad, aunque esta los construya y se asuman como cuidadores: *“Checar y ayudar a la persona o personas en las cosas que no pueden hacer por sí mismos; creo eso es lo que considero o defino como cuidar”* (Participante 1).

Cuidar es hacerte cargo de que a lo que estas cuidando lo resguardes segura y cuidada [...] es que tienes que cuidar todos sus aspectos, emocionales, físicos,

el entorno, o sea no sé, no nada más es cuidar que la cuido y está ahí guardada, yo cuido su alimentación, salud emocional, que duerma bien, vaya, todo.
(Participante 2)

Para ellos, entonces, cuidar es realizar acciones para procurar el bienestar integral de una persona que depende de ellos.

El cuidado a lo largo de la vida

A pesar de referir tener complicaciones al cuidar adultas mayores, ya en etapas previas habían tenido contacto directo o indirecto con esta tarea, viendo cómo la desempeñaban sus propias madres o incluso ellos mismos con sus abuelos.

Yo lo vi con mi abuela, una tía que fue la que no se casó y ella fue la que cuidó a mi abuela. Nadie le dijo tu eres la encargada, se le dio, era la soltera y ahí estaba ella atenta de su mamá, igual a mí, nadie me impuso, creo que todos lo asumimos. (Participante 1)

Yo cuidé a mi abuelito, cuando era joven, y me la pasaba bien, yo lo metía a bañar, se bañaba solo, pero yo lo rasuraba, le cortaba uñas, iba a caminar con él, caminaba y platicábamos normal, no me costó. (Participante 2)

Es posible que estos contactos los sensibilizaran a llevar a cabo la tarea, a pesar de que refieran causalidades como “ser solteros y estar en casa” o “ser su única familia”; llama la atención que ninguno de los dos ha optado por la institucionalización de larga estancia que representaría una disminución en la carga de cuidado. El apoyo es un factor determinante entre la presencia de sobrecarga y un cuidado llevadero. El participante uno sí recibe apoyo por parte de sus familiares, mientras que el dos no percibe tenerlo.

Los sábados se la lleva uno (hermanos) se queda a dormir con ellos y vuelve domingo en la noche [...] están ellos también involucrados en atender a mi mamá.
(Participante 1)

No, si me preguntas, sí hay cierto apoyo, pero estas tú solo y tienes que sacar como energías y fuerzas y no sentirte solo. Tú sabes que he tenido que tomar

terapias, y sí es bien difícil y sientes ese sentido de soledad, tú contra el mundo y, a veces, pasas un día bueno y no pasa nada. (Participante 2)

El lado bueno de cuidar: motivaciones

Una de las principales motivaciones positivas y voluntarias para brindar cuidados a sus madres adultas mayores dependientes fue que, esta actividad, ya había sido desempeñada por ellas antes hacia ellos, por lo que refieren es una forma de “pagarles”. En el caso del participante uno, las tareas de cuidado desarrolladas por su madre estuvieron fuertemente cargadas hacia el cuidado de su salud, debido a que el cuidador padece diabetes tipo 1 desde los dos años, por lo que su madre tuvo que estar atenta al manejo de su enfermedad, así como a las emergencias que se presentaban por hipoglucemia.

Creo que sería mi forma de agradecerle a ella que me haya cuidado a mí, digo, al final yo fui diabético desde los dos años y obviamente era ella la que diario me llevaba al seguro para que me estuvieran atendiendo, era ella la que me inyectaba, fue por ella que me enseñé a inyectarme, no porque yo haya ido a tomar un curso. Entonces digo que fue una forma que la misma vida me dio para poderle agradecer todo ese tiempo que me dedicó en esa etapa como niño. Era ella la que corría a la secundaria que los maestros me sacaban en brazos. (Participante 1)

Las implicaciones negativas del cuidado

El cuidado es una actividad con complicaciones para el cuidador bien conocidas por la literatura, dentro de las cuales se encuentra el cansancio físico y mental. En el caso de las personas mayores dependientes, no hay inmovilidad, sin embargo, al ser un trastorno cognitivo mayor que afecta la memoria, los cuidadores referían cansancio de escuchar al familiar repetir constantemente situaciones negativas, o ser cuestionados por cosas cotidianas que ya habían sido respondidas.

Por ejemplo, voy al trabajo, una persona que no cuida va y lo puede dar por enterado mucha gente. Yo tengo que avisarle que voy al trabajo, porque me salgo y me pregunta si voy al cine, a las 10 de la mañana, o a todas horas, creo que eso a nadie le preguntan [...] informarle qué hago para que esté tranquila [...] Aguanto mucho y si me llega al tope exploto... repite y repite, repite, cuando es

algo bonito está bien, pero cuando repite cosas como críticas o señalamientos o mortificaciones, obviamente cansa [...] es más tenso. (Participante 1)

Independientemente de la situación sanitaria a nivel mundial que ha afectado de manera particular a nuestro país, en el caso del participante dos, el cuidar a su madre sin redes de apoyo informal percibidas ha dificultado el proceso, las ocupaciones y reuniones laborales no paran ni siquiera teniendo a su cuidado una persona dependiente, por lo que al salir del trabajo y recogerla de la institución de corta estancia a la que asiste mientras él labora, su cuidado no le permite la posibilidad de cumplir con compromisos laborales o actividades de ocio espontáneas.

Pierdes libertad, por ejemplo, un amigo me dice ‘Oye vente vamos a tomar unas cervezas’ y se oye bien ñoño ‘No, porque tengo que ir por mi mamá’ y, a veces, mucha gente no lo entiende eh, mucha gente piensa que no es en serio, o tenemos una comida de negocios, si yo no la tengo planeada días, no la puedo llevar a cabo. Si me dicen ahorita ‘Oye, te invito vamos a comer con esta persona importante de este negocio’ es un ‘No’, o tengo que llegar mucho más tarde de lo planeado, porque tengo que llegar, que cene, que se acueste y ya se acabó el día, pero es como, encadenado, no sé si está bien la palabra, amarrado por lo menos ese tramo del transcurso de tu trabajo a recogerla a la casa, acostarla y darle de cenar. Eso es algo que no puedes dejar de hacer, o sí puedes, pero no debes [...] es como tener dos trabajos. (Participante 2)

El participante uno refiere que a lo largo de su vida nunca ha tenido aficiones fuera de casa, por lo que compaginar la vida fuera de su trabajo y esta tarea no le representan mayor dificultad.

No tengo aficiones fuera de casa que me mantengan lejos de mi hogar, entonces así me la vivo, de mi trabajo a mi casa, un rato con la novia y un rato acá [...] Porque nunca me llamaron la atención, no, este tengo amigos, pero casualmente me estiman mucho, aunque no los vea físicamente, me estiman mucho, pero ahora con lo del WhatsApp hablamos mucho y hasta ahí. Cuando hay oportunidad nos vemos y disfrutamos muchísimo, pero es una vez al año, quizás dos, insisto, no por el cuidado sino porque yo ya lo venía trayendo desde muchísimo tiempo. (Participante 1)

Asimismo, las diferencias en el sentimiento de aislamiento producido por el cuidado, además de sobrecarga, son atribuidas a la percepción de pocas redes sociales de apoyo, en este caso, informales. Ambos cuidadores creen que tienen suficientes recursos económicos e institucionales para solventar gastos referentes al cuidado, sin embargo, el participante dos es hijo único y no cuenta con el apoyo de su familia nuclear, ocasionalmente, recibe ayuda en casa y su hijo le ayuda a traer a su madre al centro de día, mientras él trabaja, pero no se involucran más, debido a que las alteraciones neuropsiquiátricas esperadas de su enfermedad y sus creencias alrededor del diagnóstico han dificultado a la familia poder establecer una relación armoniosa con la persona. Para este participante, el inicio del cuidado de su mamá debido a su comportamiento ha dificultado la relación con su familia, sobre todo con su esposa e hija, de quienes cree se ha distanciado.

Mil problemas. Con mi hija, con mi esposa, con mi hijo no tanto, ya lo utilizo para que me ayude, mi hija al principio era muchísimo celo, hubo distanciamiento de ella conmigo, con mi esposa hemos tenido eventos de divorcio miles.
(Participante 2)

Para ambos participantes, el cuidado ha significado problemas en su relación de pareja; no porque sus parejas estén en contra de la actividad o por el tiempo que les toma, sino por las conductas de las madres adultas mayores dependientes hacia ellas en forma directa o a través de sus hijos.

Las mamás son celosas y más por el hecho de que estoy aquí con ella, sí me ha generado la situación algunas discusiones, pero las hemos ido solventando. Las dos partes entienden que debo estar con las dos partes [...] platico con mi novia y le digo que no es una situación en su contra, porque al final de cuentas al rato ya hasta se le olvidó. Es hablarlo con la persona consciente, mi mamá pues tiene el problema. (Participante 1)

Creo que he tenido miles de eventos de casi divorcio y siguen y como que ya nada más buscas como sobrellevar y pasar la etapa. (Participante 2)

Para ambos hombres cuidadores han representado implicaciones en su estado de salud, ambos padecen una enfermedad crónica, el participante uno padece diabetes mellitus tipo 1 y el participante dos padece hipertensión arterial.

El participante uno refiere que no siente que el cuidado afecte de manera directa su salud o en mayor medida que otros factores de riesgo, pero narra que, durante algunos episodios donde su madre se encuentra delicada de salud, pierde el control de su diabetes y presenta alteraciones en los niveles de glucosa en la sangre.

Ha habido los sobresaltos normales de una persona que cuida o que tiene una relación... al final, si se te pone grave tu mamá te asustas y, en mi caso, por ser diabético eso te sube o te baja la glucosa. (Participante 1)

El participante dos comenta que la hipertensión se desarrolló debido a los altos niveles de estrés que presentó en un episodio de complicaciones al cuidado de su mamá, en ese periodo fue diagnosticado.

No, no tengo, bueno soy hipertenso, pero súper controlado [...] siento que me ha complicado la salud [...] a veces es mucho más fuerte la presión de cuidarla a ella que a los demás [...] creo que ahí me hice hipertenso. Fue un momento donde tuve muchísimo trabajo, muchísima presión y mi mamá en el club, pero también un momento de crisis para acoplarse y ahí me hice hipertenso, me salieron canitas, yo no tenía canas y en un año ¡pum! (Participante 2)

La masculinidad y las implicaciones en el cuidado

En esta temática, se ponen en evidencia las diferencias de género percibidas por los actores presentes en sus narrativas. A pesar de ser evidente que son personas más jóvenes y que crecieron en contextos más flexibles que las adultas mayores a las que cuidan, aún en sus discursos se observan diferencias. Se les pidió que pensarán en las tareas que socialmente eran asignadas por el entorno al hombre. Dentro de las categorías se encuentran las diferencias en rol y actividad por género y dificultades en relación con el género percibidas a la tarea del cuidado.

¿Qué hacen los hombres?

Dentro de los discursos de los participantes, se observa que algunos roles *tradicionales* siguen vigentes en los entornos donde ellos se desenvuelven. Asignaron al género masculino tareas como ser el proveedor, protector y cabeza de familia.

Mi papá siempre fue de, aunque diera dinero, los domingos iba a tianguis y traía frutas y verduras, aunque le diera dinero a mi mamá, también por eso yo quedé con esa escuela y hoy más por esta razón. (Participante 1)

Proveer, ¿eso? Ser la cabeza de la familia, no se todas estas reglas, el hombre no cuida, el hombre busca quién cuide, cosas, no trapeas, no haces esas cosas que comúnmente las hace una mujer, tender camas, yo tiendo mi cama ja, ja, pero no está mucho en el rol, cocinar, todos los fines de semana yo hago. (Participante 2)

La masculinidad y el cuidado

Si bien, al preguntar a estos actores si el cuidado era una actividad de género y ellos referían que no, sí terminaban sus discursos con una respuesta contraria. Además, refieren que la estructura en los roles familiares ha cambiado y, por ende, se necesita un reajuste que por supuesto implica su participación en las tareas de cuidado.

Era la mujer la que tenía esa sensibilidad, o tiene, para poder guiar a las personas, orientarlos, [...] desgraciadamente, hoy como también estás fuera, como también, tienes que salir para ganar dinero y sobrellevar esta situación [...] Volviendo al género, nada que ver. (Participante 1)

Esta situación era comprendida y aceptada por ellos y su entorno inmediato, pero al llegar al siguiente subsistema se encontraban con cuestionamientos por parte de sus pares. Los hombres que trabajan con ellos, por ejemplo, no entienden o saben que son cuidadores primarios. Al respecto, comentaron lo siguiente: “Si compañeros de trabajo me dicen, así como que ‘¿Cómo que tú la cuidas?’ Qué tiene” (Participante 1); “Las mujeres son más expertas al cuidar” (Participante 2).

Al preguntarles ¿quién cuida mejor? El participante dos comentó:

Mujeres, no. Es igual, depende, quien se comprometa más [...] Por ejemplo, yo digo que nadie en mi trabajo se imagina que yo soy cuidador [...] yo digo que tengo a cargo a mi mamá desde hace un tiempo [...] creo que, a la sociedad, en Latinoamérica, en México no se tiene ni idea de qué es ser cuidado [...] no compagina mucho. (Participante 2)

Ambos reciben ayuda de las parejas, si bien una de ellas manifiesta objetivamente no querer involucrarse e incluso querer institucionalizar de forma prolongada a la persona mayor dependiente en una residencia, ambas aportan ayuda instrumental como transporte.

Fíjate que incluso ella me ha ayudado a cuidarla (la novia). Hubo una temporada en la que trabajaba por las tardes y ella la llevaba a la alberca [...] incluso me ha ayudado en dos ocasiones que se me puso mal, ella me ayudó a llevarla al hospital, yo estaba en México capacitándome [...] otra vez cuando me pasó a mí, llegaron mis hermanos y todo, pero ella estaba por teléfono, preguntando como íbamos, diciéndome qué hacer, qué checarle. (Participante 1)

Estás solo, te apoyan, pero es parcial, la responsabilidad es tuya, no es como 'Ay te paso la estafeta', no en mi caso no hay a quién pasarle la estafeta, me apoyo con el club. (Participante 2)

El apoyo institucional que recibe el mismo caso es por parte de un centro de día dirigido y operado exclusivamente por mujeres, no por un factor excluyente, sino que simplemente no ha habido hombres que se integren a las tareas proporcionadas en el lugar que son además de recreación y aprendizaje, cuidados y acompañamiento terapéutico. Esto podría ser una señal de la perpetuación del fenómeno.

en el centro sí la dejo, si dejo la estafeta, dejo sus medicamentos y sé que en lo que yo voy a trabajar, va a desayunar, comer, va a comer, va a estar haciendo algo y no la voy a tener desatendida, va a tener atención y actividad. (Participante 2)

Desventajas de cuidar a alguien del otro género

Dentro de las desventajas percibidas en relación con el cuidado, es que los actores brindaban atención a personas del sexo opuesto que, además eran sus madres, por lo que pensaban que había cierta barrera en el cuidado, no solo para atender cuestiones de higiene sino en relación con la comunicación.

Creo que entre mujeres pueden hablar de todos los temas. Que se te ocurran, aunque no los recuerdes luego digo, pero como que tendrías más libertad en

ese sentido, mientras con un hombre te reservas cosas [...] si yo fuera el cuidador de mi papá las cosas serían muy diferentes, ¿por qué? porque en un momento dado, por ejemplo, si mi papá eleva la voz también puedo, es hombre, no en pleito, pero para estar en el mismo nivel, pero con mi mamá no lo hago, a la mejor entre mujeres sí y las cuestiones de higiene pues igual. (Participante 1)

Los hombres normalmente no son cuidadores de mujeres [...] *a mi abuelito no me costó trabajo (cuidarlo) como me está costando con mi mamá, es peinarla, cortarle las uñas, pero a una mujer con uñas largas, no sé vestirla ponerle el brasier simplemente. Cosas que antes no hacías y ahora lo tienes que hacer [...] mi hermana tenía el apego como hija mujer cosas que tú no sabes qué hacen, platican mucho hablan salen, ¿Si me entiendes? Como que esa parte tú no la vives y no tienes conocimiento y tú eres hombre y haces tus cosas normales, no está planeado que tú cuides a una mujer, no sabes cómo. (Participante 2)*

Asimismo, temen el avance de la enfermedad, debido a que sienten que habrá tareas que en definitiva no podrán desempeñar, como cambiar un pañal o bañar completamente a la persona.

Me preocupa mucho la higiene, pero pues en el nombre sea de Dios, espero que se bañe bien, que yo sé que no, pero mínimo es diario. (Participante 2)

Hoy bendito sea Dios, ella se sigue bañando sola, y estoy tranquilo, esperemos que siga bañándose sola ja, ja, ja [...] Si lo he pensado (qué su enfermedad puede avanzar) y creo que tendría que dar el paso (bañarla y realizar tareas de higiene personal) ¿Por qué? Porque ella no acepta gente externa [...] tendría que hacerlo y acostumbrarme a hacerlo; sí, me costaría mucho trabajo los primeros días, pero creo que es una cuestión de la costumbre, ves que no pasa nada, vas aprendiendo, lo vas haciendo y ya llegaría el punto donde no hay mayor conflicto, yo si siento la pena el pudor de ver a mi mamá, pero si se presentara tendría que, ni modo. (Participante 1)

Refieren que quizás para un hombre es más sencillo cuidar a un hombre que a una mujer, pero quizás a las mujeres no les cueste trabajo cuidar a personas de ambos sexos.

A la mejor en el caso de una mujer no es tan problemático; si una hija está cuidando a un papá no siente tal pena, a la mejor, no lo sé, desconozco. Yo sí sentía como que ¡Chin!” (Participante 1)

Discusión

Además del análisis de datos, se realizó una triangulación de la información con estudios teóricos y empíricos previos realizados desde metodologías cualitativas y cuantitativas. En relación a la temática de la caracterización del actor, las narrativas de los participantes coinciden con las características sociodemográficas encontradas en hombres cuidadores de un estudio comparativo entre cuidadores de ambos géneros, realizado por Cardona et al. (2011), donde el promedio de edad fue de 54 años y el estado civil más frecuente de los hombres era solteros o separados, el número de personas promedio por vivienda menor a cuatro y con menos de tres hijos, mientras que un 30.4% manifestó no tener ninguno.

En este estudio, los participantes eran hijos de la persona dependiente; el estudio realizado por Torres (2017) coincide en que los hombres cuidadores brindaban atención a familiares de parentesco directo, igual que en lo encontrado por Crespo (2008), cuidaban de una mujer; sin embargo, a diferencia de este estudio, la mayoría eran sus parejas y el 60% de esta población estaba jubilada, lo que configura diferentes dinámicas de la tarea, comenzando por la organización del tiempo y responsabilidades. Al igual que en lo reportado por Torres, los participantes no tomaron talleres formativos para instruirse de forma específica en cuidados (Torres, 2017).

En relación con el constructo cuidado, los participantes lo definen como una actividad que requiere brindar atención, tiempo y recursos para procurar el bienestar de una persona, incluyendo su estabilidad emocional y su bienestar físico. Esta definición coincide con las que los hombres en un estudio realizado por Covas et al. (2009) ofrecieron. En dicha investigación, los participantes refirieron códigos como “dedicar tiempo, responsabilizarse por atender necesidades, velar por, hacerse cargo”. Mientras que en lo encontrado por Torres (2017), los hombres cuidadores definieron el cuidado como una actividad integral de acompañamiento que abarca el ámbito afectivo y emocional, además de que consideraron el entorno familiar como el más idóneo para impartir cuidados a los adultos mayores. Los participantes de este mismo estudio presentaban un rechazo generalizado hacia la institucionalización de la persona dependiente, porque lo vinculaban con sentimientos de abandono y carencias de cuidado afectivo, solo se contemplaba en caso de avanzar hacia una demencia avanzada, lo que coincide con las opiniones de los dos participantes de este

estudio. La relación de cuidado con sus madres se basa en un pensamiento de agradecimiento hacia etapas previas donde ellas les habían cuidado, coincide con lo observado por Comas (2016), quien refiere que a partir de los años ochenta, el cuidado se convierte en categoría diferenciada del trabajo doméstico y comienzan a incluirse motivaciones como la implicación de relaciones afectivas y morales para su realización.

En relación con las implicaciones negativas del cuidado, en los participantes de esta investigación hubo implicaciones negativas como sobrecarga, cuyos síntomas se relacionaban a depresión y ansiedad, así como cansancio mental por lidiar con las alteraciones neuropsiquiátricas de las pacientes. Esto también fue mencionado en el estudio de caso realizado por Covas et al. (2009), donde el cuidador mencionó que al cuidar tenía menos tiempo, menos espacio, estrés, ansiedad y agotamiento. Los autores destacaron que la probable diferencia en relación a estos síntomas, frecuentemente reportados también por las mujeres cuidadoras sobrecargadas, era que él se hacía cargo no porque sentía que le correspondiera, sino porque las mujeres de su entorno no podían, por ende, para él los costes eran más visibles (Covas et al., 2009). Coincide también lo referido por Comas (2016), al concebir el cuidado como un gran devorador de tiempo, pero se diferencia de lo reportado por Torres (2017), debido a que los cuidadores de su estudio procuraban aplicar estrategias de autocuidado y conservar tiempo de ocio.

A diferencia de lo obtenido en el estudio de Crespo (2008), donde los hombres cuidadores eran jubilados y solo las mujeres cuidadoras se veían obligadas a dividir su tiempo, en este estudio ambos cuidadores compaginan el tiempo de trabajo, familia y cuidado, a esto se le llama reorganización del tiempo, además no reciben ayuda por parte de otros familiares; Comas (2016) estableció que el cuidado no debería ser una responsabilidad individual, sino social y política. El cuidado aún es signo de una deuda social. Además, refiere que el cuidado implica costes de oportunidad por incompatibilidad laboral, probabilidad de perder el empleo, efectos sobre la salud y sobre la vida afectiva y relacional (Comas, 2016). Esto se ha hecho presente en el estudio, debido a que ambos cuidadores reportan afectaciones en su salud física relacionadas a la sobrecarga en el cuidado, al igual que lo reportado por Torres (2017), quien encontró que el 50.8% de los hombres cuidadores sobrecargados reportaban su estado de salud en función a la presencia de este síndrome. Crespo (2008) encontró que las mujeres cuidadoras y su peor valoración de las situaciones de cuidado no estaban relacionadas con el género sino a sus recursos personales; asimismo, los hombres presentaban menos sobrecarga, quizás vinculada al reporte de más personas que les prestan apoyo informal.

Respecto a la masculinidad y el cuidado, encontramos que los participantes aún perciben como propias de un género ciertas actividades, incluso ahora que las llevan a cabo. Esto se hace evidente en la creencia de que las mujeres de forma natural cuidan mejor y que biológicamente están diseñadas para esta tarea (Comas, 2016; Covas et al., 2009). Además, refieren que socialmente el hombre aún tiene rol de proveedor y protector, lo que coincide con lo descrito por los informantes de Covas et al. (2009), quienes creían que el concepto de cuidado ofrecido por este género es el del sustento económico como el rol que verdaderamente les compete. Ellos aseguraban que no les causaba conflicto realizar una actividad socialmente asignada a las mujeres y que el cuidado no tenía género, sin embargo, a la hora de preguntar quienes lo hacían mejor sus respuestas se inclinaban a la mujer. Comas (2016) refirió que las barreras que obstaculizan la implicación del hombre en los cuidados son de carácter cultural, derivan de las construcciones de qué es pertenecer a cada género y esto se traduce en una lista diferente para cada uno de capacidades y habilidades y que se traduce en determinados roles, actitudes y sentimientos.

Ambos reciben ayuda instrumental de sus parejas, lo que coincide con los hallazgos de Torres (2017), cuyos participantes además de recibirla, en su mayoría (85%) preferían esta ayuda femenina en tareas vinculadas a las actividades básicas de la vida diaria.

El fenómeno de la implicación de las mujeres en este estudio se diferenció de lo encontrado por Abellán (2019), pues mencionó que las mujeres suelen encargarse de sus padres y suegros.

Los cuidadores de este estudio percibían como desventaja el cuidado hacia personas del sexo opuesto, debido a que no se creían capaces de atender cuestiones de autocuidado como la higiene íntima, lo que también fue un hallazgo en lo estudiado por Covas et al. (2009), ya que su estudio de caso da cuenta de cómo un hombre cuidador tuvo que implicarse en tareas que nunca había realizado anteriormente y, pese a las primeras resistencias que como varón tradicional pudiera tener, finalmente pudo con ellas.

Refieren que es probable que para un hombre es más sencillo cuidar a un hombre, los estudios no muestran diferencias significativas ni se habla de preferencias en las narrativas, pero Crespo (2008) encontró que sí existe cierta tendencia al cuidado de personas del mismo sexo por afinidad.

Conclusión

El fenómeno del cuidado en la vejez es un tema cada vez con mayor vigencia y necesidad de actuación por marcos políticos y sociales, debido al incremento de la población adulta mayor, ya que el aumento en la esperanza de vida no significa siempre independencia.

Además de los cambios traídos por el envejecimiento poblacional, el tejido social ha sufrido modificaciones con la inserción de las mujeres al mundo laboral. Si bien, aún se les atribuyen dentro del imaginario social roles tradicionales como la crianza, el cuidado y la atención del hogar, este cambio aunado al empoderamiento en las decisiones sobre sus actividades ha provocado que los hombres comiencen a involucrarse en mayor medida en las actividades de cuidado, que no solo tienen que ver con los hijos, sino también con los padres mayores dependientes.

Este capítulo muestra algunas de las implicaciones en el cuidado proporcionado por los actores hombres, cuyas ideas y concepciones se han sensibilizado a lo anteriormente establecido como una tarea exclusiva de la mujer, pero aún sus discursos dan cuenta de un choque entre paradigmas “de lo que se dice que un género hace” y “lo que en realidad están haciendo”.

Se observó también, en los participantes de este estudio de caso, que muchas complicaciones al cuidar no eran solo atribuidas al género, ya que en la triangulación de la información se hizo evidente que también mujeres cuidadoras en otros estudios sufrían estragos provocados por la falta de redes de apoyo social, lo que daba como resultado una sobrecarga.

Estudios enfocados a visibilizar las experiencias y percepciones de los hombres como principales proveedores del cuidado desmitifican y neutralizan la actividad. Son también parteaguas en la captación de necesidades para esta población. Dar voz a los hombres, para que se tomen en cuenta sus necesidades como cuidadores y tomar en cuenta las particularidades dictadas al género por la sociedad en la que se encuentran inmersos, podría dar paso a programas de apoyo social más precisos y a desmitificar el cuidado como una actividad exclusiva de la mujer.

Referencias

- Abellán, A. (2019). *El aumento de los hombres cuidadores*. CSIC - Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD).
- Asociación Americana de Psicología. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. <http://www.apa.org/ethics/code/>
- Arroyo, M. R., Ribeiro, M., & Mancinas, S. E. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados Historias, subjetividad y significados sociales*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Barthel, D. M., Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

- Cardona, D., Segura, A. M., Berbesí, D. Y., Ordoñez, J., & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13(22), 178-193. <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239019304007.pdf>
- Comas, D. (2016). Hombres cuidadores: Barreras de género y modelos emergentes. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), 10-22.
- Covas, S. M., Marval, J., & Bonino, L. (2009). *Los hombres y el cuidado de la salud*. OSM. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/sumariocuidadores.pdf>
- Crespo, M. L. (2008). *Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*. IMSERSO.
- Duran-Badillo, T. D. (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta Universitaria*, 28(3), 40-46.
- Harman, D. (1981). The aging process. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 78(11), 7124-7128. <https://doi.org/10.1073/pnas.78.11.7124>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva regional y de derechos humanos*. CEPAL.
- Landinez, N., Contreras, K., & Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>
- Martínez, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20). <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3576>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Muñiz, M. (s.f). *Estudios de caso en la investigación cualitativa*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Olabuénaga. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Organización Internacional del Trabajo. (2009). Envejecimiento de la población: ¿Quién se encarga del cuidado? *Noitas OIT. Trabajo y familia*, (8). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_184715.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.

- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987. Última reforma publicada *DOF 02-04-2014*. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Torres, I., Montañez-Hernández, J. C. (2020). Out-of-Pocket Healthcare Expenditures in Dependent Older Adults: Results from an Economic Evaluation Study in Mexico. *Front. Public Health*, 8(329), 1-10.
- Taylor, S., Bogdan, R., & DeVault, M. (2015). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource* (4a. ed.). Wiley.
- Torres, D. C. (2017). *Perfil de los hombres cuidadores familiares en Sevilla y Cádiz. Características de sus cuidados*. Universidad de Sevilla.
- Villagordoa, J. (2007). Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15(1), 27-31. <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2007/er071e.pdf>

Sobre los autores

Alejandro Chávez Rodríguez

Doctor en Salud Pública, Maestro en Ciencias del Comportamiento con opción en Análisis de la Conducta y Licenciado en Psicología por la Universidad de Guadalajara, México. Es fundador y coordinador del Grupo de Investigación Cualitativa del Centro Universitario Tonalá, Universidad de Guadalajara. Profesor investigador de tiempo completo del Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara. Docente del Doctorado en Psicología y la Maestría en Conserjería psicológica y acompañamiento integral de la Universidad Marista de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigación (SNI). Principales líneas de investigación: antropología de la salud, medicina tradicional e investigación cualitativa en salud.

Teresa Margarita Torres López

Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universitat Rovira i Virgili, Cataluña, España. Es profesora titular de la Universidad de Guadalajara, México y responsable de la línea de investigación “Procesos psicológicos y antropológicos sociales”. Labora como docente en universidades de diferentes países. Cuenta con Perfil PRODEP y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) del Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México. Forma parte del Cuerpo Académico consolidado “Salud Mental de grupos poblacionales” del CUCS y del Grupo de investigación “Estudios Interdisciplinarios DESC (Derechos, económicos, sociales y culturales) y Mundo del Trabajo de COLCIENCIAS, Colombia. Cuenta con más de 100 publicaciones, 52 direcciones de tesis concluidas, además de comunicaciones y conferencias en congresos nacionales e internacionales.

Dulce María Galarza Tejada

Doctora en Ciencias de la Salud Pública, Maestra en Psicología con orientación Clínica y Licenciada en Psicología. Profesora investigadora de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Principales líneas de investigación: adolescencia y juventud, salud cultura y sociedad, investigación e intervención en instituciones, salud sexual y salud reproductiva en poblaciones expuestas a vulnerabilidades psicosociales. Se interesa en el desarrollo de investigaciones con enfoque cualitativo y bajo perspectiva del constructivismo social, especialmente en estudios analizados bajo la perspectiva de género y desigualdades sociales.

Yolanda de Jesús Hernández Delgado

Doctora en Ciencias Sociales por El Colegio de Jalisco, Maestra en Gerontología por la Universidad de Guadalajara y Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Es profesora de asignatura titular “B” en la Licenciatura en Gerontología del Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara. Miembro del cuerpo docente de la Maestría en Gerontología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Programa académico en el que imparte las Unidades Académicas de Sociología del Envejecimiento y Política Social. Línea de generación y aplicación del conocimiento: envejecimiento y sociedad, investigando temas sobre la vejez en población indígena y desigualdad en la vejez; planeación y ejecución de programas de intervención dirigido a mujeres cuidadoras y adultos mayores.

Carolina Limón Sánchez

Doctora y Maestra en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara, Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). Es profesora investigadora de tiempo completo en la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado. Colaboradora del Cuerpo Académico Adolescencia y Juventud: Salud, Cultura y Sociedad en la Facultad de Psicología de la UASLP. Integrante del Cuerpo Académico: Sujetos y procesos eco-biopsicosociales contemporáneos. Socia de la Red Internacional de Educación Emocional y Bienestar (RIEEB). Líneas de investigación: educación y salud, género y salud, y habilidades socioemocionales.

Maricruz Remigio Figueroa

Maestra en Gerontología por la Universidad de Guadalajara y Licenciada en Gerontología por la Universidad Autónoma del Estado de México. Actualmente es docente en la Universidad de la Ciénega, evaluadora del ensayo clínico EVOKE del laboratorio Novo Nordisk y coordinadora de actividades del centro gerontológico Envejecer Activo. Líneas de investigación: vejez digna en el entorno urbano, rural e institucional; condiciones laborales y morbilidad de los adultos mayores; e inserción laboral del gerontólogo.

María Fernanda Mireles Hernández

Licenciada en Gerontología, con especialización en procesos cognitivos y demencias por el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Es estudiante de la Maestría en Ciencias Sociales del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara, con orientación en Desarrollo Social y Trabajo. Participa dentro del Grupo de Investigación Cualitativa del Centro Universitario de Tonalá, con experiencia en temas acerca del abandono de adultos mayores, oficios tradicionales y trabajo en la vejez.

Isis Eréndira Medina Román

Licenciada en Gerontología por el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara. Se especializa en la atención a personas mayores que padecen trastornos neurocognitivo mayor, sus familias y cuidadores.

Qartuppi, S. de R. L. de C. V. está inscrita de forma definitiva en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT) con el número 1600052.

Qartuppi, S. de R. L. de C. V. es miembro activo de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana (CANIEM) con número de registro 3751.

INVESTIGACIONES Y REFLEXIONES EN SALUD Y VULNERABILIDAD

Del sujeto a la problemática social

Esta obra se terminó de producir en enero de 2022.

Su edición y diseño estuvieron a cargo de:

Qartuppi[®]

Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

<http://www.qartuppi.com>

Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

El presente libro está integrado por seis capítulos que abordan la problemática social en salud, desde la perspectiva de los actores sociales y su vulnerabilidad. A partir de tres disciplinas científicas (psicología, antropología de la salud y gerontología) se intenta explicar fenómenos desde investigaciones empíricas y una revisión sistemática. Las diversas investigaciones, planteadas desde un paradigma interpretativo y un abordaje desde la metodología cualitativa, buscan clarificar fenómenos que directa o indirectamente afectan la salud poblacional de varias comunidades.

ISBN 978-697-8694-27-3
DOI 10.29410/QTP.22.01

Qartuppi®